Cahier des Charges SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

Spécifications externes des modules SESAM-Vitale

1.40 - Addendum n°8

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

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

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

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

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

Avertissement au lecteur

Support du Cahier des Charges SESAM-Vitale

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

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

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

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sommaire

1 Introduction 8

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

2 Présentation de SESAM-Vitale 12

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

3 Description fonctionnelle de SESAM-Vitale 38

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

3.2.2.2 Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part complémentaire 46
3.2.2.3 Parcours coordonné de soins 47
3.2.2.4 Règles d'application de la garantie de paiement 48
3.2.2.5 Élaboration d'une FSE dans le cadre de prestations liées à la contraception des mineures 48
3.2.2.6 Situations Particulières 51
3.2.3 Conditions de génération des flux de FSE et DRE 54
3.2.3.1 Les documents donnant lieu à dématérialisation 54
3.2.3.2 Principes d'élaboration des flux 54
3.2.3.3 Conditions d'élaboration des parts obligatoire et complémentaire 55
3.2.3.4 Les différents types des flux (FSE et DRE) 55
3.2.3.5 Constitution des flux (FSE et DRE) 56
3.2.4 Acquisition des informations liées à la prestation 59
3.2.4.1 Informations pour la part complémentaire 59
3.2.4.2 Affection exonérante 59
3.2.4.3 Accidents de droit commun 59
3.2.4.4 Format des codes CIP 59
3.2.4.5 Facturation des honoraires de dispensation 60
3.2.4.6 Facturation des médicaments déconditionnés 60
3.2.4.7 Soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné 60
3.2.4.8 Substitution des médicaments 60
3.2.4.9 Origine de la prescription 61
3.2.4.10 Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) 62
3.2.4.11 Prévention commune AMO/AMC 62
3.2.4.12 Cohabitation des actes sur une même facture 63
3.2.4.13 Actes en série 63
3.2.4.14 Soins Médicaux Gratuits 63
3.2.5 Tarification de la part obligatoire 63
3.2.6 Tarification de la part complémentaire 64
3.2.6.1 La « Réponse de prise en charge » de la part complémentaire 64
3.2.6.2 Activation de la tarification complémentaire 65
3.2.6.3 Tarification de la part complémentaire pour les Soins Médicaux Gratuits 65
3.2.7 Constitution des flux pour envoi aux organismes d'Assurance Maladie 65
3.2.7.1 Identifiant des FSE et des DRE 65
3.2.7.2 Tableau récapitulatif des montants à renseigner 66
3.2.7.3 Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture 66
3.2.7.4 Copie des factures 68
3.2.8 Finalisation de la facturation 68
3.2.8.1 Quittance remise à l'assuré 68
3.2.8.2 Bon d'examen 68
3.2.8.3 Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier 69
3.2.8.4 Bordereau accompagnant les ordonnances 71
3.2.8.5 Informations de vaccination 75
3.2.9 Sécurisation des flux SESAM-Vitale 75
3.2.9.1 Les différents modes de sécurisation des factures 75
3.2.9.2 Chiffrement des données sensibles de la facture 75
3.2.9.3 Signature des flux SESAM-Vitale 75
3.2.9.4 Chiffrement de pièce jointe 77
3.2.10 Transmission des flux SESAM-Vitale aux organismes d'Assurance Maladie 78
3.2.10.1 Création des lots de factures électroniques 78
3.2.10.2 La création des fichiers 79
3.2.10.3 La transmission des fichiers de factures électroniques 80
3.3 Réception des retours sur le poste du Professionnel de Santé 80
3.3.1 Les accusés de réception logique (ARL) 80
3.3.1.1 Un ARL positif 81
3.3.1.2 Un ARL négatif 81
3.3.2 Les flux de rejet / signalement / paiement (RSP) 82
3.3.3 Messages de service 83
3.3.3.1 Message de service de l'Assurance Maladie 83
3.3.3.2 Message de service de l'opérateur de messagerie 83
3.4 Cas particuliers de fonctionnement 83
3.4.1 Cas de fonctionnement dégradé 83
3.4.1.1 Accident du travail 83
3.4.1.2 Dysfonctionnements 84
3.4.2 Feuille de soins papier pour la FSE dégradée 85
3.4.3 Contenu d'un duplicata papier pour la FSE 85
3.4.4 Mode test 85
3.4.5 Mode démonstration 85

3.5 Récapitulatif des émissions / réceptions du Professionnel de Santé par modes de sécurisation 85
3.6 L'administration du système SESAM-Vitale 86
3.6.1 Suivi du Parc 86
3.6.2 Mise à jour du Poste de Travail du Professionnel de Santé 87
3.6.2.1 Objectifs 87
3.6.2.2 Les composants susceptibles de faire l'objet d'une mise à jour 87
3.6.2.3 Exigences 87
3.6.2.4 Circuit de mise à jour 87
3.6.3 Mise à jour des tables de conventions du Professionnel de Santé 87
3.6.4 Mise à jour des certificats de chiffrement et de la liste de révocation des certificats de chiffrement 88

4 Le Poste de Travail du Professionnel de Santé 89

4.1 Présentation du Poste de Travail 89
4.1.1 Architecture matérielle 89
4.1.2 Architecture logicielle 89
4.1.2.1 Les systèmes d'exploitation 92
4.1.2.2 Les progiciels du Professionnel de Santé 92
4.1.2.3 Les modules SESAM-Vitale 93
4.2 Participation du Poste de Travail aux fonctions SESAM-Vitale 94
4.2.1 Processus principal : FACTURER 94
4.2.1.1 A- ELABORER ~~Élaboration d'~~une FSE et/ou ~~d'~~une DRE ~~(fonctionnement nominal)~~ 95
4.2.1.2 B - TRANSMETTRE les FSE et DRE 111
4.2.1.3 C- METTRE A DISPOSITION les retours de l'Assurance Maladie ~~Réception des retours sur le poste Professionnel de Santé~~ 116
4.2.1.4 ~~Forçage~~ 117
4.2.2 Processus 2 : Lecture de la carte Vitale 117
4.2.3 AP : L'administration du système SESAM-Vitale 118
4.2.3.1 Session du remplaçant 118
4.2.3.2 Chargement de logiciel dans le lecteur SESAM-Vitale 119
4.2.3.3 Mise à jour du Poste de Travail du Professionnel de Santé 119
4.2.3.4 Administration de la liste d'opposition pour les catégories de Professionnel de Santé concernées 121
4.2.3.5 Administration des certificats de chiffrement et de la CRL des certificats de chiffrement 121
4.2.3.6 Recommandations 121
4.3 Situations spécifiques 121
4.3.1 SP02 Professionnel de santé Remplaçant ou Multi-employeurs 123
4.3.2 SP03 Bénéficiaire de la C2S 123
4.3.3 SP04 Bénéficiaire sortant de la C2S 125
4.3.4 SP06 Bénéficiaire de l'AME 125
4.3.5 SP08.1 Bénéficiaire migrant de passage 126
4.3.6 SP08.2 Bénéficiaire « autre situation de migrant » 126
4.3.7 SP09 Absence de support Vitale 126
4.3.8 SP11 Forçage 127
4.3.9 SP12 PS utilisant les services d'un OCT 128
4.3.10 SP18 Victime d'Attentat 131

5 Procédure d'agrément SESAM-Vitale 133

6 Glossaire 134

7 Références 135

1 Introduction

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

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

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

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

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

1.1 Objet du ~~document~~ Corpus documentaire

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

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

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

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

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

1.2 Contenu du ~~document~~ Corpus documentaire

1.2.1 Généralités

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

Ce document ne contient aucune spécification relative aux éléments suivants :

- les supports Vitale
  - la carte Vitale

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

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

Ce document est constitué de deux parties :

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

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

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

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

1.2.2 Corps du document

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

Le chapitre 3 présente les fonctions de SESAM-Vitale :

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

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

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

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

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

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

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

1.2.3 Annexes

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

Elles traitent les sujets suivants :

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

- **Annexe 1 bis** : Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif (TLA)
- **Annexe 2** : Fonctions SESAM-Vitale à introduire dans les progiciels destinés aux Professionnels de Santé :
  - Réglementation,
  - Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire.
- **Annexe 2 bis** : Partie « Tables » de l'Annexe 2

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

1.3 Évolutions du document

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

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

Description détaillée dans GD

2 Présentation de SESAM-Vitale

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

2.1 Acteurs

2.1.1 Les acteurs du projet SESAM-Vitale

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

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

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

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

  CNDA

  515, Avenue George FRECHE

  34170 CASTELNAU-LE-LEZ

  ☎ 04 67 02 30 00

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

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

  CNPS

  22, Avenue de Villiers

  75849 PARIS Cedex 17

  ☎ 01 56 79 20 65

  http://cnps.netmedicom.com

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

  ASIP Santé

  9 rue Georges Pitard

  75015 Paris

  E-Mail : editeurs@asip-sante.fr

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

  GIE SESAM-Vitale

5, bd Alexandre Oyon

72019 LE MANS Cedex 2

☎ 02 43 57 42 00

E-Mail : gie@sesam-vitale.fr

2.1.2 Les acteurs du système SESAM-Vitale

2.1.2.1 Les assurés sociaux

Les assurés sociaux :

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

2.1.2.2 Les Professionnels de Santé

Les Professionnels de Santé :

- disposent d'une CPS,
- élaborent la facturation des soins sur leur Poste de Travail,
- transmettent aux organismes d'Assurance Maladie les FSE et les DRE. Ces factures électroniques, regroupées en lots et en fichiers, sont transmises directement ou via un Organisme Concentrateur Technique aux Organismes d'Assurance Maladie. Les connexions sont toujours à l'initiative du Professionnel de Santé,

- collectent les ordonnances, les expédient ou les mettent à disposition de l'AMO (selon les conventions conclues entre les AMO et les Professionnels de Santé),
- reçoivent des retours électroniques.

2.1.2.3 Les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire

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

- soit directement,
- soit des Organismes Concentrateurs Techniques.

Convention de gestion

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

2.1.2.4 Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire

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

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

Délégation de gestion

Certains organismes d'Assurance Maladie Complémentaire traitent la part obligatoire dans le cadre d'une délégation de gestion légale ou d'une habilitation conventionnelle établie avec un AMO.

2.2 Architecture générale de SESAM-Vitale

Le système SESAM-Vitale utilise deux supports :

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

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

- la carte Vitale,
- le service « Acquisition des DRoits » (ADRi),
- le support de droits AMC, reflet de la situation d'un assuré / bénéficiaire vis à vis d'un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire,
- l'attestation papier justifiant des droits à la C2S délivrée par l'AMO,
- l'attestation papier justifiant des droits des sortants de C2S délivrée par l'AMO.
- ~~l'attestation papier délivrée par l'AMO justifiant des droits dans le cadre des dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS) :~~

- ~~attestation de droit « Aide pour une complémentaire santé (ACS) - Attestation de tiers payant pour la part obligatoire (hors part complémentaire) »~~ [1]
- ~~attestation de droit « Aide pour une complémentaire santé (ACS) - Attestation de tiers payant pour la part obligatoire et la part complémentaire »~~

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

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

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

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

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

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

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

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

[1] Tiers payant social

2.2.1 Les supports de SESAM-Vitale

2.2.1.1 La Carte de Professionnel de Santé

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

Généralités

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

Il existe différents types de Cartes du Professionnel de Santé :

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

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

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

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

Les informations contenues dans la Carte du Professionnel de Santé

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

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

2.2.1.2 Le support Vitale

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

- soit familial,

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

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

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

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

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

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

2.2.1.2.1 La carte Vitale

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

Généralités

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

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

Les informations contenues dans la carte Vitale V1Ter

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.1.2.2 L'appli carte Vitale (ApCV)

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

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

En facturation SESAM-Vitale, l'utilisateur de l'ApCV est la personne qui présente son ApCV au Professionnel de Santé. L'authentification de cet utilisateur permet d'obtenir un contexte ApCV qui contient :

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

La carte Vitale individuelle dématérialisée porte les données d'identification d'un seul bénéficiaire et de son organisme gestionnaire, elle ne contient pas de données de droits. L'appel au service en ligne ADRi est obligatoire.

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

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

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

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

2.2.1.3 Le support de droits « ADRi »

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.1.4 Le support de droits AMC

Ce support est facultatif.

Il permet :

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

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

2.2.2 Le Poste de Travail du Professionnel de Santé

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

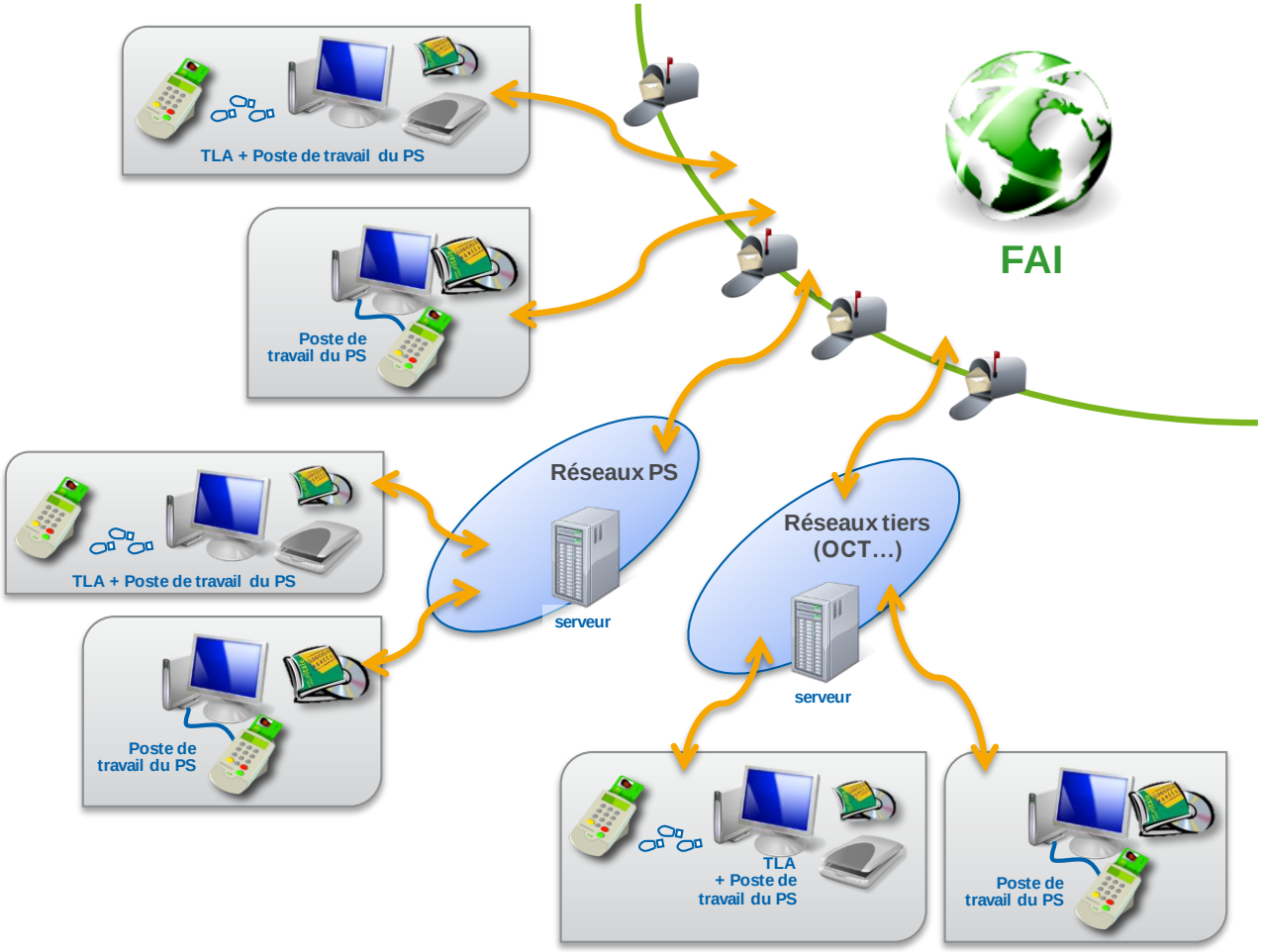
Cette version du présent document spécifie l'interface d'accès aux modules SESAM-Vitale pour un équipement informatique utilisant un dispositif externe de lecture de cartes à microprocesseur appelé lecteur SESAM-Vitale.

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

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

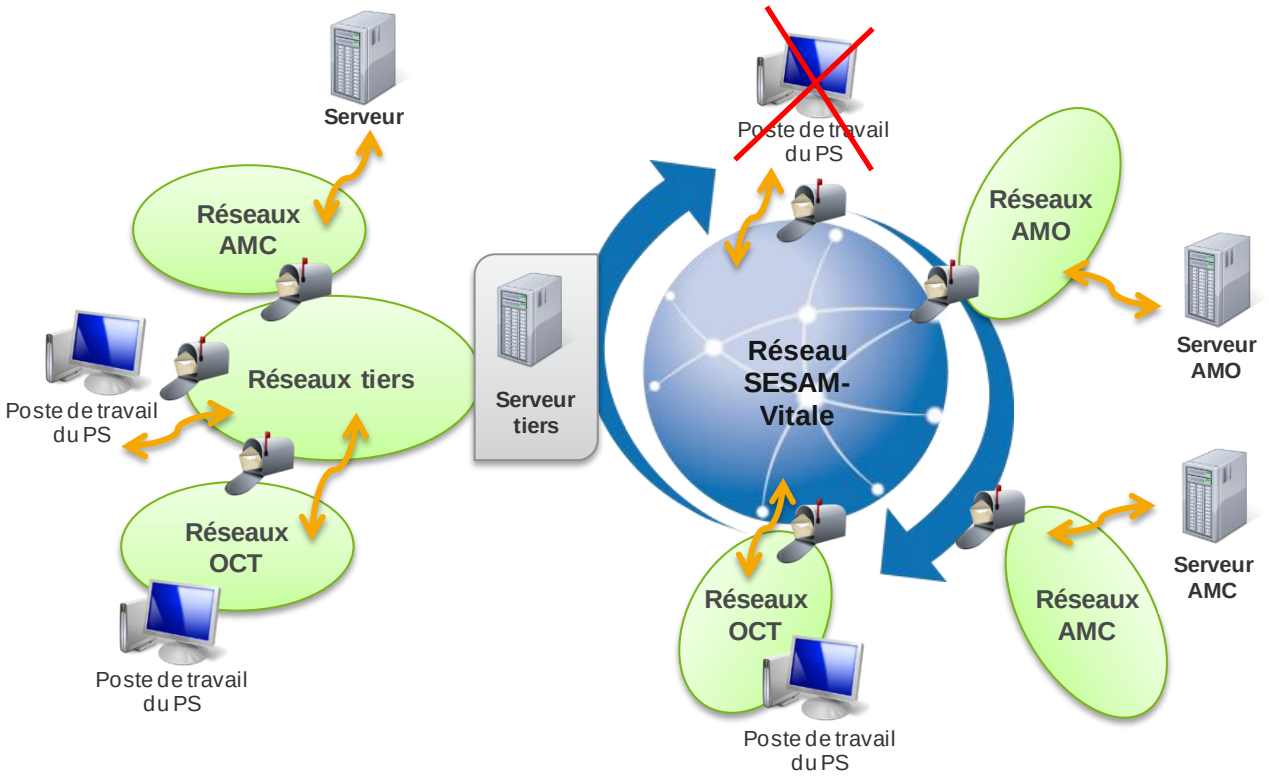
Les configurations matérielles et logicielles non couvertes par le présent document sont soumises à homologation par le GIE SESAM-Vitale conformément aux spécifications fonctionnelles du système SESAM-Vitale.

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



2.2.3 Les réseaux d'échange

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



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

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

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

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

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

2.2.4 Les flux

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

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

Le réseau de messagerie véhicule plusieurs types de flux :

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

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

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

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

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

2.2.4.2 Les flux d'administration du système SESAM-Vitale

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

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

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

Le réseau de messagerie véhicule plusieurs types de flux :

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

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

2.3 Les apports de la version 1.40 de SESAM-Vitale

2.3.1 Les apports fonctionnels

Version 1.40

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

Version 1.40

- les flux de Demandes de Remboursement Electronique (DRE) à destination des AMC avec l'introduction du concept d'opérateur de règlement AMC et l'extension de l'identification de l'adhérent AMC,
- la maîtrise par le Professionnel de Santé des modalités de prise en compte de la part complémentaire au regard des conventions (TP ou HTP, flux électronique ou pas, type de flux électronique),
- les services de tarification de la part complémentaire (modules STS),
- les flux retour transmis par les AMC aux Professionnels de Santé (message de service, ARL, RSP), avec la création d'une nouvelle référence de retour (RSP) commune aux AMO et aux AMC,
- la prise en compte de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et des services de tarification associés (module SRT)[2],
- l'acquisition des informations issues de la carte V1 ter, et de tout autre support éventuel,
- la désynchronisation des signatures des FSE et des DRE sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé pour toutes les spécialités de Professionnel de Santé,

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

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

Version 1.40-Addendum 1

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

Version 1.40-Addendum 2bis

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

Version 1.40-Addendum 3

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

Version 1.40-Addendum 4

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

Version 1.40-Addendum 6

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

Version 1.40-Addendum 7 – juillet 2015

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

A noter que cet addendum intègre également les avenants suivants :

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

Version 1.40-Addendum 7 – JUIN 2017

Intégration des avenants publiés depuis juillet 2015 :

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

Version 1.40 - Addendum 7 - Décembre 2018

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

Version 1.40 - Addendum 8

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

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

et intègre les avenants suivants :

- AVENANT 22 : EV112-Mesure Génériques
- AVENANT 23

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

Mise en œuvre

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

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

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

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

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

- la désignation par le patient de son médecin traitant,
- le respect par le patient du parcours de soins sous peine de pénalité de remboursement,
- la possibilité pour le médecin de facturer de nouvelles majorations,
- la possibilité pour le médecin de facturer de nouveaux dépassements.

Désignation du médecin traitant ①

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

Le bénéficiaire peut consulter un autre médecin, en cas d'indisponibilité de son médecin traitant. Ce dernier agit alors en qualité de médecin traitant. Il est appelé « médecin traitant de substitution ».

Sauf mention contraire, le terme Médecin Traitant regroupe les notions de :

- médecin traitant déclaré,
- nouveau médecin traitant,

ainsi que les situations de remplacement de ces médecins telles que définies au §3.2.1.3 Professionnel de Santé Remplaçant.

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

Respect du parcours de soins

Pour respecter le parcours coordonné de soins, le patient est tenu de consulter son médecin traitant avant de s'adresser à un autre médecin, dit médecin correspondant. ⑧

Le bénéficiaire est dispensé d'orientation par son médecin traitant dans les cas suivants :

- Médecin traitant de substitution, ②
- **Généraliste récemment installé** pour la première fois en libéral, ③
- Médecin nouvellement installé en zone sous médicalisée, ④
- **Hors résidence** habituelle du patient ⑤
- Accès direct spécifique
  Pour certaines spécialités l'accès direct spécifique est prévu soit pour certains actes uniquement soit en fonction de l'âge du patient. ⑥
  En conséquence le Professionnel de Santé doit indiquer s'il s'agit de soins relevant de l'accès direct ou non. Pour cela il sélectionne soit le contexte « Accès Direct Spécifique », soit le contexte « Hors Accès Direct spécifique ».

  Dans ce dernier cas le bénéficiaire est hors parcours de soins. (12)
- Médecin du service des armées (11)
  Remarque : le médecin du service des armées agit en tant que salarié et ne facture pas la consultation (cas hors SESAM-Vitale).

Le bénéficiaire peut être orienté vers un autre médecin ⑨ par :

- le Médecin du service des armées, (11)
- le Médecin traitant de substitution, ②
- le **Généraliste récemment installé** pour la première fois en libéral, ③
- le Médecin nouvellement installé en zone sous médicalisée, ④
- le spécialiste agissant en **Accès direct spécifique** ⑥
- le médecin correspondant ⑧

Dans les autres cas, (hormis s'il est non concerné par le parcours coordonné de soins), le patient est considéré **hors parcours de soins**. ⑩

Cas non concernés par le parcours de soins

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

Cas d'exclusion :

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

- soit la spécialité du Professionnel de Santé,
  Les Professionnels de Santé non médecin ne sont pas concernés par le parcours coordonné de soins. Dans le cadre de SESAM-Vitale, il s'agit des familles pharmaciens, laboratoires, auxiliaires médicaux, fournisseurs et des catégories chirurgiens dentistes, et sages-femmes.
  Cependant, les pharmaciens, laboratoires, peuvent renseigner dans la facture des informations en lien avec le parcours coordonné de soins.
- soit les caractéristiques du bénéficiaire,
- soit le contexte de facturation (nature d'assurance et/ou régime gestionnaire),
- soit la nature des soins.

Ces différents cas sont décrits dans l'annexe 2- règle R37.

Pénalités de remboursement

Dans le cas général, la facturation et le remboursement des soins seront différents suivant que le parcours coordonné de soins est respecté ou non.

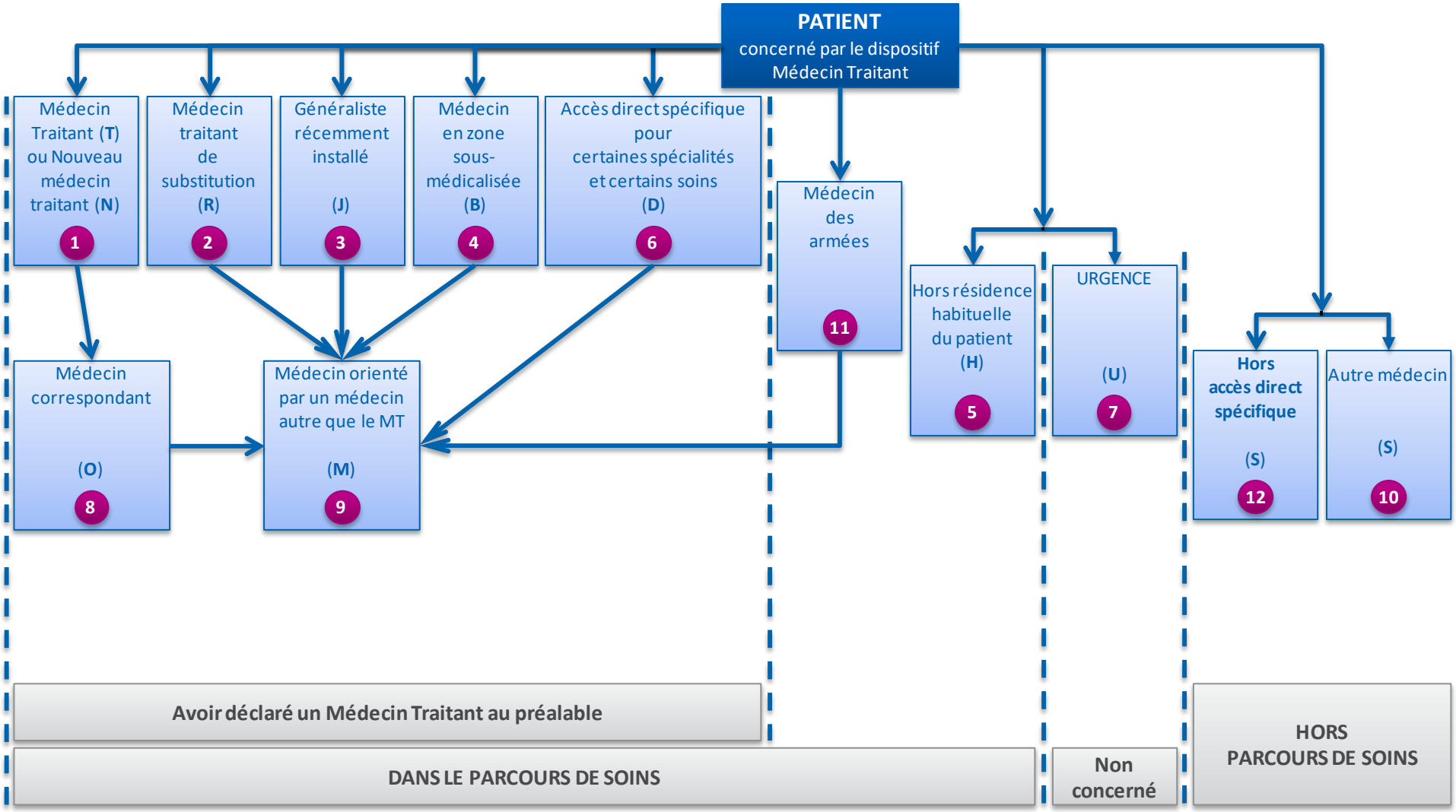
Contrat responsable

Le Contrat responsable est un contrat complémentaire (décret 2005-1226 du 29 septembre 2005) qui prévoit principalement :

- une interdiction de prise en charge
  - de la majoration de participation de l'assuré, et
  - des dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
- une obligation de prise en charge totale ou partielle de certaines prestations :
  - Consultations du médecin traitant, d'un pourcentage minimum du tarif opposable,
  - Médicaments prescrits par le médecin traitant et de ses médecins correspondants directs, d'un pourcentage minimum du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie
  - d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant, d'un pourcentage minimum du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie.
- une obligation de prise en charge totale de la participation de l'assuré pour un nb minimum de prestations de prévention.

A noter que le respect de ces dispositions conditionne le bénéfice d'exonérations sociales et fiscales mais n'a aucun aspect obligatoire. Cela ne concerne par la totalité des contrats complémentaires.

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



2.3.3 Les « Fournisseurs » dans SESAM-Vitale

2.3.3.1 Contexte règlementaire

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

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

2.3.3.2 L'identification du fournisseur

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

2.3.3.3 Les professionnels concernés

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

2.3.3.4 Les activités du Professionnel Fournisseurs et son code spécialité

2.3.3.4.1 Liste des activités concernées

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

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

2.3.3.4.2 Des dispositifs LPP exclus du périmètre SESAM-Vitale

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

Pour information :

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

2.3.3.5 Les cartes CPx des Professionnels Fournisseurs

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

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

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

Cf. §4.3.1 SP02

2.3.4 Les Soins Médicaux Gratuits

2.3.4.1 Contexte réglementaire

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

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

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

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

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

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

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

2.3.4.2 Population concernée

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

La population est composée :

- d'anciens combattants y compris anciens appelés,
- de militaires ou anciens militaires, les étrangers ayant servi dans l'armée française,
- de supplétifs de l'armée ayant effectué leur service durant les conflits mondiaux ou coloniaux (tirailleurs marocains, algériens, tunisiens..) dans des unités régulières,

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

2.3.4.3 Professionnel de Santé concernés

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

2.3.4.4 Remboursement des soins

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

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

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

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

2.3.4.5 La procédure de Demande de Prise en charge SMG

Cette procédure est réservée en principe aux cas suivants :

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

Ainsi, cette procédure est applicable :

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

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

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

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

Cas particulier des Propharmaciens

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

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

2.3.4.6 La procédure d'Entente Préalable

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

La demande d'Entente préalable et la demande de prise en charge relèvent du même processus: le Professionnel de Santé fait toujours une seule demande : la demande d'Entente préalable est inutile lorsqu'il y a une demande de prise en charge, celle-ci en tient lieu.

Ainsi, une prise en charge SMG peut comprendre des prestations soumises à Entente Préalable.

2.3.5 Les apports techniques

La version 1.40 comprend les apports techniques suivants :

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

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

2.4 Les évolutions du système

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

Évolutions à court terme

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

- l'extension de la liste d'opposition à tous les Professionnels de Santé et l'opposabilité de cette liste d'opposition à tous les Professionnels de Santé,
- la fourniture d'une boîte à outils permettant aux éditeurs de développer une solution autonome de mise à jour des fournitures SESAM-Vitale,
- l'utilisation de la carte Navette comme média de transmission des éléments de facturation entre le préleveur et le laboratoire d'analyses de biologie médicale,

- Le Projet de réforme consistant à remplacer les dates à prendre en compte pour déterminer la base et le taux de remboursement des soins effectués par un Professionnel de Santé par une seule et unique date de référence.

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

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

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

Évolutions à moyen terme

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

Sont prévus :

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

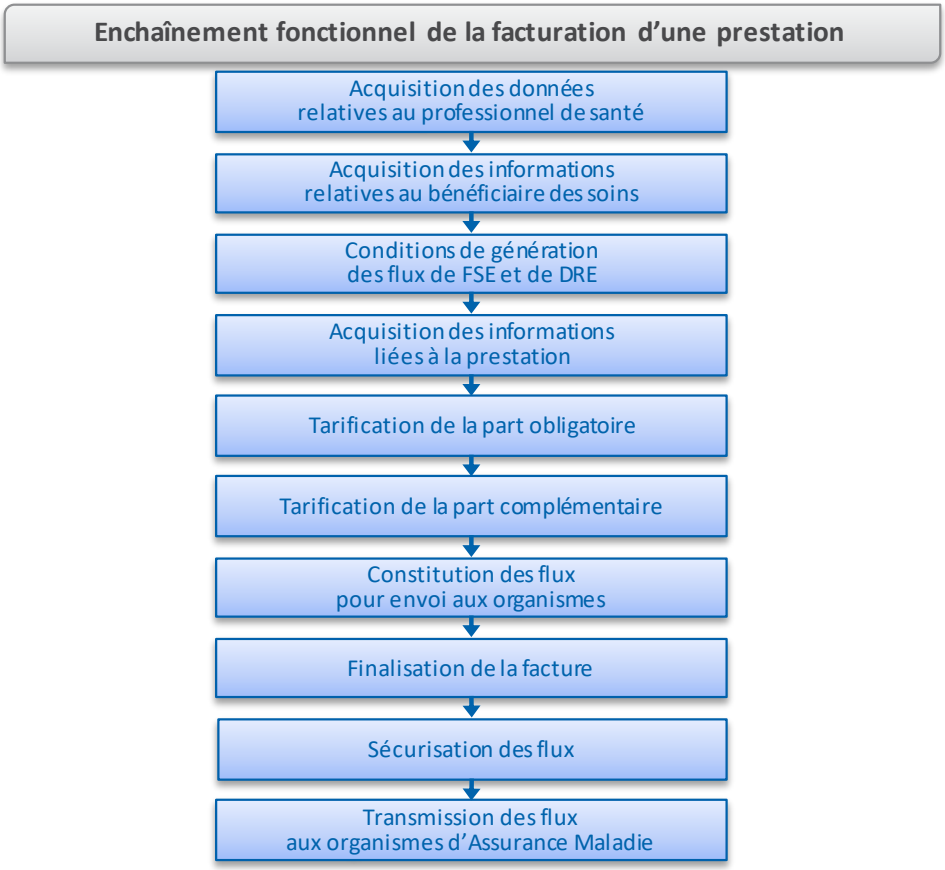
3 Description fonctionnelle de SESAM-Vitale

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

Elles sont les suivantes :

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

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



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

3.1 Lecture de la carte Vitale

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

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

3.2.1 Acquisition des informations liées au Professionnel de Santé

Les informations liées au Professionnel de Santé concernent :

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

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

RPPS

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

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

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

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

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

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

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

3.2.1.1 Médecin propharmacien

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

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

Le Professionnel de Santé peut réaliser au domicile de l'assuré une facture comportant des actes pharmaceutiques (PH1, PH4, PH7, …) sans renseigner le code affiné associé (code CIP).

Le renseignement du code affiné est obligatoire pour les médicaments délivrés au cabinet du Professionnel de Santé.

3.2.1.2 Professionnel de Santé Remplaçant

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

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

Cf. §4.3.1 SP02

3.2.1.3 Centre de Santé

Pour les Centres de Santé, les informations conventionnelles contenues dans le Domaine de l'Assurance Maladie (DAM) de la CPS sont banalisées. En conséquence, les informations conventionnelles à prendre en compte sont celles qui sont contenues sur le Poste de Travail ou sur des serveurs ce qui nécessite leur paramétrage préalable.

3.2.1.4 Médecin traitant

Pour respecter le parcours coordonné de soins et ainsi conserver le même niveau de remboursement par leur régime obligatoire, les bénéficiaires de 16 ans et plus sont tenus de désigner un médecin traitant à leur caisse d'assurance maladie. Ils peuvent en changer à n'importe quel moment et désigner ainsi un « nouveau médecin traitant ».

Le médecin traitant est soit un généraliste, soit un spécialiste.

Le médecin traitant est choisi sans limitation de durée. Il assure le premier niveau de recours aux soins, et si nécessaire oriente son patient vers un autre médecin, dit « médecin correspondant ».

Par ailleurs la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 laisse la possibilité aux parents de désigner un médecin traitant pour leurs enfants, néanmoins cette déclaration pour les enfants de moins de 16 ans n'est pas obligatoire et ils restent non concernés par le Parcours de Soins.

Lorsque le bénéficiaire consulte son médecin traitant, et lorsqu'il est adressé par ce dernier vers un médecin correspondant (qui peut à son tour l'adresser à un autre médecin), il est dit « dans le parcours coordonné de soins ».

Dans le cas contraire, il est dit « hors parcours coordonné de soins ». Sauf exception (cf. Annexe 2), son remboursement par le régime obligatoire est alors réduit.

Si une prescription est faite par le médecin traitant ou son médecin correspondant, son exécution chez certains professionnels exécutants entraîne une prise en charge spécifique par les contrats complémentaires responsables (dits aussi « contrats aidés»).

3.2.1.5 Contrat Tarifaire PS

Convention médicale 2005

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

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

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

Convention médicale 2011

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

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

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

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

Convention médicale 2016

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

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

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

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

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

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

3.2.1.6 Professionnel de Santé Prescripteur

Outre les Professionnel de Santé de la famille « Prescripteurs » (cf. Annexe1-A0), les autres familles de Professionnels de Santé peuvent également prescrire dans les limites de la réglementation en vigueur.

Un suivi des prescriptions exécutées en ville est mis en place, en particulier pour les prescriptions issues des prescripteurs salariés des hôpitaux publics, mais aussi pour celles de tout autre prescripteur dès lors que les informations nécessaires figurent sur l'ordonnance.

L'objectif est d'obtenir, à la source, lors de l'exécution de la prescription, les informations d'identification des professionnels prescripteurs et leur condition d'exercice.

Le terme « prescription » doit être pris au sens large c'est-à-dire tous types de prescriptions : pharmacie mais aussi actes par auxiliaires médicaux, laboratoire, radios, articles de la LPP …

L'exécutant de la prescription (hospitalière ou non) doit pouvoir renseigner, dans sa facture, les informations d'identification du prescripteur et ces données devront être véhiculées dans les flux SESAM-Vitale.

Le prescripteur est identifié par son n° RPPS, et éventuellement le n° de structure dans laquelle il exerce, i.e. dans laquelle la prescription a été établie.

3.2.1.7 Fournisseurs

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

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

3.2.2 Acquisition des informations liées au bénéficiaire des soins

Les informations liées au bénéficiaire des soins concernent les informations :

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

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

~~Ces~~ Les informations de droits sont acquises à partir des données :

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

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

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

Acquisition des informations avec la carte Vitale

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

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

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

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

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

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

Acquisition des informations avec l'ApCV

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

Le Professionnel de Santé identifie le bénéficiaire des soins.

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

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

Accident de travail

Le Professionnel de Santé peut réaliser une feuille de soins électronique sécurisée (sous certaines conditions, Cf. Annexe 2) lorsque les soins sont consécutifs à un accident de travail et que la victime fournit au Professionnel de santé la feuille d'Accident du Travail ou de Maladie Professionnelle (dénommée feuillet AT) et éventuellement les éléments permettant d'identifier l'organisme gérant le risque AT.

Le Professionnel de Santé peut donc réaliser une FSE sécurisée pour des soins consécutifs à un accident de travail avec le risque AT, à partir des informations issues du support de droits AMO, du feuillet AT complété éventuellement d'une attestation d'affiliation/appartenance à une caisse gestionnaire de l'AT, d'un courrier de la caisse ou de la déclaration de la victime.

Si plusieurs AT sont présents dans le support de droits AMO, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de sélectionner l'AT concerné en fonction des éléments fournis par la victime.

A défaut d'informations précises fournies par la victime et si la caisse gestionnaire du risque AT est indiquée dans le support de droits AMO, c'est cette dernière qui doit être prise en compte.

- Dans le cas où l'AT ou les informations d'identification de la caisse gestionnaire du risque AT fournies par la victime différeraient des informations contenues dans le support de droits AMO, le Professionnel de Santé peut réaliser une feuille de soins en mode SESAM Vitale dégradé (en cas de télémédecine, hors prestations d'accompagnement à la téléconsultation, le mode de sécurisation dégradé est interdit, dans ce cas, le mode Sesam sans Vitale doit être utilisé).
- Dans le cas où aucune information permettant d'identifier la caisse gestionnaire du risque AT ne serait fournie par la victime, le Professionnel de Santé réalise soit une FSE au risque AT, soit une feuille de soins papier selon que le régime accepte de recevoir des FSE AT adressées à l'organisme maladie issu du support de droits AMO.

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

Cas des APIAS

La nature d'assurance AT permet notamment de gérer la facturation des soins dispensés en milieu civil aux militaires victimes d'une Affection Présumée Imputable Au Service (APIAS).

L'ensemble des règles concernant les accidents du travail sont valables pour les APIAS.

Cependant, la réglementation applicable aux APIAS diffère en partie de la réglementation « accidents du travail » de droit commun. En conséquence, certaines règles peuvent présenter un cas particulier à appliquer en contexte APIAS.

Le contexte APIAS est caractérisé par l'élaboration de la facture en nature d'assurance « Accident du Travail » et pour le régime CNMSS (code régime de l'organisme gestionnaire de l'AT = 08).

Dans ce contexte, le PS renseigne systématiquement le montant total de prise en charge de la facture au titre des APIAS.

Le montant total de prise en charge de la facture au titre des APIAS correspond au montant total remboursable au titre des APIAS. Il n'induit pas nécessairement un échange formel avec la CNMSS.
L'appréciation de ce montant est effectuée par le Professionnel de Santé, la plupart du temps sans échange avec la CNMSS.

Les cas nécessitant un échange avec la CNMSS correspondent à la règlementation du code des pensions militaires dont un résumé se trouve sur le site de la CNMSS.

Si ce montant est supérieur à la prise en charge au titre des AT de droit commun, il est nécessaire d'ajouter dans la facture la prestation de supplément APIAS (code prestation DAT) pour couvrir cette différence de prise en charge.

Cette prestation DAT est automatiquement générée par le LPS.

Maternité

En assurance maternité tous les frais médicaux remboursables (consultations, frais pharmaceutiques, examens de laboratoire, …) sont pris en charge à 100 %, dans la limite des tarifs de base de l'Assurance Maladie à partir du premier jour du sixième mois de grossesse.

Cette prise en charge à 100 % se poursuit jusqu'au douzième jour après l'accouchement.

En conséquence, la facturation de ces soins est demandée sous la nature d'assurance « maternité ».

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

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

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

Les droits des bénéficiaires à l'Assurance Maladie Obligatoire

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

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

Droits de base

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

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

Tiers payant AMO

- Cas général :

  Le Professionnel de Santé doit accorder à l'assuré l'avance de frais (également dénommé tiers payant) sur la part obligatoire dans la mesure où le Bénéficiaire des Soins est identifié avec un support Vitale, ce dernier pouvant la refuser.

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

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

- Cas particulier : tiers payant réglementaire

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

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

- Autre situation de tiers payant

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

Accès du bénéficiaire au tiers payant AMO

Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens :

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

Le Professionnel de Santé peut toutefois accorder le tiers payant au-delà de la date de fin de droits AMO, notamment en cas d'obligation réglementaire du tiers-payant (cf. Annexe2). Cet accord entraîne alors un forçage de la facture.

Pour les Professionnels de Santé hors Pharmaciens :

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

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

Droits éventuels à exonération

Les informations relatives à une exonération de ticket modérateur issue du support de droits AMO ne sont accessibles qu'aux Professionnels de Santé, aux établissements de santé. Cet accès requiert l'emploi d'une Carte de Professionnel de Santé (CPS, CPE, CDE, CPF).

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

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

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

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

Protocole de Soins ALD

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

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

Les bénéficiaires de ce protocole sont concernés par les dispositions liées au parcours de soins mais dispensés d'orientation explicite dès lors que les soins sont conformes au protocole.

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

Soins Médicaux Gratuits

Supports justificatifs du bénéfice des SMG

Le bénéficiaire des soins fournit :

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

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

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

Droits aux SMG

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

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

Accès au tiers payant AMO

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

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

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

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

Les informations nécessaires à la prise en compte de la part complémentaire (informations d'identification, de tarification et de routage) sont soit issues de la carte Vitale, soit issues du service ADRi, soit issues ou saisies par le Professionnel de Santé à partir d'un support de droits AMC (attestation papier, carte AMC ou information permettant de se connecter à un serveur....).

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

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

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

Date de référence part complémentaire pour le contrôle des droits

La date à prendre en compte pour déterminer l'ouverture des droits est identique à celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (les règles de détermination de la date à prendre en compte pour la tarification de la part complémentaire sont identiques à celles définies dans l'annexe 2 du Cahier des Charges servant à déterminer le taux de remboursement pour la part AMO).

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

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

- La date utilisée pour le contrôle de l'ouverture des droits sur la part complémentaire est par défaut la date d'exécution de l'acte (date de délivrance pour les médicaments, date de délivrance ou de début de location pour les dispositifs médicaux, date d'exécution de chaque acte en cas de traitement en série).
- Le Professionnel de Santé de la famille « Pharmaciens » « Fournisseurs » ou « Auxiliaires Médicaux » en cas de traitements en série doit pouvoir sélectionner une autre date : la date de prescription ou la date de facturation. Cette sélection, peu fréquente, ne constitue pas un forçage (pas d'indicateur de forçage positionné dans la facture).

Ces règles s'appliquent pour les factures élaborées en Tiers Payant ou en hors Tiers Payant.

« Réponse de prise en charge » sur la part complémentaire

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

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

3.2.2.3 Parcours coordonné de soins

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

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

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

Majorations de coordination

Un médecin consulté dans le respect du parcours coordonné de soins est autorisé sous certaines conditions à facturer une majoration de coordination, prise en charge par le régime obligatoire. (cf. Annexe 2)

Dépassements

Le non respect du parcours coordonné de soins par le patient autorise les médecins spécialistes[3] de secteur I à pratiquer le « Dépassement Autorisé » (DA), qui n'est pas couvert par le régime obligatoire.

Part obligatoire

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

Part complémentaire

D'une manière générale, un contrat d'assurance maladie complémentaire peut tenir compte du parcours de soins pour le calcul des remboursements.

Les contrats d'assurance maladie complémentaire qui relèvent du dispositif « contrats responsables » (dits aussi « contrats aidés ») tiennent compte du dispositif du parcours coordonné de soins pour le calcul de la part complémentaire.

3.2.2.4 Règles d'application de la garantie de paiement

Cf. §4.3.8 SP11

3.2.2.5 Élaboration d'une FSE dans le cadre de prestations liées à la contraception des mineures

Délivrance de Contraceptif d'urgence

Lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à une mineure, le Professionnel de Santé réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- le code CIP du produit de contraception d'urgence,
- un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité du bénéficiaire : 2 55 55 55 xxx 041, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie,
- la clé du NIR, calculée à partir du NIR fictif,
- la date de naissance, renseignée soit avec la date de naissance du bénéficiaire (si elle accepte de la communiquer), soit avec la date de naissance fictive ;
  cette date correspond au premier jour du premier mois de l'année en cours diminuée de 16 ans.),
- un numéro fictif de prescripteur (yy199999 où yy représente le numéro du département du lieu d'implantation de la pharmacie),
- la clé du numéro d'identification du prescripteur calculée à partir du numéro fictif,
- une date de prescription correspondant à la date de délivrance du contraceptif d'urgence.

Cette FSE est sécurisée en mode SESAM sans Vitale.

Cette FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie.

Elle est prise en charge à 100% par l'AMO : pour cela le Professionnel de Santé renseigne le code justificatif d'exonération à la valeur 7 : « Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention ».

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

Délivrance de Contraceptif hors urgence

Lors de la délivrance à une mineure d'un contraceptif autre que le contraceptif d'urgence, le Professionnel de Santé réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- code CIP : le code CIP du produit de contraception,
- NIR :
  - soit le NIR de la bénéficiaire, si celle-ci ne souhaite pas bénéficier de la confidentialité ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement de la bénéficiaire ;
  - soit un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la bénéficiaire.
    Dans ce cas :
    - le NIR prend la valeur 2 55 55 55 xxx 042, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie ;
    - la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif,
    - la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie
    - la FSE est sécurisée en mode SESAM sans Vitale,
- date de naissance : la date de naissance exacte du bénéficiaire (renseignée à partir de la prescription),
- informations prescripteur : renseignées à partir de la prescription (pas de spécificité).

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

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

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

Examens médicaux

L'article 64 de la LFSS 2016 supprime la participation de l'assuré pour les frais relatifs aux consultations et examens de laboratoires établis en vue d'une prescription contraceptive pour les mineures.

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

Examens médicaux relatifs à la contraception des mineures

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

- NIR :
  - soit le NIR de la bénéficiaire, si celle-ci ne souhaite pas bénéficier de la confidentialité ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. §3.5 et § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement de la bénéficiaire ;

- soit un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la bénéficiaire.
  Dans ce cas :
  - le NIR prend la valeur 2 55 55 55 xxx 042, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de rattachement du PS ;
  - la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif,
  - la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de rattachement du PS ;

- la FSE est sécurisée en mode **dégradé**,
- date de naissance : la date de naissance exacte du bénéficiaire.

Ces examens doivent faire l'objet d'une facturation isolée d'autres examens non relatifs à la contraception des mineures.

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

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

Examens de biologie médicale relatifs à la contraception des mineures

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

- NIR :
  - soit le NIR de la bénéficiaire, si celle-ci ne souhaite pas bénéficier de la confidentialité ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. §3.5 et § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement de la bénéficiaire ;
  - soit un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la bénéficiaire.
    Dans ce cas :
    - le NIR prend la valeur 2 55 55 55 xxx 042, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de rattachement du laboratoire ;
    - la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif,
    - la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de rattachement du laboratoire ;
- la FSE est sécurisée en mode **SESAM sans Vitale**,
- date de naissance : la date de naissance exacte du bénéficiaire (renseignée à partir de la prescription),
- informations prescripteur : renseignées à partir de la prescription (pas de spécificité).

Ces examens doivent faire l'objet d'une facturation isolée des autres examens de biologie éventuellement mentionnés sur la prescription.

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

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

Eléments paramétrés

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

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

3.2.2.6 Situations Particulières

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

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

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

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

3.2.2.6.1 Bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

- .

Cf. §4.3.2 SP03

Accord sur devis pour les régimes obligatoires

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

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

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

« Réponse de prise en charge » sur la part complémentaire

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

3.2.2.6.2 Sortants de Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

Cf. §4.3.3 SP04

~~3.2.2.6.3 Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire~~

~~L'article 56 de la Loi du 13 août 2004 prévoit pour les personnes dont les revenus dépassent le plafond de la CMU-C de moins de 15% un droit à une aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS).~~

~~L'article L.863-6 du code de la sécurité sociale modifié par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit une mise en concurrence des organismes complémentaires proposant une couverture santé aux bénéficiaires de l'ACS.~~

~~Le décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la mise en concurrence des organismes complémentaires proposant une couverture santé aux bénéficiaires de l'ACS, fixe les conditions dans lesquelles l'Etat pourra sélectionner les contrats éligibles à l'aide (contrats complémentaires ACS encadrés A, B ou C suivant les niveaux de garanties).~~

~~En conséquence, les spécificités du système de facturation pour ces bénéficiaires sont les suivantes :~~

~~Paramétrage initial du dispositif~~

~~Dans le cas d'un bénéficiaire de l'ACS ayant souscrit un contrat complémentaire ACS encadré, le Professionnel de Santé hors opticien et audioprothésiste, doit faire le choix du Tiers-payant AMC selon la procédure standard SESAM-Vitale ou bien du Tiers-payant coordonné par l'AMO. Il garde cependant la possibilité de modifier son choix à tout moment lors de l'élaboration de la facture.~~

~~Le Professionnel de Santé doit :~~

- ~~identifier la situation du bénéficiaire des soins au regard de l'ACS, à partir des éléments suivants : carte Vitale, service ADR, attestations AMO …, c'est-à-dire:~~
  - ~~soit le bénéficiaire de l'ACS n'a pas souscrit de contrat complémentaire ;~~
  - ~~soit le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat complémentaire non encadré ;~~
  - ~~soit le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat complémentaire encadré (ACS A, ACS B, ACS C).~~
- ~~appliquer le Tiers-payant sur la part Obligatoire et/ou sur la part Complémentaire en fonction :~~
  - ~~de sa spécialité ;~~
  - ~~des prestations délivrées ;~~
  - ~~et de la situation du bénéficiaire au regard de l'ACS ;~~
- Le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais.
-

~~Spécialité du Professionnel de Santé~~	~~Prestations~~	~~Situation du bénéficiaire au regard du l'ACS~~	~~Part Obligatoire~~	~~Part Complémentaire~~	
			~~TP AMO~~	~~TP AMC~~	~~Dispositif de TPi, selon paramétrage initial~~
~~Médecin~~	~~Toutes~~	~~Bénéficiaire de l'ACS n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire~~	~~Le PS doit proposer le TP AMO (1)~~	~~Sans objet~~	~~Sans objet~~
~~Tous PS hors médecin~~			~~Le PS peut proposer le TP AMO~~		

~~Médecin~~		~~Bénéficiaire de l'ACS ayant souscrit un contrat complémentaire non encadré~~	~~Le PS doit proposer le TP AMO (1)~~	~~Le PS peut proposer le TP AMC, selon la convention 1.40~~	~~Sans objet~~
~~Tous PS hors médecin~~			~~Le PS peut proposer le TP AMO~~		
~~Tous PS hors opticien et audioprothésiste~~	~~Hors prestations d'optique et d'audioprothèse~~	~~Bénéficiaire de l'ACS, ayant souscrit un contrat complémentaire ACS encadré~~	~~Le PS doit proposer le TP AMO (1)~~	~~Le PS doit proposer le TP AMC (1)~~	~~TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale~~ ~~Ou~~ ~~TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO~~
	~~Prestations d'optique et d'audioprothèse~~		~~Le PS doit proposer le TP AMO (1)~~	~~Le PS doit proposer le TP AMC, selon la convention 1.40 (1)~~	~~TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale~~
~~Opticien et audioprothésiste~~	~~Toutes~~		~~Le PS doit proposer le TP AMO (1)~~	~~Le PS doit proposer le TP AMC, selon la convention 1.40 (1)~~	~~Sans objet~~

~~(1) si la facture est élaborée avec la nature d'assurance « Maladie » ou « Maternité ».~~

~~Le dispositif « TPi ACS : Paiement coordonné par l'AMO » :~~

- ~~n'est pas autorisé pour les opticiens et audioprothésistes ;~~
- ~~n'est pas autorisé pour les prestations d'optique et d'audioprothèse ;~~
  - ~~dans ces situations, seule la procédure standard SESAM-Vitale est possible.~~
- ~~est limité aux niveaux de garanties fixés dans le décret. Si le contrat complémentaire ACS encadré prévoit des garanties supérieures, alors le tiers-payant coordonné AMO ne pourra être réalisé que sur la base des niveaux prévus dans le décret,~~
  - ~~dans ce cas, le Reste à Charge (RAC) à l'assuré est calculé à partir des garanties du contrat A, B ou C fixées dans le décret, et non à partir du niveau de garanties précisé sur le support de droits AMC.~~
- ~~est à l'initiative du PS par rapport à la procédure standard SESAM-Vitale par paramétrage initial sur le LPS.~~

~~Dans le cadre de la procédure standard SESAM-Vitale, le tiers-payant s'applique sur le niveau de garanties précisé sur le support de droits AMC.~~

3.2.2.6.4 Aide médicale d'Etat

Cf. §4.3.4 SP06

3.2.2.6.5 Migrants de passage

Cf. §4.3.5 SP08.1

3.2.2.6.6 Autre situation de migrant

Cf. §4.3.6 SP08.2

3.2.2.6.7 Victime d'Attentat

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

Cf. §4.3.10 SP18

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

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

3.2.3 Conditions de génération des flux de FSE et DRE

3.2.3.1 Les documents donnant lieu à dématérialisation

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

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

Les principes de dématérialisation de ces documents sont conformes à la réglementation[4] et aux accords conventionnels.

3.2.3.2 Principes d'élaboration des flux

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

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

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

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

Date de fin de validité du contexte ApCV

[4] Il s'agit du décret relatif aux documents ouvrant droit aux prestations de l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique. Les articles mentionnés dans le présent document font référence à ce décret.

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

ApCV en opposition

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

Date de fin de validité de la carte Vitale

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

Carte Vitale en opposition

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

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

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

Activation de la liste d'opposition :

Le Professionnel de Santé décide de l'activation ou de la désactivation du service d'opposition sur son Poste de Travail.

Dès l'activation du service de la liste d'opposition par le Professionnel de Santé sur son Poste de Travail, celui-ci doit être alerté dans le cas de non réception. *cf. Annexe 6.*

3.2.3.3 Conditions d'élaboration des parts obligatoire et complémentaire

3.2.3.3.1 Conditions d'élaboration de la part obligatoire

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

3.2.3.3.2 Conditions d'élaboration de la part complémentaire

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

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

3.2.3.4 Les différents types des flux (FSE et DRE)

Le Professionnel de Santé peut procéder à la constitution :

- **D'un flux « FSE sans DRE »** dans deux cas de figure :
  - Cas d'une FSE comportant uniquement les données nécessaires au remboursement de la part obligatoire, cas où :
    - les prestations n'ont pas de part complémentaire remboursable,

- l'assuré ne cotise pas à un AMC ou ne fait pas état de son contrat avec la complémentaire,
- les AMC ne peuvent pas recevoir de DRE ou ne souhaitent en recevoir que dans certaines configurations de traitement (indicateur de traitement AMC),
- le Professionnel de Santé n'a pas de convention avec l'AMC,
- le Professionnel de Santé ne souhaite pas envoyer de DRE.

- Cas d'une FSE comportant les données nécessaires au remboursement de la part obligatoire et de la part complémentaire, cas où :
  - les AMO gèrent les parts obligatoire et complémentaire (en direct, par convention de gestion) et le Professionnel de Santé a signé une convention avec les organismes concernés,
  - les AMC gèrent les parts obligatoire et complémentaire (en direct, par délégation de gestion) et le Professionnel de Santé a signé une convention avec l'organisme concerné,
  - le Professionnel de Santé est lié contractuellement à un OCT qui se charge de l'éclatement des FSE et le Professionnel de Santé a signé une convention avec l'organisme couvrant la part complémentaire.

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

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

  Les AMO et les AMC sont respectivement informés de l'éclatement des flux.

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

3.2.3.5 Constitution des flux (FSE et DRE)

3.2.3.5.1 Constitution des FSE

3.2.3.5.1.1 Conditions de la création de la FSE

Les FSE sont élaborées conformément aux dispositions réglementaires.

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

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

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

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

3.2.3.5.1.2 Principes de la création de la FSE

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

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

3.2.3.5.2 Constitution des DRE

3.2.3.5.2.1 Conditions de création de la DRE

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

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

3.2.3.5.2.2 Principes de la création de la DRE

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

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

3.2.3.5.3 Constitution de DRE d'annulation

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

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

Les règles de création d'une « DRE d'annulation » sont les suivantes :

Dans le cas de la transmission d'une DRE initiale :

- si la DRE initiale n'a pas été transmise au bon destinataire,
- si la DRE initiale a été transmise avec une erreur sur les données d'identification de l'assuré AMC (numéro d'adhérent),
- si en présence du bénéficiaire et après transmission de la DRE initiale, le Professionnel de Santé doit refaire une DRE en lieu et place de la DRE initiale (changement dans la prestation à l'initiative de l'assuré),
- si un rejet a été émis par l'AMO concernant une FSE pour laquelle la DRE a été créée.

Dans le cas de la transmission d'une FSE contenant les informations relatives à la part complémentaire transmise à un OCT, pour éclatement :

- un rejet a été émis par l'AMO concernant une FSE pour laquelle une part complémentaire a été créée.

3.2.4 Acquisition des informations liées à la prestation

3.2.4.1 Informations pour la part complémentaire

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

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

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

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

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

3.2.4.2 Affection exonérante

En présence d'une ordonnance comportant des prescriptions en rapport et d'autres sans rapport avec l'affection exonérante (ordonnance bi-zone), le Professionnel de Santé exécutant établit une seule FSE et éventuellement la DRE associée qui peuvent contenir des exonérations différentes.

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

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

Pour un bénéficiaire en ALD, les règles communes du parcours coordonné de soins s'appliquent que les soins soient prévus au protocole de soins ALD ou pas.

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

3.2.4.3 Accidents de droit commun

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

3.2.4.4 Format des codes CIP

Les médicaments sont identifiés sous un code CIP 13 caractères

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

3.2.4.5 Facturation des honoraires de dispensation

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

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

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

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

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

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

3.2.4.6 Facturation des médicaments déconditionnés

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

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

3.2.4.7 Soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné

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

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

3.2.4.8 Substitution des médicaments

La délivrance par le pharmacien de médicaments génériques et le respect des engagements conventionnels y afférents, impliquent l'exercice du droit de substitution dont dispose ce professionnel de santé (article L.5125-23 du Code de Santé Publique).

L'exercice de ce droit peut, dans certains cas, être tributaire de certaines situations :

- Mention par le prescripteur sur l'ordonnance du caractère non substituable des produits prescrits. A compter du 1er janvier 2020 (arrêté du 12 novembre 2019), la loi fait évoluer pour le médecin les modalités d'inscription sur l'ordonnance du caractère « Non substituable » d'un médicament : une justification médicale est attendue.
- Mention par le pharmacien du caractère non substituable des produits prescrits. L'arrêté du 30 janvier 2020 permet au pharmacien de justifier un refus de substitution et autorise le recours à la mention « non substituable ». Dans ce cas le pharmacien reporte cette mention sur l'ordonnance (sous forme manuscrite).

- Refus de la substitution par l'assuré. L'article 66 de la loi de financement 2019 prévoit que les assurés qui refusent la substitution d'un médicament princeps par un médicament générique ou hybride, sans justificatif du médecin ni du pharmacien, soient facturés sans Tiers Payant et soient remboursés sur la base du prix du générique le plus cher du même groupe du princeps.
- Délivrance en urgence du médicament générique

Le tableau ci-après précise les différentes situations et les informations à renseigner dans la facture :

Situation terrain		Tiers-Payant AMO (*)	Facture SESAM-Vitale	
Sur l'ordonnance	**Délivrance pharmacien**		**Mode de prescription**	**Indicateur de substitution**
Le médecin a indiqué un critère de non substitution sur l'ordonnance	Le pharmacien délivre le princeps	Autorisé	Valeur correspondant au critère de non substitution présent sur l'ordonnance et. dans la table 65 de l'Annexe 2	blanc
	Le pharmacien ne dispose pas du princeps. Il délivre un générique	Autorisé	Valeur correspondant au critère de non substitution présent sur l'ordonnance et. dans la table 65 de l'Annexe 2	U
Pas de mention sur l'ordonnance ou critère de non substitution non valide	Le pharmacien délivre le générique	Autorisé	blanc	blanc
	Le Pharmacien délivre le princeps par application de l'arrêté du 30 janvier en reportant la mention « Non substituable (MTE-PH) » sur l'ordonnance	Autorisé	P	blanc
	Le patient refuse le générique, le pharmacien délivre et facture le princeps, la base de remboursement appliquée est calculée à partir du tarif ajusté.	Non autorisé	blanc	N
	Le pharmacien délivre le princeps car il ne dispose pas du générique	Autorisé	blanc	U

(*) cette information est fournie à titre réglementaire, un contrôle n'est pas demandé sur le poste de travail du PS, pour en vérifier la bonne application

3.2.4.9 Origine de la prescription

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

3.2.4.10 Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

Réglementation

Les dispositions législatives issues de la loi du 4 janvier 1993, précisées dans le décret du 6 mai 1995, confient aux Caisses Nationales d'Assurance Maladie la mise en place du codage des actes et prestations médicales ainsi que les moyens et les outils nécessaires à la maîtrise de l'évolution des dépenses.

C'est dans ce contexte législatif et réglementaire que s'inscrit, à la suite du codage des actes de biologie, de la pharmacie et de la LPP, le codage des actes médicaux.

Objet de la CCAM

L'objet de la CCAM est d'identifier chaque acte médical technique par un libellé spécifique et un code associé permettant de le repérer sans ambiguïté.

Elle se substitue progressivement à la NGAP. Par conséquent, le Professionnel de Santé utilise la CCAM pour facturer les actes techniques en remplacement des lettres clés correspondantes.

Les lettres clés concernées par la CCAM et entrant dans le système SESAM-Vitale sont les suivantes :

- pour les actes techniques : KA, KC, KE, KMO, Z ainsi que la plupart des K à l'exception des actes du chapitre 14 et 16 de la NGAP,
- pour les actes dentaires : D, DC, SC, SCM, SPR, PRO.

PS concernés

Les catégories de Professionnels de Santé concernées sont les médecins (catégorie 1), les chirurgiens dentistes (catégorie 4) et les Sages Femmes (catégorie 5), qu'ils exercent à titre libéral, salarié ou remplaçant.

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

Base CCAM

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

Activation de la CCAM

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

3.2.4.11 Prévention commune AMO/AMC

Cette notion de prévention est issue de la loi de Réforme du 13 Août 2004 principalement pour les contrats AMC responsables. Cette notion est distincte du « risque prévention » déjà géré par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire.

Dans le cas d'un acte réalisé dans un tel contexte, le Professionnel de Santé est tenu d'indiquer ce contexte de prévention et éventuellement de le qualifier.

3.2.4.12 Cohabitation des actes sur une même facture

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

3.2.4.13 Actes en série

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

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

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

3.2.4.14 Soins Médicaux Gratuits

Rapport des soins avec les SMG

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

Choix du contexte SMG

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

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

Élaboration d'une facture SMG

Après avoir :

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

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

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

3.2.5 Tarification de la part obligatoire

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

3.2.6 Tarification de la part complémentaire

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

3.2.6.1.1 Vérification préalable des droits complémentaire

En présence d'une réponse de prise en charge, le Professionnel de Santé doit en premier lieu s'assurer que les droits pour cet assuré sont ouverts pour cette complémentaire, puis il doit vérifier la validité des dates de la réponse de prise en charge.

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

Il appartient au Professionnel de Santé de vérifier la période de validité de la réponse de la prise en charge.

Aucun renseignement supplémentaire autre que le n° de référence de la « réponse de prise en charge » et le (ou les) montant(s) n'est demandé au Professionnel de Santé.

En cas d'une « réponse de prise en charge » valide à une date donnée, et de droits complémentaires non ouverts, il n'est pas possible pour le Professionnel de Santé de réaliser une facture électronique. Cependant, le Professionnel de Santé a toujours la possibilité de forcer la date de fin de droit à partir d'un autre support de droits valide présenté par le bénéficiaire des soins.

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

Que ce soit en gestion unique ou en gestion séparée, lorsqu'il y a une « réponse de prise en charge » complémentaire, le Professionnel de Santé doit vérifier que la « réponse de prise en charge » complémentaire porte le numéro d'organisme complémentaire présenté sur le support de droits.

Il appartient au Professionnel de Santé de vérifier la cohérence au niveau de l'identification de l'organisme complémentaire.

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

3.2.6.1.4 Déterminer le tiers payant ou HTP sur la part complémentaire

Lorsque le Professionnel de Santé est en présence d'une « réponse de prise en charge », en plus du processus habituel (c.-à-d. sans réponse de prise en charge), il doit s'assurer que le choix de tiers payant est cohérent avec la nature (Tiers Payant ou Hors Tiers Payant) de la « réponse de prise en charge » dans le cas où cette information est présente sur la réponse de prise en charge.

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

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

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

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

3.2.6.1.5 Valorisation de la part complémentaire

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

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

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

3.2.6.1.5.1 Valorisation de la part complémentaire en cas de C2S

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

3.2.6.2 Activation de la tarification complémentaire

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

3.2.6.3 Tarification de la part complémentaire pour les Soins Médicaux Gratuits

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

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

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

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

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

3.2.7.1 Identifiant des FSE et des DRE

Les identifiants de la FSE et de la DRE élaborées dans le cadre de l'éclatement à la source sont différents.

Ils sont constitués d'une valeur numérique unique commune à la FSE et à la DRE (n° de facture) et différenciés par le type de facture (lettre distinguant FSE et DRE).

3.2.7.2 Tableau récapitulatif des montants à renseigner

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

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

3.2.7.3 Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture

Conformément aux dispositions réglementaires (article R.161-47), le Professionnel de Santé conserve le double électronique des FSE transmises pendant une durée de quatre-vingt-dix jours au moins.

Ce double électronique comprend les données constitutives de la facture qui sont fournies en entrée de l'interface d'accès aux Services SESAM-Vitale par le progiciel du Professionnel de Santé, le nom et le prénom du bénéficiaire des soins.

Les données constitutives de la facture comprennent aussi les éléments ayant permis de générer une DRE et notamment les informations utilisées pour la tarification complémentaire (ex : formules appliquées pour un acte,…).

Cas particulier des factures issues de codes prestation « réservés PS »

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

Sauvegarde des factures

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

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

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

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

Durée de sauvegarde

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé de modifier la durée de sauvegarde des factures à prestations réservées PS.

Par défaut cette durée est de 36 mois.

Recherche

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

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

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

Restitution

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

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

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

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

Cas particulier des « FSE-TLA »

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

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

3.2.7.4 Copie des factures

Le Professionnel de Santé remet à la demande de l'assuré copie de la feuille de soins transmise, sauf modalités contraires prévues par convention[5].

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

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

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

3.2.8 Finalisation de la facturation

3.2.8.1 Quittance remise à l'assuré

Conformément aux dispositions législatives (article R.161-49) ou à la demande de l'assuré, le Professionnel de Santé réalise une quittance (imprimée ou manuscrite) en cas de paiement direct en espèces par l'assuré. Cette quittance n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'Assurance Maladie.

Le Professionnel de Santé peut inscrire sur la quittance toute information qu'il jugera utile de porter à la connaissance de son patient.

A titre indicatif, la quittance pourra contenir les informations suivantes :

- l'identification de l'émetteur,
- le nom de l'émetteur,
- la date de la facture,
- l'identifiant de la facture,
- le montant total de la prestation,
- le montant payé par l'assuré,
- le (ou les) organisme(s) d'Assurance Maladie destinataires de la (ou des) facture(s),
- l'identification du bénéficiaire.

Les Professionnels de Santé ont la possibilité d'inscrire les informations composant la quittance sur l'ordonnance papier.

3.2.8.2 Bon d'examen

Des dispositions particulières suivantes s'appliquent aux actes et prestations effectués ou servis par les laboratoires d'analyses biologiques et les anatomo-cyto-pathologistes.

Les prélèvements qui leur sont adressés sont accompagnés d'un bon d'examen, comportant les informations, non mentionnées sur l'ordonnance, nécessaires pour compléter les rubriques de la feuille de soins, envoyée à l'assuré ou à l'AMO.

Le bon d'examen doit obligatoirement comporter les informations suivantes, définies réglementairement (Article R.161-46) :

- l'identifiant de l'assuré et, lorsque ce dernier n'est pas le bénéficiaire des actes ou prestations, de son ayant droit,

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

- s'il y a lieu, la mention du fait que les actes ou prestations sont effectués ou servis consécutivement à un accident, et des éléments permettant d'identifier cet accident,
- s'il y a lieu, la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée.

Et en complément,

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

Il est recommandé que les progiciels des Professionnels de Santé **prescripteurs** inscrivent sur l'ordonnance ou sur la demande d'examen les éléments du bon d'examen suivi du code couverture issu de la lecture de la carte Vitale et valide à la date de prescription.

Les informations liées à l'AMC :

- le numéro d'AMC,
- le code aiguillage STS,
- le code routage,
- l'identification de l'hôte,
- le nom de domaine,
- l'indicateur de traitement,
- le niveau de garantie (pour application du Tiers payant sur la part complémentaire),
- le type de convention,
- le critère secondaire
- le NIR individuel,
- l'identifiant de l'assuré AMC.

3.2.8.3 Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier

L'inscription des références (désignées sous le terme « Ticket Vitale » pour les pharmaciens) sur les ordonnances papier est définie réglementairement (article R.161-45).

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

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

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

- Les données prévues dans le Code de la Santé Publique et le Code de la Sécurité Sociale.
- Pour le prescripteur :
  - l'identification du prescripteur[6] réalisant les prestations et, s'il exerce en tant que salarié, l'identification de la structure[7],
  - la date de la prescription,

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

[7] Dans le cadre d'une session de remplacement, l'ordonnance devra comporter l'identifiant de facturation de Professionnel de Santé Remplacé ainsi que les identifiants de facturation du Professionnel de Santé remplaçant avec le libellé « remplaçant ».

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

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

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

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

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

- Médicaments et leurs honoraires de dispensation simples, puis s'il y a lieu :
- L'honoraire de dispensation complexe
- L'honoraire de dispensation pour médicament(s) remboursable(s)
- L'honoraire de dispensation lié à l'âge
- L'honoraire de dispensation pour médicament spécifique
-
  - A compter du 1er janvier 2020, l'article 66 de la loi de financement 2019 prévoit que les assurés qui refuseront la substitution d'un médicament princeps par un médicament générique ou hybride, seront dorénavant remboursés sur la base du prix du générique le plus cher du même groupe du princeps.
- Dans cette situation, sur le ticket Vitale :
- Le prix unitaire affiché sera égal au prix unitaire du princeps délivré
- La base de remboursement affichée sera égale au prix unitaire ajusté

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

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

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

3.2.8.4 Bordereau accompagnant les ordonnances

Les ordonnances sont accompagnées d'un bordereau pour toutes les professions prescrites tenues d'adresser les ordonnances aux organismes AMO.

Ce bordereau d'accompagnement récapitule l'ensemble des FSE correspondantes.

Le logiciel doit donc permettre l'édition de ce bordereau.

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

3.2.8.4.1 Mise en œuvre pour les Pharmaciens

L'arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie fixe les modalités de transmission des FSE entre les régimes d'assurance maladie et les pharmaciens et précise en son article 49.1 "Tri des ordonnances" les modalités de tri des ordonnances devant être adressées aux caisses.

Le format d'édition du « **bordereau d'accompagnement** » des paquets d'ordonnances ainsi établis, est décrit ci-après.

3.2.8.4.1.1 Constitution des paquets d'ordonnances relatifs aux FSE

Les duplicata des ordonnances (hors cas de renouvellement) sont mis à disposition, selon le cas, de la caisse primaire du ressort géographique de la pharmacie, des autres caisses ou des différents organismes conventionnés, accompagnés d'un bordereau récapitulatif des FSE. Ils sont classés, autant que faire se peut, dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau.

Le pharmacien met à disposition les ordonnances dans les conditions fixées par la convention.

A savoir, exemple de tri :

Régime Général : 01 – Distinction des assurés de la circonscription de ceux hors circonscription.

Régimes Agricoles : 02 – Distinction des assurés de la circonscription de ceux hors circonscription.

Régime RSI: 03 –

Pour les assurés qui dépendent de la caisse régionale compétente pour le lieu d'exercice du pharmacien, constituer un paquet par organisme conventionné.

Pour les autres assurés, trier les ordonnances par caisse régionale et par organisme conventionné.

Sections Locales Mutualistes : 91 à 99 : - Distinction par mutuelle de rattachement (MGEN, MG, CMCAS…) sans séparation, sauf demande expresse, entre les assurés de la circonscription et ceux hors circonscription.

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

Le Professionnel de Santé pharmacien transmet la feuille de soins SESAM « dégradé » correspondant à sa facturation à la caisse d'affiliation de l'assuré bénéficiant de la dispense d'avance de frais. Parallèlement à l'envoi de la feuille de soins « dégradé », le pharmacien adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives papier (feuille de soins sous forme papier, duplicata de l'ordonnance hors cas de renouvellement).

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé » (mode SESAM-Vitale dégradé selon chapitre sur les Cas particuliers de fonctionnement), le pharmacien bénéficie du dispositif de ramassage visé à l'article 49 de l'arrête du 11 juillet 2006 pour la seule transmission des pièces justificatives papier concernant les assurés affiliés à la caisse du même ressort géographique que lui.

3.2.8.4.1.3 Présentation des bordereaux d'accompagnement pour le Pharmacien

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

Le logiciel du pharmacien doit donc éditer :

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

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

Les informations à éditer sont les suivantes :

Un en-tête :

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

Une ligne par facture par ordre croissant des numéros de facture

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

Une ligne « total général »

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

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

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

3.2.8.4.2 Mise en œuvre pour les Auxiliaires Médicaux et les Fournisseurs

3.2.8.4.2.1 Présentation des bordereaux d'accompagnement

3.2.8.4.2.1.1 Masseurs kinésithérapeutes

Les masseurs kinésithérapeutes s'engagent à éditer un bordereau **mensuel** récapitulatif accompagnant chacun des paquets d'ordonnances, selon leur destination, en fonction des critères de tri cités ci après.

Le progiciel des masseurs kinésithérapeutes doit donc éditer un bordereau récapitulant les FSE transmises, quelle que soit la caisse d'affiliation de l'assuré, selon le tri suivant :

- Régime général,
- Régime agricole : distinction des régimes MSA, GAMEX,
- RSI
- Sections Locales Mutualistes (91 à 99)
- Autres

L'ensemble des ordonnances correspondant aux FSE est transmis à la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire de rattachement du masseur kinésithérapeute.

Le modèle du bordereau est unique. Les informations à éditer sont les suivantes :

Un en-tête :

- un titre : « Bordereau récapitulatif des ordonnances pour le régime XX »,
- identification du partenaire de santé (Numéro de facturation),

Les régimes « Autres » sont réunis sur un bordereau unique. Il convient alors de reproduire cet en-tête autant de fois que de régimes concernés.

Sur l'ensemble des bordereaux, le classement se décline par organisme sur la base d'un classement numérique croissant, puis par lots à l'intérieur de l'organisme. Les lots sont classés par ordre chronologique.

Les numéros de lot et date de création du lot précèdent le détail de niveau ligne décrit infra.

Une ligne par facture par ordre croissant des numéros de facture.

Pour chaque facture du lot écrire une ligne indiquant les éléments suivants :

- n° de facture,
- n° d'immatriculation de l'assuré (NIR),
- nom et prénom du bénéficiaire,
- date de naissance du bénéficiaire,
- montant total de la facture,
- type de destinataire de règlement (Information codée sur 3 caractères au plus),

Valeurs possibles du type de destinataire de règlement : « **A** » pour paiement à l'assuré, « **TP** » pour tiers payant sur les parts obligatoire et complémentaire, « **TPO** » pour tiers payant sur la part AMO seule, « **TPC** » pour tiers payant sur la part complémentaire seule. Ces valeurs s'appuient sur le cadre de remboursement donné dans l'annexe 1-A0 (groupe 1410) comme indiqué dans le tableau de correspondance ci-après.

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

Remarque : Pour la profession des masseurs kinésithérapeutes seules les ordonnances correspondant aux FSE élaborées en tiers payant sur la part obligatoire ou en tiers payant sur les parts obligatoire et complémentaire doivent être adressées par le Professionnel de Santé à l'AMO.

- Motif de l'absence de l'ordonnance (Information codée sur 3 caractères au plus),

Valeurs possible du motif de l'absence de l'ordonnance : "PFR" pour paiement fractionné; « **AP** », en cas d'ordonnance transmise avec une demande d'accord préalable. Cette liste est évolutive, elle doit être adaptée aux besoins de la profession.

Une ligne « total général »

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

3.2.8.4.2.1.2 Auxiliaires Médicaux - Fournisseurs

Ces dispositions sont applicables à toutes les spécialités des Auxiliaires Médicaux ainsi qu'à la famille des Fournisseurs. Toutefois et s'agissant de la famille Fournisseurs, la fréquence d'édition des bordereaux est définie conventionnellement.

3.2.8.5 Informations de vaccination

Dans le cadre de la vaccination antigrippale, l'Article R5125-33-9 prévoit que :

« Le pharmacien inscrit dans le carnet de santé, le carnet de vaccination ou le dossier médical partagé de la personne vaccinée ses nom et prénom d'exercice, la dénomination du vaccin administré, la date de son administration et son numéro de lot.
A défaut de cette inscription, il délivre à la personne vaccinée une attestation de vaccination qui comporte ces informations »

Le progiciel des Pharmaciens doit donc éditer d'une attestation de vaccination au dos du bon de prise en charge de la vaccination antigrippale mentionnant les informations prévues à l'article R5125-33-9 de l'avenant 16 à la convention nationale Pharmaciens.

3.2.9 Sécurisation des flux SESAM-Vitale

3.2.9.1 Les différents modes de sécurisation des factures

Il existe trois modes de sécurisation :

1. Le mode de sécurisation **SESAM-Vitale** qui nécessite :
   a. soit la présence simultanée du support Vitale et de la CPS,
   b. soit une sécurisation en 2 temps : (la sécurisation **désynchronisée**) la première sécurisation est réalisée en présence du support Vitale seul et la deuxième en présence de la CPS seule.
2. Par exemple, lorsque la facture est élaborée avec une CPE non habilitée à signer des FSE, la facture est sécurisée dans un premier temps par le support Vitale (la CPE est non utilisée), et dans un 2ème temps par la CPS correspondant à cette CPE.

Les données sensibles sont chiffrées et les factures signées.

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

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

3.2.9.2 Chiffrement des données sensibles de la facture

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

Conformément aux actuelles dispositions réglementaires et législatives, il est rappelé que les Organismes Complémentaires ne doivent pas avoir connaissance des informations relatives au codage (codes affinés, modificateurs signifiants pour la CCAM,…).

3.2.9.3 Signature des flux SESAM-Vitale

3.2.9.3.1 Signature des factures

3.2.9.3.1.1 Signature des FSE

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

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

Une FSE ne peut être créée sans le support Vitale du patient ou sans la Carte du Professionnel de Santé qui sont des composants essentiels de la sécurité du système SESAM-Vitale. La sécurisation des FSE peut être réalisée lorsque ces deux supports sont présents simultanément ou pas.

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

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

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

Règles de saisie du code porteur

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

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

- Dans le cas d'un lecteur SESAM-Vitale, la saisie du code porteur peut se faire soit au niveau du progiciel depuis le clavier du poste Professionnel de Santé, soit sur le lecteur.
- Dans le cas de lecteurs PC/SC, la saisie du code porteur se fait obligatoirement au niveau du progiciel depuis le clavier du poste Professionnel de Santé.
- Lorsqu'une Carte Professionnel de Santé est insérée dans le lecteur et que le code porteur n'a pas encore été saisi par le Professionnel de Santé, alors la première lecture nécessite de fournir ce code porteur.
- Tant que cette même Carte Professionnel de Santé n'est ni retirée du lecteur ni mise hors tension, toute lecture supplémentaire ne nécessite pas une nouvelle saisie du code porteur.
- Le code porteur de la CPS ne doit pas être mémorisé par le progiciel (disque dur, mémoire...).

Habilitations des Professionnels de Santé

La signature des FSE est soumise aux règles suivantes :

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

3.2.9.3.1.2 Signature des DRE

La signature des DRE est définie conventionnellement.

Le mode de sécurisation d'une DRE (DRE réalisée avec une FSE ou DRE réalisée seule) est identique au mode de sécurisation de la FSE.

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

3.2.9.3.2 Signatures des lots

3.2.9.3.2.1 Signature des lots de FSE et de DRE

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

Règles de saisie du code porteur

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

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

Habilitations des Professionnels de Santé

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

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

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

3.2.9.4 Chiffrement de pièce jointe

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

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

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

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

3.2.10.1 Création des lots de factures électroniques

3.2.10.1.1 Mise en forme des lots de factures

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

Le critère de regroupement des FSE utilisé pour la mise en lot est constitué des éléments suivants fournis ci-après à titre indicatif[8] :

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

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

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

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

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

3.2.10.1.2 Sauvegarde des lots de factures

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

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

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

3.2.10.2 La création des fichiers

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

Le critère de regroupement des lots de FSE en fichier est constitué des éléments suivants fournis à titre indicatif[9] :

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.10.3 La transmission des fichiers de factures électroniques

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

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

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

La transmission de ces fichiers peut se réaliser :

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

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

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

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

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

Adressage des flux de factures

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

Routage des flux SMG

A partir du moment où le Professionnel de Santé choisit le contexte de facturation SMG, la facture est transmise à la CNMSS chargée de la gestion des flux SMG (cf. § ~~4.2.1.12.2~~ 4.2.1.2.3.1).

3.3 Réception des retours sur le poste du Professionnel de Santé

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

3.3.1 Les accusés de réception logique (ARL)

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

- lot de FSE reçu, uniquement **sécurisé** en mode SESAM-Vitale ou en mode SESAM sans Vitale,
- lot de DRE reçu, quel que soit le mode de sécurisation.

3.3.1.1 Un ARL positif

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

- le lot de factures électroniques est intègre et l'organisme d'Assurance Maladie reconnaît son origine. Cela ne signifie pas que le contenu du lot est accepté par cet organisme d'Assurance Maladie (les factures n'ont pas encore été « liquidées »),
- l'assurance au Professionnel de Santé que le lot de factures électroniques a bien été reçu par le destinataire escompté[10],
- le Professionnel de Santé est déchargé de sa responsabilité de transmettre ce lot.

Sauvegarde

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

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

3.3.1.2 Un ARL négatif

Signification d'un ARL négatif

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

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

Origine d'un ARL négatif

L'origine de l'ARL négatif peut être :

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

Traitement de l'ARL négatif par le Professionnel de Santé

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

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

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

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

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

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

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

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

Normes utilisées

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

Elle doit à terme remplacer les retours existants :

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

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

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

Rapprochement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.3 Messages de service

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

3.3.3.1 Message de service de l'Assurance Maladie

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

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

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

3.3.3.2 Message de service de l'opérateur de messagerie

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

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

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

3.4 Cas particuliers de fonctionnement

3.4.1 Cas de fonctionnement dégradé

3.4.1.1 Accident du travail

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

3.4.1.2 Dysfonctionnements

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

Fonctionnement Dégradé

il est nécessaire :

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

Dysfonctionnement du terminal lecteur ou absence de la CPS

Si le terminal lecteur (lecteur mono-applicatif ou multi-applicatif, ou TLA) du Professionnel de Santé ne fonctionne pas ou que sa CPS est absente ou ne fonctionne pas, il est nécessaire de revenir au circuit traditionnel.

Dysfonctionnement du Poste de Travail du Professionnel de Santé

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

Dysfonctionnement du réseau de télécommunication

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

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

Perte de la facture électronique

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

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

Absence d'ARL

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

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

Échec de la réémission d'une facture électronique

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

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

3.4.2 Feuille de soins papier pour la FSE dégradée

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

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

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

3.4.3 Contenu d'un duplicata papier pour la FSE

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

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

3.4.4 Mode test

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

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

3.4.5 Mode démonstration

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

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

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

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

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

3.6 L'administration du système SESAM-Vitale

L'administration du système SESAM-Vitale est une fonction essentielle pour assurer un fonctionnement conforme aux objectifs de qualité fixés.

En tant qu'organisme spécificateur et fournisseur de matériel et logiciel, le GIE SESAM-Vitale est partie prenante dans le fonctionnement et l'évolution de l'équipement du Professionnel de Santé.

3.6.1 Suivi du Parc

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

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

Le Suivi de Parc concerne les postes de travail suivants :

- les postes qui élaborent des factures électroniques,
- les postes qui mettent en forme des lots de FSE.

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

- le numéro d'agrément,

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

Ces informations sont transmises périodiquement avec les FSE.

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

3.6.2.1 Objectifs

Le système de mise à jour des composants SESAM-Vitale du Poste du Professionnel de Santé a pour objectif de définir, caractériser et mettre en place les services nécessaires à la mise à jour de l'équipement des Professionnels de Santé afin d'offrir au système l'évolutivité en particulier du fait de l'introduction de la CCAM, de la tarification de la part complémentaire.

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

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

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

et sur le terminal lecteur :

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

3.6.2.3 Exigences

Pour que le Professionnel de Santé puisse élaborer des flux de production corrects au niveau de son progiciel, le système de mise à jour doit permettre de mettre à jour les composants SESAM-Vitale présents sur son Poste de Travail avec les éléments les plus récents disponibles.

3.6.2.4 Circuit de mise à jour

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

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

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

Les tables de conventions peuvent être mises à jour par le Professionnel de Santé soit par saisie manuelle, soit par récupération de fichiers normés. Ces fichiers de Conventions et de Regroupements normés sont transmis ou mis à disposition soit :

- directement par les organismes signataires de conventions,
- via les OCT ou les éditeurs de logiciels qui le souhaiteraient,
- par le GIE SESAM-Vitale dans le cas des conventions en gestion unique.

Plusieurs circuits de diffusion des fichiers normés sont possibles :

- Envoi des fichiers de conventions et de regroupements normés dans une BAL et plus particulièrement la BAL SESAM-Vitale du Professionnel de Santé (la procédure de récupération des fichiers normés est détaillée dans les annexes 3 et 4 du présent Cahier des Charges SESAM-Vitale),
- Chargement des fichiers de conventions et de regroupements normés par le Professionnel de Santé à partir de support de l'Assurance Maladie (serveurs, CD, etc …) *(procédure non décrite dans ce document),*
- Mise à disposition de ces fichiers via les éditeurs ou les OCT *(procédure non décrite dans ce document).*

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

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

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

4 Le Poste de Travail du Professionnel de Santé

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

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

4.1 Présentation du Poste de Travail

4.1.1 Architecture matérielle

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

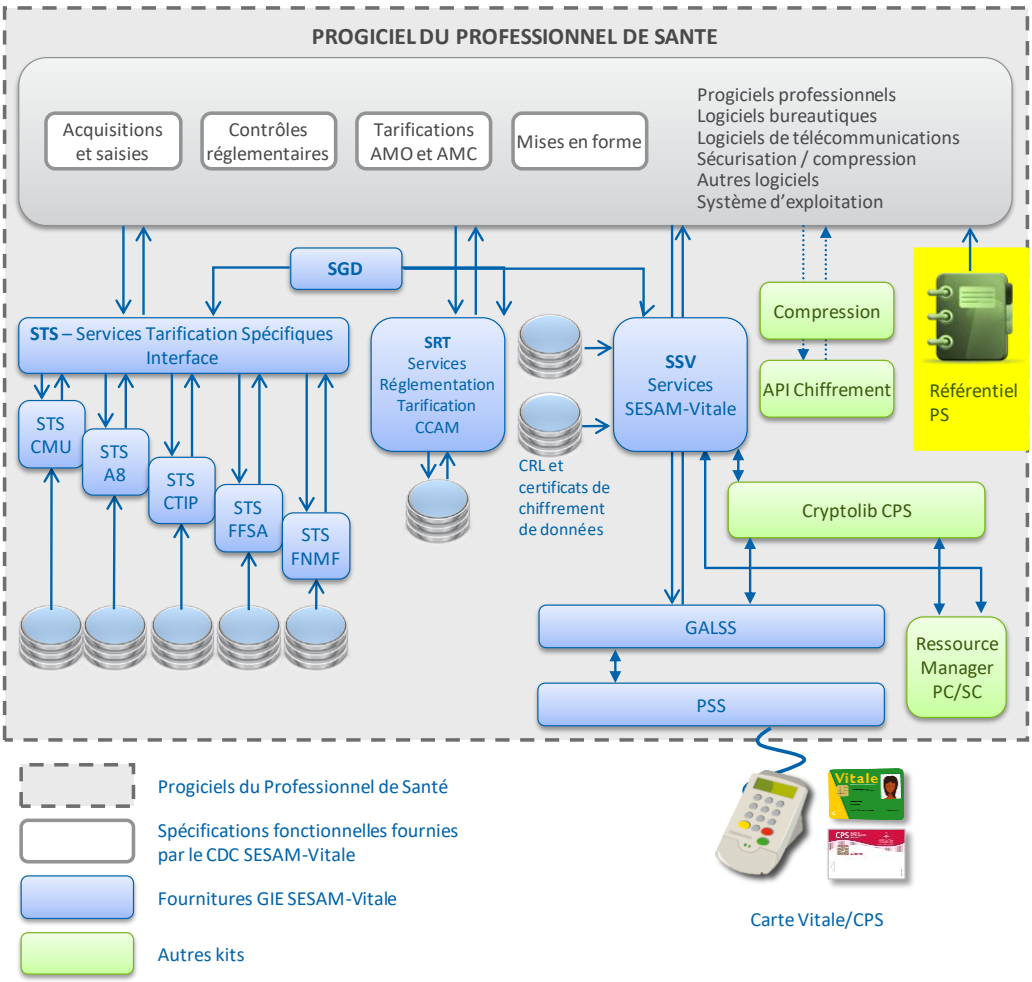
4.1.2 Architecture logicielle

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

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

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

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



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

- Les SGD (Service de Gestion de Données), offrent une interface simplifiée au progiciel pour les différents modules SESAM-Vitale.
- Les SSV et le terminal lecteur servent à la facturation (entre autres, acquisition des données cartes CPS et Vitale, et mise en forme et sécurisation de la FSE et de la DRE). Les SSV permettent également de lister les lecteurs PC/SC et de donner des informations sur la carte présente dans le lecteur.
- Les SRT servent à la réglementation et à la tarification de la nomenclature CCAM. Ils sont composés d'une partie logicielle et d'un fichier des données CCAM dénommé référentiel électronique.
  Le référentiel électronique contient des données de la nomenclature CCAM. Il est constitué à partir de la base nationale de la CCAM, la référence électronique de la nomenclature. Ces données sont utilisées par la partie logicielle pour la mise en œuvre des services SRT.
- Le référentiel PS sert à l'acquisition des informations sur les PS prescripteurs. Il est utilisé par les progiciels Pharmaciens.
  Les progiciels à destination des pharmaciens doivent utiliser un référentiel PS pour acquérir des informations sur les PS prescripteurs. Ce référentiel est mis à jour régulièrement ~~à partir des informations obtenues~~ par l'éditeur ~~(cf. document « Elaboration et utilisation du référentiel PS», FACT-GU-001 du GIE SESAM-Vitale~~).

  RG_AP113

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

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

  VF-complémentaire / Description

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

Accès à la CPS et à la carte Vitale

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

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

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

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

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

Remarque

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

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

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

4.1.2.1 Les systèmes d'exploitation

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

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

4.1.2.2 Les progiciels du Professionnel de Santé

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

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

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

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

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

Ce document ne contient aucune spécification relative :

- à l'implémentation des règles du Cahier des Charges dans le progiciel du Professionnel de Santé,
- à l'interface utilisateur du Poste de Travail du Professionnel de Santé et de ses progiciels[11],
- aux fonctions de traçabilité des échanges de données électroniques (lots de FSE, etc.) dans le progiciel du Professionnel de Santé.

RG_AP108

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

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

RG_AP107

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

RG_AP065

RG_AP112

RG_AP004

RG_AP062

RG_AP068

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

4.1.2.3 Les modules SESAM-Vitale

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

Les modules SESAM-Vitale :

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

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

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

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

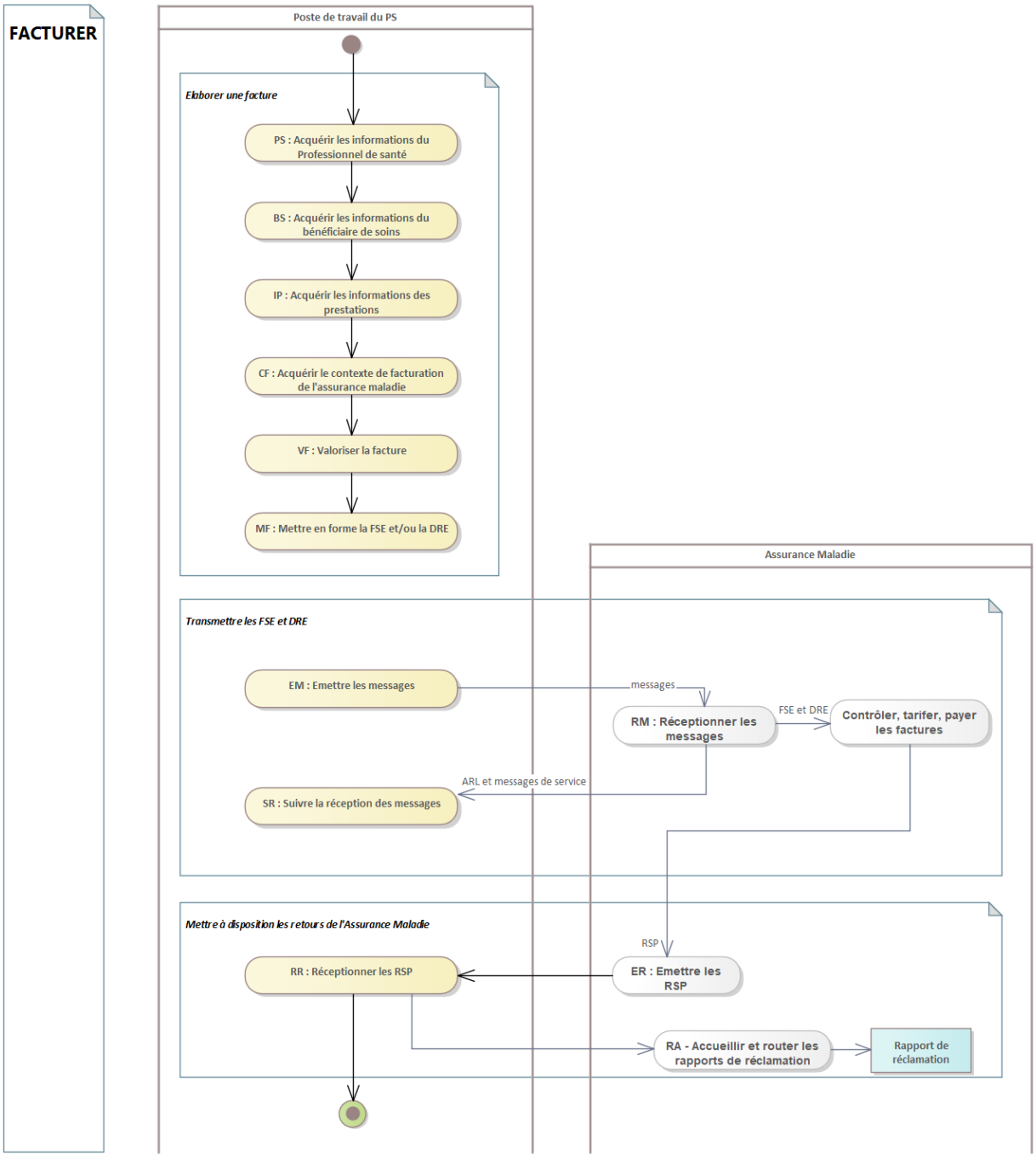
4.2 Participation du Poste de Travail aux fonctions SESAM-Vitale

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

4.2.1 Processus principal : FACTURER

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

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



4.2.1.1 A- ELABORER ~~Élaboration d'~~une FSE et/ou ~~d'~~une DRE ~~(fonctionnement nominal)~~

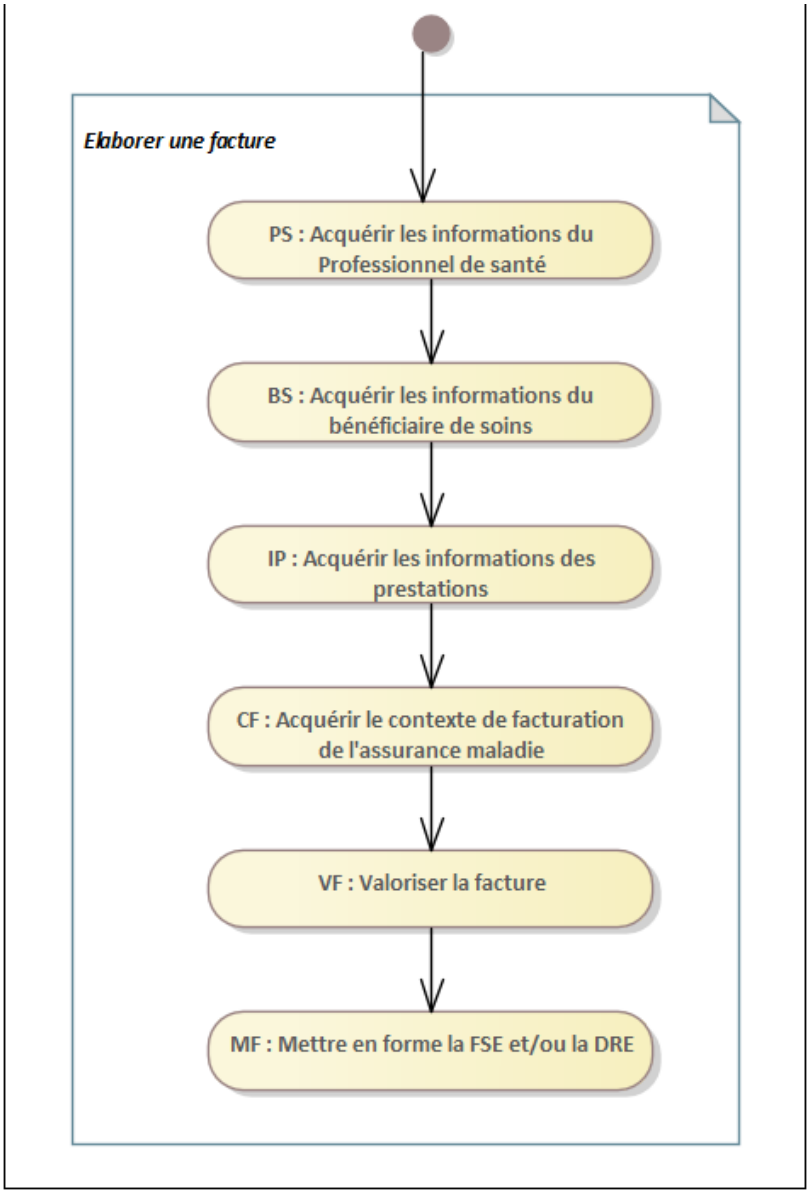
4.2.1.1.1 Généralités : Schéma d'élaboration de la FSE et/ou d'une DRE

SFG

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

Schéma

Le ~~schéma global~~ sous-processus d'élaboration des factures électroniques est ~~résumé ci-dessous~~ est constitué par l'enchaînement des fonctionnalités suivantes :



Spécifications fonctionnelles

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

FSV et Services en ligne

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

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

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

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

Principes transverses au processus FACTURER

Changement des éléments de facturation

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

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

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

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

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

- RG_CF385[CP1]
- RG_CF385[CP2]

Actes en série

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

4.2.1.1.2 PS : Acquisition des données relatives au Professionnel de Santé

4.2.1.1.2.1 Données issues de la CPS

- PS/Description de la fonctionnalité

  ~~Dans l'annexe 1-A, il est décrit dans quelle mesure le progiciel du Professionnel de Santé peut obtenir ces informations par lecture de la Carte de Professionnel de Santé.~~

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

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

- PS05/Description à ajouter

[14] L'« opérateur de règlement » est l'opérateur qui rembourse au Professionnel de Santé les prestations complémentaires en tiers payant pour le compte de l'organisme complémentaire.

4.2.1.1.3 BS : Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins

- BS / Description de la fonctionnalité
- RG_BS016

  ~~Dans l'annexe 1-A, il est décrit comment le progiciel du Professionnel de Santé obtient ces informations par la lecture de la carte Vitale ou par l'acquisition d'un contexte ApCV.~~

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

Date de validité de la carte Vitale

- RG_BS010 [CE5]

Carte Vitale en opposition

- RG_BS008 [CE1]

Carte Vitale non authentifiée

- RG_BS010 [CE3]

Acquisition des informations avec l'ApCV

- RG_BS903
- RG_BS904

Date de fin de validité du contexte ApCV

- RG_BS902[CE2]

[14] L'« opérateur de règlement » est l'opérateur qui rembourse au Professionnel de Santé les prestations complémentaires en tiers payant pour le compte de l'organisme complémentaire.

ApCV en opposition

RG_BS902

Dysfonctionnements à l'usage d'une ApCV

RG_BS902[CE1]

RG_BS904[CE1]

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

Acquisition des informations de droits

RG_BS618

Déclaration du Médecin Traitant

RG_BS003

Droits aux Soins Médicaux Gratuits

CF01.03.06 / Description

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

4.2.1.1.3.2.1 Gestion séparée, gestion unique

GD / Définitions et Abréviations

4.2.1.1.3.2.2 Acquisition des informations de droits

RG_BS500

RG_BS326

RG_BS032

[RG_BS351 [CP1]

RG_BS500 [SP11]

RG_BS500 [SP11

RG_BS032

RG_BS077

VF/ Description de la fonctionnalité

Acquisition à partir d'une carte Vitale

RG_BS500

Les règles d'acquisition et de détermination du mode de gestion (gestion unique ou gestion séparée) sont définies dans la fonctionnalité BS des SFG-Facturation ~~l'annexe 1-A « Lecture Droits Vitale ».~~

Acquisition à partir du service ADRi

RG_BS500

BS05/Description

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

RG_BS326

Acquisition à partir d'une attestation papier AMC

RG_BS077

Acquisition à partir d'une attestation papier AMO

RG_BS326

Acquisition à partir d'un fichier patient

RG_BS326

Détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique

RG_BS330

Données de la table de correspondance

AP03/Préambule

Mise à jour de la Table de correspondance

RG_AP057

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

RG_AP058

~~Dans l'annexe 1-A, il est~~ L'opération BS21.02.01 décrit comment le progiciel du Professionnel de Santé détermine ces identifiants~~.~~

Détermination du type de convention en gestion unique

RG_BS622

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

RG_CF360

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

RG_CF380

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

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

RG_CF361

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

RG_CF361[CP1]

Cas d'erreur : droits non ouverts

RG_CF361[CE1]

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

RG_CF376

4.2.1.1.3.3 Situations particulières du bénéficiaire des soins

RG_CF317

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

[SP03][CP1]

RG_CF317

4.2.1.1.3.3.1 Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

RG_BS339 [SP03]

RG_BS037 [SP03]

Les règles d'identification et de détermination des différentes situations sont décrites dans la fonctionnalité BS des SFG-Facturation ~~l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges~~.

Synthèse de BS22

RG_CF361[SP03]

RG_CF361[CE1][SP03]

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

RG_CF376[SP03]

4.2.1.1.3.3.2 Sortants de Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

RG_BS339 [SP04]

RG_BS037 [SP04]

Les règles d'identification et de détermination des différentes situations sont décrites dans la fonctionnalité BS des SFG-Facturation ~~l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges~~.

Synthèse de BS22

~~4.2.1.1.3.3.3 Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire~~

~~Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits et la situation du bénéficiaire des soins au regard du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire.~~

~~Il doit afficher à l'écran la mention suivante, en fonction de la situation du bénéficiaire des soins au regard de l'ACS :~~

~~Mention à afficher~~	~~Situation du bénéficiaire au regard de l'ACS~~
~~« TP AMO »~~	~~-Bénéficiaire du dispositif Tiers Payant AMO n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire~~ ~~-Bénéficiaire du dispositif Tiers Payant AMO ayant souscrit un contrat complémentaire non encadré~~
~~« TPI ACS A »~~	~~Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS A~~
~~« TPI ACS B »~~	~~Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS B~~
~~« TPI ACS C »~~	~~Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS C~~

~~Les règles d'identification sont décrites dans l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges.~~

~~Si le bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire est identifié à partir des informations du support de droits AMO, la période de validité des droits est déterminée à partir des dates début et fin service AMO bénéficiaire.~~

~~En l'absence de « code service AMO bénéficiaire », la situation est identifiée à partir de l'identification mutuelle (informations contenues dans la zone mutuelle). La période de validité des droits est déterminée à partir des dates mentionnées dans cette zone.~~

4.2.1.1.3.3.4 Aide Médicale d'Etat

AME

RG_BS339 [SP06]

RG_BS037 [SP06] à ajouter

Les règles d'identification sont décrites dans la fonctionnalité BS des SFG-Facturation ~~l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges~~.

BS22/Synthèse

RG_IP340] [SP06]

4.2.1.1.3.3.5 Migrants de passage

Les règles d'identification sont décrites dans la fonctionnalité BS des SFG-Facturation ~~l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges~~.

4.2.1.1.3.3.6 Autre situation de migrant

Les règles d'identification sont décrites dans la fonctionnalité BS des SFG-Facturation ~~l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges~~.

4.2.1.1.3.3.7 Victime d'Attentat

RG_BS339 [SP18]

Synthèse de BS22

4.2.1.1.4 IP : Acquisition des informations relatives à la prestation

IP02/Vue générale/Description

RG_CF308

IP05/Vue générale/Description

Actes non CCAM

RG_IP_CC6

- ~~Les spécifications des contrôles réglementaires de l'AMO sont décrites dans l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.~~

Actes CCAM

- ~~Les spécifications des règles CCAM sont décrites dans l'annexe 1–A1. Le progiciel s'appuie obligatoirement sur l'utilisation des services SRT telle que spécifiée dans l'annexe 1–A1.~~

RG_CF300

Origine de la prescription pour les exécutants

[RG_IP386]

Origine de la prescription pour la délivrance d'optique

[RG_IP386]

Prévention commune AMO/AMC

RG_CF322

Identification du prescripteur

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

Indicateur du médicament délivré

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

Honoraires de dispensation

CF06 / Description

4.2.1.1.5 CF : Détermination du contexte de facturation

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

Restitution de plusieurs codes situations

RG_VF320

Date de fin de droits

RG_CF306

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

Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens :

RG_CF318

Pour les Professionnels de Santé hors Pharmaciens :

RG_CF408

RG_CF408[CP1]

RG_CF408[SP08.2]

Accès au tiers payant en nature d'assurance SMG

RG_CF_R29[CP02]

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

C2S

RG_CF_R29[CP1][SP03]

Sortants de C2S

RG_CF_R29[CP1][SP04]

- ~~Bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS)~~

~~Dans le cas où le progiciel identifierait un bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire, il doit proposer l'application du tiers payant sur la part obligatoire :~~

- ~~au Professionnel de Santé **médecin**, en situation de TP AMO, quelle que soit la situation au regard de la complémentaire (pas de contrat, contrat non encadré, contrat ACS encadré).~~
- ~~à tous les Professionnels de Santé, dès lors que le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat ACS encadré (A, B, C) auprès d'une complémentaire (TP AMO)~~

~~**La situation du bénéficiaire permet** l'application du tiers payant sur la part obligatoire qui est conditionnée par :~~

- ~~les dates de validité lues en zone service AMO bénéficiaire ou en zone Mutuelle du support de droits AMO ou lues sur l'attestation AMO ;~~
- ~~le contexte de la facture : celle-ci doit être réalisée pour les natures d'assurance « Maladie » et « Maternité ».~~

AME

RG_CF_R29[CP1][SP06]

Tiers payant réglementaire

RG_CF_R29

Détermination du contexte du Parcours coordonné de soins

CF01.04 :

RG_CF_R37

RG_CF314

RG_CF312

RG_CF328

RG_CF316

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

CF11/Description

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

L'acquisition du contexte de facturation au regard de la part complémentaire est décrite ~~dans l'annexe 1 – A2~~ dans la fonctionnalité CF.

4.2.1.1.5.2.1 Introduction aux tables de regroupement et de conventions

CF11.03/Description

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

RG_CF378[CR1]

AP03/Description

CF11.03/Description

CF11.03.01/Description

C2S

RG_CF378[SP03]

AME

RG_CF378[SP06]

~~***Bénéficiaires de l'ACS***~~

~~Pour les factures élaborées selon le dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO », le système de facturation ne recherche pas le contexte conventionnel.~~

RG_CF378

4.2.1.1.5.2.2 Recherche de la convention applicable

CF11.03

4.2.1.1.5.2.2.1 Présentation des tables

AP03/Préambule

Données de la table des conventions et critères d'accès

AP03/Préambule

Données de la table des regroupements et critères d'accès

AP03/Préambule

4.2.1.1.5.2.2.2 Conditions de mise à jour des tables

RG_AP056

AP03 / Description

AP03.02.05 / Description

AP03.01 / Description

AP03.02.05 / Description

AP03.02.05 / Description

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

[14] L'« opérateur de règlement » est l'opérateur qui rembourse au Professionnel de Santé les prestations complémentaires en tiers payant pour le compte de l'organisme complémentaire.

[15] L'« opérateur destinataire des flux complémentaires » est l'opérateur qui reçoit les flux contenant la part complémentaire pour le compte de l'organisme complémentaire.

Mise à jour de la Table des conventions

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

Mise à jour par saisie directe (manuelle)

- RG_AP023
- RG_AP026

Mise à jour par fichier de conventions normé

- AP03.02.05

Mise à jour de la Table des regroupements

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

Mise à jour par saisie directe (manuelle)

- RG_AP024
- AP03 / Description

Mise à jour par fichier de regroupements normé

- AP03.02.05

4.2.1.1.5.2.2.3 Schémas de la recherche de la convention applicable

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

- SC_CF11.03

4.2.1.1.6 VF : Tarification

4.2.1.1.6.1 VF-AMO : Tarification de la part obligatoire

- VF / Description de la fonctionnalité / Vue générale / Description

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

Les spécifications des règles de tarification de l'AMO sont décrites dans ~~les annexes 1 et 2~~ la fonctionnalité VF des SFG.

~~Dans un but de clarification de la présentation, les calculs nécessaires à la tarification ont été découpés en règles simples. De ce fait, ces règles possèdent un enchaînement logique qui est traduit par les schémas figurant dans l'annexe 1-A.~~

Base de Remboursement

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

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

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

Taux de Remboursement et Montant remboursable AMO

Pour la détermination du taux de remboursement ainsi que du montant remboursable par l'AMO, le progiciel s'appuie sur les règles décrites dans ~~l'annexe 2~~ la fonctionnalité VF.

Dans le cas de prestations CCAM, la détermination du taux de remboursement peut nécessiter l'utilisation de services SRT dont l'appel est précisé dans chaque règle de VF concernée ~~l'annexe 2~~ et l'implémentation est décrite dans l'annexe 1-A1.

Contrôle complet CCAM

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

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

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

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

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

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

4.2.1.1.6.2 VF-CMP : Tarification de la part complémentaire

- VF11 / Description
- VF / Description
- VF11 / Description

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

- VF15/Description

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

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

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

- VF15.02/Description

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

VF11/Description

SC_VF11

VF12/Description

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

VF11/Description

Cas particulier pour la « réponse de prise en charge »

VF-Complémentaire / Description

Cas particulier pour la tarification de la part complémentaire en cas de C2S ~~ou dans le cadre du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »~~

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

Information au Professionnel de Santé

RG_VF367[CP3]

Recommandations seulement en cas d'échec à la tarification

RG_VF367[CP1]

4.2.1.1.7 MF : Constitution et sécurisation des FSE et des DRE

4.2.1.1.7.1 Détermination des types de flux à transmettre

				X		

RG_MF001

4.2.1.1.7.1.1 DRE d'annulation

RG_MF001

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

RG_MF007

RG_BS901

RG_MF011

RG_MF011[CP1]

RG_MF011[CP2]

RG_MF900

RG_MF901

~~Les données obligatoirement fournies par le progiciel du Professionnel de Santé sont définies dans l'annexe 1-A du présent document.~~

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

IP/CF/VF

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

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

  MF03

- au chiffrement des factures,

  MF04

- à la sécurisation (signature) des factures électroniques en faisant appel au support Vitale et à la CPS,

  MF05 / MF16 / MF15

- à la génération des Critères de Regroupement en Lots.

  MF07

Les Services SESAM-Vitale rendent au progiciel du Professionnel de Santé, si tout se déroule correctement, les factures électroniques mises en forme et sécurisées, prêtes à être intégrées dans des lots. Les Services SESAM-Vitale rendent également un critère, pour chaque type de facture, qui permet le regroupement des factures électroniques en lots.

Consignes pour éviter les doublons

Voir A1-A0

RG_AP084

Certificat de chiffrement de données révoqué

RG_MF552 [CE1]

Certificat de chiffrement de données périmé

RG_MF552 [CE1]

Il est recommandé aux éditeurs de proposer un paramétrage permettant au minimum de remonter cette alerte aux Professionnels de Santé au moins une fois par jour.

4.2.1.1.7.3 Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale avec désynchronisation des signatures

MF / Description de la fonctionnalité

SC_MF

SC_MF/Remarque

4.2.1.1.7.4 Mise en forme des factures électroniques en mode SESAM-Vitale dégradé

MF02 / Description

SC_MF

RG_MF500

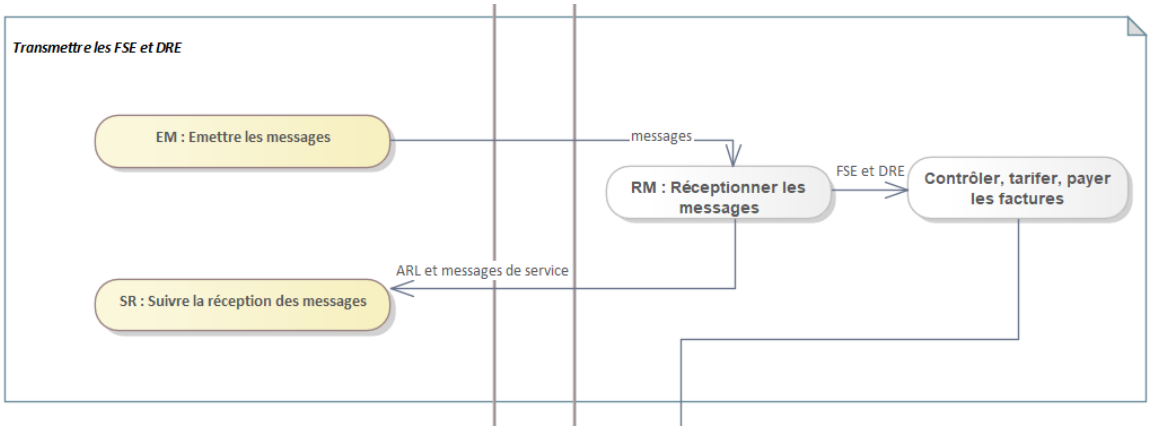
MF10.03 / Préambule

MF10.03 / Préambule

4.2.1.1.7.5 Inscription des références du parcours coordonné de soins sur l'ordonnance

RG_MF070

4.2.1.2 B - TRANSMETTRE les FSE et DRE



4.2.1.2.1 EM : Transmission des flux aux organismes d'Assurance Maladie

4.2.1.2.1.1 Constitution et sécurisation des lots de Factures

Schéma d'élaboration du lot de Factures

Le schéma global d'élaboration des lots de FSE est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des FSE selon le critère de regroupement			
Pour chaque lot constitué			
Attribution d'une référence de lot			
Appel aux Services SESAM-Vitale	➔ ⇐	**SSV** – Mise en forme lot **SSV** – Sécurisation lot	**CPS** dans le lecteur
Sauvegarde du lot de FSE			

Le schéma global d'élaboration des lots de DRE est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des DRE selon le critère de regroupement			
Pour chaque lot constitué			
Attribution d'une référence de lot			
Appel aux Services SESAM-Vitale	➔ ➔	**SSV** – Mise en forme lot **SSV** – Sécurisation lot	**CPS** dans le lecteur
Sauvegarde du lot de DRE et de l'adresse du destinataire du flux			

Le regroupement des factures électroniques

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

Le regroupement des factures électroniques en lots est simplifié grâce aux Services SESAM-Vitale : le progiciel du Professionnel de Santé effectue le regroupement des factures électroniques à partir du critère rendu par la fonction de création des factures électroniques. Toute évolution des critères de regroupement des factures électroniques en lots est ainsi rendue transparente par les Services SESAM-Vitale.

Pour chaque lot, le progiciel du Professionnel de Santé doit trier les factures électroniques par ordre croissant de numéro de facture.

Attribution d'une référence de lot

La référence d'un lot caractérise l'ensemble des factures transmises à un destinataire.

La référence doit être impérativement différente d'un lot à l'autre et évolutive de 001 à 999 pour la FSE et de AAA à ZZZ pour la DRE.

L'appel aux Services SESAM-Vitale

Une fois les factures regroupées en lots, le progiciel du Professionnel de Santé utilise les Services SESAM-Vitale afin que ceux-ci procèdent :

- à la vérification des données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé (format des données, présence des données),
- à la mise en forme des données conformément à la norme d'échange utilisée par l'Assurance Maladie,
- à la sécurisation du lot en faisant appel au lecteur SESAM-Vitale et à la Carte Professionnel de Santé,
- à la génération des Critères de Regroupement en Fichiers.

Un lot de factures électroniques dont les factures sont sécurisées ne peut être créé sans utiliser la Carte Professionnel de Santé et sans utiliser un lecteur SESAM-Vitale ou un lecteur PC/SC.

Le code porteur de la Carte Professionnel de Santé peut être fourni au module SESAM-Vitale :

- soit par saisie sur le clavier du lecteur SESAM-Vitale,
- soit par le progiciel du Professionnel de Santé.

Les lots peuvent être créés en série (enchaînement d'appels à la fonction « Mise en forme et sécurisation lot ») afin d'éviter la multiplication des saisies de code porteur. Pour chaque série de lots, le code porteur n'est requis qu'au premier lot de la série. Une série de lots peut comprendre à la fois des lots de FSE et des lots de DRE. Il est recommandé que la mise en forme des lots de DRE soit effectuée par le progiciel consécutivement à la mise en forme des lots de FSE.

Un lot de DRE peut comprendre des DRE ou des DRE d'annulation.

Au cours de la sécurisation d'une même série de lots, le progiciel de santé empêche l'accès à une carte Vitale et à la carte Professionnel de Santé, ainsi, aucun appel à une de ces deux cartes ne peut aboutir tant que le dernier appel aux Services SESAM-Vitale n'a pas été effectué.

Si tout se déroule correctement, les Services SESAM-Vitale rendent au progiciel du Professionnel de Santé, un lot de factures électroniques mis en forme et sécurisé, prêt à être intégré dans un fichier. Les Services SESAM-Vitale rendent également un critère qui permet le regroupement des lots en fichiers et les éléments d'adressage.

4.2.1.2.1.2 Mise en forme des lots de factures électroniques en mode SESAM-Vitale dégradé

Le schéma global d'élaboration des lots en mode dégradé est identique au schéma d'élaboration des lots en mode SESAM-Vitale.

L'utilisation de cette fonction nécessite la saisie du code porteur de la Carte du Professionnel de Santé.

Le schéma global d'élaboration des lots de FSE en mode dégradé est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des FSE selon le critère de regroupement			
Pour chaque lot constitué			
Attribution d'une référence de lot			
Appel aux Services SESAM-Vitale	➔ ⇇	**SSV** – Mise en forme lot **SSV** – Sécurisation lot	**CPS** seule
Sauvegarde du lot de FSE			

Dans le cas de lots contenant des FSE en mode SESAM-Vitale dégradé, le Poste de Travail ne reçoit pas d'ARL correspondant. Ces lots doivent être directement archivés après transmission.

Le schéma global d'élaboration des lots de DRE en mode dégradé est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des DRE selon le critère de regroupement			
Pour chaque lot constitué			
Attribution d'une référence de lot			
Appel aux Services SESAM-Vitale	➔ ←	**SSV** – Mise en forme lot **SSV** – Sécurisation lot	**CPS** seule
Sauvegarde du lot de DRE et adresse du destinataire du flux			

Dans le cas de lots de DRE en mode SESAM-Vitale dégradé, le Poste de Travail reçoit les ARL correspondants. Ces lots doivent donc être directement archivés après transmission au moins jusqu'à la réception de l'ARL positif.

4.2.1.2.1.3 Constitution des fichiers

Schéma d'élaboration du fichier

Le schéma global d'élaboration des fichiers de lots de FSE est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des lots en attente de transmission selon le type de norme d'échange et le critère de regroupement			
Pour chaque critère fichier			
Attribution du N° de fichier à transmettre			
Appel aux Services SESAM-Vitale	➔ ←	**SSV** – Mise en forme en-tête et fin de fichier	
Encadrement des lots de FSE constituant le fichier			
Stockage du fichier			

Le schéma global d'élaboration des fichiers de lots de DRE est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des lots de DRE en attente de transmission selon le critère de regroupement			
Pour chaque critère fichier			
Attribution du N° de fichier à transmettre			
Appel aux Services SESAM-Vitale	➔ ←	**SSV** – Mise en forme en-tête et fin du fichier	
Encadrement des lots de DRE constituant le fichier			
Stockage du fichier			

Le regroupement des lots de factures électroniques

Les lots non encore transmis sont regroupés en fichiers en vue de leur transmission à l'Assurance Maladie.

Le regroupement des lots en fichiers est simplifié grâce aux Services SESAM-Vitale : le progiciel du Professionnel de Santé effectue le tri des lots à partir du critère restitué par la fonction de création du lot. Toute évolution des critères de regroupement des lots en fichiers est ainsi rendue transparente par les Services SESAM-Vitale.

L'appel aux Services SESAM-Vitale

Une fois les lots regroupés dans des fichiers, le progiciel du Professionnel de Santé appelle, pour chaque fichier, les Services SESAM-Vitale qui procèdent :

- à la vérification des données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé (format des données, présence des données) ;
- à la mise en forme des en-têtes et fins de fichier qui doivent encadrer les lots dans le fichier.

Stockage

Les fichiers sont conservés par le progiciel du Professionnel de Santé sur le Poste de Travail jusqu'au 1er ARL positif d'un lot contenu dans le fichier, afin de prévoir les cas possibles de réémission.

4.2.1.2.1.4 Transmission des fichiers et réception des fichiers retour

Pour la description de la transmission des rapports de réclamation et de la réception des retours correspondants, cf. annexe 1-B0.

Le schéma global de transmission des fichiers et de réception des fichiers retours est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé	Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Pour chaque fichier à émettre		
Détermination de l'adresse du destinataire.		
Chiffrement de la pièce jointe		
Constitution de l'enveloppe MIME		
Formatage du message SMTP		
Réception des fichiers retour		
Transmission des fichiers constitués vers les différents organismes		
Traitement des comptes rendus des transmissions		

Pour l'échange des factures électroniques, le progiciel du Professionnel de Santé doit faire appel aux logiciels de gestion des protocoles de communication.

Les Services SESAM-Vitale ne fournissent pas de fonction de télétransmission.

Les retours reçus par le Poste de Travail du Professionnel de Santé ne sont pas chiffrés.

Les certificats de chiffrement de pièce jointe sont stockés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé et doivent pouvoir être mis à jour dans leur annuaire des certificats.

Adressage des flux de FSE

La constitution de l'adresse électronique est fonction :

- du code régime (EF_CF12_01),
- et du numéro de l'organisme destinataire (EF_MF04_04) ~~déduit à partir de la table de correspondance fournie dans l'Annexe 1-A et les données contenues en carte Vitale)~~.

Adressage des flux de DRE

Les éléments d'adressage AMC sont fournis en sortie de la fonction « mise en lot » des Services SESAM-Vitale conformément aux règles d'adressage.

~~4.2.1.2.2 Préparation à la transmission des informations relatives à la complémentaire~~

4.2.1.2.3 Détermination du destinataire des flux

4.2.1.2.3.1 Pour la FSE

L'organisme destinataire des flux correspond à la donnée EF_MF04_04 déterminée par la règle :

RG_MF033

4.2.1.2.3.2 Pour la DRE

En plus du numéro d'organisme complémentaire (issu du support de droits AMC), les informations nécessaires à l'adressage des DRE sont issues des informations administratives et de routage déterminées lors de la recherche dans l'Annuaire AMC ou à défaut dans la table de conventions.

Données de la part complémentaire~~s~~ dans la FSE

MF03

4.2.1.3 C- METTRE A DISPOSITION les retours de l'Assurance Maladie ~~Réception des retours sur le poste Professionnel de Santé~~

4.2.1.3.1 SR : Traitement des Accusés de Réception Logiques

Schéma global de traitement

Le schéma global de traitement des fichiers retours est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Pour chaque fichier retour reçu			
Demande de traduction du fichier retour			
Appel aux Services SESAM-Vitale	➔ ⇐	**SSV** – Traduction ARL	
Prise en compte des comptes rendus contenus dans l'ARL			
Rapprochement de chaque ARL avec le lot associé.			
Sauvegarde des ARL positifs			

L'appel aux Services SESAM-Vitale

Le progiciel du Professionnel de Santé appelle les Services SESAM-Vitale afin que ceux-ci procèdent :

- à la vérification des données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé (format des données, présence des données),
- à la restitution des informations relatives aux accusés de réception logiques contenus dans le fichier retour.

Le progiciel du Professionnel de Santé utilise les informations rendues par les Services SESAM-Vitale afin de procéder à la corrélation des informations contenues dans les accusés de réception logiques avec celles relatives aux lots précédemment émis (références du lot acquitté, type d'acquittement, éventuellement code rejet).

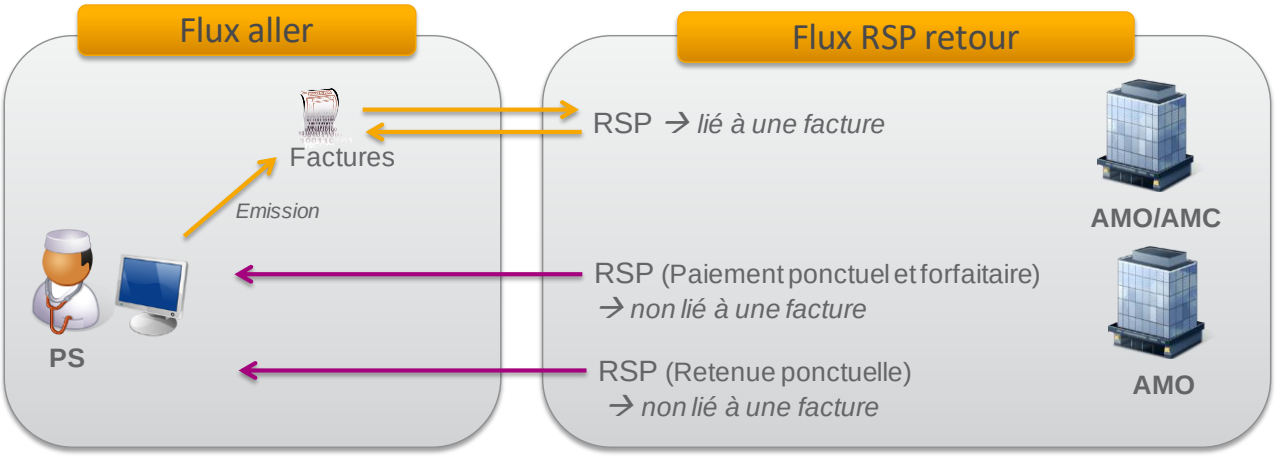
4.2.1.3.2 RR : Traitement des flux de rejet / signalement / paiement

Les Services SESAM-Vitale ne fournissent pas de fonction d'interprétation des flux de rejet / signalement / paiement (RSP).

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

- lors du traitement d'une facture par l'Assurance Maladie
- pour retour d'informations relatives à des opérations ponctuelles (uniquement envoyées par les organismes AMO), qui peuvent être des :
  - paiements ponctuels et forfaitaires (par ex. aide pérenne, ROSP, RMT, ..)
  - retenues ponctuelles (par ex. récupération pour satisfaire les besoins d'organismes extérieurs à l'Assurance Maladie)

Le schéma ci-dessous illustre le périmètre des RSP :



Le progiciel du Professionnel de Santé procède au traitement des flux de RSP conformément aux règles décrites dans l'Annexe 1-B0.

Remarque : certains organismes d'Assurance Maladie Obligatoire transmettent également un flux de RSP pour des Feuilles de Soin Papier.

4.2.1.4 ~~Forçage~~

Cf. §4.3.8 SP11

4.2.2 Processus 2 : Lecture de la carte Vitale

Le processus de « Lecture de la carte Vitale » consiste en l'acquisition des données relatives au bénéficiaire des soins à partir

- Soit de la carte Vitale en s'appuyant sur le module SSV-Lecture droits Vitale
- Soit du service en ligne ADRi

Schéma global :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale ou Services en ligne	Périphériques
	⇄	**SSV** – Lecture droits Vitale	**Carte VITALE et CPS** dans le(s) lecteur(s)

Progiciel du Professionnel de Santé	Modules SESAM-Vitale ou Services en ligne	Périphériques
Acquisition des données relatives au bénéficiaire des soins à partir de la carte Vitale et d'un autre support éventuel[23]	ADRi - Acquérir les droits en ligne	-

4.2.3 AP : L'administration du système SESAM-Vitale

4.2.3.1 Session du remplaçant

AP10 / Description

4.2.3.1.1 Préparation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé remplacé

AP10.01 / Préambule

RG_AP081

RG_AP082

4.2.3.1.2 Utilisation en facturation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé remplaçant

RG_PS044

Cf. A1-A0 : groupes 1120, 1150 et 1151

RG_MFxx027 [SP02]

Le Professionnel de Santé remplaçant réalise la sécurisation du lot de ses factures avec sa propre CPS, dans ce cas le Professionnel de Santé remplaçant réalise le lot avec son propre identifiant de facturation.

Les lots signés par le Professionnel de Santé remplaçant peuvent contenir des factures élaborées et signées par le Professionnel de Santé titulaire ou par les salariés de ce dernier. Le progiciel de santé assure l'incrémentation de la numérotation des lots constitués par le Professionnel de Santé remplaçant dans la continuité de ceux constitués par le Professionnel de Santé titulaire.

La mise en lot et la transmission par le remplaçant ou par le titulaire doivent respecter les délais prévus par le chapitre 3.2.10.1.2. – « Sauvegarde des lots de factures » de ce présent Cahier des Charges.

La mise en forme et la transmission des fichiers doivent être effectuées quelle que soit la session : remplaçant ou titulaire.

La gestion des ARL et des RSP doit être effectuée quelle que soit la session : remplaçant ou titulaire.

En cas de réception d'un ARL négatif reçu par le Professionnel de Santé remplaçant pour un lot dont il n'est pas l'émetteur, le Professionnel de Santé remplaçant a la possibilité de :

- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec une CPE,
- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec sa propre CPS ; dans ce cas le Professionnel de Santé réalise le lot avec sa propre CPS en indiquant son identifiant de facturation en tant que signataire du lot,

[23] Cette fonctionnalité peut être exécutée plus en amont dans le processus d'élaboration de la facture.

- ou éventuellement demander au Professionnel de Santé qui a réalisé les soins de transmettre à l'organisme d'assurance maladie les duplicatas des factures contenues dans le lot.

AP10.02 / Préambule

4.2.3.1.3 Suppression des données de remplacement par le Professionnel de Santé titulaire

RG_AP083

En cas de réception d'un ARL négatif reçu par le Professionnel de Santé titulaire pour un lot dont il n'est pas l'émetteur, le Professionnel de Santé titulaire à la possibilité de :

- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec une CPE,
- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec sa propre CPS, dans ce cas le Professionnel de Santé réalise le lot avec sa propre CPS en indiquant son identifiant de facturation en tant que signataire du lot,
- ou éventuellement demander au Professionnel de Santé remplaçant qui a réalisé les soins de transmettre à l'organisme d'assurance maladie les duplicatas des factures contenues dans le lot.

Cas particuliers des Professionnels de Santé Pharmaciens dits multi-employeurs

AP10 / Préambule

De plus, le Professionnel de Santé Pharmacien multi-employeur peut sécuriser les lots comportant des factures sécurisées par les préparateurs de l'officine.

4.2.3.2 Chargement de logiciel dans le lecteur SESAM-Vitale

Schéma global du chargement

Le schéma global du chargement de logiciel dans le lecteur est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Sélection du fichier à charger dans le lecteur SESAM-Vitale			
Appel aux Services SESAM-Vitale	→ ←	Chargement	Lecteur SESAM-Vitale
Traitement du compte rendu d'exécution			

L'appel aux Services SESAM-Vitale

Lorsqu'une mise à jour du logiciel du lecteur doit être effectuée, le progiciel du Professionnel de Santé transmet aux Services SESAM-Vitale le fichier comprenant le logiciel à charger.

Les Services SESAM-Vitale envoient ce fichier au lecteur SESAM-Vitale qui effectue la mise à jour et restitue le résultat de ce traitement.

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

Au niveau de l'équipement du Poste de Travail du Professionnel de Santé, l'outil de mise à jour remplit les activités suivantes :

- **Auditer** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Qu'est-ce qui est présent sur le poste ? ».

  Elle doit permettre d'établir la liste exhaustive des fournitures SESAM-Vitale présentes sur le poste et sur le terminal lecteur mais également d'identifier unitairement le Poste de Travail, sa configuration et de déterminer le niveau d'OS.

- **Analyser** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Qu'est-il nécessaire de changer ? ».

  Elle nécessite la connaissance du référentiel de composants à la base du Socle Technique de Référence.

- **Installer – mettre à jour** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Comment mettre à jour le poste ? ».
  La mise en œuvre de cette fonctionnalité est fortement contrainte par les limitations liées aux droits d'accès et aux typologies. Elle nécessite la maîtrise des configurations déployées.

- **Contrôler** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « La mise à jour a-t-elle réussi ? ».

  Cette étape est dimensionnée par la nature des éléments mis à jour : tables de données, fichiers de paramétrage, librairies ou exécutables. La réversibilité de l'opération de mise à jour est assurée au cours de cette opération. Un échec constaté lors des tests de contrôle entraîne un basculement vers l'ancienne version présente initialement sur le poste.

- **Paramétrer** : Cette activité est transversale et préparatoire à l'ensemble des fonctionnalités décrites précédemment. Elle est réalisée lors de la phase de déploiement d'une nouvelle version. Elle permet de paramétrer l'outil de mise à jour afin de lui fournir la configuration (environnement, typologie, …) du Poste de Travail du Professionnel de Santé et de lui traduire les caractéristiques techniques d'interfaçage avec le serveur de diffusion. La complexité de paramétrage est directement liée à celle de la typologie et de la configuration du poste. La mise en place du paramétrage sera plus aisée si l'on opère via une IHM simplificatrice.

  Ce paramétrage peut être considéré comme optionnel dans le cas où le produit de mise à jour a été mis au point pour couvrir une configuration poste Professionnel de Santé type pré-définie.

- **Acheminer sur le poste du Professionnel de Santé** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Comment amener sur le poste les éléments à changer ? »
  Elle est complètement dépendante des moyens mis en œuvre (support physique (CD, disquette, bande), mise à jour en ligne, intervention sur site, …) et peut ne pas être supportée par l'outillage de mise à jour.

L'ensemble des activités devra être supporté par un outillage de mise à jour.

En vue d'assurer la pérennité de l'outil au fil des évolutions des fournitures SESAM-Vitale, il est recommandé de concevoir un outil autonome d'administration des fournitures SESAM-Vitale indépendant du logiciel agréé de production de flux.

Le GIE SESAM-Vitale remettra aux éditeurs une boîte à outils permettant de procéder, sous leur propre responsabilité, au développement d'un outil autonome d'administration des fournitures SESAM-Vitale. Ces éléments seront accompagnés d'une documentation (manuel d'utilisation et manuel de programmation).

Il est important de signaler que les éléments apportés par le GIE SESAM-Vitale pour la mise à jour sur le poste Professionnel de Santé ne constituent pas une fourniture SESAM-Vitale au même titre que les SSV par exemple. L'éditeur pourra donc en reprendre tout ou partie, voire rien.

4.2.3.4 Administration de la liste d'opposition pour les catégories de Professionnel de Santé concernées

BS01.03/Description

RG_AP070

4.2.3.5 Administration des certificats de chiffrement et de la CRL des certificats de chiffrement

Le progiciel doit permettre la mise à jour des certificats de chiffrement de données et de la CRL des certificats de chiffrement de données pour chiffrer les FSE et/ou les DRE conformément aux règles décrites

- à l'annexe 1 partie C du cahier des charges.

De même, le progiciel doit permettre la mise à jour des certificats de chiffrement de pièce jointe et de la CRL des certificats de chiffrement de pièce jointe pour chiffrer les fichiers de lots de FSE et/ou DRE conformément aux règles décrites à l'annexe 4 du cahier des charges. Toutes procédures de mise à jour des certificats de chiffrement et de la CRL des certificats de chiffrement de pièce jointe doivent être réalisées de façon transparente et automatique pour le PS. Un message informatif de mise à jour d'un certificat de chiffrement de pièce jointe peut être affiché au PS.

4.2.3.6 Recommandations

Il est recommandé au Professionnel de Santé d'utiliser un antivirus et anti spam.

4.3 Situations spécifiques

Présentation

Les situations spécifiques identifiées pour le système de facturation sont les suivantes :

Référence	Libellé
SP02	Professionnel de santé remplaçant ou Multi-employeurs
SP03	Bénéficiaire de la C2S
SP04	Bénéficiaire sortant de la C2S
~~SP05~~	~~Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire~~
SP06	Bénéficiaire de l'AME
SP08.1	Bénéficiaire Migrant de passage
SP08.2	Bénéficiaire « autre situation de migrant »
SP09	Absence de support Vitale
SP11	Forçage
SP12	Professionnel de Santé utilisant les services d'un OCT
SP18	Victime d'attentat

Certaines règles ou opérations du système de facturation présentent un comportement particulier différent du comportement nominal dans une, voire plusieurs de ces situations spécifiques. Dans ce cas-là, un renvoi vers la situation spécifique est mentionné au niveau de la règle ou de l'opération en question.

Identification

Chaque situation spécifique est caractérisée par une donnée, voire une combinaison de données positionnées au cours du processus de facturation.

Impact sur les fonctionnalités

Le tableau ci-après présente, pour chaque situation spécifique, les fonctionnalités du système de facturation (tout processus confondu) concernées par la situation spécifique en question.

	PS Remplaçant	*Bénéficiaire de la C2S*	*Bénéficiaire sortant de la C2S*	*Bénéficiaire de l'AME*	*Bénéficiaire Migrant de passage*	*Bénéficiaire autre situation de migrant*	*Absence de support*	*Forçage*	*PS utilisant les services d'un OCT*	*Victime d'Attentat*
	SP02	**SP03**	**SP04**	**SP06**	**SP08.1**	**SP08.2**	**SP09**	**SP11**	**SP12**	**SP18**
PS	X									
BS		X	X	X	X	X	X	X		X
IP		X		X				X		X
CF		X	X	X	X	X		X		X
VF		X	X	X				X		X
MF	X	X		X			X	X	X	
AP									X	

4.3.1 SP02 Professionnel de santé Remplaçant ou Multi-employeurs

Description

<< La notion de remplaçant correspond aux prescripteurs, la notion de multi-employeurs correspond aux Pharmaciens. Ces 2 notions sont traitées de la même façon au niveau du processus de facturation dans la situation spécifique SP02.>>

Les données du Domaine de l'Assurance Maladie (DAM) de la CPS du Professionnel de Santé remplacé (titulaire) doivent être copiées sur son poste de travail.

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, le Professionnel de Santé remplaçant hérite de tous les paramètres du médecin remplacé.

Le Professionnel de Santé remplacé et le Professionnel de Santé remplaçant sont identifiés dans les flux électroniques créés par le remplaçant.

La facture est élaborée à partir des données de facturation du Professionnel de Santé remplacé et de la CPS du Professionnel de Santé remplaçant.

☞ Remarque : les fournisseurs ne sont pas éligibles à la détention de carte de remplaçant. Ils sont donc hors cadre de la gestion des remplaçants dans le système SESAM-Vitale.

Pour élaborer une facture dans le cadre d'un remplacement, le professionnel de santé titulaire doit avoir, au préalable, préparé une session de remplacement.

Dans le cadre du remplacement, le système de facturation acquiert :

- Les informations relatives au professionnel de santé titulaire à partir des informations déclarées dans la session de remplacement.

  Les factures et les lots de factures sont réalisés au titre du professionnel de santé titulaire. Ceci signifie que les données du titulaire sont utilisées au même titre que celles du facturant.

- les informations relatives au professionnel de santé remplaçant à partir des informations contenues dans sa carte PS dans le but de contrôler que sa situation d'exercice et de facturation est conforme à celle déclarée par le professionnel de santé titulaire.

  Certaines informations du professionnel de santé remplaçant sont transmises dans la facture et le lot de factures.

  La carte du professionnel de santé remplaçant est utilisée pour signer les factures et les lots de facture. Elle sert également à acquérir les informations du bénéficiaire de soins.

  Dans le cas de la signature des Lots, la situation de remplacement est considérée comme un cas nominal.

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée par la situation de remplaçant activée (EF_PS05_08).

4.3.2 SP03 Bénéficiaire de la C2S

Description

Conformément aux dispositions législatives–(article L. 160-1 du CSS et suivants)–la protection universelle maladie (PUMa) permet à toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière, de bénéficier, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions prévues par les textes.

Par ailleurs, les dispositions législatives de protection complémentaire en matière de santé (article L. 861-1 du CSS et suivants) offrent aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un seuil déterminé par décret, une protection complémentaire sans contrepartie contributive, pendant un an renouvelable. : la complémentaire santé solidaire (C2S).

Cette C2S peut également être accordée aux personnes dont les ressources se situent entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 35%, en contrepartie d'une participation financière qui varie en fonction de l'âge. Cette protection est également accordée pendant 1 an renouvelable.

La protection complémentaire en matière de santé peut être servie à l'assuré soit par sa caisse d'Assurance Maladie Obligatoire, soit par un organisme complémentaire de son choix référencé sur une liste gérée par le fonds de la complémentaire santé solidaire et disponible auprès de sa caisse de rattachement.

Le Professionnel de Santé ne peut appliquer de dépassement tarifaire pour les actes dispensés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, sauf en cas d'exigence particulière du patient auquel cas le bénéficiaire de la C2S peut perdre le bénéfice de sa couverture complémentaire .

Pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ne respectant pas le parcours coordonné de soins, les médecins spécialistes peuvent pratiquer le dépassement autorisé « DA ». Ce dépassement reste en totalité à la charge du bénéficiaire (il n'est pas pris en charge par la complémentaire santé solidaire).

Le Professionnel de Santé doit :

- identifier que le bénéficiaire des soins est couvert par un contrat de complémentaire santé solidaire (C2S) ,
- proposer d'appliquer le tiers payant sur la part AMO et la part AMC. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.
- respecter les montants maximums de facturation(**sans dépassement**) sauf :
  - exigence particulière du patient,
  - pour les médecins spécialistes, quand le parcours coordonné de soins n'est pas respecté,
  - dans le cas de dispositions réglementaires particulières prévues pour les chirurgiens-dentistes et les et les audioprothésistes.

L'éditeur doit s'assurer que la prise en compte du montant maximum et de la dispense d'avance de frais correspondante sont possibles (sans blocage par le progiciel).

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée par l'existence d'une situation particulière du bénéficiaire de soins issue de la carte Vitale ou du service ADRi (EF_BS08 renseignée) et le code situation particulière (EF_BS08_01) positionnée à la valeur « C2S »..

Spécificité des forfaits dentaires au titre de la C2S (forfaits CMU-C)

Les traitements liés aux forfaits CMU-C sont regroupés dans la situation spécifique SP03 pour des raisons d'organisation thématique.

Les forfaits CMU-C sont des forfaits de type dentaire.

Un Professionnel de Santé a la possibilité de facturer de tels forfaits pour les bénéficiaires des soins titulaires de la C2S .

Cependant, la facturation de ces forfaits relève uniquement de la responsabilité du Professionnel de Santé : le système de facturation ne vérifie pas la situation du bénéficiaire des soins, à savoir le code situation particulière (EF_BS08_01) positionnée à la valeur « C2S ».

Les spécificités liées aux forfaits CMU-C sont donc « déclenchées », non pas par le code situation particulière (EF_BS08_01) positionnée à la valeur « CMU-C », mais par le code prestation de l'acte (EF_IP04_01) correspondant à un forfait CMU-C.

[SP03.1] Forfaits dentaires CMU-C

Les forfaits dentaires CMU-C sont caractérisés par des prestations de groupe fonctionnel général (EF_IP05_03) à « Soins Dentaires » et de groupe fonctionnel détaillé (EF_IP05_04) à « Forfait CMU-C ». (cf. Table 1 de l'annexe 2 : EF_A2_T1)

Les forfaits dentaires CMU-C sont des prestations de type secondaire : elles sont nécessairement facturées avec un acte dentaire support.

Les spécificités liées aux forfaits dentaires CMU-C peuvent porter également sur l'acte dentaire support au forfait.

4.3.3 SP04 Bénéficiaire sortant de la C2S

Description

L'article L. 861-12 du CSS prévoit : « *À l'expiration de son droit à la protection complémentaire en matière de santé, toute personne en ayant bénéficié auprès d'un organisme mentionné au b de l'article L. 861-4 peut bénéficier auprès de cet organisme, pour une période d'un an, d'un contrat conforme aux règles définies à l'article L. 871-1, pour un tarif dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction de l'âge du bénéficiaire. (…).*

Ces personnes ont également droit au tiers payant sur la part obligatoire sur cette période.

Dans tous les cas, le Professionnel de Santé doit :

- identifier le bénéficiaire comme « sortant de C2S» à partir des éléments suivants : carte Vitale, service ADRi, attestation AMO.
- proposer d'appliquer le tiers payant sur la part obligatoire, le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

Le Professionnel de Santé peut appliquer un tiers payant sur la part complémentaire si le bénéficiaire des soins justifie des droits au tiers payant complémentaire et si une convention de tiers payant existe entre le Professionnel de Santé et l'Assurance Maladie Complémentaire. Le Professionnel de Santé doit pouvoir identifier les droits au regard de l'Assurance Maladie Complémentaire, à partir de tout support de droits AMC, dans le cas où cet organisme n'est pas identifié dans le support de droits AMO.

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée par l'existence d'une situation particulière du bénéficiaire de soins issue de la carte Vitale ou du service ADRi (EF_BS08 renseignée) et le code situation particulière (EF_BS08_01) positionnée à la valeur « Sortant de « C2S ».

4.3.4 SP06 Bénéficiaire de l'AME

Description

Le Professionnel de Santé peut élaborer une FSE dans le cadre de l'aide médicale d'Etat.

Les personnes bénéficiaires de **l'AME** ne sont pas concernées par le dispositif médecin traitant et le parcours coordonné de soins.

Le Professionnel de Santé médecin doit identifier que le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de l'AME à partir des éléments suivants : service ADRi et/ou attestation de droits AME (Attestation d'admission à l'aide médicale de l'Etat).

Ces personnes ne possèdent pas de carte Vitale **mais** une attestation de droits AME (Attestation d'admission à l'aide médicale de l'Etat). La procédure dégradée doit donc être utilisée.

Ces personnes ne possèdent pas de carte Vitale **mais** uniquement une attestation de droits AME (Attestation d'admission à l'aide médicale de l'Etat). La procédure dégradée doit donc être utilisée (sauf en cas de facturation d'actes de télémédecine autres que des prestations d'accompagnement à la téléconsultation où le mode de sécurisation dégradé est interdit, la procédure Sesam sans Vitale doit donc être appliquée).

Le Professionnel de Santé médecin doit identifier que le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de l'AME à partir des éléments suivants : service ADRi et/ou attestation de droits AME (Attestation d'admission à l'aide médicale de l'Etat).

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée par l'existence d'une situation particulière du bénéficiaire de soins issue du service ADRi (EF_BS08 renseignée) et le code situation particulière (EF_BS08_01) positionnée à la valeur « AME ».

4.3.5 SP08.1 Bénéficiaire migrant de passage

Description

Il s'agit de ressortissants étrangers pris en charge par le régime général pendant un séjour temporaire et uniquement dans le cas où il existe une convention bilatérale entre la France et le pays d'origine.

Ces personnes sont identifiées par un NIR ayant une structure spécifique.

Elles ne sont pas détentrices d'une carte Vitale, la procédure dégradée doit donc être utilisée (sauf en cas de facturation d'actes de télémédecine autres que des prestations d'accompagnement à la téléconsultation où le mode de sécurisation dégradé est interdit, la procédure Sesam sans Vitale doit donc être appliquée). De plus, les migrants dits de passage ne sont pas concernés par le dispositif Médecin traitant et le parcours coordonné de soins.

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée par l'existence d'une situation particulière du bénéficiaire de soins issue du support de droits (EF_BS08 renseignée) et le code situation particulière (EF_BS08_01) positionnée à la valeur « migrant de passage».

4.3.6 SP08.2 Bénéficiaire « autre situation de migrant »

Description

Il s'agit d'assurés avec des droits de base AMO limités, possédant une carte Vitale.

Ces personnes sont identifiées par un code gestion assurance maladie de l'assuré (EF_BS03_03) égal à 70.

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée par l'existence d'une situation particulière du Bénéficiaire de Soins issue de la carte Vitale (EF_BS08 renseignée) et le code situation particulière (EF_BS08_01) positionnée à la valeur « autre situation de migrant».

4.3.7 SP09 Absence de support Vitale

Description

En cas d'absence de support Vitale ou de dysfonctionnement lié à son utilisation, les données sont alors chiffrées en l'absence du support Vitale ~~(dans la précédente version du cahier des charges, le mode non sécurisé était proposé dans ce cas)~~.

A l'occasion de ce fonctionnement dégradé, le système de facturation peut appeler le service ADRi.

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée par l'absence des données spécifiques au support Vitale (EF_BS25 non renseignée).

4.3.8 SP11 Forçage

Description

La garantie de paiement s'applique lorsque le Professionnel de Santé utilise les données contenues dans la carte Vitale **sans les modifier,** et si la carte Vitale n'est pas en opposition dès lors que des conventions ont été conclues avec les Professionnels de Santé dans ce sens**.**

Ainsi, toute modification d'une des données issues de la carte Vitale par le Professionnel de Santé entraîne de fait la non application de la garantie de paiement. L'acte de modifier la valeur d'une des données de la carte Vitale est désigné par le terme de « forçage ».

Ce principe est susceptible de s'étendre selon les accords conventionnels aux référentiels de tarification.

Pour les AMC, de manière générale, l'application de la garantie de paiement est fonction des conventions signées entre le Professionnel de Santé et l'AMC << qui peuvent faire mention de ce concept >>.

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé de modifier les éléments constitutifs de la facture dans la limite des données << spécifiées forçables >> et sans modification de leur définition fonctionnelle.

Ce forçage des données par le Professionnel de Santé est matérialisé par des indicateurs de forçage au niveau acte ou au niveau facture, << transportés dans les flux >>.

Les spécifications liées au forçage sont décrites

- Pour la partie SFG : dans chaque fonctionnalité au niveau du § SP11 ;

Aucune donnée n'est forçable sauf spécification contraire.

<< Le >> forçage ne concerne pas les prestations de type honoraire générées par le système de facturation : pour toute prestation de type honoraire généré, << (groupe fonctionnel général = « honoraire » et origine de la prestation = « LPS ») >>, aucune information de la prestation ne doit être modifiable (forçable) par le Professionnel de Santé.

Forçage et débrayage

Lorsque le Professionnel de Santé demande le forçage d'une donnée, il confirme qu'il veut outrepasser le résultat fourni par le <<système de facturation>> suite à l'application d'une règle. <<Dans le cas d'une prestation CCAM>>, la règle outrepassée déclenche alors éventuellement le débrayage d'un ensemble de règles que le progiciel n'est plus tenu de vérifier (car non vérifiables pour des raisons techniques) pour la prestation CCAM forcée.

Exemple

Le forçage du code acte CCAM revient à utiliser un code acte inexistant ou non valide dans la base CCAM. En conséquence, il n'est plus possible de vérifier toutes les compatibilités des données de la facture avec ce code acte, ses attributs en base étant inconnus.

Identification

Cette situation spécifique n'est caractérisée par aucune information particulière. Elle permet d'identifier et de réunir toutes les règles que Professionnel de Santé peut outrepasser et de spécifier le comportement spécifique du système de facturation dans ces cas.

4.3.9 SP12 PS utilisant les services d'un OCT

Description

Le Professionnel de Santé a la possibilité d'opter pour une télétransmission via un Organisme Concentrateur Technique.

L'ensemble des traitements spécifiques à l'utilisation d'un OCT sont réunis sous la situation particulière SP12.

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée en fonction du code utilisation des services d'un OCT (EF_PS04_12).

Les 13 principes généraux d'utilisation d'un OCT

- **Principe 1 : Réversibilité entre le mode d'échange direct << *(sans OCT)* >> et le mode via OCT**

Le système mis en place doit permettre au professionnel de santé, de passer d'un mode d'échange via un organisme concentrateur technique (PS <=> OCT <=> AM) à un mode d'échange direct (PS <=> AM) et vice-versa.

Ceci implique que :

- le progiciel de santé soit en conformité avec l'annexe 4 de ces SFG.
- l'installation ou la suppression sur le poste de travail du Professionnel de Santé des produits nécessaires à l'Organisme Concentrateur Technique n'interfère pas sur les modules de connexion au réseau de messagerie fournis lors de l'installation du progiciel de facturation agréé SESAM-Vitale.

Le progiciel doit pouvoir paramétrer l'existence ou non de l'utilisation par le Professionnel de Santé d'un service d'éclatement de FSE proposé par un OCT.

- **Principe 2 : Minimisation des impacts vers les éditeurs**

Il convient que les traitements par l'OCT ne présentent aucun impact sur le Cahier des Charges Editeurs 1.40.

- **Principe 3 : Liberté du choix de son OCT pour le Professionnel de Santé**

Le système mis en place doit laisser la possibilité au professionnel de santé de choisir et de changer librement et facilement d'Organisme Concentrateur Technique.

Ceci nécessite, s'il utilise un mode d'échange avec l'OCT conforme à l'annexe 4 ces SFG (messagerie SMTP), la libre configuration de l'adresse de messagerie de l'organisme concentrateur technique.

- **Principe 4 : Acheminement des flux IRIS[24]**

La transmission des flux IRIS (non SESAM-Vitale) pour un OCT selon les modalités techniques identiques à celles des flux SESAM-Vitale est autorisée.

En conséquence, une enveloppe SMTP est définie. Cf. annexe 7.

- **Principe 5 : Identifiant de l'OCT**

[24] Les flux IRIS ne sont pas des flux SESAM-Vitale dégradés. Les flux SESAM-Vitale dégradés sont sécurisés et réalisés à partir d'un progiciel agréé SESAM-Vitale tandis que les flux IRIS sont non sécurisés et produits par des logiciels qui ne sont pas agréés SESAM-Vitale.
Les flux IRIS sont élaborés dans le cadre d'un contrat passé entre le Professionnel de Santé et sa caisse d'assurance maladie obligatoire, contrairement aux flux élaborés dans le cadre du système SESAM-Vitale (cadre réglementaire).
Dans les deux cas, la pièce justificative reste la feuille papier.

- Unicité de l'identifiant[25]

  Le système SESAM-Vitale se base sur un réseau de messagerie avec une adresse de messagerie pour chaque identifiant destinataire ou émetteur de messages SESAM-Vitale.

  Afin de permettre une utilisation nationale et correcte du système par les organismes concentrateurs techniques, il est nécessaire de désigner chaque organisme concentrateur technique par un **identifiant unique et inter régime (SIREN).**

  D'ou l'utilisation d'un agrégat du type "n° SIREN + numéro séquentiel" pour une identification unique des OCT en tant qu'émetteur de flux dans SESAM-Vitale. **Et à cet identifiant de numéro émetteur ne peut correspondre qu'une seule adresse de messagerie.**

  La boîte aux lettres vers laquelle seront émis les messages retour des Organismes d'Assurance Maladie sera donc associée à cet agrégat.'

  C'est' l'OCT qui choisit son identifiant émetteur (unique au niveau national et non déjà utilisé pour les

  télétransmissions X-Modem) en fonction des principes énoncés dans ce paragraphe (SIREN + n' d'ordre)'

  L'OCT communique cet identifiant à ses partenaires.

- Multi-boîtes aux lettres

  Les OCT sont autorisés à utiliser plusieurs boîtes aux lettres pour l'envoi des messages et la réception des retours.

  Dans ce cas, l'identifiant unique (SIREN) de l'organisme concentrateur technique sera décliné en autant de n° d'émetteur qu'il y a de boîtes aux lettres, afin de respecter **la règle d'unicité de l'identifiant émetteur pour une seule adresse de messagerie**. Cf. 3.5.3

  Les BALs peuvent être sectorisées par catégories de Professionnel de Santé mais tous les types de flux d'un même Professionnel de Santé doivent être émis vers les AM depuis le même identifiant émetteur de l'OCT.

- Recommandations pour la migration IRIS-B2 / SESAM-Vitale

  Pendant la phase de migration, le même identifiant ne doit pas être utilisé pour les flux SESAM-Vitale sur le RÉSEAUX DE MESSAGERIE et pour les flux IRIS-B2 en X-Modem - PeSIT. Deux numéros différents devront être utilisés par les organismes concentrateurs techniques pendant cette phase de migration.

  Si un OCT utilise son numéro SIRET pour les flux IRIS en X-Modem, il devra utiliser un autre numéro à partir de son SIREN *(sous la forme SIRENxxxxx, comme décrit au §○)*.

  Par contre, si un OCT utilise le numéro SIRET pour les flux SESAM-Vitale et un autre numéro pour les flux IRIS, alors il pourra conserver son SIRET pour les flux SESAM-Vitale.

- Exception

  Les Organismes Concentrateurs Techniques qui ont déjà commencé à transmettre des flux SESAM-Vitale avec un identifiant autre que celui défini ci-dessus, peuvent le conserver, à condition toutefois d'avoir l'assurance qu'il ne soit pas utilisé par d'autres Organismes Concentrateurs Techniques.

  Par contre, l'attribution d'un identifiant supplémentaire (pour une autre BAL) doit se faire selon les règles ci-dessus.

[25] Cet identifiant est utilisé dans le fichier B2 ou DRE (type 000 position 28-41 quand l'OCT est destinataire et type 000 position 6-19 quand l'OCT est émetteur) et ce doit être le même que l'entête SMTP (champs "to" quand l'OCT est destinataire et champs "from" quand l'OCT est émetteur).

- **Principe 6 : Conditionnement des flux de factures reçus du PS**

Les Organismes Concentrateurs Techniques peuvent recevoir deux types de fichiers de factures (au format B2 ou au format DRE).

- Soit un fichier unique par PS (spécificité OCT)

  ~~Cf. Annexe 2 de ce document.~~

- Soit un fichier par organisme destinataire (standard 1.40), contenant soit des FSE, soit des DRE

Comme indiqué dans le CDC éditeur, le regroupement par organisme destinataire des lots de factures électroniques est effectué directement par le progiciel du Professionnel de Santé.

- **Principe 7 : Retransmission de l'ARL AMO et de l'ARL AMC au PS**

Selon l'article R 161-47 du décret n° 97-1321 du 30 décembre 1997, "*le professionnel de santé, l'organisme ou l'établissement ayant effectué des actes ou servi des prestations remboursables par l'assurance maladie transmet les feuilles de soins électroniques dans un délai qui est fixé à :*

- *trois jours ouvrés en cas de paiement direct de l'assuré*
- *huit jours ouvrés lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance de frais.*

Dès réception des feuilles de soins, l'organisme d'assurance maladie adresse, par la même voie, à l'expéditeur, un accusé de réception. Lorsque ce dernier mentionne une altération des documents transmis, ou en l'absence d'accusé de réception dans les deux jours ouvrés suivant leur transmission, le professionnel, l'organisme ou l'établissement dispose de deux jours ouvrés pour transmettre à nouveau les documents ou, au plus tard, jusqu'à la transmission d'une nouvelle feuille de soins."

L'organisme concentrateur technique se doit donc pour l'AMO :

- d'acheminer à l'assurance maladie les flux collectés, dans des délais compatibles avec les obligations imposées par la réglementation.
- de retransmettre vers les PS, les ARL dans des délais compatibles avec les obligations imposées par la réglementation.

L'organisme concentrateur technique se doit pour l'AMC :

- de retransmettre vers l'AMC les flux dans un délai compatible avec les conventions signées entre Professionnel de Santé et AMC,
- dès lors que le Professionnel de Santé est le créateur du lot, de retransmettre vers le Professionnel de Santé les ARL dans les mêmes délais que les ARL AMO.

Des dispositions conventionnelles peuvent modifier ce fonctionnement.

- **Principe 8 : Acheminement de la liste d'opposition Vitale**

L'organisme concentrateur technique doit être capable de relayer aux Professionnels de Santé concernés. Cf. Annexe 6 du CDC OCT.

- la liste d'opposition Vitale électronique (LOE),
- la liste d'opposition Vitale incrémentale (LOI) et ses incréments quotidiens (dLOI),

Ces 2 modes de fonctionnement de la Liste d'Opposition étant exclusifs sur le Poste du Professionnel de Santé, l'OCT doit être en mesure de différencier les Professionnels de Santé utilisant la LOE, de ceux utilisant la LOI.

- **Principe 9 : Transmission des RSP AMO et des RSP AMC**

Les organismes AMO transmettent les flux retours (RSP AMO) sous la norme d'échange NOEMIE-PS.

Le retour RSP est transmis au poste de travail du Professionnel de Santé suivant le cadre du contrat de service PS-OCT.

Les RSP AMC suivent les mêmes principes que les retours actuellement utilisées entre les AMC et les Professionnels de Santé.

Une nouvelle norme commune AMO/AMC référencée NOEMIE-PS 580, répondant aux demandes des Professionnels de Santé a été élaborée.

La norme commune 580 doit être retransmise au Professionnel de Santé qu'elle soit issue de l'AMO ou de l'AMC.

- **Principe 10 : Compression des Flux**

La possibilité de compression des flux doit s'appliquer entre l'OCT et l'AM (l'AMO pour les flux de FSE et l'AMC pour les flux de DRE).

- **Principe 11 : Messagerie électronique**

Les flux SESAM-Vitale entre l'organisme concentrateur technique et :

  - les organismes d'assurance maladie obligatoire,
  - les organismes d'assurance maladie complémentaire faisant partie du périmètre SESAM-VITALE,

sont toujours des flux acheminés via un réseau de messagerie appliquant le protocole SMTP avec l'extension MIME.

Cette uniformisation du transport permet de surcroît d'adopter les mêmes mécanismes pour le chiffrement.

Le reste du document spécifie uniquement les flux échangés par le protocole de messagerie SMTP.

- **Principe 12 : Chiffrement de pièce jointe**

Avec la version 1.40 du système SESAM-Vitale, un chiffrement **fort** de pièce jointe avec la messagerie SMTP des flux **aller** SESAM-Vitale est obligatoire. Ce chiffrement permet de renforcer la confidentialité des flux télé-transmis par les Professionnels de Santé aux organismes d'assurance maladie.

Pour traiter les flux SESAM-Vitale qui peuvent être chiffrés, les Organismes Concentrateur Techniques déchiffreront les flux SESAM-Vitale sécurisés venant du PS. Et ils chiffreront ces flux SESAM-Vitale à destination des organismes d'assurance maladie.

- **Principe 13 : Respect des critères de regroupement fichier**

Pour ne pas altérer le contrôle d'agrément des logiciels du Professionnel de Santé, il faut que l'organisme concentrateur technique respecte les critères de regroupements en fichier indiqués dans l'annexe 4. Par conséquent la version de cahier des charges indiquée dans l'entête SMTP du message envoyé à l'AM doit être conforme à celui qui a été reçu du Professionnel de Santé.

De plus, pour les fichiers reçus en X-Modem, l'organisme concentrateur technique ne doit pas les mélanger avec des fichiers reçus par messagerie SMTP.

4.3.10 SP18 Victime d'Attentat

Description

Depuis la LFSS pour 2016, les personnes blessées ou impliquées dans un acte de terrorisme bénéficient de la dispense d'avance des frais pour les hospitalisations, actes, prestations et consultations liés à des actes de terrorisme, dans la limite des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie.

En modifiant l'article L. 169-8, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a étendu le tiers-payant aux dépassements.

L'AMO en tant que guichet unique rembourse l'intégralité des frais aux professionnels de santé.

Si les soins sont en lien avec des actes de terrorisme, le Professionnel de Santé, au vu de l'attestation de prise en charge des victimes d'attentat, envoie un flux unique vers l'AMO précisant une prise en charge intégrale, en Tiers payant.

Identification

Cette situation spécifique est identifiée par le Professionnel de Santé au vu de l'attestation « Victime d'Attentat ». Il précise au logiciel qu'il est en train de facturer des soins liés à des actes de terrorisme. Le code situation particulière (EF_BS08_01) est positionnée à la valeur « Victime d'Attentat ».

5 Procédure d'agrément SESAM-Vitale

~~Procédure~~ Protocole d'agrément fournie par le CNDA.

6 Glossaire

GD §2

7 Références

GD §3 Références

Annexe 1-A

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé

Intégrant l'Addendum n°8

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

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

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

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

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

Sommaire

1 Introduction 5

1.1 Présentation du document 5
1.2 Présentation générale des interfaces 5

2 Constitution de la facture 7

2.1 Identifications 7
2.1.1 Acquisition des informations relatives au Professionnel de Santé à partir de la carte CPS 7
2.1.1.1 Acquisition des informations pour un centre de santé 7
2.1.1.2 Acquisition des informations pour un Professionnel de Santé remplaçant 7
2.1.1.3 Acquisition des informations pour un pharmacien 7
2.1.1.4 Acquisition sur le Poste de Travail, des informations relatives au Professionnel de Santé Fournisseurs 7
2.1.1.5 Acquisition des informations de la carte CPX 7
2.1.2 Données paramétrées sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé 9
2.1.2.1 Caisse de rattachement du Professionnel de Santé (pour la CCAM) 9
2.1.2.2 Adhésion au Contrat Tarifaire PS 9
2.1.2.3 Date de première installation en exercice libéral 9
2.1.2.4 Date d'installation en zone sous médicalisée 9
~~2.1.2.5 Type de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS~~ 10
2.1.2.6 Tiers-Payant AMO 10
2.1.3 Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins 11
2.1.3.1 La fonction «Lecture Droits Vitale» 11
2.1.3.2 La fonction « Demander l'authentification de l'utilisateur d'une ApCV » 17
2.1.3.3 La fonction « Acquérir les droits en ligne » 17
2.1.3.4 Identification de certaines catégories de bénéficiaires 17
2.1.3.4.1 Identification d'un bénéficiaire de C2S 17
2.1.3.4.2 Identification d'un sortant de C2S 17
~~2.1.3.4.3 Identification d'un bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire~~ 17
2.1.3.4.4 Aide Médicale d'Etat 17
2.1.3.4.5 Les Migrants de passage 18
2.1.3.4.6 Les « autre situation de migrant » 18
2.1.3.4.7 Victime d'Attentat 18
2.1.3.5 Détermination du mode de gestion 18
2.1.3.6 Détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique 22
2.1.3.7 Correction du siècle de la date de naissance du bénéficiaire 22
2.1.3.8 Affichage des périodes de droits AMO 22
2.1.4 Le parcours coordonné de soins 22
2.1.5 Principes pour la gestion des AT dans SESAM-Vitale 25
2.1.5.1 Présentation générale 25
2.1.5.2 Principes et définitions 25
2.1.5.2.1 Code Organisme gestionnaire 25
2.1.5.2.2 Support AT 25
2.1.5.2.3 Numéro d'accident du travail AT 25
2.1.5.3 Tableau de synthèse 26
2.1.5.4 Conditions pour une FSE au risque AT 26
2.2 Zones d'Echange de la facture 27
2.3 Phases AMO 27
2.3.1 Règles 27
2.3.2 Schémas d'enchaînement des règles de l'annexe 1 et de l'annexe 2 27
2.3.2.1 Répartition des spécifications entre Annexe 1 et Annexe 2 27
2.3.2.2 Schémas SC et SR : Réglementation 28
2.3.2.2.1 Schéma SC1 : Contexte de réglementation 28
2.3.2.2.2 Schéma SR1 : Réglementation Maladie 28
2.3.2.2.3 Schéma SR1bis : Honoraires de dispensation globaux 28
2.3.2.2.4 Schéma SR2 : Réglementation des accidents 28
2.3.2.3 Schémas SB : Base de Remboursement 29
2.3.2.4 Schémas ST : Taux de Remboursement 30
2.3.2.5 Schéma SP1 : Montant Remboursable AMO 31
2.4 Phase Complémentaire 32
2.5 Mise en forme et sécurisation des factures 33
2.5.1 Mise en forme des factures 33

2.5.2 Chiffrement des factures 35
2.5.3 Signature Vitale des factures avec une carte Vitale 36
2.5.3.1 Signature Vitale des factures avec une ApCV 37
2.5.4 Calculer l'empreinte de la FSE et/ou l'empreinte de la DRE 37
2.5.5 Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE 38
2.5.6 Signature CPS des factures 39

3 Cas particulier du forçage 42

3.1 Principe de la création d'un indicateur de forçage 42
3.2 Principes de forçage de niveau facture 43
3.2.1 Forçage des informations relatives au domaine de l'AMO 43
3.2.1.1 Forçage des droits à exonération du ticket modérateur liés à la maternité 43
3.2.1.2 Forçage d'une situation d'exonération modulation du ticket modérateur 43
3.2.1.3 Forçage des zones « service AMO famille» et « service AMO bénéficiaire » 44
3.2.1.4 Forçage des données liées à la nature d'assurance AT ou aux accidents de la vie privée .. 44
3.2.1.5 Forçage des données liées au parcours coordonné de soins 44
3.2.1.6 Forçage des données liées aux régimes à taux particuliers 44
3.2.1.7 Forçage de l'accès au tiers payant 44
3.2.1.8 Forçage des données liées à la nature d'assurance SMG 44
3.2.2 Forçage des informations relatives au domaine de la complémentaire 44
3.2.2.1 Principes de forçage des données de la zone AMC 44
3.2.2.2 Principes de forçage des données de la zone mutuelle 45
3.2.2.3 Principes de forçage pour des données liées à un bénéficiaire de la C2S, à un sortant de C2S 45
3.2.3 Cumul des indicateurs de forçage au regard des données de la carte Vitale et de la facturation AMO niveau facture 46
3.3 Principes de forçage de niveau acte 47
3.3.1 Forçage des informations relatives au domaine de l'AMO 47
3.3.1.1 Forçage des éléments de tarification hors CCAM 47
3.3.1.2 Forçage des éléments de tarification CCAM 48
3.3.1.2.1 Forçage de certains éléments liés aux codes regroupements CCAM ou à la table des plafonds 48
3.3.1.2.2 Forçage des données du référentiel électronique CCAM 48
3.3.1.2.3 Forçage des données de la facture pour une prestation CCAM 49
3.3.1.2.4 Forçage et débrayage 51
3.3.1.2.5 Valorisation de l'indicateur de forçage AMO pour une prestation CCAM 53
3.3.1.3 Forçage du montant remboursable par l'AMO 54
3.3.1.4 Forçage du plafond des honoraires 55
3.3.1.5 Cumul de plusieurs forçage de niveau acte 55
3.3.2 Forçage des informations relatives au domaine de la part complémentaire 56

4 Préparation du fichier à transmettre 57

4.1 Les fonctions de mise en forme et de sécurisation des lots 57
4.1.1 Mise en forme des lots 57
4.1.1.1 Si constitution d'un lot de FSE 57
4.1.1.2 Si constitution d'un lot de DRE 60
4.1.2 Signature CPS des lots 62
4.1.2.1 Si constitution d'un lot de FSE 62
4.1.2.2 Si constitution d'un lot de DRE 62
4.1.3 Conditions d'utilisation 64
4.2 La fonction «Mise en forme en-tête et fin de Fichier» 65
4.2.1 Fichier de FSE 65
4.2.2 Fichier de DRE 66

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie A, première partie de l'annexe1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

1.2 Présentation générale des interfaces

Le schéma ci-dessous présente suivant les différentes étapes de la constitution de la facture, les différentes interfaces d'échanges avec lesquelles le progiciel travaille :

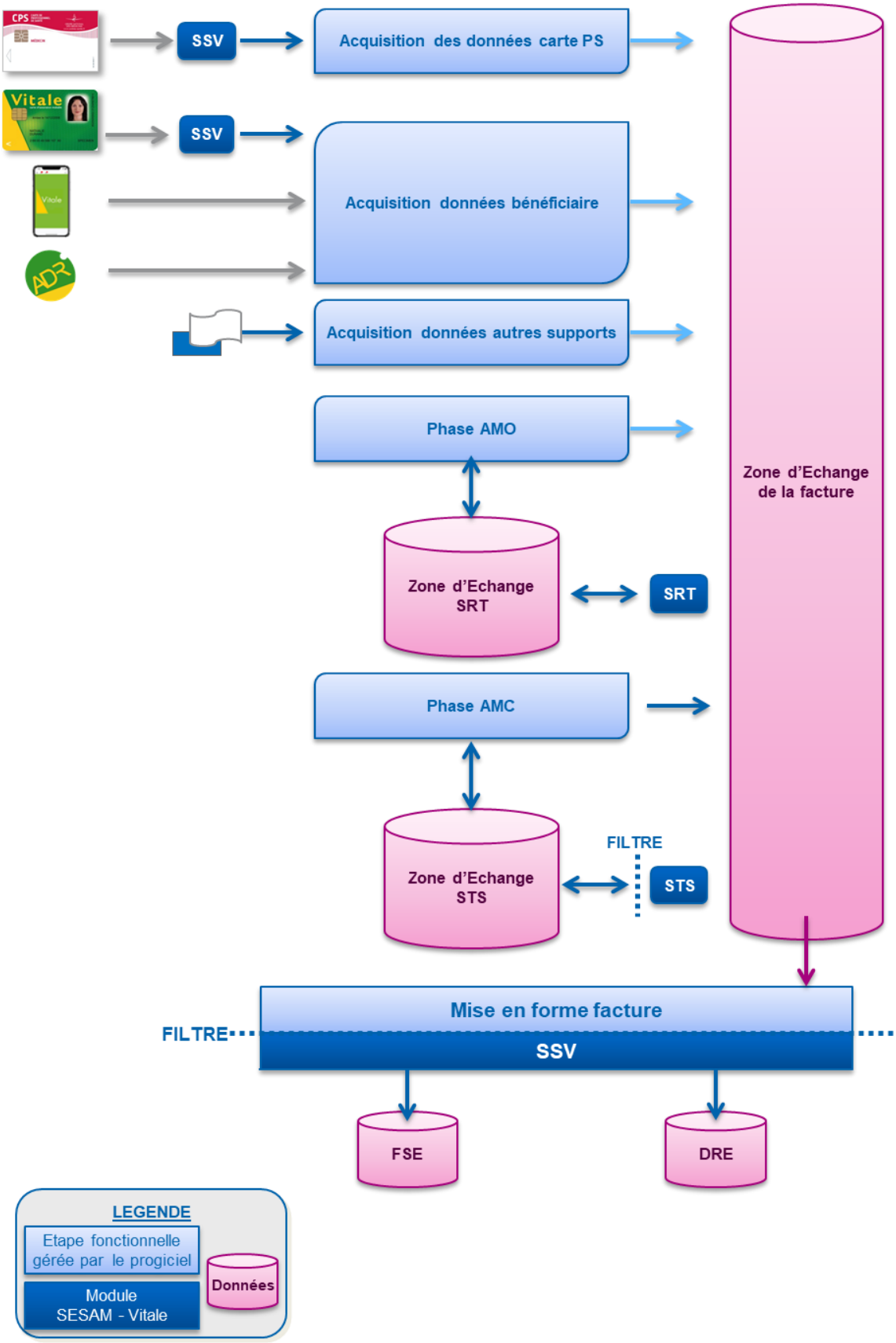
- La première concerne la zone d'échange de la facture : celle-ci est enrichie au fur et à mesure du processus de facturation et est transmise à la fonction « Mise en forme facture » pour la génération des flux à transmettre : FSE et DRE. Ces 2 flux sont donc constitués à partir des mêmes données.
- La deuxième est la zone d'échange avec les modules des SRT.
- La troisième est la zone d'échange avec les modules des STS.

Les lignes pointillées indiquent qu'un filtre est appliqué à la zone d'échange. Ce filtre est mis en œuvre par les fournitures SESAM-Vitale. Ce filtre consiste à rendre indisponibles certaines données.

Définitions

- Zone d'échange de la facture : Ensemble des groupes de données utilisées pour la mise en forme facture.
- Zone d'échange SRT : Ensemble des groupes de données utilisées par le module SRT.
- Zone d'échange STS : Ensemble des groupes de données utilisées par le module STS.

La liste des groupes de données entrant dans la constitution de ces zones d'échange est récapitulée dans le document Annexe1-D.


SSV
Acquisition des données carte PS
SSV
Acquisition données bénéficiaire
Acquisition données autres supports
Phase AMO
Zone d'Echange de la facture
Zone d'Echange SRT
SRT
Phase AMC
FILTRE
Zone d'Echange STS
STS
Mise en forme facture
FILTRE
SSV
FSE
DRE
LEGENDE
Etape fonctionnelle gérée par le progiciel
Module SESAM - Vitale
Données

2 Constitution de la facture

2.1 Identifications

Deux phases d'identification sont nécessaires à la réalisation des factures. La première consiste à acquérir les données du Professionnel de Santé, la seconde à acquérir les données du Bénéficiaire des soins.

Ces deux phases apportent les informations nécessaires au progiciel pour réaliser une facture (FSE et DRE).

2.1.1 Acquisition des informations relatives au Professionnel de Santé à partir de la carte CPS

La phase d'acquisition des données relatives au Professionnel de Santé a pour objet de restituer au progiciel du Professionnel de Santé l'ensemble des informations d'identification du Professionnel de Santé nécessaires à l'élaboration d'une feuille de soins électronique et d'une demande de remboursement électronique.

Cette acquisition peut ne pas être effectuée systématiquement pour chaque facture, les données obtenues lors d'un accès pouvant être stockées et réutilisées ultérieurement.

2.1.1.1 Acquisition des informations pour un centre de santé

SFG PS RG_PS090[CP2]

2.1.1.2 Acquisition des informations pour un Professionnel de Santé remplaçant

SFG PS RG_PS090[SP02]

SFG PS PS01/Préambule

2.1.1.3 Acquisition des informations pour un pharmacien

SFG PS RG_PS090[CP1]

2.1.1.4 Acquisition sur le Poste de Travail, des informations relatives au Professionnel de Santé Fournisseurs

SFG PS RG_PS090[CP3]

SFG PS RG_PS073

2.1.1.5 Acquisition des informations de la carte CPX

Fonction à utiliser	**SSV_LireCartePS**
Les paramètres en entrée	

Code porteur **EF_PS99_01**

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

Les paramètres en sortie

1	**Groupe** *Titulaire carte PS*	
	1 Type de carte PS Cette information indique le type de carte lue (CPS, CPE, CPF).	
	2 Type d'identification nationale N° ADELI, N° DRASS, Id Cabinet + N° employé, RPPS, etc.	
	3 N° d'identification nationale Identification nationale du Professionnel de Santé.	
	4 Clé du n° d'identification nationale	
	5 Code civilité	
	6 Nom du PS	
	7 Prénom du PS	
	8 Catégorie carte PS	
2	**Groupe** *Situation du PS*	1 à 16 occurrences
	1 N° logique de la situation de facturation du PS Cette information est à transmettre à la fonction «Mise en forme et sécurisation FSE».	
	2 Mode d'exercice Libéral, salarié, remplacement, etc.	
	3 Statut d'exercice Codification des niveaux de responsabilité dans les établissements	
	4 Secteur d'activité Cabinet Médical, Pharmacie, Laboratoire, Dispensaire, …	
	5 Type d'identification structure	
	6 N° d'identification structure	
	7 Clé du n° d'identification structure	
	8 Raison sociale structure Raison sociale ou mnémonique pour identifier un cabinet médical.	
	9 N° d'identification de facturation du PS Identification du Professionnel de Santé au regard de l'Assurance Maladie Obligatoire.	
	10 Clé du n° d'identification de facturation du PS	
	11 N° d'identification du PS remplaçant Non utilisé	

12 Clé du n° d'identification du PS remplaçant

Non utilisé

13 Code conventionnel

Nature de la convention liant le Professionnel de Santé et l'Assurance Maladie Obligatoire

14 Code spécialité

Le code spécialité est un des critères pour déterminer les règles de tarification relatives au Professionnel de Santé et appliquer la réglementation qui le concerne (cf. annexe 2).

15 Code zone tarifaire

Le code zone tarifaire est un élément de détermination de la base de remboursement des frais de déplacement (cf. annexe 2).

16 Code zone IK

Le code zone Indemnité Kilométrique définit le type d'indemnités dont bénéficie le Professionnel de Santé.

17 Code agrément 1

Code agrément pour radiologue ou fournisseur.

18 Code agrément 2

Zone réservée pour utilisation future.

19 Code agrément 3

Zone réservée pour utilisation future.

20 Habilitation à signer une facture

Oui/non.

21 Habilitation à signer un lot

Oui/non.

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

2.1.2.1 Caisse de rattachement du Professionnel de Santé (pour la CCAM)

SFG PS RG_PS038

2.1.2.2 Adhésion au Contrat Tarifaire PS

SFG PS RG_PS037

2.1.2.3 Date de première installation en exercice libéral

SFG PS RG_PS026

2.1.2.4 Date d'installation en zone sous médicalisée

SFG PS RG_PS027

~~2.1.2.5 Type de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS~~

~~Dans le cadre du dispositif « TPi ACS», le progiciel doit permettre, pour les Professionnels de Santé, **hors opticiens et audioprothésistes**, un paramétrage initial du type de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS :~~

1. ~~TPi ACS – Procedure standard SESAM-Vitale~~

   ~~*« La part AMC est payée par l'organisme gestionnaire de la part complémentaire au regard du support de droits AMC »*~~

2. ~~TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO~~

   ~~*« La part AMC est payée par l'organisme gestionnaire de la part obligatoire au regard du support de droits AMO »*~~

~~Le progiciel doit afficher le texte explicatif ci-dessus pour chaque type de dispositif.~~

~~Le paramétrage initial ne doit pas être positionné à une valeur par défaut.~~

~~Le système de facturation doit permettre au PS de modifier son choix pour une facture ou de modifier son paramétrage initial.~~

2.1.2.6 Tiers-Payant AMO

SFG PS RG_PS040

2.1.3 Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins

SFG BS §2.2 Description de la fonctionnalité

2.1.3.1 La fonction «Lecture Droits Vitale»

Remarques

- L'appel à cette fonction peut être indépendant d'un contexte d'élaboration de la facture. Le progiciel doit permettre l'affichage des données sous réserve des restrictions données dans ce Cahier des Charges.
- La carte Vitale peut posséder une date de fin de validité (à partir de la carte Vitale V1Ter). Si cette date de fin de validité de la carte Vitale est dépassée, aucune information de la carte n'est restituée.

RG_BS351

Fonction à utiliser

SSV_LireDroitsVitale

Les paramètres en entrée

Code porteur PS **EF_PS99_01**

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

Date de consultation de droits

Acquisition des données Vitale dans le cadre du processus de facturation

EF_BS01_93

~~Le progiciel renseigne systématiquement la date de consultation à la valeur « 01/06/2012 ».~~

RG_PS307

Acquisition des données Vitale hors processus de facturation

Dans le cadre de l'activation par le Professionnel de Santé de la fonction lecture Droits Vitale indépendamment du processus de facturation il convient de proposer au Professionnel de Santé le choix de la date de consultation pouvant être: soit une date par défaut (01/06/2012), soit la date du jour, soit la date de prescription…

Les paramètres en sortie

101	**Groupe** *Données Assuré*	1 occurrence

101-1 **Type de carte Vitale**

101-2 **Numéro de série de la carte Vitale**

101-3 **Date de fin de validité carte Vitale**

101-4 **Données administration carte RUF1**

Zone réservée pour porter des informations concernant l'administration carte.

101-5 **Données administration carte RUF2**

Zone réservée pour porter des informations concernant l'administration carte.

101-6 Données RUF administration

Zone réservée pour porter des informations concernant l'administration carte.

101-7 Type d'identification du porteur de la carte

Le type d'identification indique si le N° national d'immatriculation est celui de l'assuré ou celui de l'ayant-droit.

101-8 N° national d'immatriculation : NIR

101-9 Clé du NIR

101-10 Code régime

Le code régime est une des principales informations de détermination des règles de tarification liées au bénéficiaire (cf. annexe 2).

101-11 Caisse gestionnaire

101-12 Centre gestionnaire

101-13 Code gestion

Code régime de prestations ou « code gestion (budget global) » défini par chaque organisme gestionnaire. Il permet la répartition de la dotation globale à l'intérieur d'un régime et correspond au code régime d'imputation comptable.

101-14 Données RUF Famille

Zone réservé à une utilisation future. Elle est réservée pour porter des informations de niveau famille (concernant tous les ayants-droit portés dans la carte).

102	Groupe *Service AMO Famille*	0 à 1 occurrence

102-1 Code service AMO Famille

Ces données permettent d'identifier et d'individualiser les services que l'AMO est tenue d'offrir réglementairement à ses assurés.

102-2 Date de début du service AMO Famille

102-3 Date de fin du service AMO Famille

103	Groupe *Données Accident du Travail*	0 à 1 occurrence

Ce groupe contient les informations qui permettent de gérer les accidents du travail de l'assuré.
Il est subdivisé en trois blocs d'information. Lorsque ce groupe est renseigné, le premier bloc est systématiquement présent.
Il indique alors la caisse gestionnaire par défaut du risque AT et les champs « code AT BGDH » et « Identifiant AT » de ce bloc ne sont pas renseignés.
Les 2 blocs suivants contiennent chacun les informations caractérisant un accident du travail donné.

103-1 Organisme gestionnaire du risque AT — **« Gestionnaire AT par défaut »**

103-2 Code AT BGDH

Code Budget Global Des Hôpitaux. — **Bloc 1**

(ce champ n'est pas renseigné pour ce premier bloc)

103-3 Identifiant AT

(ce champ n'est pas renseigné pour ce premier bloc)

103-4 Organisme gestionnaire AT1 — **« 1er AT inscrit »**

103-5 **Code AT1 BGDH**

Code Budget Global Des Hôpitaux.

Bloc 2

103-6 **Identifiant AT1**

103-7 **Organisme gestionnaire AT2**

« 2nd AT inscrit »

Bloc 3

103-8 **Code AT2 BGDH**

Code Budget Global Des Hôpitaux.

103-9 **Identifiant AT2**

104	Groupe *Données Bénéficiaire*	1 à 19 occurrences

104-1 **Nom usuel du bénéficiaire**

104-2 **Nom de famille du bénéficiaire**

104-3 **Prénom du bénéficiaire**

104-4 **Adresse ligne 1**

Contient : Chez…, N° d'appartement ou de boîte aux lettres, escalier, couloir, étage.

104-5 **Adresse ligne 2**

Cette zone contient un complément d'identification du point géographique : résidence, bâtiment, immeuble, tour, entrée.

104-6 **Adresse ligne 3**

N° et libellé de la voie.

104-7 **Adresse ligne 4**

Lieu-dit ou service particulier de distribution.

104-8 **Adresse ligne 5**

Code postal et localité de destination.

104-9 **NIR certifié**

Cette zone contient le NIR du bénéficiaire certifié par le RNIAM. Cette zone est facultative.

104-10 **Clé du NIR certifié**

104-11 **Date de certification du NIR**

104-12 **Date de naissance du bénéficiaire**

104-13 **Rang de naissance**

Numéro distinguant des ayants-droit nés le même jour

104-14 **Qualité**

La qualité indique le lien de parenté entre l'ayant-droit et l'assuré.

104-15 **Code service AMO bénéficiaire**

Ces données permettent d'identifier et d'individualiser les services que l'AMO est tenue d'offrir réglementairement ou décide d'offrir à ses assurés (exemple : Bénéficiaire de la C2S, Sortant de C2S).

104-16 **Date de début de service AMO bénéficiaire**

104-17 **Date de fin du service AMO bénéficiaire**

104-18 **Données RUF AMO bénéficiaire**

Zone réservée à une utilisation future. Elles sont réservées pour porter des informations AMO liées à un ayant-droit porté dans la carte.
Le premier caractère de cette zone correspond à la donnée « Code existence d'une déclaration de Médecin Traitant »

105	Groupe *Période de droits AMO*	0 à 3 occurrences par bénéficiaire

105-1 **Date de début droits AMO**

Date de début de la période

105-2 **Date de fin droits AMO**

Date de fin de la période

106	Groupe *Période de code couverture*	0 à 7 occurrences par bénéficiaire

106-1 **Date de début code couverture**

Date de début de la période

106-2 **Date de fin code couverture**

Date de fin de la période

106-3 **Code ALD**

106-4 **Code situation**

107	Groupe *Données Mutuelle*	0 à 1 occurrence par bénéficiaire

107-1 **Identification mutuelle**

Cette zone est construite selon les règles spécifiques à chaque organisme d'assurance maladie. Selon les régimes cette zone peut contenir :

- l'identification de la mutuelle seule,
- l'identification de la mutuelle et l'identification du contrat regroupées.

107-2 **Garanties effectives**

Cette donnée indique les garanties (honoraires, pharmacie, transport, prothèses dentaires, hospitalisation, forfait journalier, indemnité chambre particulière, frais d'accompagnement) pour lesquelles le bénéficiaire est couvert par l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire, l'aide médicale ou au titre de la C2S.

107-3 **Indicateur de traitement mutuelle**

Cet indicateur permet de préciser le traitement que la mutuelle accepte d'appliquer à la facture.

107-4 **Type de services associés**

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.
Cette information permet au progiciel de connaître la nature des données contenues dans le champ « **Services associés au contrat** ».

107-5 **Services associés au contrat**

- Les quatorze premières positions de cette zone sont réservées au numéro d'organisme complémentaire. Seules les 10 premières positions de cette zone réservée sont utilisées.
- Lorsque la zone « services associés au contrat » (groupe 107-5) de la carte est valorisée et que la donnée « type de services associés» (groupe 107-4) est égal à « 7 » (correspondant à Information structurée à traiter), alors la donnée n° d'organisme complémentaire restituée par le progiciel au Professionnel de Santé, doit être valorisée avec les 10 premiers caractères de cette zone « services associés au contrat ».

107-6 **Code aiguillage STS**

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.

108	Groupe *Période de droits mutuelle*	0 à 3 occurrences par bénéficiaire

Si les deux dates sont renseignées, le contrat Mutuelle est ouvert entre la date de début et la date de fin.

108-1 **Date de début droits mutuelle**

Date de début de la période
Si seule la date de début est renseignée, le contrat Mutuelle est ouvert depuis la date de début.

108-2 **Date de fin droits mutuelle**

Date de fin de la période
Si seule la date de fin est renseignée, le contrat Mutuelle est ouvert jusqu'à la date de fin.

109	Groupe *Données Complémentaire*	0 à 1 occurrence par bénéficiaire

Ce groupe permet l'identification de l'organisme complémentaire, donne les informations nécessaires au calcul de la part complémentaire, et les informations nécessaires au routage.

109-1 **Numéro de complémentaire B2**

Cette zone est appelée numéro d'organisme complémentaire.

109-2 **Numéro de complémentaire EDI**

cf. RG_BS351 : EF_BS20_02

~~Cette information est utilisée pour définir les critères « type de convention » et « critère secondaire » pour l'accès aux tables des regroupements et des conventions.~~

~~Cette zone comporte 2 données~~

- ~~Type de description~~
- ~~Données d'accès à la table~~

~~Une description de type 1 comporte 1 type de convention et 1 critère secondaire.~~
~~NB : Seuls les 17 premiers caractères de cette zone sont à prendre en compte. Les 18ème et 19ème caractères sont réservés à un usage autre que la facturation ; ils doivent être ignorés par le Progiciel.~~

109-3 **Numéro d'adhérent AMC**

109-4 **Indicateur de traitement AMC**

Cette information est utilisée pour définir

- le type de service que l'AMC accepte (tiers payant et/ou hors tiers payant, C2S),
- si l'AMC accepte ou non la DRE,

- si l'AMC accepte ou non la transmission de ses coordonnées à l'AMO pour d'éventuels flux de rectification.

109-5 Date de début de validité de présence des données AMC

Si seule la date de début est renseignée et valide, les données AMC sont valides depuis la date de début.

109-6 Date de fin de validité de présence des données AMC

Si les deux dates sont renseignées et valides, les données AMC sont valides entre la date de début et la date de fin.
Si seule la date de fin est renseignée et valide, les données AMC sont valides jusqu'à la date de fin.

109-7 Code de routage AMC

Cette information sert à déterminer l'adresse de routage des DRE vers l'organisme complémentaire du bénéficiaire.

109-8 Identifiant d'hôte

Donnée utilisée dans l'adressage de la DRE

109-9 Nom de domaine AMC

Cette information constitue le nom de domaine qui suit immédiatement le caractère « @ » d'une adresse e-mail. Elle constitue l'intégralité du nom de domaine (aucun préfixe, ni suffixe ne doit être ajouté). Ce champ est facultatif.

109-10 Code aiguillage STS

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.

109-11 Type de services associés

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.

109-12 Services associés au contrat

Cette information est à transmettre aux STS en tarification complémentaire.

111	Groupe *Zone Commune Complémentaire*	0 à 1 occurrence par bénéficiaire

111-1 Données Zone commune complémentaire (appelée aussi RUF bénéficiaire)

Données utilisées dans le calcul de la part complémentaire.

Remarques

- **Périodes de Droits Mutuelle et AMC**

  Au cas où les périodes de Droits Mutuelle et AMC sont détectées simultanément en carte, les Services SESAM-Vitale retournent une erreur au Progiciel sans restituer les données du bénéficiaire des soins.

- **Données zones communes complémentaire (RUF Bénéficiaire Complémentaire)**

  La zone RUF n'est pas directement exploitable par le progiciel. Il est interdit au progiciel de développer un affichage ou un traitement de la zone RUF. Par conséquent, seuls les modules SESAM-Vitale sont capables de traiter l'information.

  Cette zone RUF est associée soit au groupe "*Mutuelle*", soit au groupe "*Organisme complémentaire*".

- **Groupes "*Données Mutuelle*" et "*Données complémentaire*"**

  Ces deux groupes sont exclusifs l'un par rapport à l'autre pour un bénéficiaire donné.

2.1.3.2 La fonction « Demander l'authentification de l'utilisateur d'une ApCV »

L'acquisition d'un contexte ApCV s'effectue à partir du service de demande d'authentification de l'utilisateur d'une ApCV (WS_ApCV01). L'appel de ce service (et la gestion du cycle de vie du contexte ApCV) est décrit dans la documentation spécifique du service.

Données du contexte ApCV

RG_BS905

2.1.3.3 La fonction « Acquérir les droits en ligne »

L'acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins à partir de la réponse du service ADRi est décrite dans la documentation spécifique du service.

2.1.3.4 Identification de certaines catégories de bénéficiaires

L'identification du statut du bénéficiaire se détermine à la date de consultation des droits (cf. opération BS22 et RG_CF317 ~~« Lecture droits Vitale » et « Acquérir les Droits en ligne »~~).

2.1.3.4.1 Identification d'un bénéficiaire de C2S

RG_BS339[SP03]

2.1.3.4.2 Identification d'un sortant de C2S

RG_BS339[SP04]

~~2.1.3.4.3 Identification d'un bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire~~

~~Statut du bénéficiaire~~	~~Code service AMO bénéficiaire renseigné (groupe 104)~~	~~Code service AMO bénéficiaire non renseigné (groupe 104)~~
~~Bénéficiaire du dispositif TP AMO~~	~~11~~ ~~ou attestation AMO~~	~~attestation AMO~~
~~Bénéficiaire du dispositif TPi ACS A~~	~~12~~ ~~ou attestation AMO~~	~~Identification Mutuelle (groupe 107) = 11111119~~ ~~ou attestation AMO~~
~~Bénéficiaire du dispositif TPi ACS B~~	~~13~~ ~~ou attestation AMO~~	~~Identification Mutuelle (groupe 107) = 22222228~~ ~~ou attestation AMO~~
~~Bénéficiaire du dispositif TPi ACS C~~	~~14~~ ~~ou attestation AMO~~	~~Identification Mutuelle (groupe 107) = 33333337~~ ~~ou attestation AMO~~

2.1.3.4.4 Aide Médicale d'Etat

RG_BS339[SP06]

2.1.3.4.5 Les Migrants de passage

RG_BS339[SP08.1]

2.1.3.4.6 Les « autre situation de migrant »

RG_BS339[SP08.2]

2.1.3.4.7 Victime d'Attentat

RG_BS339[SP18]

2.1.3.5 Détermination du mode de gestion

- RG_BS076
- RG_BS618

Cas particulier du bénéficiaire de l'ACS :

Nº	**Remontée du système de facturation. Support de droits AMO avec :**			**Situation du bénéficiaire au regard de l'ACS**	**Mode de gestion à partir du support de droits AMO**			**Action du PS (2)**
	données AMO (code service AMO)	*zone Mutuelle ? (groupe 107)*	*zone AMC ? (Groupe 109)*		**PS sauf opticiens et audioprothésistes**		**Opticiens et audioprothésistes**	
					Paramétrage initial = « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO » (1)	**Paramétrage initial = «TPi ACS – Procédure Standard SESAM-Vitale » (1)**		
1	**11**	**-**	**-**	TP AMO	Pas de déduction possible			Autre support de droits possible
2	**11**	**Renseignée**	**-**	TP AMO	Gestion unique			
3	**11**	**-**	**Renseignée**	TP AMO	Gestion séparée			
4	**12**	**-**	**-**	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Pas de déduction possible	Pas de déduction possible	Autre support de droits possible
5	**13**	**-**	**-**	ACS B				
6	**14**	**-**	**-**	ACS C				
7	**12**	**Renseignée**	**-**	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Gestion unique	Gestion unique	Autre support de droits possible
8	**13**	**Renseignée**	**-**	ACS B				
9	**14**	**Renseignée**	**-**	ACS C				
10	**-**	**11111119**	**-**	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Pas de déduction possible	Pas de déduction possible	Autre support de droits possible
11	**-**	**22222228**	**-**	ACS B				
12	**-**	**33333337**	**-**	ACS C				
13	**12**	**-**	**Renseignée**	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Gestion séparée	Gestion séparée	Autre support de droits possible
14	**13**	**-**	**Renseignée**	ACS B				
15	**14**	**-**	**Renseignée**	ACS C				

(1) Choix du dispositif de tiers-payant complémentaire ACS par le Professionnel de Santé :

~~Le Professionnel de Santé, hors opticien et audioprothésiste, peut, à tout moment lors de l'élaboration de la facture ou bien en agissant sur le paramétrage, modifier le type de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS (passage du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO » au dispositif « TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale » et inversement), pour les bénéficiaires de l'ACS ayant souscrit un contrat ACS encadré (A, B, C) auprès d'une complémentaire.~~

~~Remarque : Pour les prestations d'optique et d'audioprothèse, ce choix de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS ne s'applique pas. Le progiciel ne doit pas proposer le dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO ».~~

~~(2) Précision sur les autres supports de droits possibles~~

~~Le support de droits utilisé pour déterminer la situation au regard de l'ACS est le support de droits AMO :~~

- ~~attestation de droit « Aide pour une complémentaire santé (ACS) - Attestation de tiers payant pour la part obligatoire (hors part complémentaire) » 1~~
- ~~ou attestation de droit « Aide pour une complémentaire santé (ACS) - Attestation de tiers payant pour la part obligatoire et la part complémentaire »~~

~~Le support de droits utilisé pour déterminer le mode de gestion est :~~

- ~~soit le support de droits AMC dans le cadre du dispositif « TPi ACS – Procédure Standard SESAM-Vitale » ou pour les Professionnels de Santé Opticiens et audioprothésistes,~~
- ~~soit le support de droits AMO dans le cadre du dispositif « TPi ACS – Paiement coordonné par l'AMO ».~~

[1] ~~Tiers payant AMO~~

~~*Information pour identifier le mode de gestion de la complémentaire (Gestion Unique ou Gestion Séparée)*~~

~~Dès lors qu'une zone mutuelle (groupe 107 ou équivalent) est renseignée dans le support de droits AMO ou que l'attestation identifie clairement un Organisme Complémentaire en gestion unique pour ce bénéficiaire, le mode de gestion de l'Organisme Complémentaire est « Gestion Unique ».~~

~~Un numéro de mutuelle renseigné à « 11111119 », « 22222228 », « 33333337 » ne permet pas de déduire que le mode de gestion de l'Organisme Complémentaire est « Gestion Unique ».~~

~~Dès lors qu'une zone AMC (groupe 109) est en carte Vitale et que l'attestation identifie un Organisme Complémentaire en gestion séparée pour ce bénéficiaire, le mode de gestion de l'Organisme Complémentaire est « Gestion Séparée ».~~

2.1.3.6 Détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique

RG_BS330

RG_BS328

RG_BS366

2.1.3.7 Correction du siècle de la date de naissance du bénéficiaire

RG_BS311

2.1.3.8 Affichage des périodes de droits AMO

RG_BS314

2.1.4 Le parcours coordonné de soins

Synthèse

Le tableau A-T1 ci-après récapitule, en fonction des différents contextes du parcours coordonné de soins, les 4 composantes du parcours coordonné de soins à savoir :

- les informations liées au parcours de soins (renseignées par le Professionnel de Santé, utilisées par le progiciel et transmises dans la facture),
- les majorations autorisées,
- les dépassements possibles,
- la modulation éventuelle du Ticket Modérateur.

INFORMATIONS DU PARCOURS DE SOINS					MAJORATIONS	DEPASSEMENTS (3)		TAUX
Donnée interne progiciel cf. Annexe 2 règles 37 et 37bis	**Saisie PS**		**Identification dans la facture (1180)**		**Annexe 2 Règle R39**	**Dépassements (1610)**		**Annexe 2 Table T14**
Position par rapport au parcours de soins	**Contexte du parcours de soins**		**IPS**	**Top MT (Médecin Traitant)**	**Majorations de coordination autorisées (MCG, MCS,MCC selon la spécialité PS)**	**DA**	**DA+ED**	**Modulation du Ticket Modérateur**
	Situation au regard du parcours de soins	**Existence de la déclaration d'un Médecin traitant**						
Non concerné	Cas d'exclusion		blanc	blanc	NON sauf exception(9)			NON
	Urgence	--(sans objet)(2)	U	blanc	**OUI sous condition(4)**			
Dans le parcours	Médecin Traitant	--(sans objet) (2)	T	O	NON	NON		NON
	Nouveau Médecin Traitant	-- (sans objet) (2)	N	O				
	Médecin traitant de substitution(1)	Oui	R	O				
	Généraliste récemment installé	Oui	J	O				
	Médecin installé en zone sous médicalisée	Oui	B	O				
	Hors résidence habituelle du patient	Oui	H	O	**OUI sous condition (4)**			
		Non ou ne sait pas	H	N				
	Accès direct spécifique	Oui	D	O				
	Médecin orienté par le MT	--(sans objet) (2)	O	O				
	Médecin orienté par un médecin autre que le MT *(médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée…)*	Oui	M	O				
Hors parcours	Généraliste récemment installé	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc	NON	**NON**	**NON**	**OUI sauf exception (8)**
	Médecin installé en zone sous médicalisée	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc		**OUI sous condition (5)**	**OUI sous condition (6)**	
	Accès Direct Spécifique	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc				
	Hors Accès Direct Spécifique	Oui	S	O				
		Non ou ne sais pas		N ou blanc				
	Médecin orienté par un médecin autre que le MT *(médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée…)*	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc				
	Non respect du parcours (*PS non Médecin Traitant, non orienté…*)	-- (sans objet) (2)	S	O, N ou blanc				

(1) Le Professionnel de Santé se trouve dans la situation de « Médecin traitant de substitution » uniquement lorsque le bénéficiaire l'informe de l'existence d'une déclaration du médecin traitant.

Dans le cas contraire, la situation au regard du parcours de soins à saisir est « Non respect du parcours».

(2) Saisie non nécessaire par le Professionnel de Santé, du fait du renseignement de la situation au regard du parcours de soins.

(3) Les règles de compatibilité entre la situation au regard du parcours de soins et les dépassements autorisés sont spécifiées ici à titre indicatif. Elles peuvent donner lieu à des signalements au Professionnel de Santé sur le poste lors de la facturation mais ne doivent en aucun cas être bloquantes et interdire la facturation d'un dépassement.

(4) EF_A2_T17bis ~~**Annexe 2 - Table 17bis**~~ *(tout Professionnel de Santé pour bénéficiaire C2S et selon secteurs pour les autres bénéficiaires).*

(5) *RG_CF326 : TAB_A0-T2bis* ~~**Annexe1-A0 groupe 1610 Table A0-T2bis**~~ *(Secteur I et spécialité différente de 01, 22, 23 sauf bénéficiaire C2S)*

(6) *RG_CF326 : TAB_A0-T2bis* ~~**Annexe 1-A0 groupe 1610 Table A0-T2bis**~~ *(Secteur I et spécialité 18 ou 44 ou 45 ou 69 sauf bénéficiaire C2S)*

(8) hors cas particulier (cf.~~Table 14 de l'annexe 2 :~~ *EF_A2_T14*)

(9) ~~**Annexe 2 -** Table 17 :~~ *EF_A2_T17*

AVERTISSEMENT

Cette table est donnée ici uniquement pour présentation d'une vision synthétique du parcours (et non pour implémentation directe). Elle regroupe les différentes tables détaillées dans les autres annexes du CdC SESAM-Vitale :

- ~~*Annexe1-A0 groupe 1180*~~ *RG_CF315 et RG_CF328 pour l'identification dans la facture : tables* TB_*A0-T1 et TB_CF01.04*
- ~~*Annexe 2 règle R39*~~ *RG_CF_R39 pour les majorations : tables 17 et 17bis (EF_A2_T17 et EF_A2_T17bis)*
- ~~*Annexe1-A0 groupe 1610*~~ *RG_CF326 pour les dépassements : tables TB_A0-T2 et TB_A0-T2bis*
- ~~*Annexe 2 règle P0 bis*~~ *RG_VF_P0bis pour la modulation du Ticket Modérateur : table 14 (EF_A2_T14).*

Ces tables sont susceptibles d'évoluer selon la réglementation. Les éditeurs doivent en prévoir le paramétrage au niveau du progiciel.

2.1.5 Principes pour la gestion des AT dans SESAM-Vitale

2.1.5.1 Présentation générale

CF01.03.03

2.1.5.2 Principes et définitions

2.1.5.2.1 Code Organisme gestionnaire

Un code organisme gestionnaire est composé des 3 informations suivantes :

1. *un code régime (sur 2 car.),*
2. *un code caisse gestionnaire (sur 3 car.),*
3. *un code centre gestionnaire (sur 4 car.).*

Sur le support de droits AMO (carte Vitale ou service ADRi) :

Dans le groupe 103 (ou équivalent), chaque bloc de données AT (3 max) présente un code organisme gestionnaire

Cet organisme correspond :

- dans le bloc n°1, à l'organisme gestionnaire du risque AT par défaut, i.e. à l'organisme à qui la FSE doit être adressée quand l'accident n'est pas identifié,
- dans les blocs n°2 et n°3, à l'organisme gestionnaire dédié à la gestion de l'accident identifié dans ce même bloc.

Dans le groupe 101 les 3 informations code régime, code caisse gestionnaire et code centre gestionnaire apparaissent distinctement

Ces informations correspondent à l'organisme gestionnaire du risque Maladie.

Sur le feuillet AT l'organisme gestionnaire est désigné

- soit par son code complet (9 car.)
- soit par un code régime et un code caisse. Dans ce cas là, le code centre est renseigné par défaut par le progiciel à la valeur 0000, hormis pour le régime 08 (CNMSS) pour lequel une valeur par défaut n'est pas admise.
- soit par un libellé. Dans ce cas-là, l'information est insuffisante pour identifier l'organisme gestionnaire.

2.1.5.2.2 Support AT

CF01.03.03

2.1.5.2.3 Numéro d'accident du travail AT

Pour le régime général, le numéro d'accident du travail est constitué de la manière suivante :

Date de l'AT	+	code CARSAT	+	Clé
sous la forme AAMMJJ		*code de rattachement de l'employeur*		*calculée conformément à la règle R27*

Dans certains cas (exemple : deux accidents de travail subis le même jour), la règle de constitution du numéro d'accident du travail n'est pas respectée en ce qui concerne le premier bloc de ce numéro (i.e. date de l'AT).

Même si certains logiciels opèrent un contrôle de cohérence entre la date de l'accident du travail et le numéro d'accident du travail, le renseignement par le Professionnel de Santé d'un numéro d'accident du travail dont la composition n'est pas conforme à la règle générique doit être possible.

2.1.5.3 Tableau de synthèse

CF01.03.03

2.1.5.4 Conditions pour une FSE au risque AT

CF01.03.03

2.2 Zones d'Echange de la facture

Consulter Annexe 1-A0.

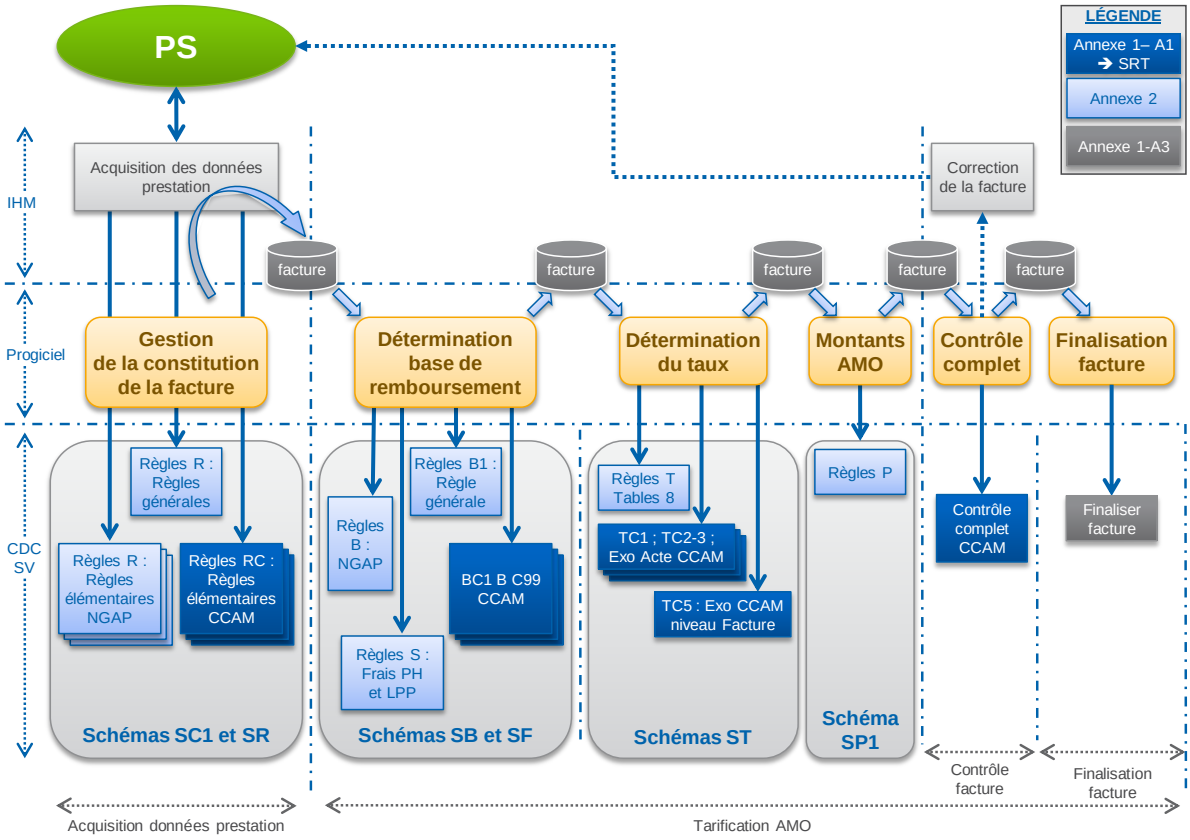
2.3 Phases AMO

2.3.1 Règles

Consulter SFG-Facturation : IP-CF-VF

2.3.2 Schémas d'enchaînement des règles de l'annexe 1 et de l'annexe 2

2.3.2.1 Répartition des spécifications entre Annexe 1 et Annexe 2



Le schéma ci-dessus décrit la répartition des traitements pour la constitution de la facture pour l'ensemble de la phase AMO et précise les parties des annexes 1 et 2 où se trouvent respectivement les spécifications des règles à mettre en œuvre.

2.3.2.2 Schémas SC et SR : Réglementation

2.3.2.2.1 Schéma SC1 : Contexte de réglementation

- IP
- CF

2.3.2.2.2 Schéma SR1 : Réglementation Maladie

- IP
- CF

2.3.2.2.3 Schéma SR1bis : Honoraires de dispensation globaux

- SC_CF06

2.3.2.2.4 Schéma SR2 : Réglementation des accidents

- SC_CF01.03.03

2.3.2.3 Schémas SB : Base de Remboursement

SC_VF01

2.3.2.4 Schémas ST : Taux de Remboursement

SC_VF02

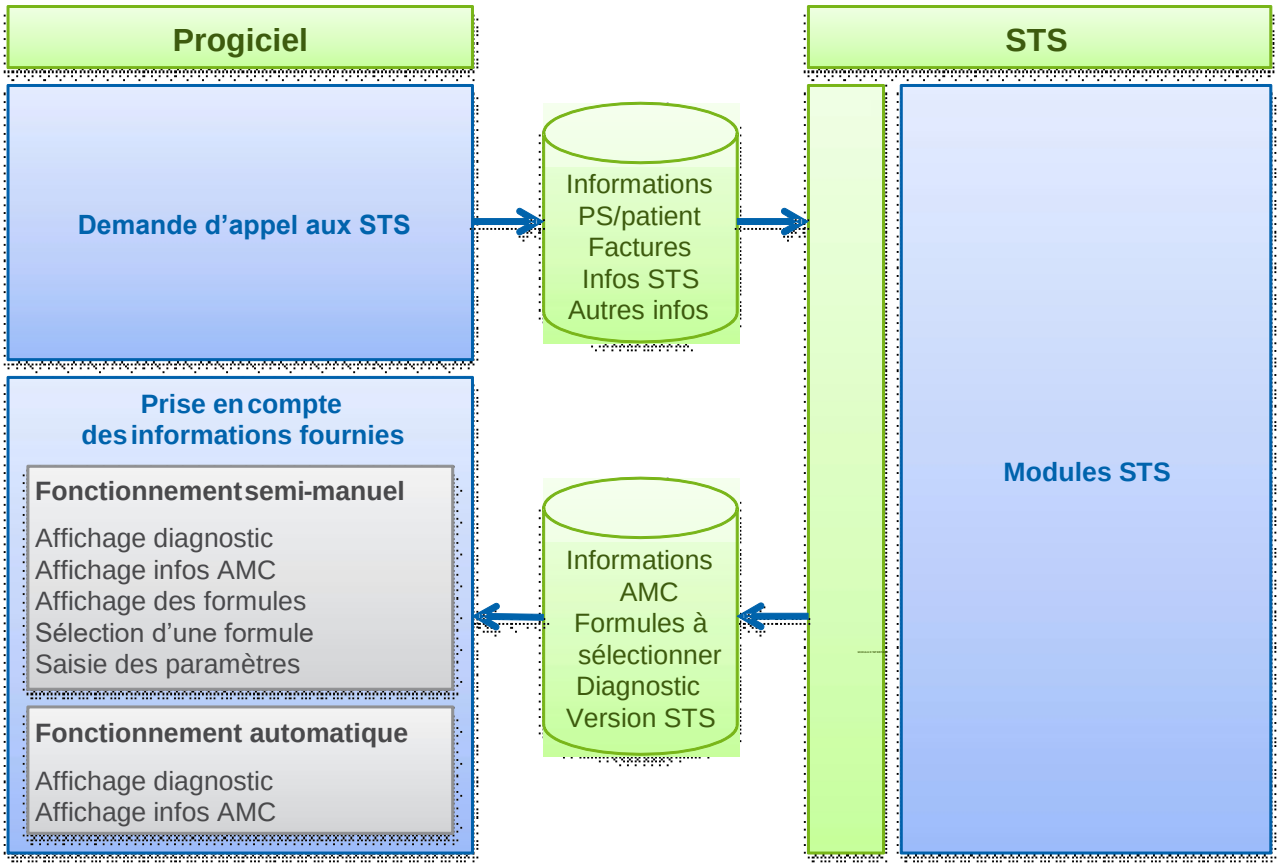
2.3.2.5 Schéma SP1 : Montant Remboursable AMO

SC_VF03

2.4 Phase Complémentaire

Le schéma ci-dessous présente le fonctionnement général de la phase complémentaire et les interactions entre le progiciel et les modules STS fournis par le GIE SESAM-Vitale.

Pour l'ensemble des règles relatives à cette phase, consulter Annexe 1-A2.



Les STS disposent d'un mode de fonctionnement identique quelle que soit la fonction appelée.

2.5 Mise en forme et sécurisation des factures

SESAM-Vitale met à disposition des fonctions permettant de mettre en forme les factures dans le but de constituer, à partir de données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé, une feuille de soins électronique et/ou une demande de remboursement électronique formatées et sécurisées conformément aux normes d'échange attendues par les organismes d'assurance maladie. Ces fonctions répondent au besoin d'assurer la cohérence entre la génération de la DRE et celle de la FSE afin de garantir que DRE et FSE sont élaborées à partir des mêmes données.

Le processus fonctionnel de mise en forme et sécurisation des factures est décrit dans la fonctionnalité MF de la partie SFG du CDC SV.

- MF
- SFG PS RG_PS022
- SFG PS RG_PS090[CP2]
- SFG PS RG_PS090[CP3]
- SFG CF RG_CF330

Les fonctions suivantes sont disponibles…	et doivent être utilisées systématiquement …
• SSV_FormaterFactures	quel que soit le mode de sécurisation
• SSV_ChiffrerFacture	quel que soit le mode de sécurisation
• SSV_SignerFactureVitale	en mode de sécurisation SESAM Vitale si le support Vitale est la carte Vitale
• SSV_CalculerHashFactureAssure	
• ~~ApCV_SignerVitale (WS_ApCV11)~~	en mode de sécurisation SESAM Vitale si le support Vitale est l'ApCV
• SSV_AjouterSignatureAssureFacture	
• SSV_SignerFactureCPS	quel que soit le mode de sécurisation

2.5.1 Mise en forme des factures

Fonction à utiliser

SSV_FormaterFactures

Les paramètres en entrée

Type de facture

Cette information est déterminée en fonction des choix réalisés par le Professionnel de Santé et du contexte de facturation possible. Cf. Corps du CDC 1.40, § Condition de génération des flux (FSE et DRE).
« 1 » - Création d'une FSE seule.
« 2 » - Création d'une DRE seule.
« 3 » - Création simultanée d'une FSE et d'une DRE

La valeur du type de facture est déterminée en fonction du type de facturation (EF_MF01_01) comme suit :

Type de facture	Type de facturation (EF_MF01_01)
« 1 »	FSE AMO seule
	FSE en gestion unique
	FSE enrichie
« 2 »	DRE seule
	DRE d'annulation
« 3 »	FSE + DRE

Mode de sécurisation **EF_MF01_02**

Le mode de sécurisation s'applique à la FSE et à la DRE.

« 1 » - SESAM sans Vitale
« 3 » - SESAM Vitale
« 5 » - SESAM dégradé

Type de flux (*) **EF_MF01_08**

Les valeurs autorisées sont les suivantes :

« T » - Flux de test

« D » - Flux de démonstration

« R » - Flux réel

Le type de flux correspond à la donnée EF_MF01_08 : « Marquage de la facture » déterminée par la règle RG_MF012

Zone d'échange Facture

Voir description des groupes de données (Annexe 1-A0).

Remarque :

L'Éditeur peut fournir aussi les groupes 37xx, cela n'aura pas d'impact sur le traitement de la fonction **SSV_FormaterFactures**.

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont les suivants.

150 Groupe *FSE*

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 non sécurisée

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et prête à être chiffrée.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160	Groupe *DRE*

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE non sécurisée

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et prête à être chiffrée.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

2.5.2 Chiffrement des factures

Fonction à utiliser

SSV_ChiffrerFacture

Les paramètres en entrée

Les groupes d'entrée sont les suivants.

150	Groupe *FSE*

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et prête à être chiffrée.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE

160	Groupe *DRE*

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et prête à être chiffrée.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont les suivants.

150	Groupe *FSE*

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 chiffrée

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après chiffrement.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160	Groupe *DRE*

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE chiffrée

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après chiffrement.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

2.5.3 Signature Vitale des factures avec une carte Vitale

Fonction à utiliser

SSV_SignerFactureVitale

Les paramètres en entrée

Les groupes d'entrée sont les suivants.

150	Groupe *FSE*

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 chiffrée

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après chiffrement.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160	Groupe *DRE*

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE chiffrée

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après chiffrement.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont les suivants.

150	Groupe *FSE*

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 signée avec la carte Vitale

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après signature par la carte Vitale.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160 Groupe *DRE*

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE signée avec la carte Vitale

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après signature par la carte Vitale.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

2.5.3.1 Signature Vitale des factures avec une ApCV

SFG MF MF16

2.5.4 Calculer l'empreinte de la FSE et/ou l'empreinte de la DRE

Fonction à utiliser

SSV_CalculerHashFactureAssure

Les paramètres en entrée

Numéro de série de l'ApCV **EF_BS26_01**

Les groupes d'entrée sont les suivants.

150 Groupe *FSE*

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 chiffrée

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après chiffrement.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160 Groupe *DRE*

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE chiffrée

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après chiffrement.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont les suivants.

150	**Groupe *FSE***

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 après calcul d'empreinte

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après avoir fait l'objet d'un calcul d'empreinte.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

Empreinte de la FSE

Empreinte (hash) de la FSE **EF_MF15_01**

160	**Groupe *DRE***

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE après calcul d'empreinte

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après avoir fait l'objet d'un calcul d'empreinte

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

Empreinte de la DRE

Empreinte (hash) de la DRE **EF_MF16_01**

2.5.5 Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE

Fonction à utiliser

SSV_AjouterSignatureAssureFacture

Les paramètres en entrée

Les groupes d'entrée sont les suivants.

150	**Groupe *FSE***

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 après calcul d'empreinte

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après avoir fait l'objet d'un calcul d'empreinte.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

170	**Groupe *Signature FSE par ApCV***

Signature FSE par ApCV **EF_MF15_02**

Signature de la FSE reçue en réponse du service de signature Vitale ApCV

160	**Groupe *DRE***

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE après calcul d'empreinte

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après avoir fait l'objet d'un calcul d'empreinte.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

180	**Groupe *Signature DRE par ApCV***

Signature DRE par ApCV **EF_MF16_02**

Signature de la DRE reçue en réponse du service de signature Vitale ApCV

157	**Groupe *Occurrence de la facture***

Occurrence de la facture **EF_MF18_01**

Occurrence de facture reçue en réponse du service de signature Vitale ApCV

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont les suivants.

150	**Groupe *FSE***

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 signée avec l'ApCV

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et après signature avec l'ApCV.

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160	**Groupe *DRE***

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE signée avec l'ApCV

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et après signature avec l'ApCV.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

2.5.6 Signature CPS des factures

Fonction à utiliser

SSV_SignerFactureCPS

Les paramètres en entrée

Code porteur PS	**EF_PS99_01**
Numéro logique situation de facturation PS	**EF_PS03_01**

150 Groupe *FSE*

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2

Selon le mode de sécurisation utilisé lors de la mise en forme des factures (cf. §2.5.1), cette zone contient :

- **la FSE B2 signée avec le support Vitale :** (mode de sécurisation = 3)

  FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire après chiffrement et signature par le support Vitale.
- **la FSE B2 chiffrée :** (mode de sécurisation = 1 ou 5)

  FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire après chiffrement

Code d'authentification de la FSE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la FSE.

160 Groupe *DRE*

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE

Selon le mode de sécurisation utilisé lors de la mise en forme des factures (cf. §2.5.1), cette zone contient :

- **la DRE signée avec le support Vitale :** (mode de sécurisation = 3)

  DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire après chiffrement et signature par le support Vitale.
- **la DRE chiffrée :** (mode de sécurisation = 1 ou 5)

  DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire après chiffrement.

Code d'authentification de la DRE

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité de la DRE.

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont les suivants.

150 Groupe *FSE*

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 signée avec la carte CPS

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire après chiffrement, signature par le support Vitale et signature par la carte CPS.

160	**Groupe *DRE***

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE signée avec la carte CPS

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire après chiffrement, signature par le support Vitale et signature par la carte CPS.

3 Cas particulier du forçage

3.1 Principe de la création d'un indicateur de forçage

Pour qu'un organisme d'Assurance Maladie puisse appliquer le principe de la garantie de paiement, il est indispensable qu'il détienne l'information relative à une éventuelle intervention du Professionnel de Santé ;

C'est à cette fin que sont créés dans la version 1.40 du Cahier des Charges SESAM-Vitale des indicateurs de forçage.

Quatre indicateurs, décrits dans le tableau ci-dessous, ont été créés :

Pour permettre une bonne compréhension des paragraphes suivants, les indicateurs ont été numérotés.

N° indicateur	Définition	Position groupe et libellé
indicateur ①	Indicateur de forçage de **niveau facture** qui indique que : • les **données bénéficiaires** ont été modifiées : droits AMO (maternité, ALD) ou des données de la zone mutuelle. ou • des éléments de niveau facture concourant à la tarification AMO ont été modifiés ou créés.	1440-1 "Indicateur de forçage AMO niveau facture"
indicateur ②	Indicateur de forçage de **niveau facture** qui indique que les **données AMC du bénéficiaire** ont été modifiées (période de droits).	1440-2 "Indicateur de forçage AMC niveau facture"
indicateur ③	Indicateur de forçage de **niveau acte** qui indique qu'un ou plusieurs éléments concourant à la tarification AMO de la prestation ont été modifiés ou créés.	2000-2 "Indicateur de forçage AMO niveau acte"
indicateur ④	Indicateur de forçage de **niveau acte** qui indique qu'un ou plusieurs éléments concourant à la tarification de la part complémentaire de la prestation ont été modifiés ou crées.	2010-2 "Indicateur de forçage AMC niveau acte"

Ces quatre indicateurs fonctionnent indépendamment les uns des autres, i.e. la valorisation d'un indicateur n'entraîne pas de modification sur la valeur des autres indicateurs.

Ces quatre indicateurs sont valorisés par le progiciel, exception faite de l'indicateur ③ dans le cas des prestations CCAM valorisé par le service "Contrôle Complet CCAM" du module SRT et de l'indicateur ④ qui peut être valorisé par le service « tarification » des STS.

3.2 Principes de forçage de niveau facture

Aucune donnée n'est forçable sauf spécification contraire.

La prise en compte d'un autre support de droits n'est pas considérée comme un forçage.

3.2.1 Forçage des informations relatives au domaine de l'AMO

3.2.1.1 Forçage des droits à exonération du ticket modérateur liés à la maternité

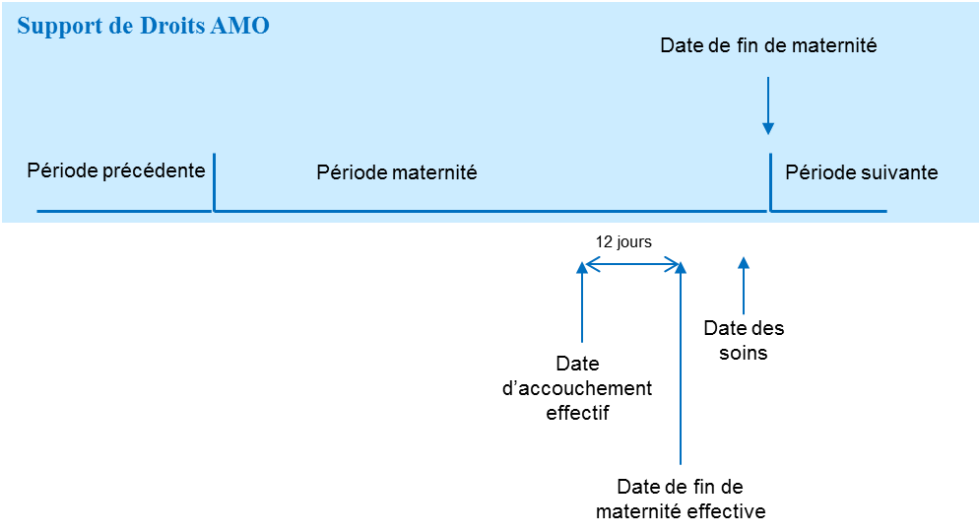
Le Professionnel de Santé peut forcer la date de fin « théorique » de droits à l'exonération du ticket modérateur au titre de la maternité.

⇨ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « M ».

Dans ce cas, le code situation à prendre en compte pour la facturation est celui de la période d'exonération suivant la période de maternité, si elle existe, ou à défaut celui de la période précédant la période de maternité.

Illustration du cas d'usage

Ce forçage s'applique en cas d'accouchement prématuré par rapport à la date de fin de maternité connue sur le support de droits AMO :



3.2.1.2 Forçage d'une situation d'exonération modulation du ticket modérateur

La règle adoptée

Il n'est pas envisageable de permettre au Professionnel de Santé de modifier le périmètre fonctionnel d'une situation d'exonération / modulation présente en carte.

Cas particulier

Dès lors qu'une attestation papier et que le protocole de soins sont présentés, le Professionnel de Santé peut élaborer une facture pour des soins conformes au protocole de soins ALD

- lorsque l'ALD n'est pas présente en carte,
- ou lorsque les droits sont échus en carte (en prolongeant les droits du bénéficiaire à cette exonération).

⇨ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « A ».

3.2.1.3 Forçage des zones « service AMO famille» et « service AMO bénéficiaire »

Ce champ permet aux AMO de gérer, entre autres, des situations de tiers payant liées à l'individu.

Dès lors qu'une attestation papier est présentée et justifiant des droits y afférents, le Professionnel de Santé peut élaborer une facture en rapport avec ces droits lorsque ces droits ne sont pas présents en carte ou prolonger les droits du bénéficiaire.
⇨ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « S ».

3.2.1.4 Forçage des données liées à la nature d'assurance AT ou aux accidents de la vie privée

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie une donnée des tables 11.2, 11.3 ou 11.4 de l'annexe 2.

⇨ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « W ».

3.2.1.5 Forçage des données liées au parcours coordonné de soins

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie une donnée des tables 5 bis et 14 à 19 de l'annexe 2.

⇨ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « T ».

3.2.1.6 Forçage des données liées aux régimes à taux particuliers

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie une donnée des tables 20.x ou 21.x de l'annexe 2.

⇨ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « U ».

3.2.1.7 Forçage de l'accès au tiers payant

Lorsque la « date de fin de droit AMO » est dépassée à la date de référence de la facture (cf. annexe1- Lecture Droits Vitale), le Professionnel de Santé peut accorder le tiers payant par forçage.

⇨ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « Y ».

3.2.1.8 Forçage des données liées à la nature d'assurance SMG

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie une donnée de la table 30 de l'annexe 2,

⇨ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « Z ».

3.2.2 Forçage des informations relatives au domaine de la complémentaire

Il convient de distinguer la situation d'une complémentaire en gestion unique de la situation d'une complémentaire en gestion séparée.

Cette distinction repose soit sur l'analyse par le Professionnel de Santé du dispositif conventionnel lié à la dispense d'avance de frais sur la part complémentaire dont relève le bénéficiaire pour lequel il élabore une facture, soit sur le type de transmission.

3.2.2.1 Principes de forçage des données de la zone AMC

Forçage des bornes de la période de droits

Pour pratiquer le tiers payant, les droits de couverture Complémentaire doivent être ouverts à la date retenue par l'AMO pour la détermination des droits (cf. Corps 3.2.2.2 page 47 « Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part complémentaire » et cf. Corps 3.2.2.6 page 50 « Situation particulière »). Si ce n'est pas le cas, le Professionnel de santé peut modifier la période de validité des données.

⇨ L'indicateur de forçage ② sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « D ».

3.2.2.2 Principes de forçage des données de la zone mutuelle

Forçage de la période de droits complémentaires et garanties effectives

Les données mutuelle sont renseignées en carte Vitale et l'assuré présente une attestation papier comportant le même numéro de complémentaire mais avec une période de couverture et / ou des garanties effectives différentes.

Les dates de début et de fin de droits complémentaires ainsi que les garanties effectives sont modifiables par le Professionnel de Santé.

⇨ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « D ».

Mutuelle non présente en carte ou Mutuelle différente de celle contenue dans la carte

Dès lors que la mutuelle n'est pas gérée en carte Vitale ou que le Mutuelle choisie par l'assuré n'est pas celle identifiée dans la carte et que l'assuré présente une attestation papier émise par une mutuelle en convention de gestion, dans ce cas l'attestation fait foi, et le Professionnel de Santé utilisera ces données pour l'établissement de la facture.

⇨ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « N ».

3.2.2.3 Principes de forçage pour des données liées à un bénéficiaire de la C2S, à un sortant de C2S

Dès lors que le bénéficiaire des soins présente une attestation papier justifiant ses droits à la C2S ou une attestation justifiant ses droits de sortant de C2S, le Professionnel de Santé peut :

- élaborer une facture en rapport avec ses droits lorsque sa situation au regard de la C2S ou de sortant de C2S n'est pas présente en carte
- ou prolonger les droits de la situation de C2S ou de sortant de C2S contenue en carte.

⇨ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « N ».

La présentation par un assuré d'une attestation papier prolongeant et justifiant ses droits à la C2S, ne doit pas être considérée comme une attestation de sortant de C2S.

3.2.3 Cumul des indicateurs de forçage au regard des données de la carte Vitale et de la facturation AMO niveau facture

Lors de l'analyse du forçage des données de la carte Vitale, plusieurs valeurs de l'indicateur ① sont possibles ; ceci indiquant que lors de l'élaboration de la facture, le Professionnel de Santé a été confronté à plusieurs cas de forçage. En conséquence, le progiciel renseigne une valeur d'indicateur de forçage significative du cumul.

Cas de Cumul possible de l'indicateur N° ①	Valeur à renseigner par le progiciel
Y + tout autre indicateur	Y
M + D	O
M + N	P
M + S	R
S + D	G
S + N	H
A + D	I
A + N	J
T+Z	T

Cas de Cumul possible de l'indicateur N° ①	Valeur à renseigner par le progiciel
M + W, T ou U	M
N + W, T ou U	N
D + W, T ou U	D
S + W, T ou U	S
A + W, T ou U	A
O + W, T ou U	O
P + W, T ou U	P
R + W, T ou U	R
G + W, T ou U	G
H + W, T ou U	H
I + W, T ou U	I
J + W, T ou U	J

3.3 Principes de forçage de niveau acte

3.3.1 Forçage des informations relatives au domaine de l'AMO

3.3.1.1 Forçage des éléments de tarification hors CCAM

Principes

La création d'un nouvel acte ou la modification des attributs du code prestation sont considérés comme un forçage.

Ce forçage ne concerne pas les prestations de type honoraire générées par le système de facturation : pour toute prestation de type honoraire générée (cf. Annexe 2 – Table 1 - Groupe fonctionnel général et origine de la prestation), aucune information de la prestation ne doit être modifiable (forçable) par le Professionnel de Santé.

Données forcées

Forçage des données de la facture pour une prestation Hors CCAM

Les données de la facture qui peuvent être « forcées » par le Professionnel de Santé sont présentées dans le tableau suivant avec, en regard, la table de l'annexe2 dans laquelle ces données sont spécifiées.

Données forçables Hors CCAM	Table de l'annexe 2	Valeur indicateur
• la nature de prestation ou code de l'acte	table 1	A
• les caractéristiques du code prestation (type de prestation, type de nomenclature, groupe fonctionnel ou top codage affiné) **Attention** : pour toute prestation de la table 1, la donnée « origine prestation » n'est pas une donnée forçable.	table 1	C
• la compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance	table 4	C
• la nécessité d'une prescription pour l'acte effectué	table 4	C
• la nécessité d'un coefficient et les valeurs minimale et maximale spécifiées pour ce coefficient	table 4	C
• la compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	table 4	C
• la compatibilité de l'acte avec une majoration de nuit, dimanche ou férié	table 4	C
• le taux théorique de remboursement	table 4	C
• la compatibilité de l'acte avec la spécialité du Professionnel de Santé	table 2	C
• la compatibilité de l'acte avec le contexte conventionnel du Professionnel de Santé (règle R1bis) dans le respect des tarifs opposables (règles P3 et P4) s'il y a lieu	table 2bis	C
• la compatibilité de l'acte avec la qualité du bénéficiaire	table 3	C
• la compatibilité de l'acte avec l'âge du bénéficiaire	table 3	C
• la compatibilité de l'acte avec la nécessité d'une entente préalable	table 6	C

Données forçables Hors CCAM	Table de l'annexe 2	Valeur indicateur
• la compatibilité de l'acte avec le qualificatif de la dépense	table 7	C
• la compatibilité de l'acte ne pouvant être facturé seul	table 12	C
• la compatibilité de l'acte avec un second acte de panier de soins optiques différent (règle R44)		C

Indicateur de forçage

Valorisation de l'indicateur de forçage AMO pour une prestation Hors CCAM

La création d'un nouveau code prestation non CCAM (forçage de la table 1 de l'annexe 2) entraîne la valorisation par le progiciel de l'indicateur de forçage AMO à la valeur **A**.

La modification d'un ou plusieurs attributs du code prestation (forçage des tables 2 à 7 et 12 de l'annexe 2) entraîne la valorisation par le progiciel de l'indicateur de forçage AMO à la valeur « **C** ».

Remarque : une prestation de type honoraire générée n'étant pas concernée par le forçage, l'indicateur de forçage AMO est nécessairement **non renseigné**.

3.3.1.2 Forçage des éléments de tarification CCAM

Dans le contexte CCAM, deux options de forçage sont offertes au Professionnel de Santé :

- modification de données CCAM liées au code regroupement (tables de l'Annexe2 ; il s'agit d'une modification permanente), ou à la table des plafonds,
- modification de données CCAM dans le référentiel électronique CCAM (s'il s'agit d'une modification permanente),
- modification des données de la facture (s'il s'agit d'une modification ponctuelle).

3.3.1.2.1 Forçage de certains éléments liés aux codes regroupements CCAM ou à la table des plafonds

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie une donnée des tables 4 bis ou 7bis, ou passe outre les informations en table des plafonds, l'indicateur de forçage AMO de niveau acte doit être positionné par le progiciel :

Données forçables liées aux codes regroupements	Table	Valeur indicateur
• Taux de remboursement de base d'un acte CCAM	table 4bis	N
• La compatibilité du code regroupement avec le qualificatif de la dépense	Table 7	N
• la compatibilité des paniers de soins sur une même dent (règle R43 de l'annexe 2)	DF_PFD	C

Si le service « Contrôle Complet CCAM » du module SRT retourne un indicateur de forçage, il est prioritaire.

3.3.1.2.2 Forçage des données du référentiel électronique CCAM

La liste des données du référentiel électronique CCAM modifiables par le Professionnel de Santé est la suivante :

- prix unitaire d'un acte,
- supplément de charges en cabinet d'un acte,
- code regroupement d'un acte,
- majoration du prix unitaire d'un acte pour un DOM,
- règle tarifaire (= taux de réduction) pour une association non prévue,
- seuil minimum pour exonération du TM,
- forfait associé à un modificateur,
- taux associé à un modificateur,
- forfait à appliquer sur la base de remboursement pour les Professionnels de Santé non conventionnés,
- taux de réduction à appliquer sur la base de remboursement pour les Professionnels de Santé non conventionnés.

Le progiciel effectue la modification demandée par le Professionnel de Santé en utilisant le service "ModifierDonnee" du module SRT. (cf. Annexe 1 - partie C).

3.3.1.2.3 Forçage des données de la facture pour une prestation CCAM

Pour une prestation CCAM, les données de la facture qui peuvent être « forcées » par le Professionnel de Santé sont les suivantes :

- la compatibilité entre la spécialité de l'exécutant et l'acte effectué,
- la compatibilité entre la nature d'assurance et l'acte effectué,
- la nécessité d'une entente préalable pour l'acte effectué,
- le code justificatif d'exonération,
- le prix unitaire,
- la base de remboursement,
- le taux de remboursement,

ainsi que les informations spécifiques CCAM suivantes :

- le code acte,
- le code activité,
- le code phase de traitement,
- les modificateurs,
- le code association,
- le code remboursement exceptionnel,
- le code regroupement,
- les numéros de dent.

Le forçage d'une donnée de la facture équivaut à dire que le Professionnel de Santé outrepasse les règles correspondantes :

Données forçables	Règles CCAM outre-passables	
• Spécialité PS	**RC5**	**Compatibilité du couple acte/activité avec la spécialité de l'exécutant**
• Nature d'assurance	**RC8**	**Compatibilité entre le code acte CCAM et la nature d'assurance**
• Nécessité d'une entente préalable	**RC7**	**Contrôle de la nécessité d'une entente préalable pour un code acte CCAM**
• Code justificatif d'exonération	TCxx	Le forçage consiste à mettre une valeur de code justificatif d'exonération incompatible par rapport aux règles TC ou qui n'existe pas.
• PU	BC1	**Calcul du Prix unitaire**
• BR	BC99	**Calcul de la Base de Remboursement**
• Taux	TCxx	Le forçage consiste à mettre une valeur de taux incompatible par rapport aux règles TC.
• Code acte CCAM	**CC8**	**Validité du code acte CCAM** Le forçage correspond à saisir un code acte CCAM : • soit qui n'existe pas dans le référentiel CCAM, • soit qui n'est pas valide à la date des soins
• Activité	**RC1**	**Compatibilité entre le code acte CCAM et le code activité** Le forçage correspond à saisir un code activité non prévu dans le référentiel électronique pour le code acte CCAM
• Phase	**RC2**	**Compatibilité entre le couple acte/activité et le code phase de traitement** Le forçage correspond à saisir un n° de phase de traitement non prévu dans le référentiel électronique pour le code acte CCAM
• Modificateurs tarifants (existence)	**CC9**	**Contrôle valeur des modificateurs tarifants**
• Modificateurs non tarifants (existence)	**CC9B**	**Contrôle valeur des modificateurs non tarifants**
• Modificateurs (tarifants ou non) (compatibilité)	**RC4**	**Compatibilité entre le code modificateur et l'âge du bénéficiaire**
	RC12	**Compatibilité entre 2 codes modificateurs**
	RC18	**Contrôle lié à la présence répétée d'un code modificateur**
	RC3	**Compatibilité entre le couple acte/activité et le code modificateur**
• Code Association	**CC1**	**Valeur du code association**
• Code remboursement exceptionnel	**CC11**	**Demande de remboursement exceptionnel pour un acte remboursable sous condition** Ce forçage consiste à demander un remboursement exceptionnel pour un acte remboursable ou non remboursable dans la mesure où cet acte est devenu remboursable sous condition et que le référentiel électronique ignore cette modification

Données forçables	Règles CCAM outre-passables	
• Code regroupement	**CC7**	**Contrôle existence du code regroupement** **Contrôle compatibilité du code regroupement avec le code acte/activité.**
• N° de dents	**CC5**	**Renseignement des n° de dents** Ce forçage consiste à ne pas renseigner le nombre minimum de dents à traiter
	RC14	**Compatibilité code de l'acte/ n° de dent**
• Sans Objet	**CC3**	Acte complémentaire facturé isolément

3.3.1.2.4 Forçage et débrayage

Lorsque le Professionnel de Santé demande le forçage d'une donnée, il confirme qu'il veut outrepasser le résultat fourni par le progiciel suite à l'application d'une règle CCAM. La règle outrepassée déclenche alors éventuellement le débrayage d'un ensemble de règles que le progiciel n'est plus tenu de vérifier (car non vérifiables pour des raisons techniques) **pour la prestation CCAM forcée**.

Exemple : le forçage du code acte CCAM revient à utiliser un code acte inexistant ou non valide dans la base CCAM. En conséquence, il n'est plus possible de vérifier toutes les compatibilités des données de la facture avec ce code acte, ses attributs en base étant inconnus.

Le tableau ci-dessous présente pour chaque règle outrepassable la liste des règles débrayables en conséquence :

Donnée forcée	Règle outrepassée déclenchante	Règles non vérifiables en conséquence			
		Règles de niveau acte		Règles traitées pour l'ensemble de la facture	
Acte	CC8	CC6	Obligation codage CCAM	BC1	Calcul PU
		CC9	Valeur des modificateurs	BC99	Calcul BR
		CC12	Acte CCAM/code regroupement	CC1	Association d'actes
		CC13	Modificateurs AMC	RC15-RC17	Compatibilité entre actes CCAM
		CC14	Supplément de charge en cabinet	TC5	Exonération Facture
		CC15	Compatibilité taux/justif d'exonération		
		RC4	Compatibilité modificateur/âge du bénéficiaire		
		RC6	Frais de déplacement		
		RC11	Modificateur Férié		
		RC12	Compatibilité modificateurs entre eux		
		RC18	Modificateur multiple		
		CC3	Acte complémentaire isolé		
		CC5	Renseignement des n° de dents		
		CC7	Code regroupement		
		CC11	Exonération Facture		
		CC16	Compatibilité date de naissance/date des soins		

Donnée forcée	Règle outrepassée déclenchante	Règles non vérifiables en conséquence			
		Règles de niveau acte		Règles traitées pour l'ensemble de la facture	
		RC1	Code activité		
		RC2	Code phase		
		RC3	Code modificateur		
		RC5	Compatibilité spécialité Exécutant		
		RC7	Compatibilité Entente préalable		
		RC8	Compatibilité Nature d'Assurance		
		RC9	Compatibilité Agrément Radio		
		RC13	Compatibilité Age du bénéficiaire		
		RC14	N° de dents		
		TC1	Exonération Prévention		
		TC2;TC3, TC4;T5, T6	Exonération Acte CCAM		
Activité	RC1	RC2	Code phase	RC15-RC17	Compatibilité entre actes CCAM
		RC3	Code modificateur	CC1	Association d'actes
		RC5	Compatibilité spécialité Exécutant	BC1	Calcul PU
		RC9	Compatibilité Agrément Radio	BC99	Calcul BR
		RC13	Compatibilité Age du bénéficiaire	TC5	Exonération Facture
		RC14	N° de dents		
		CC5	Renseignement des n° de dents		
		CC7	Code regroupement		
		TC2;TC3, TC4; T5, T6	Exonération Acte CCAM		
Phase	RC2	RC13	Compatibilité Age du bénéficiaire	BC1	Calcul PU
		RC14	N° de dents	BC99	Calcul BR
		CC5	Renseignement des n° de dents	TC5	Exonération Facture
		TC2;TC3, TC4; T5, T6	Exonération Acte CCAM		
Modificateur tarifant (existence)	CC9	RC12	Compatibilité modificateurs entre eux	BC99	Calcul BR
		RC18	Modificateur multiple	TC5	Exonération Facture
		RC3	Code modificateur		
		RC4	Compatibilité modificateur/âge du bénéficiaire		
		CC13	Modificateurs AMC		
		TC2;TC3, TC4; T5, T6	Exonération Acte CCAM		

Donnée forcée	Règle outrepassée déclenchante	Règles non vérifiables en conséquence			
		Règles de niveau acte		Règles traitées pour l'ensemble de la facture	
Modificateur non tarifant (existence)	CC9B	RC12	Compatibilité modificateurs entre eux		
		RC18	Modificateur multiple		
		RC3	Code modificateur		
		RC4	Compatibilité modificateur/âge du bénéficiaire		
		CC13	Modificateurs AMC		
Code association	CC1	TC2;TC3, TC4; T5, T6	Exonération Acte CCAM	BC99	Calcul BR
				RC15-RC17	Compatibilité entre actes CCAM
				TC5	Exonération Facture
BR	BC99	TC2;TC3, TC4; T5, T6	Exonération Acte CCAM	TC5	Exonération Facture

Pour les règles de niveau acte, le progiciel n'est pas tenu de contrôler les règles rendues non vérifiables par un forçage.

Les règles traitées pour l'ensemble de la facture sont, quant à elles, automatisées par un service du module SRT (cf. dernière colonne du tableau ci-dessus). Le progiciel est tenu d'appeler le service SRT avec en entrée l'ensemble des prestations CCAM de la facture, en précisant, s'il y a lieu, pour chaque prestation la référence de la ou des règles outrepassées.

La liste des services en question est précisée dans le tableau ci après :

Service SRT	Règle	Description
C-Comptabilité	RC15 et RC17	Compatibilité entre actes CCAM
C-Association	CC1	Association d'actes
C-PU	BC1	Calcul Prix Unitaire
C-BR	BC99	Calcul Base de Remboursement
C-ExoFacture	TC5	Exonération Facture

3.3.1.2.5 Valorisation de l'indicateur de forçage AMO pour une prestation CCAM

Dans le cas de forçage d'une prestation CCAM, directement dans la facture ou au niveau du référentiel électronique CCAM, le groupe 2000 contenant l'indicateur de forçage AMO est renseigné par le service de "Contrôle Complet CCAM" du module SRT.

Forçages des données du référentiel électronique

Les forçages au niveau du référentiel électronique CCAM sont détectés automatiquement par le "Contrôle Complet CCAM" dès qu'il est amené à utiliser une valeur du référentiel modifiée par le Professionnel de Santé.

Forçage des données de la facture

Le Professionnel de Santé signifie une première fois au cours de la constitution de la facture sa volonté de forcer une donnée lorsqu'il décide de modifier le résultat d'une règle CCAM. La règle en question est considérée outrepassée.

Afin de ne pas demander confirmation du forçage en question au Professionnel de Santé, le service de "Contrôle Complet CCAM" ne génère pas de diagnostic dans ce cas-là. Pour cela, il est nécessaire que SRT sache a priori qu'il y a intention de forçage.

Le progiciel doit donc transmettre, parmi les données d'entrée du service "Contrôle Complet CCAM" (à savoir les groupes de la facture), la référence de chaque règle outrepassée pour chaque prestation CCAM. Ainsi, pour toute erreur détectée, le service "Contrôle Complet CCAM" détermine s'il s'agit d'une erreur ou d'un forçage, et ne remonte pas de diagnostic d'erreur dans les cas de forçage.

En plus des diagnostics relatifs aux erreurs détectées, le "Contrôle Complet CCAM" retourne, une liste d'indicateurs de forçage AMO valorisés (groupes 2000) correspondant soit aux forçages déclarés, soit aux erreurs détectées sur des règles outre passables.

Chaque diagnostic correspond à une erreur dont la correction doit être demandée au Professionnel de Santé. S'il s'agit d'une règle outre passable, le Professionnel de Santé peut décider de ne pas corriger l'erreur. S'il s'agit d'une règle non outre passable, le Professionnel de Santé est obligé d'effectuer la correction.

Si le Professionnel de Santé effectue des corrections suite aux diagnostics qui lui sont présentés, il est recommandé au progiciel de reprendre le processus de constitution de la facture depuis le début, afin de vérifier toutes les règles de contrôle et recalculer les éléments de tarification. Le progiciel a obligation de repasser le "Contrôle Complet CCAM".

Dans le cas contraire, (le Professionnel de Santé n'effectue aucune correction) cela revient à confirmer les forçages. Le Progiciel doit ajouter à la zone d'échange facture fournie en entrée de la fonction SSV « Formater Factures », les groupes 2000 restitués par le « Contrôle Complet CCAM », afin que les indicateurs de forçage soient transmis dans le flux. Le flux peut alors être mis en forme et transmis.

Exceptions : pour une ligne d'acte donnée, en cas de forçage cumulé qui comporte le forçage du « montant remboursable par l'AMO » et/ou le forçage du « plafond des honoraires », le progiciel doit modifier la valeur de l'indicateur de forçage fournie par le Contrôle Complet CCAM comme précisé au § ci-après « Cumul de plusieurs forçages de niveau acte ».

En tout état de cause, il est indispensable d'effectuer toutes les corrections nécessaires portant sur les règles non outre passables.

.

3.3.1.3 Forçage du montant remboursable par l'AMO

Pour chaque prestation de la facture saisie par le Professionnel de Santé, celui-ci a la possibilité de modifier le « **montant remboursable par l'AMO** », calculé par le progiciel.

⇨ L'indicateur de forçage ③ sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « **5** ».

En cas de forçage du « **montant remboursable par l'AMO** »d'une ou plusieurs lignes d'acte de la facture, le progiciel est tenu de :

- garantir l'exactitude du montant « total remboursable par l'AMO » (champ 1910-3),
- vérifier, pour chaque ligne d'acte, le respect du principe de « non-enrichissement sans cause » à savoir que la somme du « **montant remboursable par l'AMO** » (champ 1610-14) et du « montant théorique remboursable par l'AMC » (champ 1610-15) est nécessairement inférieur ou égal au « montant des honoraires » (champ 1610-6).

Dés lors que le « **montant remboursable par l'AMO** »est forcé, il convient de recalculer le « montant théorique remboursable par l'AMC ».

Cas particulier

En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à TFR et pour lequel il existe un tarif ajusté en base médicaments et :

- Ayant fait l'objet d'un refus de substitution par l'assuré

Le Professionnel de Santé n'a pas la possibilité de modifier le montant remboursable par l'assurance maladie obligatoire déterminé par le système de facturation.

Mise en œuvre

Il est recommandé au progiciel d'offrir au Professionnel de Santé la possibilité de forcer le « **montant remboursable par l'AMO » après** le calcul par le progiciel lui-même de cette part AMO. Ainsi ce forçage consistera pour le Professionnel de Santé en une correction du calcul du progiciel, sur la base de consignes transmises par l'Assurance Maladie

3.3.1.4 Forçage du plafond des honoraires

Si le professionnel de santé outrepasse une des règles de contrôle P5, P6 ou P7 (i.e. dépassement du montant du plafond dentaire, du tarif opposable ou du prix limite de vente), alors l'indicateur de forçage ③ est valorisé par le progiciel avec la valeur « 6 ».

3.3.1.5 Cumul de plusieurs forçage de niveau acte

En cas de forçage multiple pour une même ligne d'acte, l'indication du forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » et/ou du « plafond des honoraires » sont nécessairement **prioritaires**.

Ainsi les cas de cumuls possibles et le renseignement de l'indicateur de forçage ③ sont présentés dans le tableau ci-après :

		Montant remboursable par l'AMO	**Plafond des honoraires**	**Eléments de tarification hors CCAM ou table des plafonds dentaires**	**Eléments liés aux codes regroupements CCAM**	**Eléments de tarification CCAM**
		5	6	A ou C	N	Ω(*)
Montant remboursable par l'AMO	5	**5**	**7**	**5**	**5**	**5**
Plafond des honoraires	6	**7**	**6**	**6**	**6**	**6**
Éléments de tarification hors CCAM ou table des plafonds dentaires	A ou C	**5**	**6**	**A ou C**	**N**	**Ω**
Éléments liés aux codes regroupements CCAM	N	**5**	**6**	**N**	**N**	**Ω**
Éléments de tarification CCAM	Ω(*)	**5**	**6**	**Ω**	**Ω**	**Ω**

(*)Ω représente la valeur retournée par le Contrôle Complet CCAM.

Ainsi :

- en cas de forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 5 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur retournée par le service Contrôle Complet CCAM dans le groupe 2000.
- en cas de forçage du « **plafond des honoraires** » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 6 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur retournée par le service Contrôle Complet CCAM dans le groupe 2000.
- en cas de forçage cumulé du « **montant remboursable par l'AMO** » et du « **plafond des honoraires** » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 7 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur retournée par le service Contrôle Complet CCAM dans le groupe 2000.

3.3.2 Forçage des informations relatives au domaine de la part complémentaire

Le Professionnel de Santé peut renseigner le montant AMC d'un acte avant déclenchement des STS ou modifier les montants restitués par les STS (selon le Top modification).

Dans ce cas, le progiciel valorise un indicateur de niveau acte.

Cas particulier

En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à TFR et pour lequel il existe un tarif ajusté en base médicaments et :

- Ayant fait l'objet d'un refus de substitution par l'assuré

Le Professionnel de Santé n'a pas la possibilité de modifier le montant remboursable par l'assurance maladie complémentaire déterminé par le système de facturation.

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie le montant AMC au niveau facture, le progiciel renseigne l'indicateur de forçage pour toutes les lignes d'acte.

⇨ L'indicateur de forçage ④ sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « 1 ».

Si le montant AMC est calculé par le logiciel métier sans utilisation des STS, le progiciel valorise l'indicateur de forçage ④ avec la valeur « 1 ».

Cas particulier de la « réponse de prise en charge »

Lors de la valorisation des montants de la part complémentaire dans la facture, que ce soit en mode 1(acquisition ligne à ligne) ou mode 2 (ventilation du montant global).

⇨ L'indicateur de forçage ④ sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « 1 ».

4 Préparation du fichier à transmettre

4.1 Les fonctions de mise en forme et de sécurisation des lots

Les fonctions de **Mise en forme et** de **sécurisation Lot** ont pour objet de restituer au progiciel du Professionnel de Santé un lot sécurisé de FSE ou de DRE en présence de la carte du Professionnel de Santé

Hors Remplacement

Dans le cas d'une utilisation hors remplacement, les champs « N° identification de Professionnel de Santé titulaire», « Clé du numéro d'identification du Professionnel de Santé titulaire» et « N° logique de la situation de facturation du Professionnel de Santé titulaire » dans le groupe de données 8 « caractéristiques de mise en lot de FSE» (ou 88 « caractéristiques de mise en lot de DRE ») ainsi que les champs « identification du Professionnel de Santé signataire du lot» et « clé identification du Professionnel de Santé signataire du lot » du groupe de données 7 ou 87 sont à renseigner avec les informations du Professionnel de Santé titulaire.

Remplacement

Dans le cas d'un remplacement :

Les champs du groupe de données 8 « caractéristiques de mise en lot de FSE» (ou 88 « caractéristiques de mise en lot de DRE »)

- « N° identification de Professionnel de Santé titulaire »,
- « Clé du numéro d'identification du Professionnel de Santé titulaire »

sont à renseigner avec les informations du Professionnel de Santé titulaire (remplacé).

Le champ du groupe de données 8 (ou 88)

- « N° logique de la situation de facturation du Professionnel de Santé »

est à renseigner avec les informations du Professionnel de Santé du signataire du lot.

Les champs du groupe de données 7 ou 87 :

- « identification du Professionnel de Santé signataire du lot »
- et « clé identification du Professionnel de Santé signataire du lot »

sont à renseigner avec les informations du Professionnel de Santé remplaçant.

Les champs « type émetteur fichier » et « n° émetteur fichier » sont renseignés avec les informations du Professionnel de Santé remplacé.

Fonction à utiliser

SSV_FormaterLot

4.1.1 Mise en forme des lots

4.1.1.1 Si constitution d'un lot de FSE

Les paramètres en entrée

7	**Groupe PS signataire du lot**	(PS titulaire hors période de remplacement, PS remplaçant pendant la période de remplacement)

N° d'identification du PS signataire du lot

Clé du N° d'identification du PS signataire du lot

8	**Groupe** *Caractéristiques mise en lot de FSE*

N° d'agrément du Progiciel de Santé

N° agrément du progiciel du Professionnel de Santé attribué par l'Assurance Maladie.

N° d'identification de facturation du PS titulaire

N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé titulaire (il s'agit du N° du PS titulaire en période de remplacement)

Clé du n° d'identification de facturation du PS titulaire

Nom ou raison sociale du PS titulaire

N° logique de la situation de facturation du PS signataire du lot

N° logique de situation dans laquelle le Professionnel de Santé signe le lot.

Type émetteur fichier

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

N° émetteur fichier

si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé
si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).

Date du lot

Date et heure d'élaboration du lot (est supérieure ou égale à la date de toutes les FSE contenues dans le lot).

N° du Lot

Attribué par le progiciel (évoluant de 001 à 999 pour le Professionnel de Santé considéré). Cette règle pourrait évoluer dans le cas d'un changement de norme d'échange.

Nombre de FSE

6	**Groupe** *Caractéristiques lot de FSE*

CRL de FSE

Critère de regroupement en lots restitué par la fonction *« Formater Factures »*

9	**Groupe** *Lot de FSE*

FSE formatéés mises bout à bout

Ensemble de FSE formatées et sécurisées ayant même critère de regroupement en lots et triées par ordre croissant des numéros de FSE

15	**Groupe** *Caractéristiques Centre de Santé*

Catégorie

Code catégorie attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé.

Statut juridique

Code statut juridique attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé, à renseigner lorsque celui-ci a connaissance de ce numéro.

Mode de fixation des tarifs

Code mode de fixation des tarifs attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé, à renseigner lorsque celui-ci a connaissance de ce numéro.

Les paramètres en sortie

10	**Groupe** *Caractéristiques fichier de FSE*

CRF de FSE

Critère de regroupement en fichier Information utilisée pour la fonction « *Mise en forme en-tête et fin de fichier* »

13	**Groupe** *Identification lot de FSE*

Syntaxe utilisée

Indique la norme d'échange du lot (et des FSE).

Type émetteur lot

Identifie le type du numéro émetteur.

Emetteur du lot

N° émetteur du lot

Destinataire lot

N° destinataire du lot
Composé de :
1. six zéros
2. le code régime
3. le code organisme destinataire
4. trois zéros

Référence lot

Cette référence est celle restituée dans l'ARL pour permettre au progiciel d'effectuer le rapprochement de ce dernier avec le lot concerné (cf. annexe1-B)

Type de flux

Permet de déterminer la valeur du champ « content-description » de l'entête SMTP du message contenant ce lot (cf. Annexe 4).

Entête champ sujet message FSE

Destiné à renseigner le début du champ « subject » de l'entête SMTP du message contenant ce lot (cf. Annexe 4).

11	**Groupe** *Lot de FSE*

Lot de FSE formaté

Lot complété en fonction de la norme AMO

Code d'authentification du lot

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité du lot.

4.1.1.2 Si constitution d'un lot de DRE

Les paramètres en entrée

87	**Groupe** *PS signataire du lot*
	N° d'identification du PS signataire du lot
	Clé du N° d'identification du PS signataire du lot
88	**Groupe** *Caractéristiques mise en lot de DRE*
	N° d'agrément du progiciel de santé
	N° agrément du progiciel du Professionnel de Santé attribué par l'Assurance Maladie.
	N° d'identification de facturation du PS titulaire
	N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé titulaire (il s'agit du PS titulaire en période de remplacement)
	Clé du n° d'identification de facturation du PS titulaire
	Nom ou raison sociale du PS titulaire
	N° logique de la situation de facturation du PS signataire du lot
	N° logique de situation dans laquelle le Professionnel de Santé signe le lot.
	Type émetteur fichier
	TP : Professionnel de Santé autre qu'établissement TE : Etablissement ou soins SI : Autres émetteurs (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens).
	N° émetteur fichier
	si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).
	Date du lot
	Date et heure d'élaboration du lot (est supérieure ou égale à la date de toutes les DRE contenues dans le lot).
	N° du Lot
	Attribué par le progiciel (évoluant de AAA à ZZZ pour le Professionnel de Santé considéré). Cette règle pourrait évoluer dans le cas d'un changement de norme d'échange.
	Nombre de DRE
86	**Groupe** *Caractéristiques lot de DRE*
	CRL de DRE
	Critère de regroupement en lots restitué par la fonction *« Formater Factures»*
89	**Groupe** *Lot de DRE*
	DRE formatées mises bout à bout

Ensemble de DRE formatées et sécurisées ayant même critère de regroupement en lots et triées par ordre croissant des numéros de DRE

15	**Groupe** *Caractéristiques Centre de Santé*

Catégorie

Code catégorie attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé.

Statut juridique

Code statut juridique attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé, à renseigner lorsque celui-ci a connaissance de ce numéro.

Mode de fixation des tarifs

Code mode de fixation des tarifs attribué par la DDASS ou la DRASS pour les centres de santé, à renseigner lorsque celui-ci a connaissance de ce numéro.

Les paramètres en sortie

90	**Groupe** *Caractéristiques fichier de DRE*

CRF de DRE

Critère de regroupement en fichier.
Information utilisée pour la fonction *« Mise en forme en-tête et fin de fichier»*

93	**Groupe** *Identification lot de DRE*

Emetteur du lot

N° organisme complémentaire

Référence lot

Première partie adresse

Cette donnée est utilisée pour constituer l'adresse de routage du message (partie gauche du « @ »).

Nom de domaine AMC

Cette donnée est utilisée pour constituer l'adresse de routage du message (partie droite du « @ »).

Type de flux

Permet de déterminer la valeur du champ « content-description » de l'entête SMTP du message contenant ce lot (cf. Annexe 4).

Entête champ sujet message DRE

Destiné à renseigner le début du champ « subject » de l'entête SMTP du message contenant ce lot (cf. Annexe 4).

91	**Groupe** *Lot de DRE*

Lot de DRE formaté

Lot complété en fonction de la norme AMC

Code d'authentification du lot

Ce code est utilisé pour contrôler l'intégrité du lot.

4.1.2 Signature CPS des lots

Fonction à utiliser

SSV_SignerLotCPS

4.1.2.1 Si constitution d'un lot de FSE

Les paramètres en entrée

Code porteur

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

11	**Groupe** *Lot de FSE*

Lot de FSE formaté

Code d'authentification du lot

16	**Groupe** *Informations sécurisation lot*

Rang du lot

Indique le rang du lot dans une série à sécuriser (premier, courant, dernier, lot unique) ainsi que le type de réseau utilisé (transfert de fichier ou RSS)

Type d'identification structure

N° d'identification structure

Les paramètres en sortie

11	**Groupe** *Lot de FSE*

Lot de FSE signé

4.1.2.2 Si constitution d'un lot de DRE

Les paramètres en entrée

Code porteur

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

91	**Groupe** *Lot de DRE*

Lot de DRE formaté

Code d'authentification du lot

16	**Groupe** *Informations sécurisation lot*
	Rang du lot Indique le rang du lot dans une série à sécuriser (premier, courant, dernier, lot unique) ainsi que le type de réseau utilisé (transfert de fichier ou RSS) **Type d'identification structure** **N° d'identification structure**

Les paramètres en sortie

91	**Groupe** *Lot de DRE*
	Lot de DRE signé

4.1.3 Conditions d'utilisation

Un lot de factures ne peut comporter plus de 999 factures. Lorsque le nombre de factures ayant même critère de regroupement en lot dépasse 999, le progiciel du Poste de Travail du Professionnel de Santé doit créer autant de lots de 999 factures que nécessaire.

Lorsque que le progiciel du Professionnel de Santé détecte plusieurs lots à mettre en forme et à sécuriser, il peut enchaîner plusieurs appels aux fonctions de mise en forme et de sécurisation (en modifiant le rang du lot) ce qui permet d'optimiser le travail du Professionnel de Santé ; celui-ci ne saisit son code porteur qu'une seule fois pour la sécurisation de l'ensemble des lots et non à chaque appel de la fonction de signature CPS.

La présence de la carte du Professionnel de Santé dans le lecteur est obligatoire.

Les progiciels destinés aux centres de santé doivent être en mesure de compléter le groupe de données 15, toutefois, le remplissage des champs « **Statut juridique** » et « **Mode de fixation des tarifs** » n'est pas obligatoire.

Traitement effectué par le progiciel du Professionnel de Santé avant appel des fonctions

Les fonctions de mise en forme et de sécurisation des factures restituent au progiciel du Poste de Travail du Professionnel de Santé une facture accompagnée du *critère de regroupement en lot*.

Pour constituer un lot de factures, le progiciel du Professionnel de Santé rassemble toutes les factures ayant des *critères de regroupement en lot* identiques, les trie par ordre croissant de numéro de factures pour les fournir en entrée de la fonction *Mise en forme Lot*.

Traitement effectué par le progiciel du Professionnel de Santé après appel des fonctions

Les fonctions de *Mise en forme et* de *sécurisation LOT* restituent au progiciel du Professionnel de Santé le lot complété et sécurisé en fonction de la norme.

Le mode de sauvegarde du lot sécurisé est laissé à l'initiative des sociétés éditrices de progiciels.

4.2 La fonction «Mise en forme en-tête et fin de Fichier»

La fonction de ***Mise en forme en-tête et fin de Fichier*** a pour objet de restituer au progiciel du Professionnel de Santé des enregistrements d'en-tête et de fin de fichier destinés à encadrer les enregistrements des lots du fichier.

Dans le cas d'un remplacement, les champs le « type émetteur fichier » et « n° émetteur fichier » sont complétés avec le numéro de la structure émettrice.

Fonction à utiliser

SSV_FormaterFichier

4.2.1 Fichier de FSE

Les paramètres en entrée

10	**Groupe** *Caractéristiques fichier de FSE*
	CRF de FSE Critère de regroupement en fichier. Information restituée par la fonction *« Mise en forme et sécurisation Lot »*
12	**Groupe** *Infos fichier de FSE*
	Date du fichier Date et heure d'élaboration du fichier
	Nom du Fichier Attribué par le progiciel du Professionnel de Santé (doit être différent d'un fichier à l'autre pour l'émetteur considéré)
	Nombre total de lots dans le fichier
	Longueur totale de l'ensemble des lots Longueur exprimée en octets
	Application Cette zone peut être utilisée dans les échanges entre Professionnels de Santé et organisme concentrateur. La valeur de cette zone sera indiquée dans l'en-tête de fichier.
	Type destinataire CETELIC, MSA, Centre informatique régional, SNCF, Section des mutuelles nationales, etc.
	N° du destinataire Composé de : 1. six zéros 2. le code régime 3. le code centre informatique 4. identification complémentaire renseignée avec l'organisme destinataire (voir table des organismes destinataires disponibles sur le site Internet du GIE SESAM-Vitale (www.sesam-vitale.fr))
14	**Groupe** *Caractéristiques Emetteur de FSE*

Type émetteur fichier

TP : Professionnel de Santé autre qu'établissement,
TE : Etablissement ou Centre de soins
SI : Autres émetteurs (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens)
La valeur de ce champ doit être la même que celle renseignée dans le champ correspondant du groupe 8 lors de la mise en forme des lots correspondants.

N° émetteur fichier

si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé
si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).
La valeur de ce champ doit être la même que celle renseignée dans le champ correspondant du groupe 8 lors de la mise en forme des lots correspondants.

Zone de message

Zone de communication qui permet à l'expéditeur d'envoyer un message

Les paramètres en sortie

20	**Groupe** *En-tête de fichier de FSE*
	En-tête de Fichier Enregistrement à placer en tête du fichier
21	**Groupe** *Fin de fichier de FSE*
	Fin de Fichier Enregistrement à placer en fin de fichier

Conditions d'utilisation

Un fichier de lots contient au minimum un lot de FSE.

4.2.2 Fichier de DRE

Les paramètres en entrée

90	**Groupe** *Caractéristiques fichier de DRE*
	CRF de DRE Critère de regroupement en fichier. Information restituée par la fonction *« Mise en forme et sécurisation Lot »*

92	**Groupe** *Infos fichier de DRE*

Date du fichier

Date et heure d'élaboration du fichier

Nom du Fichier

Attribué par le progiciel du Professionnel de Santé (doit être différent d'un fichier à l'autre pour l'émetteur considéré)

Nombre total de lots dans le fichier

Longueur totale de l'ensemble des lots

Longueur exprimée en octets

94	**Groupe** *Caractéristiques Emetteur de DRE*

Type émetteur fichier

TP : Professionnel de Santé autre qu'établissement,
TE : Etablissement ou Centre de soins
SI : Autres émetteurs (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens)
La valeur de ce champ doit être la même que celle renseignée dans le champ correspondant du groupe 8 lors de la mise en forme des lots correspondants.

Numéro émetteur fichier

si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé
si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).
La valeur de ce champ doit être la même que celle renseignée dans le champ correspondant du groupe 8 lors de la mise en forme des lots correspondants.

Zone de message

Zone de communication qui permet à l'expéditeur d'envoyer un message

Les paramètres en sortie

25	**Groupe** *En-tête de fichier de DRE*

En-tête de Fichier

Enregistrement à placer en tête du fichier

26	**Groupe** *Fin de fichier de DRE*

Fin de Fichier

Enregistrement à placer en fin de fichier

Conditions d'utilisation

Un fichier de lots contient au minimum un lot de DRE.

Annexe 1-A0

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Zone d'échange facture

Intégrant l'Addendum n°8

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

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

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

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.
Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1 Introduction 5

1.1 Présentation du document 5

2 Description de la Zone d'échanges Facture 6

2.1 Introduction 6
2.2 Familles de Professions de Santé du Cahier des Charges 7
2.3 Liste des groupes constituant les factures 8
2.4 Description de chaque groupe et règles de constitution 9
2.4.1 1110-Groupe IDENTIFICATION Facture 9
2.4.2 1120-Groupe IDENTIFICATION Professionnel de Santé 10
2.4.3 1130-Groupe IDENTIFICATION du Bénéficiaire 12
2.4.4 1140-Groupe IDENTIFICATION Structure 13
2.4.5 1150-Groupe IDENTIFICATION Remplaçant 14
2.4.6 1151-Groupe IDENTIFICATION RPPS Remplaçant 15
2.4.7 1160-Groupe IDENTIFICATION Individu 16
2.4.8 1170-Groupe Liste d'opposition carte Vitale 17
2.4.9 1180-Groupe Dispositif Médecin Traitant 18
2.4.10 121x-Groupes PRESCRIPTION 19
2.4.10.1 1211-Groupe Prescription PS Libéral 19
2.4.10.2 1212-Groupe Prescription Soins Dentaires 20
2.4.10.3 1213-Groupe Prescription PS salarié 21
2.4.10.4 1214-Groupe Prescription PS bénévole 22
2.4.11 1220-Groupe Arrêt de Travail prescrit 23
2.4.12 1230-Groupe Origine de la prescription 24
2.4.13 1310-Groupe Organisme AMO 25
2.4.14 1321-Groupes Organisme Complémentaire 26
2.4.15 1330-Groupe Données Complémentaire additionnelles 30
2.4.16 1410-Groupe Cadre de Remboursement 31
2.4.17 1420-Groupe Identification de pièce justificative pour l'AMO 33
2.4.18 1440-Groupe Forçage Niveau facture 34
2.4.19 1450-Groupe Module de Tarification Complémentaire 35
2.4.20 151x-Groupes NATURE d'ASSURANCE 36
2.4.20.1 1511-Groupe Nature d'assurance Maladie 37
2.4.20.2 1512-Groupe Nature d'assurance Maternité 37
2.4.20.3 1513-Groupe Nature d'assurance Accident du Travail 38
2.4.20.4 1514-Groupe Nature d'assurance Prévention 38
2.4.20.5 1515-Groupe Nature d'assurance SMG 38
2.4.21 16xx-Groupes PRESTATION 39
2.4.21.1 Règles de gestion des prestations 39
2.4.21.2 1610 Groupe Prestation 59
2.4.21.3 1620-Groupe Prestation IFD 61
2.4.21.4 1630-Groupe Prestation IK 62
2.4.22 17xx-Groupes PRESTATION DETAILLEE 63
2.4.22.1 1710-Groupe Prestation Détaillée NABM 63
2.4.22.2 1730-Groupe Prestation détaillée LPP 64
2.4.22.3 1740-Groupe Prestation détaillée code CIP 66
2.4.22.4 1741-Groupe Prestation détaillée lot d'un code CIP 68
2.4.23 1820-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exonération T.M. 69
2.4.24 1830-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION DMT-MT ou Télémédecine 71
2.4.25 1840-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Entente Préalable 72
2.4.26 1850-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Renouvellement 73
2.4.27 1860-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Dent traitée 74
2.4.28 1870-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exécutant 75
2.4.29 1880-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Lieu d'exercice 76
2.4.30 1890-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Réseau ou filière de soins 77
2.4.31 1910-Groupe TOTAL Facture 78
2.4.32 2000-Groupe Forçage AMO niveau acte 80
2.4.33 2010-Groupe Forçage sur la part complémentaire niveau acte 81
2.4.34 2020-Groupe Base de Remboursement Conventionnée AMO 82

2.4.35 2030-Groupe Prévention commune AMO/AMC 83
2.4.36 2100-Groupe Code Acte CCAM 84
2.4.37 2200-Groupe Liste des dents traitées (acte CCAM)....85
2.4.38 3700-Groupe Contexte Tarification de la part Complémentaire 86
2.4.39 3710-Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte....86
2.4.40 3720-Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture 86
2.4.41 3730-Groupe Paramètres de calcul STS....86
2.4.42 3740-Groupe Paramètres de calcul contrats responsables 86
2.4.43 3770-Groupe Zone tampon de la part Complémentaire....86
2.5 Composition d'une FACTURE pour chaque famille 87
2.5.1 Famille Auxiliaires médicaux 87
2.5.2 Famille Prescripteurs 89
2.5.3 Famille Pharmaciens 91
2.5.4 Famille Laboratoires 92
2.5.5 Famille Fournisseurs....94
2.6 Synthèse de la Zone d'échange de la facture 95

3 Prestations générées par le LPS : synthèse des données à déterminer 97

3.1 Suppléments dérogatoires SMG 97
3.2 Suppléments en nature d'assurance AT 99
3.2.1 Compléments AT Dentaires....99
3.2.2 Supplément APIAS 101
3.3 Dépassements pour victime d'attentat 103

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie A0 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement la zone d'échange facture, à savoir tous les groupes de données constituant la facture à transmettre à SSV pour la mise en forme de la FSE et/ou de la DRE ~~ainsi que les règles qui leur sont associées~~.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit fournir systématiquement les éléments issus des calculs.

2 Description de la Zone d'échanges Facture

2.1 Introduction

La facture transmise par le progiciel du Professionnel de Santé à la fonction de « Formater Factures » du module SSV est composée d'un ensemble de groupes de données.

L'assemblage des groupes de données pour constituer la facture dépend de la « famille » à laquelle appartient le Professionnel de Santé qui l'élabore.

Les groupes de données listés ci-dessous concernent les familles suivantes :

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

La famille du PS est déterminée en fonction du code spécialité de ce dernier (EF_PS03_14).

SFG PS RG_PS029

Consignes pour éviter les doublons de facture

Afin d'éviter la création de deux factures identiques (au numéro de facture près) le progiciel du Professionnel de Santé doit :

- dès la sécurisation des factures effectuées, réinitialiser l'ensemble des groupes d'entrée de la fonction permettant la mise en forme et la sécurisation des factures. Le progiciel du Professionnel de Santé doit également réinitialiser les zones de saisie à l'écran.

2.2 Familles de Professions de Santé du Cahier des Charges

- SFG PS RG_PS029
- SFG PS RG_PS030

2.3 Liste des groupes constituant les factures

LISTE des GROUPES	
1110	Groupe ***Identification facture***
1120	Groupe ***Identification Professionnel de Santé***
1130	Groupe ***Identification médico-administrative du bénéficiaire de prestation***
1140	Groupe ***Identification Structure***
1150	Groupe ***Identification Remplaçant***
1151	Groupe ***Identification RPPS Remplaçant***
1160	Groupe ***Identification Individu***
1170	Groupe ***Liste d'opposition carte Vitale***
1180	Groupe *Dispositif Médecin Traitant*
1211	Groupe ***Prescription PS libéral***
1212	Groupe ***Prescription Dentiste***
1213	Groupe ***Prescription PS salarié***
1214	Groupe ***Prescription PS bénévole***
1220	Groupe ***Arrêt de Travail prescrit***
1230	Groupe *Origine de la prescription*
1310	Groupe ***Organismes AMO***
1321	Groupe ***Organisme complémentaire***
1330	Groupe ***Données Complémentaire additionnelles***
1410	Groupe ***Cadre de remboursement***
1420	Groupe ***Identification de pièce justificative AMO***
1440	Groupe ***Forçage niveau « Facture »***
1450	Groupe ***Module de Tarification Complémentaire***
1511	Groupe ***Nature d'assurance Maladie***
1512	Groupe ***Nature d'assurance Maternité***
1513	Groupe ***Nature d'assurance Accident du travail***
1514	Groupe ***Nature d'assurance Prévention***
1515	Groupe ***Nature d'assurance Soins Médicaux Gratuits***
1610	Groupe ***Prestation***
1620	Groupe ***Prestation IFD***
1630	Groupe ***Prestation IK***
1710	Groupe ***Prestation détaillée NABM***
1730	Groupe ***Prestation détaillée LPP***
1740	Groupe ***Prestation détaillée code CIP***
1741	Groupe ***Prestation détaillée lot d'un code CIP***
1820	Groupe ***Complément de prestation Exonération du TM***
1830	Groupe ***Complément de prestation DMT-MT***
1840	Groupe ***Complément de prestation Entente préalable***
1850	Groupe ***Complément de prestation Renouvellement***
1860	Groupe ***Complément de prestation Dent traitée***
1870	Groupe ***Complément de prestation Exécutant***
1880	Groupe ***Complément de prestation Lieu d'exercice***
1890	Groupe ***Complément de prestation Réseau ou filière de soins***
1910	Groupe ***Total facture***
2000	Groupe ***Forçage*** *AMO niveau acte*
2010	Groupe ***Forçage sur la part Complémentaire*** *niveau acte*
2020	Groupe Base de Remboursement Conventionnée AMO
2030	Groupe *Prévention commune AMO/AMC*
2100	Groupe ***Code acte CCAM***
2200	Groupe ***Liste des dents traitées (acte CCAM)***

2.4 Description de chaque groupe et règles de constitution

2.4.1 1110-Groupe IDENTIFICATION Facture

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

Familles concernées

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

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

1110	**Groupe *Identification Facture***	
1. N° de Facture		RG_MFxx027
2. Nature d'opération		RG_MF2A039
3. Date élaboration de la Facture	EF_IP01_01	RG_IP305 RG_IP306 RG_MF2A040
4. N° logique de la situation de facturation du PS	EF_PS03_01	RG_PS090
5. N° de Facture rectifiée		Numéro de facture annulée ou modifiée. (Zone réservée pour utilisation future dans le cas de la FSE)
6. Date élaboration de la Facture rectifiée		Date d'élaboration de la facture annulée ou modifiée (zone réservée pour utilisation future)

2.4.2 1120-Groupe IDENTIFICATION Professionnel de Santé

Groupe de données

Ce groupe identifie le Professionnel de Santé qui élabore et signe la facture.

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

Remplacement

MF03 Description

Centres de Santé

RG_PS075

Familles concernées

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

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

1120	**Groupe *Identification Professionnel de Santé***	
1. N° d'identification de facturation du PS	EF_PS03_09	RG_PS090 ! Ce n° ne doit pas contenir uniquement des zéros
2. Clé du n° d'identification de facturation du PS	EF_PS03_10	RG_PS090
3. Nom du PS	EF_PS02_05	RG_PS090
4. Prénom du PS	EF_PS02_06	RG_PS090
5. Code conventionnel	EF_PS03_13	RG_PS090
6. Code spécialité	EF_PS03_14	RG_PS090
7. Code zone tarifaire	EF_PS03_15	RG_PS090
8. Code zone IK	EF_PS03_16	RG_PS090
9. Code agrément 1	EF_PS03_17	RG_PS090
10. Code agrément 2	EF_PS03_18	RG_PS090
11. Code agrément 3	EF_PS03_19	RG_PS090
12. Condition d'exercice	EF_PS03_02	RG_PS090

13.N° RPPS du PS	EF_PS02_02	RG_MF4E064
14.Clé du N° RPPS du PS	EF_PS02_03	RG_MF4E064
15.Code Famille du PS	EF_PS04_09	RG_PS029
16.Top centre de santé	EF_PS04_11	RG_PS022
17.Code Norme d'échange	EF_MF01_03	RG_MF004

2.4.3 1130-Groupe IDENTIFICATION du Bénéficiaire

~~Règles~~ Groupe de données

Lors de la réalisation d'une facture en mode sécurisé SESAM-Vitale, ces données sont fournies soit par la lecture de la carte Vitale, soit par le service ADRi, soit par le progiciel du Professionnel de Santé.

Lors de la réalisation d'une facture en mode sécurisé SESAM sans Vitale, ces données sont fournies soit par le service ADRi, soit par le progiciel, soit saisies par le Professionnel de Santé.

Lors de la réalisation d'une facture en mode SESAM-Vitale dégradé, ces données sont saisies par le Professionnel de Santé ou fournies soit par le service ADRi, soit par le progiciel du Professionnel de Santé.

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

Familles concernées

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

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

1130	**Groupe *Identification du bénéficiaire***	
1. Type d'identification bénéficiaire	EF_BS01_03	RG_BS350
2. N° national d'immatriculation : NIR assuré		RG_MFxx012
3. Clé du NIR		RG_MFxx025
4. Date de naissance du bénéficiaire		RG_MF2A096
5. Rang de naissance	EF_BS09_01	RG_BS617
6. Qualité	EF_BS09_02	RG_BS617
7. Code couverture[1] - Code ALD - Code situation	EF_BS07_01 EF_BS07_02	RG_BS617
8. Code de présentation du carnet médical		Fourni par le Professionnel de Santé

[1] ~~Le code couverture est optionnel en mode SESAM-Vitale dégradé ou en mode sécurisé SESAM sans Vitale.~~

2.4.4 1140-Groupe IDENTIFICATION Structure

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe est facultatif pour toutes les familles.

Ce groupe est utilisé pour identifier le numéro de structure du Professionnel de santé, si ce numéro est connu en carte CPS.

Familles concernées

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

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

1140	**Groupe *Identification Structure***	
1. Type d'identification structure	EF_PS03_05	RG_PS090
2. N° d'identification structure	EF_PS03_06 concaténé avec EF_PS03_07	RG_PS090
3. Nom de la structure	EF_PS03_08	RG_PS090

2.4.5 1150-Groupe IDENTIFICATION Remplaçant

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe identifie le Professionnel de Santé qui exécute les prestations et signe la feuille de soins électronique dans le cas d'un remplacement.

Ce groupe est obligatoire en cas de remplacement pour toutes les familles citées.

Le champ « Indicateur de signature » doit systématiquement être renseigné lorsque la facture est réalisée par un Professionnel de Santé remplaçant ou sous sa responsabilité (cas des préparateurs en officine).

Familles concernées

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

- Prescripteurs
- Pharmaciens
- Auxiliaires-médicaux

1150	**Groupe *Identification Remplaçant***	
1. N° d'identification de facturation	EF_PS05_02	RG_PS091
2. Clé	EF_PS05_03	RG_PS091
3. Nom	EF_PS05_05	RG_PS091
4. Prénom	EF_PS05_06	RG_PS091
5. Indicateur de signature		RG_MF2A095[SP02]

2.4.6 1151-Groupe IDENTIFICATION RPPS Remplaçant

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe identifie le numéro RPPS du Professionnel de Santé qui exécute les prestations et signe la feuille de soins électronique dans le cas d'un remplacement.

Ce groupe est facultatif en cas de remplacement pour toutes les familles citées.

Familles concernées

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

• Prescripteurs
• Pharmaciens
• Auxiliaires-médicaux

1151	**Groupe *Identification RPPS Remplaçant***	
1. N° RRPS du remplaçant	EF_PS05_07	RG_PS092
2. Clé du N° RPPS du remplaçant	EF_PS05_08	RG_PS092

2.4.7 1160-Groupe IDENTIFICATION Individu

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe permet d'identifier le bénéficiaire des soins.

Ce groupe est facultatif pour toutes les familles.

Ce groupe doit être renseigné systématiquement si le NIR individuel[2] (EF_BS02_04) est lu en carte Vitale ou acquis avec le service ADRi.

Familles concernées

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

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

1160	**Groupe *Identification INDIVIDU***	
1. N° national d'immatriculation individuel	EF_BS02_04	RG_BS617
2. Clé du N° national d'immatriculation individuel	EF_BS02_05	RG_BS617

[2] ~~La donnée nommée « NIR individuelle » du groupe 1160 est alimentée par la donnée nommée « NIR certifié » de la carte Vitale (si elle est présente en carte Vitale).~~

2.4.8 1170-Groupe Liste d'opposition carte Vitale

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe doit être implémenté si le Professionnel de Santé a opté pour le principe d'utilisation de la liste d'opposition.

Familles concernées

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

- Pharmaciens

1170	**Groupe *Liste d'opposition carte Vitale***	
1. Référence de la liste d'opposition	EF_AP51_01	RG_AP069 Pour la LOI, (Cf. Annexe 6 § 3.2 – Format de la liste d'opposition)

2.4.9 1180-Groupe Dispositif Médecin Traitant

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe est obligatoire pour les factures concernées par le parcours de soins ou élaborées en cas d'urgence.

Pour les factures concernées par le parcours de soins et les cas d'Urgence, ce groupe identifie l'Indicateur de Parcours de Soins (IPS), l'existence d'un Médecin Traitant pour le bénéficiaire des soins et éventuellement l'identité du médecin qui a orienté le bénéficiaire des soins, ainsi que l'adhésion du médecin réalisant la facture à un contrat tarifaire.

Familles concernées

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

- Prescripteurs

1180	**Groupe *Dispositif Médecin Traitant***	
1. IPS	EF_CF13_08	RG_CF315 RG_CF328
2. Top MT	EF_CF13_09	RG_CF328
3. N° d'identification du Médecin ayant orienté	EF_CF13_06	RG_CF316
4. Clé du n° d'identification du Médecin ayant orienté	EF_C13_07	RG_CF316
5. Nom du Médecin ayant orienté	EF_CF13_04	RG_CF316
6. Prénom du Médecin ayant orienté	EF_CF13_05	RG_CF316
7. Top Contrat tarifaire PS		RG_MF2S122

2.4.10 121x-Groupes PRESCRIPTION

2.4.10.1 1211-Groupe Prescription PS Libéral

Règles

IP01 - Préambule

~~Règles~~ Groupe de données

Familles concernées

Le groupe 1211 est obligatoire pour toutes les familles suivantes :

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

Pour la famille suivante :

- Prescripteurs

Ce groupe est renseigné lorsque la prescription a été élaborée par un Professionnel de Santé non salarié autorisé à prescrire (cf. Corps du CdC § « Professionnel de Santé Prescripteur ».), ou dans le cas d'une facturation de télémédecine. Dans ce cas les données de ce groupe sont utilisées non pas pour identifier le PS prescripteur mais le PS 2 ou PS1
(cf. ~~consigne 5~~ IP01/Règles : Identification de la prescription/Préambule/Télémédecine).

Ce groupe doit être renseigné par la famille des Prescripteurs lorsque le PS facturant (1120) est différent du PS prescripteur, ou en cas de facturation d'acte de Téléexpertise ou de Téléassistance.

1211	**Groupe *Prescription PS Libéral***	
1. N° d'identification du PS libéral	EF_IP03_04	RG_IP307
2. Clé du n° d'identification du PS libéral	EF_IP03_05	RG_IP308
3. Date de prescription du PS libéral	EF_IP03_02	RG_IP310
4. Identification de la prescription du PS libéral	EF_IP03_01	RG_IP317
5. N° RPPS du PS libéral	EF_IP03_07	RG_IP367
6. Clé du n° RPPS du PS libéral	EF_IP03_08	RG_IP368
7. N° de la structure du PS libéral	EF_IP03_09	RG_IP369

2.4.10.2 1212-Groupe Prescription Soins Dentaires

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe concerne les prestations du groupe fonctionnel « soins dentaires / ODF » (cf. EF_A2_T1 ~~Annexe 2-Table 1~~).

Orthopédie dento-faciale

~~La réglementation prévoit que l'examen du droit aux prestations s'effectue à la date de début de la proposition par le Professionnel de Santé du traitement orthodontique et non à la date d'exécution. Ces deux dates doivent être indiquées sur la feuille de soins.~~

RG_IP311[CP1]

Bilan Bucco-dentaire

~~En cas de soins consécutifs à un bilan bucco-dentaire, cette date doit être obligatoirement renseignée avec la date du BBD.~~

RG_IP311[CP1]

Familles concernées

Ce groupe est obligatoire pour les Chirurgiens-dentistes et les Médecins pouvant réaliser des Soins dentaires à savoir les spécialités 18, 44, 45 et 69.

Cette règle concerne la famille de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs (Chirurgiens-dentistes/Médecins Soins dentaires)

1212	**Groupe *Prescription Soins dentaires***	
1. Date début (dentaire)	EF_IP03_02	RG_IP311 RG_IP326

2.4.10.3 1213-Groupe Prescription PS salarié

~~Règles~~ Groupe de données

Le groupe 1213 doit être renseigné lorsque la prescription est élaborée par un prescripteur salarié.

Familles concernées

Le groupe 1213 est obligatoire pour toutes les familles suivantes :

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

Cas Particulier Télémédecine

Le groupe 1213 peut également être renseigné par les Professionnels de Santé dans le cadre de facturation de prestation de Télémédecine afin d'identifier dans la facture les données du PS1 salarié (dans la facture du PS2) ou les données du PS2 salarié (dans la facture du PS1).

Dans le cadre de facturation d'actes de Téléexpertise ou de Téléassistance, un des groupes 1211, 1213 ou 1214 doit être renseigné.

1213	**Groupe *Prescription PS salarié***	
1. N° d'identification du PS salarié	EF_IP03_04	RG_IP307
2. Clé du n° d'identification du PS salarié	EF_IP03_05	RG_IP308
3. Code spécialité du PS salarié	EF_IP03_06	RG_IP309
4. Date de prescription du PS salarié	EF_IP03_02	RG_IP311
5. Identification de la prescription du PS salarié	EF_IP03_01	RG_IP317
6. N° RPPS du PS salarié	EF_IP03_07	RG_IP367
7. Clé du n° RPPS du PS salarié	EF_IP03_08	RG_IP368
8. N° de la structure du PS salarié	EF_IP03_09	RG_IP369

2.4.10.4 1214-Groupe Prescription PS bénévole

Règles Groupe de données

Le groupe 1214 doit être renseigné lorsque la prescription est élaborée par un prescripteur bénévole.

Familles concernées

Le groupe 1214 est facultatif pour toutes les familles suivantes :

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

Cas Particulier Télémédecine

Le groupe 1214 peut également être renseigné par les Professionnels de Santé dans le cadre de facturation de prestation de Télémédecine afin d'identifier dans la facture les données du PS1 bénévole (dans la facture du PS2) ou les données du PS2 bénévole (dans la facture du PS1).

Dans le cadre de facturation d'actes de Téléexpertise ou de Téléassistance, un des groupes 1211, 1213 ou 1214 doit être renseigné.

1214	**Groupe *Prescription PS bénévole***	
1. N° d'identification du PS bénévole	EF_IP03_04	RG_IP307
2. Clé du n° d'identification du PS bénévole	EF_IP03_05	RG_IP308
3. Code spécialité du PS bénévole	EF_IP03_06	RG_IP309
4. Date de prescription du PS bénévole	EF_IP03_02	RG_IP311
5. Identification de la prescription du PS bénévole	EF_IP03_01	RG_IP317
6. N° RPPS du PS bénévole	EF_IP03_07	RG_IP367
7. Clé du n° RPPS du PS bénévole	EF_IP03_08	RG_IP368
8. N° de la structure du PS bénévole	EF_IP03_09	RG_IP369

2.4.11 1220-Groupe Arrêt de Travail prescrit

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe est facultatif (prévu pour utilisation future).

Familles concernées

Ce groupe concerne la famille suivante :

- Prescripteurs

1220	**Groupe *Arrêt de travail prescrit***	
1. Nombre jours AT	EF_IP02_01	Nombre de jours d'arrêt de travail prescrit
2. Date fin AT	EF_IP02_02	Date de fin d'arrêt de travail

2.4.12 1230-Groupe Origine de la prescription

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe est prévu quand la facture fait l'objet d'une prescription élaborée dans le cadre du parcours coordonné de soins.

Par ailleurs, ce groupe est également prévu, dans le cadre de la délivrance de l'optique, pour indiquer si le Professionnel de Santé délivre un renouvellement sans disposer d'une nouvelle ordonnance.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

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

1230	**Groupe Origine de la prescription**	
1. Origine de la prescription	EF_IP03_11	RG_IP386

2.4.13 1310-Groupe Organisme AMO

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

En mode dégradé ou en mode SESAM sans Vitale, lorsque ces données ne sont ni connues par le Professionnel de Santé ni acquises avec le service ADRi, la feuille de soins électronique ne peut être réalisée.

Familles concernées

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

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

1310	**Groupe *Organisme AMO***	
1. Code régime	EF_CF12_01	RG_CF310 RG_CF407
2. Caisse gestionnaire	EF_CF12_02	RG_CF310 RG_CF407
3. Centre gestionnaire	EF_CF12_03	RG_CF310 RG_CF407
4. Code organisme destinataire	EF_MF04_04	RG_MF033
5. Code centre informatique		Cf. Règles de détermination du centre informatique page suivante.

Détermination de centre informatique

Pour l'ensemble des régimes ci-dessus, le code centre informatique sera renseigné à **000**

Cas particuliers

Les cartes de démonstration, utilisées pour les flux à destination du serveur du GIE SESAM-Vitale, sont caractérisées par les informations suivantes : code régime égal à 01, caisse gestionnaire égale à 999 ; centre gestionnaire égal 9999 ; le code organisme destinataire est donc égal à 999 et le code centre informatique à 999.

Les cartes de test, utilisées pour les flux à destination du serveur du CNDA, sont caractérisées par les informations suivantes : code caisse gestionnaire égal à 349 ou code centre gestionnaire à 0349 ; le code organisme destinataire est donc égal à 349 et code centre informatique égal à 000.

2.4.14 1321-Groupes Organisme Complémentaire

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe concerne les informations relatives aux organismes d'Assurance Maladie Complémentaire, à l'Aide Médicale d'Etat (AME), et à la Complémentaire Santé Solidaire (C2S).

Ce groupe est interdit en situation particulière « Victime d'Attentat » (SP18) et n'est pas utilisé en nature d'assurance SMG.

Le groupe 1321 est optionnel.

Ce groupe est obligatoire quand le Professionnel de Santé émet une DRE ou une FSE enrichie à destination d'un OCT éclateur ou une FSE contenant des informations relatives à la part complémentaire à destination de l'AMO en Tiers payant sur la part complémentaire (EF_MF01_01, EF_CF03_03).

Ce groupe comporte des données spécifiques aux échanges de feuilles de soins électroniques entre Professionnel de Santé et Organisme Concentrateur Technique.

Dans le cas d'une transmission via un Organisme Concentrateur Technique éclateur ce groupe doit être renseigné conformément à l'annexe 5.

Familles concernées

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

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

1321	**Groupe *Organisme Complémentaire***	
1. Type de contrat	EF_CF03_07	RG_CF388
2. N° organisme complémentaire	**GU :** EF_BS13_01 **GS :** EF_BS17_01	Gestion unique : RG_BS330 Gestion séparée : RG_BS351
3. N° adhérent	EF_BS17_02	RG_BS351
4. Données de la complémentaire zone 1		Cette information doit être utilisée dans **une DRE, dans une FSE** comportant une part complémentaire (cas de la FSE dans le cadre d'une convention de gestion ou cas de la FSE à destination d'un OCT éclateur). Le contenu de cette zone est défini dans les tableaux ci-dessous.
5. Données de la complémentaire zone 2		Cette information doit être utilisée dans **une DRE, dans une FSE** comportant une part complémentaire (cas de la FSE dans le cadre d'une convention de gestion ou cas de la FSE à destination d'un OCT éclateur). Le contenu de cette zone est défini dans les tableaux ci-dessous.

6. N° organisme complémentaire EDI		Issu de la carte Vitale
7. Code application	EF_CF03_09	RG_CF390
8. Code de routage flux AMC	EF_CF16_02	RG_CF413
9. Domaine	EF_CF16_04	RG_CF413
10. Indicateur de traitement AMC	EF_CF03_02	RG_CF303
11. Identifiant hôte gestionnaire	EF_CF03_03	RG_CF413
12. Identifiant de l'assuré AMC	EF_BS17_03	RG_BS002
13. Zone supplémentaire non certifiée		Réservée pour utilisation future Certifiée ou non certifiée si le type de contrat = 99

~~Gestion des~~ Spécificités pour les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire ou des sortants de C2S (SP03 et SP04).

Pour les bénéficiaires de la C2S (SP03) ou les sortants de C2S (SP04), le remplissage de ces données est soumis aux spécificités décrites ci-dessous :

1321	**Groupe *Organisme Complémentaire***			***SP03/SP04***
	Gestion unique		**Gestion séparée**	
	Tiers-payant	**Hors tiers payant**	**Tiers-payant**	**Hors tiers payant**
1. Type de contrat	SP03 : Valeur « 89 » SP04 : Valeur « 01 » RG_CF388	Pas d'informations complémentaires transmises dans la facture	SP03 : Valeur « 89 » SP04 : Valeur « 01 » RG_CF388	SP03 : Valeur « 89 » SP04 : Valeur « 01 » RG_CF388
2. N° organisme complémentaire	Valeur « M » RG_MF2A119		Idem hors C2S gestion séparée	Idem hors C2S gestion séparée
3. N° adhérent	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S
4. Données de la complémentaire zone 1	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S
5. Données de la complémentaire zone 2	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S
6. N° organisme complémentaire EDI	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S
7. Code application	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S
8. Code de routage flux AMC	Non applicable RG_CF413		Idem hors C2S	Idem hors C2S
9. Domaine	Non applicable RG_CF413		Idem hors C2S	Idem hors C2S

10. Indicateur de traitement AMC	Si TP coordonné Valeur « 62 » RG_CF305		Idem hors C2S	Idem hors C2S
11. Identifiant hôte gestionnaire	Non applicable RG_CF413		Idem hors C2S	Idem hors C2S
12. Identifiant de l'assuré AMC	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S
13. Zone supplémentaire non certifiée	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S

Remplissage des données de la complémentaire zones 1 et 2 du groupe 1321

Les consignes de valorisation des données de la complémentaire des zones 1 et 2 sont les suivantes :

- Cas d'une DRE « initiale » ou d'une FSE comportant des informations relatives à la complémentaire.

	INFORMATIONS	POSITIONS	PRESENCE	CONSIGNES DE SAISIE DES RUBRIQUES
Données de la part complémentaire zone 1	Contexte de déroulement procédure de facturation EF_CF03_05	1321-4	Facultative	RG_CF376
Données de la part complémentaire zone 2	Nature pièce justificative des droits Complémentaire EF_CF03_10	1321-5 pos. 1	Obligatoire	RG_CF393
	Situation accord préalable AMO	1321-5 pos. 2	Obligatoire	RG_MF50091
	Type de service AMC	1321-5 pos. 3	Obligatoire	RG_MF50091
	Sens comptable EF_CF03_08	1321-5 pos. 4	Obligatoire	RG_CF389

- Cas d'une DRE d'annulation

	INFORMATIONS	POSITIONS	PRESENCE	CONSIGNES DE SAISIE DES RUBRIQUES
Données de la part complémentaire zone 1	Zone disponible	1321-4	Obligatoire	A blanc RG_MF50042
Données de la part complémentaire zone 2	Nature pièce justificative des droits Complémentaire	1321-5 pos. 1	Obligatoire	Rappel de la valeur de la facture initiale RG_CF393

	INFORMATIONS	POSITIONS	PRESENCE	CONSIGNES DE SAISIE DES RUBRIQUES
	EF_CF03_10			
	Situation accord préalable AMO	1321-5 pos. 2	Obligatoire	Rappel de la valeur de la facture initiale RG_MF50091
	Type de service AMC EF_CF03_03	1321-5 pos. 3	Obligatoire	Rappel de la valeur de la facture initiale RG_CF385
	Sens comptable EF_CF03_08	1321-5 pos. 4	Obligatoire	RG_CF389

2.4.15 1330-Groupe Données Complémentaire additionnelles

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe doit être valorisé dès lors que des informations relatives à la complémentaire sont à transmettre.

Ce groupe n'est pas utilisé en nature d'assurance SMG.

La valorisation du champ « n° de l'opérateur de règlement / N°AMC » est effectuée :

- dans le cas d'une gestion séparée, à partir du n° AMC

Le champ est valorisé tel que décrit dans la règle RG_MF2P037.

- dans le cas d'une gestion unique, à partir du n° AMC obtenu
  - si les droits sont issus du service ADRi ou que le support de droit présenté est la carte Vitale, ce champ est valorisé avec la donnée EF_BS13_05 telle qu'acquise via la règle RG_BS328,
  - si le support de droits présenté n'est pas la carte Vitale, ce champ est valorisé avec la donnée EF_BS13_05 telle qu'acquise via la règle RG_BS330.

Familles concernées

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

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

1330	**Groupe *Données Complémentaire additionnelles***	
1. N° opérateur de règlement/N°AMC	EF_CF16_01	RG_CF413
2. Contexte conventionnel AMC		RG_MF2P047 La structure de ce champ est fonction de la valeur du N° de version de la structure de contexte conventionnel AMC.
3. Zone supplémentaire certifiée		Réservée pour utilisation future

2.4.16 1410-Groupe Cadre de Remboursement

~~Règles~~ Groupe de données

Le progiciel de santé doit renseigner le groupe 1410, voire le groupe 1321, suivant le contexte de facturation au regard du remboursement de la part complémentaire.

Lorsque la part complémentaire est directement gérée par un organisme d'AMC alors l'information sur la situation de règlement de la part complémentaire est renseignée par la donnée 1321-5 en position 3. (Groupe « organisme de la part complémentaire », champ « donnée de la part complémentaire zone 2 », position « type de service AMC »).

Dans ce cas le groupe 1410 ne contient pas d'information sur la part complémentaire puisqu'elle est traitée directement par un organisme d'AMC.

Dans le cas où une convention a été signée entre le Professionnel de Santé et la caisse dont dépend l'assuré, une procédure de tiers payant peut être appliquée sur la part obligatoire.

Dans le cas d'une convention de gestion entre AMO et AMC, le tiers payant peut être appliqué à l'ensemble de la dépense.

Familles concernées

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

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

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

1410	**Groupe *Cadre de remboursement***	
1. Cadre de remboursement		Cf. règle ci-dessous
2. Décision avance de frais		Ce champ ne doit plus être renseigné.

Renseignement du cadre de remboursement

Le groupe 1410 : cadre de remboursement indique la situation de règlement des parts obligatoire et complémentaire gérées directement par l'AMO.

Le cadre de remboursement **est renseigné par le progiciel** en fonction de l'application ou non du tiers payant sur la part obligatoire et éventuellement de la prise en compte de la part complémentaire quand elle est gérée directement par l'AMO.

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des cas possibles :

	Part complémentaire			
	Absence	**Gestion unique**		**Gestion séparée**
Part obligatoire	**so**	**HTP**	**TP**	**HTP ou TP**
HTP	**1**	**1**	**4**	**1**
TP	**2**	**2**	**3**	**2**

Remarque : en gestion unique, le Hors Tiers payant sur la part complémentaire entraîne la non transmission d'informations complémentaires (cf. 1321) dans la facture.

Cas particulier : pour l'AME, la valeur de cadre de remboursement à utiliser est la valeur 3.

Valeurs	Libellé
1	Le Professionnel de Santé n'a pas pratiqué de tiers payant sur les parts gérées par l'AMO.
2	Le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire, l'assuré ayant acquitté le ticket modérateur ou la part complémentaire ayant fait l'objet d'un tiers payant hors convention de gestion AMO-AMC.
3	Le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire et la part complémentaire gérée par l'AMO.
4	Le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant sur la part complémentaire gérée par l'AMO
5	Le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant intégral pour le compte du régime SNCF

2.4.17 1420-Groupe Identification de pièce justificative pour l'AMO

Groupe de données

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles quel que soit le mode de sécurisation.

Familles concernées

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

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

1420	**Groupe *Identification de pièce justificative pour l'AMO***	
1. Nature de la pièce justificative pour l'AMO	EF_CF12_05	RG_CF313
2. Date de validité de la pièce justificative pour l'AMO	EF_CF12_06	RG_CF336
3. Origine de la pièce justificative pour l'AMO	EF_CF12_07	RG_CF337

2.4.18 1440-Groupe Forçage Niveau facture

Règles Groupe de données

Voir Annexe1-A § Cas particulier du Forçage

Ce groupe est facultatif.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

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

1440	**Groupe *FORCAGE Niveau facture***	
1. Indicateur de forçage AMO niveau facture		Voir Annexe1-A § Cas particulier du Forçage RG_MF2A038
2. Indicateur de forçage AMC niveau facture		Voir Annexe1-A § Cas particulier du Forçage RG_MF2M094
3. N° version du référentiel électronique SRT		Cf. fonction « version du référentiel » du module SRT – Annexe1-C

2.4.19 1450-Groupe Module de Tarification Complémentaire

Règles Groupe de données

Ce groupe est créé et renseigné par le module STS en sortie de la fonction « Tarification ».

Ce groupe est obligatoire si le progiciel a utilisé les STS pour calculer la part complémentaire.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

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

1450	**Groupe *Module de Tarification Complémentaire***	
1. Identifiant du module STS	EF_VF12_01	RG_VF367
2. N° version*	EF_VF12_02	RG_VF367

2.4.20 151x-Groupes NATURE d'ASSURANCE

~~Règles~~ Groupe de données

Les différents groupes « nature d'assurance » regroupent un ensemble d'informations permettant d'indiquer à l'Assurance Maladie si les prestations indiquées sur la feuille de soins relèvent :

1. du risque Maladie,
2. du risque Maternité,
3. du risque Accident du travail.
4. du risque Prévention
5. du contexte Soins Médicaux Gratuits

~~Une facture ne peut donc comporter que des prestations relatives à un seul et même risque.~~

RG_CF304

Un des cinq groupes ci-dessous est obligatoire pour toutes les familles.

Familles concernées

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

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

2.4.20.1 1511-Groupe Nature d'assurance Maladie

1511	**Groupe *Nature d'assurance Maladie***	
1. Date d'accident de droit commun	EF_CF04_02	RG_CF309 RG_CF_R36
2. Indicateur Régime Alsace Moselle	EF_BS03_04	RG_BS052

RG_CF304[CP2]

2.4.20.2 1512-Groupe Nature d'assurance Maternité

1512	**Groupe *Nature d'assurance Maternité***	
1. Date de maternité	EF_CF05_01	RG_CF_R30 RG_CF_R31

RG_CF304[CP1]

2.4.20.3 1513-Groupe Nature d'assurance Accident du Travail

1513	**Groupe *Nature d'assurance Accident du Travail***	
1. Date d'accident du travail	EF_CF06_03	RG_CF_R26
2. N° d'accident du travail	EF_CF06_01	RG_CF_R26
3. Clé du n° d'accident du travail	EF_CF06_02	RG_CF_R26

2.4.20.4 1514-Groupe Nature d'assurance Prévention

Ce groupe est prévu pour utilisation future.

1514	**Groupe *Nature d'assurance Prévention***	
1. Champ d'application dispositif de prévention	EF_CF07_01	Zone réservée pour utilisation future
2. Date liée au dispositif de prévention	EF_CF07_02	Zone réservée pour utilisation future
3. N° d'accident lié au dispositif de prévention	EF_CF07_03	Zone réservée pour utilisation future
4. Clé du n° d'accident lié au dispositif de prévention	EF_CF07_04	Zone réservée pour utilisation future

2.4.20.5 1515-Groupe Nature d'assurance SMG

1515	**Groupe *Nature d'assurance SMG***	
1. Montant total de la prise en charge SMG	EF_CF11_06	RG_CF304 RG_CF404

2.4.21 16xx-Groupes PRESTATION

2.4.21.1 Règles de gestion des prestations

RG_IP302

Prestations de biologie

RG_IP302 [CP1]

RG_IP341 [CP2]

Enchaînement des groupes 161x

CG_MF002

RG_IP303

Tiers payant en mode dégradé

En mode de sécurisation dégradé, lorsque le Professionnel de Santé ne dispose pas des informations lui permettant de déterminer le taux de remboursement, la procédure de tiers payant ne peut être appliquée pour la part obligatoire comme pour la part complémentaire.

2.4.21.1.1 Règles particulières de présentation concernant certains types d'actes

Définition

RG_IP302 [CP4]

Actes multiples au cours d'une même séance avec ou sans dépassement de tarif

RG_IP302 [CP4]

Plusieurs séances facturées sur la même feuille de soins avec actes multiples ou indemnités

RG_IP302 [CP3]

RG_IP302

RG_IP302 [CP2]

RG_IP337 [CP5]

IP – Remarques générales

RG_IP302 [CP3]

RG_IP302 [CP3]

RG_IP302 [CP3]

Majoration de nuit ou de dimanche dans l'hypothèse d'actes multiples au cours d'une même séance

RG_IP360 [CP3]

RG_IP360 [CP3]

Cumul d'Actes

RG_IP301

Actes gratuits, Actes non remboursables, Actes Hors Nomenclature, AME, Forfaits dentaires CMU-C

Actes gratuits

- RG_IP351 [CP3]
- RG_CF321
- RG_VF_T13 [CP4]
- IP – Remarques générales
- RG_CF321
- RG_VF_T13 [CP3]

Actes Non Remboursables et AME

- RG_VF_B13 [CP8]
- RG_VF_T13 [CP2]
- RG_VF_B13 [SP03.1]
- RG_VF_T13 [SP03.1]
- RG_VF_B13 [SP06]
- RG_VF_T13 [SP06]
- RG_CF321
- RG_CF321[SP06]
- RG_CF321

Actes gratuits en AME

- RG_CF321[SP06]

Forfaits dentaires CMU-C

Dans le cas des forfaits dentaires CMU-C, le montant remboursable de la part complémentaire contient le montant du forfait dentaire CMU-C.

- RG_VF374[SP03]

- RG_CF321 [SP03.1]
- RG_VF_B13 [SP03.1]
- RG_VF_T13 [SP03.1]

Actes Hors Nomenclature

- RG_CF321
- RG_VF_B13 [CP9]
- RG_VF_T13 [CP2]

Déplacements

- RG_CF327
- RG_CF321
- RG_CF321[SP06]
- RG_CF341[CP4]

AME

- Corps du CDC §4.2.5 SP06

Médicaments détournables

- RG_CF321[CP1]

Dépassements liés au parcours coordonné de soins

- RG_CF326
- RG_CF315
- RG_CF326

Séquence de calcul et Arrondis

RG_VF300

Détermination de la part remboursable par l'assurance complémentaire et de la part assuré

RG_VF_P1

- base de remboursement sur la part complémentaire => B = dépense réelle - montant remboursable par AMO
- ticket modérateur => C = tarif de responsabilité - montant remboursable par AMO
- participation maximum sur la part complémentaire => D = base de remboursement AMC x taux de participation

Détermination de la part remboursable par l'assurance complémentaire et de la part assuré

Si D< B et différence supérieure ou égale à 2 centimes

part remboursable sur la part complémentaire = D

part assuré = B - D

Si D< B et différence inférieure à 2 centimes

part remboursable de la part complémentaire = B

part assuré = zéro

Si D>= B

part remboursable de la part complémentaire = B

part assuré = zéro

2.4.21.1.2 Spécificités Dentaires

Soins dentaires

RG_IP338[CP1]

RG_IP341[CP4]

Orthopédie dento-faciale

RG_CF301[CP2]

~~Cette~~ La date de début du traitement orthopédique figure dans le groupe 1212. La date de fin de la période de traitement figure quant à elle dans le groupe 1610 (rubrique : date d'exécution).

RG_CF301[CP2]

Prothèses dentaires

RG_CF301[CP2]

Les prothèses dentaires correspondent aux prestations de groupe fonctionnel « soins dentaires / prothétiques » (cf. Annexe2-Table1 / EF_A2_T1).

Le respect des plafonds des actes prothétiques est contrôlé à partir de la table des plafonds dentaires (Annexe 2, règle P5). Cette table (DF_PFD) est fournie par le GIE Sesam Vitale et correspond à un fichier de données dont la structure est la suivante :

- Code acte
- Panier (« 0 » pour panier reste à charge zéro, « 1 » pour panier reste à charge modéré ou « 2 » pour panier C2S)
- Forfait CMU-C (code du forfait CMU-C ou Sans objet « So »)
- Date d'effet (jj/mm/aaaa)
- Date de fin (jj/mm/aaaa)
- Plafond (montant avec deux décimales)

Les données liées à la base CCAM ne changent pas de nom. Le champ n°52 se nomme « Code CMU-C ». En conséquence les prestations de type forfait CMU-C ne changent pas de nom dans l'ensemble du CDC SV. Cela s'applique également aux forfaits optiques CMU-C.

- Exemple (les plafonds sont fictifs) :

Acte	Panier	Forfait CMU-C	Date d'effet	Date de fin	Plafond
HBLD090	2	FDA	01/04/2019		200,00
HBLD090	1	So	01/04/2019		230,00
HBLD090	2	FDC	01/01/2020		175,00

HBLD090	1	So	01/01/2020		175,00
HBLD745	2	FDA	01/01/2020		175,00
HBLD745	0	So	01/01/2020		230,00

Forfait dentaire au titre de la C2S du panier de biens et services C2S

IP05/Préambule : SP03.1 Forfaits dentaires CMU-C

Exemple 1 Forfait CMU-C dans le panier de biens

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 70 %	PAR	HBLD138	1	1	1	0	139,75	139,75	70	97,83	139,75		41,92	0 (1)
	FDA		1	1	1	0	294,25	0	0	0	294,25	N	294,25	0
										Total	434,00			
bénéf. exonéré	PAR	HBLD138	1	1	1	4	139,75	139,75	100	139,75	139,75		0	0
	FDA		1	1	1	0	294,25	0	0	0	294,25	N	294,25	0
										Total	434,00			

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 70 %	PFM	HBLD040	1	1	1	0	279,50	279,50	70	195,65	279,50		83,85	0 (1)
	FDC		1	1	1	0	555,50	0	0	0	555,50	N	555,50	0
										Total	835,00			
bénéf. exonéré	PFM	HBLD040	1	1	1	4	279,50	279,50	100	279,50	279,50		0	0
	FDC		1	1	1	0	555,50	0	0	0	555,50	N	555,50	0
										Total	835,00			

Exemple 2 Forfait CMU-C hors panier de biens

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 70 %	PFC	HBLD036	1	1	1	0	107,50	107,50	70	75,25	277,50	D	32,25	170,00
	FPC		1	1	1	0	122,50	0	0	0	122,50	N	122,50	0
										Total	400,00			
bénéf. exonéré	PFC	HBLD036	1	1	1	4	107,50	107,50	100	107,50	277,50	D	0	170,00
	FPC		1	1	1	0	122,50	0	0	0	122,50	N	122,50	0
										Total	400,00			

Exemple 3 Forfait CMU-C pour un acte d'ODF

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 100 %	TO		1	90	1	0	2,15	193,5	100	193,5	193,50		0	0
	FDO		1	1	1	0	139,50	0	0	0	139,50	N	139,50	0
										Total	333,00			

Les montants utilisés dans les exemples ci-avant sont mentionnés à titre d'exemple, et peuvent évoluer en fonction des tarifs conventionnels.

Ordre des prestations

IP05/Préambule : SP03.1 Forfaits dentaires CMU-C

Définition

IP05/Préambule : SP03.1 Forfaits dentaires CMU-C

2.4.21.1.3 Codage de la biologie

RG_IP339[CP3]

RG_IP319

RG_IP360[CP2]

~~Toutefois, Le coefficient correspondant à ces majorations est à inclure dans le total des coefficients du groupe 1610.~~

Le nombre de groupe 1710 est limité à 50 par groupe 1610. cf. RG_IP302[CP1].

La valeur du dénombrement du groupe 1610 est égale au nombre de groupes 1710 (codes affinés) qui suivent cf. RG_IP337[CP3].

RG_IP302[CP1]

RG_IP302[CP1]

2.4.21.1.4 Codage des actes d'anatomo-cytopathologie

Le groupe 1710 ~~Ce groupe~~ est facultatif, le codage affiné n'étant pas obligatoire pour ~~ce type de~~ les prestations d'anatomo-cytopathologie.

RG_IP319[CP1]

2.4.21.1.5 Spécificités : Frais pharmaceutique

Codage de la Pharmacie

RG_IP314

Pour les médicaments

On établit un groupe *1610 Prestation* par code prestation de groupe fonctionnel « Médicament » (EF_IP05_03) (cf. ~~Annexe2-Table1~~ EF_A2_T1).

Pour les prestations admettant le codage (top codage affiné = EF_IP05_05 oui, cf. ~~Annexe2-Table1~~ EF_A2_T1), ce groupe 1610 est suivi d'un groupe 1740 « *Prestation détaillée code CIP* », lui-même éventuellement suivi de 1 à 30 groupes 1741 « *Prestation détaillée lot d'un code CIP* » pour identifier les numéros de lot et de série des conditionnements de médicaments délivrés (cf. RG_IP381).

RG_VF_B2[CP1]

RG_IP337[CP2]

Refus de substitution

RG_IP322

RG_VF_S1

Opération de génération des honoraires de dispensation

CF06 Préambule

Positionnement dans la facture

RG_CF340

Données d'une prestation d'honoraire générée

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

	Honoraire simple	Honoraires globaux
1610-2 Date d'exécution	*Date de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte.* RG_IP338[CP5]	*Date de la facture* RG_IP338[CP6]

1610-3 Lieu d'exécution	*Identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte.* RG_IP357[CP4]	*Identique à celui de la dernière prestation saisie par le PS.* RG_IP357[CP5]
1610-4 Code prestation	~~cf. R60~~ RG_IP339[CP8]	~~HC (cf. R61)~~ ~~HDR (cf. R62)~~ ~~HDA (cf. R63)~~ ~~HDE (cf. R64)~~ RG_IP339[CP9] RG_IP339[CP13] RG_IP339[CP14] RG_IP339[CP15]
1610-5 Code complément prestation	*Non renseigné.* RG_IP360[CP4]	*Idem honoraire simple* RG_IP360[CP4]
1610-6 Montant des honoraires	*Base de remboursement de l'honoraire* RG_VF_B13	*Base de remboursement de l'honoraire global* RG_VF_B13
1610-7 Qualificatif de la dépense	*Identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte* RG_CF321[CP3]	*Non renseigné Hors cas particuliers AME et SMG* RG_CF321[CP4]
1610-8 Coefficient	*Toujours à 1* RG_IP341[CP4]	*Idem honoraire simple* RG_IP341[CP4]
1610-9 Quantité	*Egale au nb de boites de médicament utilisées pour la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte (1740-5 du médicament associé)* RG_IP320[CP5]	*Egale à 1* RG_IP320[CP6]
1610-10 Dénombrement	*Toujours à 1* RG_IP337[CP7]	*Idem honoraire simple* RG_IP337[CP7]
1610-11 Prix unitaire	~~cf. S3~~ RG_VF_B2[CP5]	~~Idem honoraire simple~~ RG_VF_B2[CP5]

RG_CF341

2.4.21.1.6 Spécificité : LPP

Pour les Dispositifs médicaux (DM) de la LPP (anciennement TIPS) :

Pour chaque code prestation de type de nomenclature LPP (cf. ~~Annexe2-Table1~~ EF_A2_T1), on établit un groupe *1610 Prestation*. Ce groupe 1610 est suivi de 1 à 10 groupes *1730 Prestation détaillée*.

RG_IP302[CP4]

1610-10 Dénombrement

RG_IP337[CP6]

1610-11 PU

Le prix unitaire du groupe 1610 (1610-11) est renseigné par la somme des « montants de la LPP » (1730-10) identifiés dans les groupes 1730 qui s'y rattachent.

RG_VF_B2[CP2]

1610-12 Base de Remboursement

La base de remboursement du groupe 1610 est renseignée par la somme des « montants totaux de la LPP » (1730-10) identifiés dans les groupes 1730 qui s'y rattachent, dans la limite du montant des honoraires (1610-6).

RG_VF_B13[CP5]

1610-6 Montant des honoraires

RG_IP351[CP1]

RG_IP351[CP3]

En nature d'assurance SMG ou AT, après renseignement du groupe 1610 et du 1730(*) comme indiqué ci-dessus, le montant total facturé à l'assuré (champ 1610-6) est utilisé ~~fourni~~ ~~en entrée de la phase « Finalisation facture »~~ pour la génération des suppléments (VF05 ou VF07) et permet de déterminer le montant des honoraires calculé (EF_VF05_09) : cf. VF06 ~~A1-A3~~).

~~A l'issue de cette phase,~~ le « montant des honoraires » à transmettre (champ 1610-6) ainsi que le(*) « Montant tot, l facturé TTC après remise éventuelle » (champ 1730-11) sont mis à jour avec ce montant des honoraires calculé (EF_VF05_09) ~~issu de « Finalisation facture »~~

(*) Rappel : en nature d'assurance SMG ou AT ou *pour les codes affinés LPP soumis à PLV,* un seul groupe 1730 par 1610 (cf. cas particulier ci-dessus).

Code lieu

RG_IP357[CP3]

Date d'exécution

RG_IP338[CP4]

2.4.21.1.7 Spécificités : Soins Médicaux Gratuits (SMG)

En cas de facture SMG (présence d'un groupe 1515), chaque supplément dérogatoire éventuellement généré par le progiciel lors de la phase « Finalisation SMG » (cf. ~~A1-A3~~ VF05) fait l'objet d'un groupe 1610.

2.4.21.1.8 Spécificités compléments AT

L'article 98 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2009 améliore le remboursement :

- de certains dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP),
- des prothèses dentaires,

délivrés aux victimes d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

Par ailleurs, l'article L169-3 du Code de la Sécurité Sociale et l'arrêté du 2 janvier 2016 instaurent une meilleure prise en charge de certains dispositifs médicaux et des prothèses dentaires pour les bénéficiaires des soins en situation de Victime d'Attentat. Leur remboursement est porté à 150% du tarif de responsabilité dès lors que ces prestations sont liées directement à l'acte de terrorisme

Principe : la prise en charge maximale en nature d'assurance AT ou pour un bénéficiaire des soins Victime d'Attentat, pour une prothèse dentaire ou une prestation LPP concernée est d'une fois et demi la base de remboursement de l'acte support, dans la limite des frais réellement engagés.

Les codes prestation « ATD : Complément AT dentaire » et ATL : Complément AT LPP » permettent la facturation du complément pris en charge au titre de la nature d'assurance AT ou pour un bénéficiaire des soins Victime d'Attentat, au-delà des 100% du tarif de responsabilité dans la limite des dépenses engagées.

Les prestations ATL sont saisies par le Professionnel de Santé.

Les prestations ATD sont automatiquement générées par le système de facturation (cf. A1-A3, opération VF07.01).

Le prix unitaire (1610-11) d'un complément AT (ATD ou ATL) relève d'un calcul spécifique, spécifié au niveau de la règle B2 de l'annexe 2.

La base de remboursement (1610-12) d'un complément AT (ATD ou ATL) est déterminée par la règle B13 de l'annexe 2.

Pour une prestation saisie par le PS et suivie d'un complément AT (dentaire ou LPP), le montant des honoraires saisi par le PS doit correspondre au montant total de la dépense : il doit inclure le montant de ce complément AT.

Données d'une prestation ATL

1610-2	***Date d'exécution***	RG_IP338[CP2] ; RG_IP338[CP3]	Egale à la date d'exécution de l'acte support
1610-3	***Code lieu***	RG_IP357[CP1] ; RG_IP357[CP2]	Egal au code lieu de l'acte support
1610-4	***Code prestation***	RG_IP339[CP6] ; RG_IP339[CP7]	Egal à « **ATL** »
1610-5	***Code complément de prestation***	RG_IP360[CP6]	Non renseigné
1610-6	***Montant des honoraires***	**VF06**	~~**cf. A1-A3**~~

1610-7	***Qualificatif de la dépense***	RG_CF321[CP2]	RG_CF321[CP2]
1610-8	***Coefficient***	RG_IP341	RG_IP341
1610-9	***Quantité***	RG_IP320	RG_IP320
1610-10	***Dénombrement***	RG_IP337	RG_IP337

2.4.21.1.9 Spécificités : Qualificatif de la dépense

RG_CF321

Actes CCAM

RG_CF321

Prise en charge SMG

RG_CF321[CP2]

2.4.21.1.10 « Réponse de prise en charge » de la part complémentaire

Dans le cas d'une « réponse de prise en charge », deux modes de saisie des montants de la part complémentaire sont possibles. (Cf. VF15)

Dans le cas du mode 1, le montant théorique remboursable de la part complémentaire du champ 1610-15 est renseigné par le Professionnel de Santé à partir du montant total de la « réponse de prise en charge » (EF_VF03_03).

Dans le cas du mode 2, le montant théorique remboursable de la part complémentaire du champ 1610-15 est calculé par le progiciel.

2.4.21.1.11 Spécificités Code prestation saisi par le Professionnel de Santé

RG_IP393

2.4.21.1.12 Spécificités Codes prestation « réservés PS »

Si le code prestation saisi par le Professionnel de Santé relève du groupe fonctionnel général « réservé PS » (cf. table 1 de l'annexe2 : EF_A2_T1), ce code prestation ne doit pas être transmis dans la facture :

- Il est utilisé pour toutes les règles de facturation,
- Il est remplacé dans le groupe 1610 par son code de remplacement associé qui se trouve dans la donnée « groupe fonctionnel détail » en table 1 de l'annexe2 (cf. RG_MF4A074) :
  - pour l'appel au service SSV_FormaterFacture
  - pour l'appel aux fonctions du module STS

Les prestations de type « réservées PS » concernent les Professionnel de Santé Médecins et Chirurgiens-dentistes.

2.4.21.1.13 Spécificités Victime d'Attentat

En situation de Victime d'Attentat, la facture peut comporter des prestations de dépassements.

Les prestations de dépassements pour Victime d'Attentat sont caractérisées par leur code prestation en table 1 comme suit :

- Groupe fonctionnel général = « Dépassement »
- Groupe fonctionnel détail = « Victime d'attentat »

Ces prestations de dépassement pour Victime d'Attentat sont facturables uniquement en situation Victime d'Attentat.

Les prestations de dépassements pour Victime d'Attentat sont automatiquement générées par le système de facturation (d'origine de la prestation = « LPS » ; cf. ~~A1-A3,~~ opération VF08)

Pour rappel, toute prestation générée par le LPS (Origine de la prestation = « LPS ») ne peut être saisie par le PS (cf. RG_IP393 ~~§2.4.21.1.11~~).

2.4.21.1.14 Spécificités Télémédecine

RG_CF330

2.4.21.1.15 Spécificités Consultations Obligatoires Enfant

RG_IP343

2.4.21.1.16 Spécificités prestations générées par le LPS

Cf. §3 ci-après

2.4.21.2 1610 Groupe Prestation

~~Règles~~ Groupe de données

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

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

1610	**Groupe *Prestation***	
1. N° de la prestation		N° ordre de la prestation (dans la facture)
2. Date d'exécution	EF_IP04_02	RG_IP338 RG_IP348
3. Lieu d'exécution	EF_IP06_01	RG_IP357
4. Code prestation	EF_IP04_01	RG_IP339 RG_MF4A074
5. Code complément prestation	EF_IP08_01	RG_IP360
6. Montant des honoraires	EF_VF05_09	RG_VF409
7. Qualificatif de la dépense	EF_CF08_01	RG_CF321
8. Coefficient	EF_IP04_03	RG_IP341
9. Quantité	EF_IP04_04	RG_IP320
10. Dénombrement	EF_IP04_05	RG_IP337
11. Prix unitaire	EF_VF05_01	RG_VF_B2 RG_VF_BC1
12. Base de remboursement	EF_VF05_02	RG_VF_B13 RG_VF_BC4
13. Taux applicable à la prestation	EF_VF05_04	RG_VF_T13
14. Montant remboursable par l'AMO	EF_VF05_07	RG_VF_P1 RG_VF_P1bis

15. Montant théorique remboursable de la part complémentaire	EF_VF06_01	RG_VF367 VF___Description
16. Montant MTM restant à charge de l'assuré	EF_VF05_06	RG_VF_P1bis

2.4.21.3 1620-Groupe Prestation IFD

Règles Groupe de données

Gestion des Indemnités forfaitaires de déplacement

Les dispositions réglementaires fixant la tarification des indemnités forfaitaires de déplacement sont spécifiées dans l'annexe 2.

En mode de sécurisation dégradé, lorsque le Professionnel de Santé ne dispose pas des informations lui permettant de déterminer le taux de remboursement, la procédure de tiers payant ne peut être appliquée pour la part obligatoire comme pour la part complémentaire.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs
- Auxiliaires-médicaux
- Laboratoires d'analyse de biologie médicale

1620	**Groupe *prestation IFD***	
1. N° de la prestation IFD		N° ordre de la prestation (dans la facture)
2. Date du déplacement	EF_IP04_02	RG_IP338 RG_IP348
3. Code prestation de type Id. FD	EF_IP04_01	RG_IP339 RG_MF4A074
4. Montant de l'IFD	EF_VF05_09	RG_VF409
5. Quantité (IFD)	EF_IP04_04	RG_IP320
6. Prix unitaire (IFD)	EF_VF05_01	RG_VF_B2
7. Base de remboursement (IFD)	EF_VF05_02	RG_VF_B13
8. Taux applicable à l'IFD	EF_VF05_04	RG_VF_T13
9. Montant remboursable par l'AMO (IFD)	EF_VF05_07	RG_VF_P1 RG_VF_P1bis
10. Montant théorique remboursable de la part complémentaire (IFD)	EF_VF06_01	RG_VF367 VF_Description
11. Qualificatif de la dépense (IFD)	EF_CF08_01	RG_CF321
12. Montant MTM restant à charge de l'assuré	EF_VF05_06	RG_VF_P1bis

2.4.21.4 1630-Groupe Prestation IK

Règles Groupe de données

Gestion des Indemnités kilométriques

Les dispositions réglementaires fixant la tarification d'indemnité kilométrique sont spécifiées dans l'annexe 2.

En mode de sécurisation dégradé, lorsque le Professionnel de Santé ne dispose pas des informations lui permettant de déterminer le taux de remboursement, la procédure de tiers payant ne peut être appliquée pour la part obligatoire comme pour la part complémentaire.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

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

1630	**Groupe *prestation IK***	
1. N° de la prestation IK		N° ordre de la prestation (dans la facture)
2. Date du déplacement IK	EF_IP04_02	RG_IP338 RG_IP348
3. Code prestation de type Id. K	EF_IP04_01	RG_IP339 RG_MF4A074
4. Nombre de kilomètres	EF_IP04_04	RG_IP320
5. Montant de l'IK	EF_VF05_09	RG_VF409
6. Prix unitaire du kilomètre	EF_VF05_01	RG_VF_B2
7. Base de remboursement (IK)	EF_VF05_02	RG_VF_B13
8. Taux applicable à l'IK	EF_VF05_04	RG_VF_T13
9. Montant remboursable par l'AMO (IK)	EF_VF05_07	RG_VF_P1 RG_VF_P1bis
10. Montant théorique remboursable de la part complémentaire (IK)	EF_VF06_01	RG_VF367 VF_Description
11. Qualificatif de la dépense (IK)	EF_CF08_01	RG_CF321
12. Montant MTM restant à charge de l'assuré	EF_VF05_06	RG_VF_P1bis

2.4.22 17xx-Groupes PRESTATION DETAILLEE

2.4.22.1 1710-Groupe Prestation Détaillée NABM

~~Règles~~ Groupe de données

Gestion des prestations détaillées NABM

- RG_IP302[CP1]
- RG_IP319

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs (Anatomo-cyto-pathologistes)
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Prescripteurs (Pro-Pharmaciens)

Ce groupe est facultatif.

1710	**Groupe *Prestation détaillée NABM***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
2. Code affiné NABM	EF_IP12_01	RG_IP319

2.4.22.2 1730-Groupe Prestation détaillée LPP

Règles Groupe de données

Gestion des prestations détaillées LPP

Ce groupe est obligatoire dès que le Professionnel de Santé délivre un dispositif médical de la LPP, que celui-ci soit codé ou non.

RG_IP302[CP4]

RG_IP304

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Fournisseurs

Ce groupe est facultatif.

RG_IP327

1730	**Groupe *Prestation détaillée LPP***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
2. Code LPP	EF_IP15_01	RG_IP321
3. Type Prestation	EF_IP15_02	RG_IP328
4. N° SIRET du Fabricant ou de l'importateur	EF_IP15_03	RG_IP329
5. Date de début de location ou date d'achat ou de délivrance	EF_IP15_04	RG_IP330
6. Date de fin de location ou de service	EF_IP15_05	RG_IP331 RG_IP327[CP1]
7. Tarif LPP de référence	EF_IP15_07	RG_IP333
8. Nombre d'unités	EF_IP15_08	RG_IP334
9. Prix unitaire public de la prestation LPP	EF_IP15_06	RG_IP332
10. Montant total LPP	EF_IP15_09	RG_IP335
11. Montant total facturé TTC après remise éventuelle	EF_IP15_10	RG_IP336 Cas particulier : En nature d'assurance SMG ou AT, mis à jour à partir du montant des honoraires du groupe 1610 (champ 1610-6) à l'issue de « Finalisation SMG » (cf. A1-A3)

Contrôler les périodes LPP

RG_IP349

Actes gratuits

Bien que le montant des honoraires (1610-6) du groupe *Prestation* soit renseigné à zéro en cas d'acte gratuit, aucun montant de ce groupe *Prestation détaillée LPP* ne doit être renseigné à zéro.

Location

RG_IP328

IP02.01 / Règles Prestation LPP / Préambule

IP02.07.01 / Règles Codage LPP / Préambule

2.4.22.3 1740-Groupe Prestation détaillée code CIP

Règles Groupe de données

Gestion des prestations détaillées code CIP

Un seul groupe Prestation Détaillée code CIP est associé à un groupe Prestation.

Ce groupe est obligatoire dès lors qu'il est associé à un groupe prestation (1610) nécessitant du codage.

IP02.01 /Règles Délivrance de médicaments / Préambule / Facturation des médicaments déconditionnés

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs (cas des ProPharmaciens)
- Pharmaciens

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe n'est pas applicable pour les centres de santé.

1740	**Groupe *Prestation détaillée code CIP***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
2. Type de code CIP du médicament délivré	EF_IP14_01[délivré]	RG_IP375
3. Code CIP du médicament délivré	EF_IP14_02[délivré]	RG_IP321
4. Prix unitaire du médicament délivré	EF_IP13_01	• Hors déconditionnement : EF_IP13_01 • En cas de déconditionnement du médicament, cette information est obligatoirement à **zéro**. RG_IP324
5. Quantité de médicament délivré	EF_IP13_02	• Hors déconditionnement : EF_IP13_02 • En cas de déconditionnement, cette quantité est égale au « nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement » (11ème champ du présent groupe) RG_IP325
6. Indicateur du médicament délivré	EF_IP13_03	RG_IP376
7. Indicateur de substitution	EF_IP13_07	RG_IP322 RG_IP_R66
8. Top déconditionnement	EF_IP13_05	RG_IP378

9. Quantité d'unités délivrées dans le cadre du déconditionnement	EF_IP13_02	• Déconditionnement : EF_IP13_02 • Hors déconditionnement : **zéro** RG_IP325
10. Prix unitaire de l'unité délivrée dans le cadre du déconditionnement	EF_IP13_01	Déconditionnement : EF_IP13_01 Hors déconditionnement : **zéro** RG_IP324
11. Nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement	EF_IP13_06	• Déconditionnement : EF_IP13_06 • Hors déconditionnement : **zéro** RG_IP379
12. Mode de prescription	EF_IP13_04	• EF_IP13_04 si renseigné • A **blanc** sinon. RG_IP377 RG_IP_R65 RG_IP_R66
13. Type de code CIP du médicament prescrit	EF_IP14_01[prescrit]	RG_IP375
14. Code CIP du médicament prescrit	EF_IP14_02[prescrit]	RG_IP321
15. Conditions particulières	EF_IP13_08	RG_IP380

2.4.22.4 1741-Groupe Prestation détaillée lot d'un code CIP

Règles Groupe de données

IP02.01 /Règles Délivrance de médicaments / Préambule / Informations de traçabilité

RG_IP381

Le groupe « Prestation Détaillée lot d'un code CIP » est utilisé uniquement si un n° de lot est connu.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs (cas des ProPharmaciens)
• Pharmaciens

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe ne concerne pas les centres de santé.

1741	**Groupe *Prestation détaillée lot d'un code CIP***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
2. N° de rang du lot		De 1 à 30 lots différents pour la délivrance d'un même médicament
3. N° de lot du conditionnement	EF_IP17_01	RG_IP381
4. Quantité de conditionnement appartenant au même lot	EF_IP17_02	RG_IP382
5. Conditionnement déconditionné	EF_IP17_03	RG_IP383 RG_MF4R065 RG_MF4R108
6. N° de série du conditionnement délivré	EF_IP17_04	RG_IP384

2.4.23 1820-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exonération T.M.

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe permet de gérer les justificatifs d'exonération (ou code justification d'exonération) appliqués à chaque prestation.

DT_CDC001

Ce groupe est obligatoire lorsque la nature d'assurance est Maladie (groupe 1511). A l'inverse si la nature d'assurance est Maternité (groupe 1512), Accident du Travail (groupe 1513) ou Soins Médicaux Gratuits (groupe 1515), le groupe 1820 est interdit. Enfin, si la nature d'assurance est Prévention (groupe 1514), ce groupe est facultatif.

Ce groupe est rattaché à tout type de prestation (groupe 16xx).

Cas particulier d'un déplacement

~~***Ce groupe est rattaché à tout type de prestation (groupe 16xx).Cas particulier d'un déplacement***~~

Dans le cas d'un déplacement, le code justification d'exonération est nécessairement identique à celui de l'acte support (groupe 1610 précédent).

Cas particulier d'un honoraire de dispensation simple

Dans le cas d'un honoraire de dispensation simple, le code justification d'exonération est nécessairement identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte (groupe 1610 précédent).

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

Cas particulier de l'honoraire de dispensation complexe

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

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

Cas particulier de l'honoraire de dispensation « global » hors HC

Le code justification d'exonération dépend des codes justification d'exonération des médicaments exonérés de la facture Cf. ~~Annexe 2 règle T8~~ RG_VF_T8.

Détermination du taux d'exonération : cf. opération VF02 ~~Annexe 2 – Chapitre Taux de Remboursement~~.

Familles concernées

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

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

• Fournisseurs

1820	**Groupe *Complément de prestation Exonération du Ticket Modérateur***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle s'applique le code justification d'exonération du ticket modérateur
2. Code justification d'exonération du ticket modérateur	EF_VF05_05	Cf. Opération VF02

2.4.24 1830-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION DMT-MT ou Télémédecine

~~Règles~~ Groupe de données

Les Professionnels de Santé facturant des forfaits techniques doivent préciser la discipline de prestations et le mode de traitement.

Familles concernées

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

- Prescripteurs
- Auxiliaires-médicaux
- Pharmaciens

Ce groupe est facultatif.

Cas Particulier Télémédecine

Ce groupe peut également être utilisé pour tracer l'utilisation d'une vidéo sécurisée dans le cadre d'une téléconsultation. Dans ce cas, les données 2,3,4 doivent être renseignées automatiquement par le LPS.

Prestations de type secondaire

Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2), les informations du complément DMT-MT, doivent être identiques aux informations de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

1830	**Groupe *Complément de prestation DMT-MT***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le complément de prestation DMT-MT
2. Discipline de prestations	EF_IP08_03	RG_IP361
3. Mode de traitement	EF_IP08_04	RG_IP361
4. Identification appareillage	EF_IP08_07	~~Numéro d'agrément de l'appareil ou de l'installation~~ ~~Identifiant de la connexion vidéo-sécurisée utilisée pour la Téléconsultation si celui-ci est connu.~~
5. Date d'installation	EF_IP08_06	~~Date d'installation de l'appareil~~
6. Puissance	EF_IP08_08	~~Puissance ou classe de l'appareil~~
7. Zone d'implantation	EF_IP08_09	~~Zone d'implantation de l'exploitant de l'appareil~~
8. N° ordre de l'examen	EF_IP08_10	~~N° ordre de l'examen~~

2.4.25 1840-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Entente Préalable

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe est obligatoire pour les prestations soumises à entente préalable, y compris en cas de prise en charge SMG.

Familles concernées

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

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

1840	**Groupe *Complément de prestation Entente Préalable***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'entente préalable
2. Code accord entente préalable	EF_CF09_02	RG_CF324 ~~• valeur **0** pour une absence de réponse de la caisse dans le délai réglementaire.~~ ~~• valeur **4** pour une réponse favorable~~ ~~• valeur **5** pour une notion d'urgence~~ ! Cette information est obligatoire
3. Date d'envoi de la demande d'entente préalable	EF_CF09_03	RG_CF324 RG_CF343 ! Cette information est obligatoire
4. Identification de l'entente préalable		zone réservée pour utilisation future

2.4.26 1850-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Renouvellement

~~Règles~~ Groupe de données

Familles concernées

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

- Pharmaciens
- Laboratoires d'analyse de biologie médicale

Ce groupe est facultatif.

1850	**Groupe *Complément de prestation Renouvellement***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le renouvellement.
2. Renouvellement	EF_IP08_12	RG_IP365

2.4.27 1860-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Dent traitée

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe est utilisé uniquement pour les prestations dentaires cotées en NGAP.

Ces prestations correspondent aux prestations de groupe fonctionnel de niveau général « soins dentaires » et de type de nomenclature NGAP. (cf. Annexe 2-Table 1).

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs (spécialités Chirurgie Dentaire/Médecins Soins dentaires)

Ce groupe est facultatif.

1860	**Groupe *Complément de prestation Dent traitée***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'identification de la dent traitée.
2. Dent traitée	EF_IP08_11	RG_IP362

2.4.28 1870-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exécutant

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe est prévu pour désigner les laboratoires sous-traitants, les salariés de Professionnel de Santé ou les médecins directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Concernant les laboratoires d'analyses de biologie médicale sous traitants, le groupe *Exécutant* ne peut être utilisé qu'à titre transitoire et sous réserve de modification des dispositions réglementaires.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

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

1870	**Groupe *Complément de prestation Exécutant***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'identification de l'exécutant
2. N° d'identification de l'exécutant	EF_IP07_01	RG_IP359
3. Clé du n° d'identification de l'exécutant	EF_IP07_02	RG_IP359
4. Code spécialité de l'exécutant	EF_IP07_03	RG_IP359
5. Code zone tarifaire de l'exécutant	EF_IP07_04	RG_IP359
6. Condition d'exercice de l'exécutant	EF_IP07_05	RG_IP359
7. Code conventionnel de l'exécutant	EF_IP07_06	RG_IP359
8. N° RPPS de l'exécutant	EF_IP07_08	RG_IP359
9. Clé du n° RPPS de l'exécutant	EF_IP07_09	RG_IP359
10. N° de la structure de l'exécutant	EF_IP07_10	RG_IP359

2.4.29 1880-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Lieu d'exercice

~~Règles~~ Groupe de données

Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré

Dans le cas d'une prestation de type honoraire (cf. table 1 de l'annexe 2), ce groupe n'est pas renseigné

Prestations de type secondaire

Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2bis), l'identifiant du lieu d'exécution de la prestation (1880-2) est identique à l'identifiant du lieu d'exécution de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

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

Ce groupe est facultatif.

1880	**Groupe *Complément de prestation Lieu d'exercice***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le lieu d'exercice.
2. Lieu d'exercice	EF_IP06_02	RG_IP358

2.4.30 1890-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Réseau ou filière de soins

~~Règles~~ Groupe de données

Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré

Dans le cas d'une prestation de type honoraire (cf. table 1 de l'annexe 2), ce groupe n'est pas renseigné

Prestations de type secondaire

Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2), l'identifiant réseau ou filière de soins (1890-2) est identique aux informations de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

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

Ce groupe est facultatif.

1890	**Groupe *Complément de prestation Réseau ou filière de soins***	
3. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'identification du réseau ou de la filière de soins
4. Identifiant réseau ou filière de soins	EF_IP08_02	RG_IP364

2.4.31 1910-Groupe TOTAL Facture

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe est obligatoire.

La valorisation du champ « Total participation assuré » est obligatoire.

RG_VF313

De manière générale, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de vérifier le montant total complémentaire.

VF16 / Description

Prise en charge SMG

RG_VF410

Réponse de prise en charge de la part complémentaire

Rappel : Dans le cas d'une réponse de prise en charge, deux modes d'acquisition des montants de la part complémentaire (cf. 4.2.1.9 Corps), sont proposés par le progiciel.

Dans le cas du mode 1, le montant total du champ 1910-5 et du champ 1910-6 est calculé par le progiciel (sur la base de la somme des montants de la part complémentaire de chaque prestation qu'il a calculé.)

Dans le cas du mode 2, le montant total du champ 1910-5 et du champ 1910-6 est renseigné à partir du montant total de la « réponse de prise en charge » renseigné par le Professionnel de Santé.

Familles concernées

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

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

1910	**Groupe *Total Facture***	
1. Nombre de prestations	EF_IP01_02	Nombre de groupes 16xx
2. Total des montants facturés	EF_IP01_03	RG_IP372
3. Total remboursable par l'AMO	EF_VF02_01	RG_VF312
4. Total participation assuré	EF_VF02_02	RG_VF313

5. Total théorique remboursable de la part complémentaire	EF_VF03_01	RG_VF367 RG_VF364[CP1] RG_VF367[CP5] RG_VF509
6. Total remboursable de la part complémentaire	EF_VF03_02	Champ créé par anticipation, et dans l'attente de sa mise en œuvre, le montant à véhiculer dans ce champ est égal au total théorique remboursables de la part complémentaire.

2.4.32 2000-Groupe Forçage AMO niveau acte

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe est renseigné si le Professionnel de Santé effectue le forçage d'une ou plusieurs données de la prestation de rattachement (CCAM ou autre), ou si le service de Contrôle Complet CCAM a détecté l'utilisation d'une ou plusieurs données du référentiel CCAM modifiées par le Professionnel de Santé.

Dans le cas de forçage d'une prestation CCAM (directement dans la facture ou au niveau du référentiel CCAM), ce groupe est renseigné par le service de Contrôle Complet CCAM.

Dans le cas de forçage d'une prestation non CCAM (NGAP ou autre) le progiciel renseigne cet indicateur. Les valeurs à utiliser en fonction des données forcées sont spécifiées dans la partie A de l'annexe1.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

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

2000	**Groupe *Forçage AMO niveau acte***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'indicateur de forçage
2. Indicateur de forçage AMO niveau acte		RG_MF4S071

2.4.33 2010-Groupe Forçage sur la part complémentaire niveau acte

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe est facultatif.

Les règles de valorisation de ce groupe sont dans la partie A de l'annexe 1.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

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

2010	**Groupe *Forçage sur la part complémentaire niveau acte***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'indicateur de forçage
2. Indicateur de forçage AMC niveau acte		RG_MF4S100

2.4.34 2020-Groupe Base de Remboursement Conventionnée AMO

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe est obligatoire dans tous les cas.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

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

2020	**Groupe *Base de remboursement conventionnée AMO***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache la base de remboursement conventionnée AMO
2. Base de remboursement conventionnée AMO	EF_VF05_03	RG_VF301 Ce montant est à indiquer en centimes d'Euros.

2.4.35 2030-Groupe Prévention commune AMO/AMC

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe est renseigné dans le cas de prestations réalisées dans le cadre de prévention au sens de la Réforme d'Assurance Maladie (loi du 13 août 2004).

Elle n'est pas liée au risque prévention géré par les organismes AMO.

RG_CF322 [CP1]

RG_CF322 [CP2]

Familles concernées

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

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

2030	**Groupe *Prévention AMO/AMC***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattachent les informations de prévention
2. Top prévention commune AMO/AMC	EF_CF10_01	RG_CF322
3. Qualifiant du dispositif de prévention	EF_CF10_02	RG_CF322

2.4.36 2100-Groupe Code Acte CCAM

~~Règles~~ Groupe de données

Ce groupe est obligatoire pour toute prestation CCAM.

Le remplissage des codes modificateurs doit commencer à la 1ère occurrence et il ne doit pas y avoir de rupture dans le remplissage des occurrences.

Le champ « Données CCAM complémentaires » contient la concaténation des 4 modificateurs AMC.

Le champ « code remboursement exceptionnel » est significatif uniquement pour les prestations remboursables sous condition (cf. Annexe1-A1 – Règle CC11).

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs

2100	**Groupe *Code acte CCAM***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le code acte CCAM.
2. Code de l'acte CCAM	EF_IP09_01	RG_IP315
3. Code extension documentaire	EF_IP09_06	RG_IP318
4. Code activité	EF_IP09_02	RG_IP315
5. Code phase de traitement	EF_IP09_03	RG_IP315
6. Code modificateur 1	EF_IP10_01	RG_IP_CC9
7. Code modificateur 2	EF_IP10_01	RG_IP_CC9
8. Code modificateur 3	EF_IP10_01	RG_IP_CC9
9. Code modificateur 4	EF_IP10_01	RG_IP_CC9
10. Code association	EF_IP09_04	RG_IP_CC1
11. Code remboursement exceptionnel	EF_CF08_04	RG_IP_CC11
12. Supplément de charge	EF_IP09_05	RG_IP_CC14
13. Données CCAM complémentaires	EF_IP10_02	RG_IP_CC13

2.4.37 2200-Groupe Liste des dents traitées (acte CCAM)

Règles Groupe de données

Ce groupe est renseigné par le Professionnel de Santé dans le cas où il s'agit d'une prestation de type CCAM concernant des actes dentaires pour lesquels il est possible de préciser les n° de dents traitées.

Un groupe 2200 est donc nécessairement précédé d'un groupe 2100.

Le remplissage des numéros de dents doit commencer à la 1ère occurrence et il ne doit pas y avoir de rupture dans le remplissage des occurrences, ni de doublon.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs

2200	**Groupe *Liste des dents traitées (acte CCAM)***	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache la liste des dents traitées.
2. N° de la dent 1	EF_IP11_01	RG_IP391 Si un seul numéro de localisation de dent est renseigné, il est nécessaire de le renseigner en première position.
3. N° de la dent 2	EF_IP11_01	RG_IP391
4. N° de la dent 3	EF_IP11_01	RG_IP391
5. N° de la dent 4	EF_IP11_01	RG_IP391
6. N° de la dent 5	EF_IP11_01	RG_IP391
7. N° de la dent 6	EF_IP11_01	RG_IP391
8. N° de la dent 7	EF_IP11_01	RG_IP391
9. N° de la dent 8	EF_IP11_01	RG_IP391
10.N° de la dent 9	EF_IP11_01	RG_IP391
11.N° de la dent 10	EF_IP11_01	RG_IP391
12.N° de la dent 11	EF_IP11_01	RG_IP391
13.N° de la dent 12	EF_IP11_01	RG_IP391
14.N° de la dent 13	EF_IP11_01	RG_IP391
15.N° de la dent 14	EF_IP11_01	RG_IP391
16.N° de la dent 15	EF_IP11_01	RG_IP391
17.N° de la dent 16	EF_IP11_01	RG_IP391

2.4.38 3700-Groupe Contexte Tarification de la part Complémentaire

Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

2.4.39 3710-Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte

Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

2.4.40 3720-Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture

Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

2.4.41 3730-Groupe Paramètres de calcul STS

Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

2.4.42 3740-Groupe Paramètres de calcul contrats responsables

Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

2.4.43 3770-Groupe Zone tampon de la part Complémentaire

Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

2.5 Composition d'une FACTURE pour chaque famille

Légende

Dans les § suivants :

- les flèches en **trait continu** présentent un ou des groupes dont la présence est **obligatoire** dans la facture ;
- les flèches en **trait pointillé** présentent un ou des groupes dont la présence est **facultative** dans la facture.

2.5.1 Famille Auxiliaires médicaux

				AUXILIAIRES-MÉDICAUX
			1110	**Groupe *Identification Facture***
			1120	**Groupe *Identification Professionnel de Santé***
			1130	**Groupe *Identification du bénéficiaire***
			1140	**Groupe *Identification Structure***
			1150	**Groupe Identification Remplaçant**
			1151	**Groupe Identification RPPS Remplaçant**
			1160	**Groupe *Identification Individu***
			121x	**Groupe *Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire ou 1214)***
			1230	**Groupe *Origine de la prescription***
			1310	**Groupe *Organisme AMO***
			1321	**Groupe *Organismes complémentaires***
			1330	**Groupe *Données Complémentaire Additionnelles***
			1410	**Groupe *Cadre de remboursement***
			1420	**Groupe *Identification de pièce justificative pour l'AMO***
			1440	**Groupe Forçage niveau facture**
			1450	**Groupe Module de Tarification Complémentaire**
			151x	**Groupe *Nature d'assurance***
			1610	**Groupe *Prestation***
n	**n**		**1820**	**Groupe *Complément de prestation Exonération TM***
			1830	**Groupe *Complément de prestation DMT-MT ou Télémédecine***
			1840	**Groupe *Complément de prestation Entente préalable***
			1870	**Groupe *Complément de prestation Exécutant***
			1880	**Groupe *Complément de prestation Lieu d'exercice***
			1890	**Groupe *Complément de prestation Réseau ou filière de soins***
			2000	**Groupe *Forçage AMO niveau acte***
			2010	**Groupe *Forçage sur la part Complémentaire niveau acte***
			2020	**Groupe *Base de Remboursement conventionnée AMO***
			2030	**Groupe *Prévention commune AMO/AMC***
		n	**1730**	**Groupe *Prestation détaillée LPP***
			1620	**Groupe *Prestation IFD***

n		**1820**	**Groupe *Complément de prestation Exonération du TM***
		1870	**Groupe *Complément de prestation Exécutant***
		2000	**Groupe *Forçage AMO niveau acte***
		2010	**Groupe *Forçage sur la part Complémentaire niveau acte***
		2020	**Groupe *Base de Remboursement conventionnée AMO***
n		**1630**	**Groupe *Prestation IK***
		1820	**Groupe *Complément de prestation Exonération du TM***
		1870	**Groupe *Complément de prestation Exécutant***
		2000	**Groupe *Forçage AMO niveau acte***
		2010	**Groupe *Forçage sur la part Complémentaire niveau acte***
		2020	**Groupe *Base de Remboursement conventionnée AMO***
		1910	**Groupe *Total Facture***

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes 1730), ce type de prestation détaillée pouvant être répété de 1 à 10 fois pour la prestation détaillée code LPP (groupes 1730).

2.5.2 Famille Prescripteurs

					PRESCRIPTEURS
				1110	Groupe *Identification Facture*
				1120	Groupe *Identification Professionnel de Santé*
				1130	Groupe *Identification du bénéficiaire*
				1140	Groupe *Identification Structure*
				1150	Groupe Identification Remplaçant
				1151	Groupe Identification RPPS Remplaçant
				1160	Groupe *Identification Individu*
				1180	Groupe *Identification Médecin Traitant*
				121x	Groupe *Prescription*
				1220	Groupe *Arrêt de Travail prescrit*
				1230	Groupe *Origine de la prescription*
				1310	Groupe *Organisme AMO*
				1321	Groupe *Organismes complémentaires*
				1330	Groupe *Données Complémentaire Additionnelles*
				1410	Groupe *Cadre de remboursement*
				1420	Groupe *Identification de pièce justificative pour l'AMO*
				1440	Groupe Forçage niveau facture
				1450	Groupe Module de Tarification Complémentaire
				151x	Groupe *Nature d'assurance*
				1610	Groupe *Prestation*
n	n			1820	Groupe *Complément de prestation Exonération du TM*
				1830	Groupe *Complément de prestation DMT-MT*
				1840	Groupe *Complément de prestation Entente préalable*
				1860	Groupe *Complément de prestation Dent traitée*
				1870	Groupe *Complément de prestation Exécutant*
				1880	Groupe *Complément de prestation Lieu d'exercice*
				1890	Groupe *Complément de prestation Réseau ou filière de soins*
				2000	Groupe *Forçage AMO niveau acte*
				2010	Groupe *Forçage sur la part Complémentaire niveau acte*
				2020	Groupe *Base de Remboursement conventionnée AMO*
				2030	Groupe *Prévention commune AMO/AMC*
				2100	Groupe *Code acte CCAM*
				2200	Groupe *Liste des dents traitées (acte CCAM)*
		n		1710	Groupe *Prestation détaillée NABM*
				1740	Groupe *Prestation détaillée code CIP*
		n		1741	Groupe *Prestation détaillée lot d'un code CIP*
				1620	Groupe *Prestation IFD*
	n			1820	Groupe *Complément de prestation Exonération du TM*

	1870	Groupe ***Complément de prestation Exécutant***
	2000	Groupe ***Forçage AMO niveau acte***
	2010	Groupe ***Forçage AMO niveau acte***
	2020	Groupe ***Base de Remboursement conventionnée AMO***
	1630	Groupe ***Prestation IK***
n	1820	Groupe ***Complément de prestation Exonération du TM***
	1870	Groupe ***Complément de prestation Exécutant***
	2000	Groupe ***Forçage AMO niveau acte***
	2010	Groupe ***Forçage sur la part Complémentaire niveau acte***
	2020	Groupe ***Base de Remboursement conventionnée AMO***
	1910	Groupe ***Total Facture***

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes 1710 ou 174x), ce type de prestation détaillée pouvant être répété :

- 1 fois pour la prestation détaillée code CIP (groupe 1740) suivi éventuellement de 1 à 30 prestation détaillée lot d'un code CIP (groupes 1741) ;
- de 1 à 50 fois pour la prestation détaillée NABM (groupes 1710).

2.5.3 Famille Pharmaciens

PHARMACIENS			
		1110	Groupe *Identification Facture*
		1120	Groupe *Identification Professionnel de Santé*
		1130	Groupe *Identification du bénéficiaire*
		1140	Groupe *Identification Structure*
		1150	Groupe *Identification Remplaçant*
		1151	Groupe *Identification RPPS Remplaçant*
		1160	Groupe *Identification Individu*
		1170	Groupe *Identification Liste Opposition Carte Vitale*
		121x	Groupe *Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire ou 1214)*
		1230	Groupe *Origine de la prescription*
		1310	Groupe *Organisme AMO*
		1321	Groupe *Organismes complémentaires*
		1330	Groupe *Données Complémentaire Additionnelles*
		1410	Groupe *Cadre de remboursement*
		1420	Groupe *Identification de pièce justificative pour l' AMO*
		1440	Groupe Forçage niveau facture
		1450	Groupe Module de Tarification Complémentaire
		151x	Groupe *Nature d'assurance*
		1610	Groupe *Prestation*
n		1820	Groupe *Exonération du T.M*
		1830	Groupe *Complément de prestation DMT-MT ou Télémédecine*
		1840	Groupe *Complément de prestation Entente préalable*
		1850	Groupe *Complément de prestation Renouvellement*
		1890	Groupe *Complément de prestation Réseau ou filière de soins*
		1870	Groupe *Complément de prestation Exécutant*
		2000	Groupe *Forçage AMO niveau acte*
		2010	Groupe *Forçage sur la part Complémentaire niveau acte*
		2020	Groupe *Base de Remboursement conventionnée AMO*
		2030	Groupe *Prévention commune AMO/AMC*
		1740	Groupe *Prestation détaillée code CIP*
	n	1741	Groupe *Prestation détaillée lot d'un code CIP*
	n	1730	Groupe *Prestation détaillée LPP*
		1910	Groupe *Total Facture*

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes 174x ou 1730), ce type de prestation détaillée pouvant être répété :

- 1 fois pour la prestation détaillée code CIP (groupe 1740) suivi éventuellement de 1 à 30 prestation détaillée lot d'un code CIP (groupes 1741) ;
- De 1 à 10 fois pour la prestation détaillée code LPP (groupes 1730).

2.5.4 Famille Laboratoires

LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE				
			1110	Groupe *Identification Facture*
			1120	Groupe *Identification Professionnel de Santé*
			1130	Groupe *Identification du bénéficiaire*
			1140	Groupe *Identification Structure*
			1160	Groupe *Identification Individu*
			121x	Groupe *Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire ou 1214)*
			1230	Groupe *Origine de la prescription*
			1310	Groupe *Organisme AMO*
			1321	Groupe *Organismes complémentaires*
			1330	Groupe *Données Complémentaire Additionnelles*
			1410	Groupe *Cadre de remboursement*
			1420	Groupe *Identification de pièce justificative pour l'AMO*
			1440	Groupe Forçage niveau facture
			1450	Groupe Module de Tarification Complémentaire
			151x	Groupe *Nature d'assurance*
n	n		1610	Groupe *Prestation*
			1820	Groupe *Complément de prestation Exonération du TM*
			1840	Groupe *Complément de prestation Entente préalable*
			1850	Groupe *Complément de prestation Renouvellement*
			1870	Groupe *Complément de prestation Exécutant*
			1880	Groupe *Complément de prestation Lieu d'exercice*
			1890	Groupe *Complément de prestation Réseau ou filière de soins*
			2000	Groupe *Forçage AMO niveau acte*
			2010	Groupe *Forçage sur la part Complémentaire niveau acte*
			2020	Groupe *Base de Remboursement conventionnée AMO*
			2030	Groupe *Prévention commune AMO/AMC*
		n	1710	Groupe *Prestation détaillée NABM*
	n		1620	Groupe *Prestation IFD*
			1820	Groupe *Complément de prestation Exonération du TM*
			1870	Groupe *Complément de prestation Exécutant*
			2000	Groupe *Forçage AMO niveau acte*
			2010	Groupe *Forçage sur la part Complémentaire niveau acte*
			2020	Groupe *Base de Remboursement conventionnée AMO*
	n		1630	Groupe *Prestation IK*
			1820	Groupe *Complément de prestation Exonération du TM*
			1870	Groupe *Complément de prestation Exécutant*
			2000	Groupe *Forçage AMO niveau acte*
			2010	Groupe *Forçage AMO niveau acte*

→ **2020 Groupe *Base de Remboursement conventionnée AMO***

→ **1910 Groupe *Total Facture***

Une prestation détaillée NABM (groupe 1710) peut être répétée de 1 à 50 fois.

2.5.5 Famille Fournisseurs

			FOURNISSEURS
		1110	**Groupe *Identification Facture***
		1120	**Groupe *Identification Professionnel de Santé***
		1130	**Groupe *Identification du bénéficiaire***
		1140	**Groupe *Identification Structure***
		1160	**Groupe *Identification Individu***
		121x	**Groupe *Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire ou 1214)***
		1230	**Groupe *Origine de la prescription***
		1310	**Groupe *Organisme AMO***
		1321	**Groupe *Organismes complémentaires***
		1330	**Groupe *Données Complémentaire Additionnelles***
		1410	**Groupe *Cadre de remboursement***
		1420	**Groupe *Identification de pièce justificative pour l'AMO***
		1440	**Groupe Forçage niveau facture**
		1450	**Groupe Module de Tarification Complémentaire**
		151x	**Groupe *Nature d'assurance***
		1610	**Groupe *Prestation***
n		**1820**	**Groupe *Exonération du T.M***
		1840	**Groupe *Complément de prestation Entente préalable***
		1870	**Groupe *Complément de prestation Exécutant***
		1890	**Groupe *Complément de prestation Réseau ou filière de soins***
		2000	**Groupe *Forçage AMO niveau acte***
		2010	**Groupe *Forçage sur la part Complémentaire niveau acte***
		2020	**Groupe *Base de Remboursement théorique AMO***
		2030	**Groupe *Prévention commune AMO/AMC***
	n	**1730**	**Groupe *Prestation détaillée LPP***
		1910	**Groupe *Total Facture***

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes 1730), ce type de prestation détaillée pouvant être répété :

- de 0 à 10 fois pour la prestation détaillée code LPP (groupes 1730).

2.6 Synthèse de la Zone d'échange de la facture

Cette partie a pour objet de synthétiser la liste des groupes constituant la zone d'échange de la facture, en précisant pour chaque famille de Professionnel de Santé l'aspect obligatoire, facultatif, ou non utilisé de chaque groupe.

Groupe		Auxiliaires médicaux	Prescripteurs	Pharmaciens	Fournisseurs	Laboratoires
1110	*Identification Facture*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1120	*Identification Professionnel de Santé*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1130	*Identification du bénéficiaire*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1140	*Identification Structure*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1150	*Identification Remplaçant*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	non utilisé	Facultatif
1160	*Identification Individu*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1170	*Identification Liste Opposition Carte Vitale*	non utilisé	non utilisé	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1180	*Identification Médecin Traitant*	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1211	*Prescription PS libéral*	Obligatoire *(hors groupe 1212 non utilisé)*	Facultatif	Obligatoire *(hors groupe 1212 non utilisé)*	Obligatoire *(hors groupe 1212 non utilisé)*	Obligatoire *(hors groupe 1212 non utilisé)*
1212	*Prescription Chirurgiens Dentistes/Stomatologues*					
1213	*Prescription PS salarié*					
1214	*Prescription PS bénévole*					
1220	*Arrêt de Travail*	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1230	*Origine de la prescription*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1310	*Organisme AMO*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1321	*Organisme complementaire*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1330	*Données Complémentaire Additionnelles*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1410	*Cadre de remboursement*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1420	*Identification de pièce justificative pour l'AMO*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1440	*Forçage niveau Facture*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1450	*Module de tarification complémentaire*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1511	*Nature d'assurance Maladie*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1512	*Nature d'assurance Maternité*					
1513	*Nature d'assurance Accident du travail*					
1514	*Nature d'assurance Prévention*					
1515	*Nature d'assurance Soins Médicaux Gratuits*					
1610	*Prestation*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1620	*Prestation IFD*	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1630	*Prestation IK*	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1710	*Prestation détaillée NABM*	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1730	*Prestation détaillée LPP*	Obligatoire	non utilisé	Obligatoire	Obligatoire	non utilisé
1740	*Prestation détaillée code CIP*	non utilisé	Facultatif	Facultatif	non utilisé	Facultatif

Groupe		Auxiliaires médicaux	Prescripteurs	Pharmaciens	Fournisseurs	Laboratoires
1741	*Prestation détaillée lot d'un code CIP*	non utilisé	Facultatif	Facultatif	non utilisé	Facultatif
1820	*Complément de prestation Exonération du TM*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1830	*Complément de prestation DMT-MT*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé
1840	*Complément de prestation Entente préalable*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1850	*Complément de prestation Renouvellement*	non utilisé	non utilisé	Facultatif	non utilisé	Facultatif
1860	*Complément de prestation Dent traitée*	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1870	*Complément de prestation Exécutant*	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1880	*Complément de prestation Lieu d'exercice*	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1890	*Complément de prestation Réseau ou filière de soins*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1910	*Total Facture*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
2000	*Forçage AMO niveau acte*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
2010	*Forçage sur la part complémentaire niveau acte*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
2020	*Base de Remboursement conventionnée AMO*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
2030	*Prévention AMO/AMC*	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
2100	*Code acte CCAM*	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
2200	*Liste des dents traitées (acte CCAM)*	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
3700	*Contexte tarification AMC*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3710	*Formule AMC appliquée au niveau acte*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3720	*Formule AMC appliquée au niveau facture*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3730	*Paramètres de calcul STS*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3740	*Paramètres de calcul Contrats Responsables*	non utilisé	Obligatoire	non utilisé	non utilisé	non utilisé
3770	*Zone tampon AMC*	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire

3 Prestations générées par le LPS : synthèse des données à déterminer

3.1 Suppléments dérogatoires SMG

SFG VF VF05.02.01

SFG VF VF05.02.03

Synthèse des données

1610-2	Date d'exécution	RG_IP338 [CP2]	Date d'exécution de la dernière prestation remboursable AMO (SD_SMG-R) saisie par le Professionnel de Santé.
		RG_IP338 [CP3]	Date d'exécution de la dernière prestation non remboursables AMO (SD_SMG-NR) saisie par le Professionnel de Santé.
	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	RG_IP366	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)
1610-3	Code lieu	RG_IP357[CP1] RG_IP357[CP2]	code lieu de la dernière prestation remboursable AMO (SD_SMG-R) ou non remboursables AMO (SD_SMG-NR) saisie par le Professionnel de Santé.
1610-4	Code prestation	RG_IP339 [CP6]	**DPS** **DAP**
		RG_IP339 [CP7]	**SGN** **SGA**
	Type de la prestation	RG_IP353	Cf. EF_A2_T1
	Type de nomenclature	RG_IP354	Cf. EF_A2_T1
	Groupe fonctionnel	RG_IP355	Cf. EF_A2_T1
	Top nécessité de codage affiné	RG_IP356	Cf. EF_A2_T1
	Origine de la prestation	RG_IP392	Cf. EF_A2_T1
1610-5	Code complément de prestation	RG_IP360[CP6]	Non renseigné
1610-6	Montant des honoraires	RG_VF409	*Pour les prestations générées par le LPS, le montant des honoraires correspond à la base de remboursement (1610-12)*
1610-7	Qualificatif de la dépense	RG_CF321	Valeur « L »
1610-8	Coefficient	RG_IP341	Valeur 1
1610-9	Quantité	RG_IP320	Valeur 1

1610-10	Dénombrement	RG_IP337	Valeur 1
	Montant PS des honoraires	RG_IP351[CP4]	Non renseigné
	Top prestation remboursable AMO	RG_CF332	Valeur VRAI
1610-11	Prix unitaire	RG_VF_B2[CP3]	
1610-12	Base de remboursement	RG_VF_B13	
1610-13	Taux de remboursement	RG_VF_T3	100%
1610-14	Montant remboursable AMO	RG_VF_P1	
	Montant du dépassement	RG_VF_P2	
2020-2	BR conventionnée	RG_VF301	

3.2 Suppléments en nature d'assurance AT

3.2.1 Compléments AT Dentaires

SFG VF VF07.01.01

SFG VF VF07.01.03

Synthèse des données

1610-2	Date d'exécution	RG_IP338 [CP7]	Egale à la date d'exécution de l'acte support
	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	RG_IP366	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)
1610-3	Code lieu	RG_IP357[CP6]	Egal au code lieu de l'acte support
1610-4	Code prestation	RG_IP339[CP10]	Egal à « **ATD** »
	Type de la prestation	RG_IP353	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
	Type de nomenclature	RG_IP354	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
	Groupe fonctionnel	RG_IP355	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
	Top nécessité de codage affiné	RG_IP356	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
	Origine de la prestation	RG_IP392	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
1610-5	Code complément de prestation	RG_IP360[CP5]	Non renseigné
	Montant PS des honoraires	RG_IP351[CP6]	Egal au montant remboursable AMO (1610-14)
1610-6	Montant des honoraires	RG_VF409	Pour les prestations générées par le LPS, le montant des honoraires correspond à la base de remboursement (1610-12)
1610-7	Qualificatif de la dépense	RG_CF321[CP5]	Egal au qualificatif de la dépense de l'acte support
1610-8	Coefficient	RG_IP341	Valeur 1
1610-9	Quantité	RG_IP320	Valeur 1
1610-10	Dénombrement	RG_IP337	Valeur 1
	Top prestation remboursable AMO	RG_CF332	Pas de cas particulier, déterminé selon la règle générale pour une prestation de type complément AT dentaire
1610-11	Prix unitaire	RG_VF_B2[CP6]	
1610-12	Base de remboursement	RG_VF_B13[CP11]	
	Date de référence pour la BR	RG_VF_B1	(cas général)

	Montant du dépassement	RG_VF_P2	
1610-13	Taux de remboursement	RG_VF_T3 ~~schéma ST2~~	
1610-14	Montant remboursable AMO	RG_VF_P1 ~~schéma SP1~~	
1820-2	Code justification d'exonération du ticket modérateur	RG_VF_T3 ~~schéma ST2~~	
1860-2	Numéro de dent traitée NGAP	RG_IP362[CP1]	Non renseigné
1870	Informations du PS salarié	RG_IP359[CP1]	Egales aux informations du PS salarié de l'acte support
1880-2	Identifiant du lieu d'exécution	RG_IP358[CP2]	Egal au lieu d'exécution de l'acte support
1890-2	libellé identifiant réseau soin	RG_IP364[CP2]	Egales aux informations de l'acte support
2020-2	BR conventionnée	RG_VF301	(cas général)

3.2.2 Supplément APIAS

SFG VF VF07.02.01

SFG VF VF07.02.03

Synthèse des données

1610-2	Date d'exécution	RG_IP338 [CP8]	Egale à la date de la facture
	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	RG_IP366	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)
1610-3	Code lieu	RG_IP357[CP9]	Egal au code lieu de la première prestation de la facture
1610-4	Code prestation	RG_IP339 [CP11]	Egal à « **DAT** »
	Type de la prestation	RG_IP353	Cf. EF_A2_T1
	Type de nomenclature	RG_IP354	Cf. EF_A2_T1
	Groupe fonctionnel	RG_IP355	Cf. EF_A2_T1
	Top nécessité de codage affiné	RG_IP356	Cf. EF_A2_T1
	Origine de la prestation	RG_IP392	Cf. EF_A2_T1
1610-5	Code complément de prestation	RG_IP360[CP7]	Non renseigné
	Montant PS des honoraires	RG_IP351[CP8]	Déterminé par VF06 (cf. RG_VF409 : Egal à la base de remboursement (1610-12))
1610-6	Montant des honoraires	RG_VF409	*Pour les prestations générées par le LPS, le montant des honoraires correspond à la base de remboursement (1610-12)*
1610-7	Qualificatif de la dépense	RG_CF321	Non renseigné (cas général)
1610-8	Coefficient	RG_IP341	Valeur 1
1610-9	Quantité	RG_IP320	Valeur 1
1610-10	Dénombrement	RG_IP337	Valeur 1
	Top prestation remboursable AMO	RG_CF332	Valeur VRAI
1610-11	Prix unitaire	RG_VF_B2[CP7]	Montant du supplément APIAS déterminé préalablement (cf. RG_VF351)
1610-12	Base de remboursement	RG_VF_B13	*(cas général)*

1610-13	Taux de remboursement	RG_VF_T3	100%
1610-14	Montant remboursable AMO	RG_VF_P1	*(cas général)*
	Montant du dépassement	RG_VF_P2	*(cas général)*
1820-2	Code justification d'exonération du ticket modérateur	RG_VF_T3	
2020-2	BR conventionnée	RG_VF301	*(cas général)*

3.3 Dépassements pour victime d'attentat

SFG VF VF08.01

SFG VF VF08.03

Synthèse des données

1610-2	Date d'exécution	RG_IP338 [CP9]	Egale à la date d'exécution de l'acte support
	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	RG_IP366	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)
1610-3	Code lieu	RG_IP357[CP3]	Egal au lieu d'exécution de l'acte support
1610-4	Code prestation	RG_IP339 [CP12]	Egal au code prestation déterminé par la règle RG_VF_R55 préalable
	Type de la prestation	RG_IP353	Cf. EF_A2_T1
	Type de nomenclature	RG_IP354	Cf. EF_A2_T1
	Groupe fonctionnel	RG_IP355	Cf. EF_A2_T1
	Top nécessité de codage affiné	RG_IP356	Cf. EF_A2_T1
	Origine de la prestation	RG_IP392	Cf. EF_A2_T1
1610-5	Code complément de prestation	RG_IP360[CP8]	Non renseigné
	Montant PS des honoraires	RG_IP351[CP9]	Egal au montant remboursable AMO (1610-14)
1610-6	Montant des honoraires	RG_VF409	*Pour les prestations générées par le LPS, le montant des honoraires correspond à la base de remboursement (1610-12)*
1610-7	Qualificatif de la dépense	RG_CF321[CP6]	Egal au qualificatif de la dépense de l'acte support
1610-8	Coefficient	RG_IP341	Valeur 1
1610-9	Quantité	RG_IP320	Valeur 1
1610-10	Dénombrement	RG_IP337	Valeur 1
	Top prestation remboursable AMO	RG_CF332	Pas de cas particulier, déterminé selon la règle générale pour une prestation de type complément AT dentaire
1610-11	Prix unitaire	RG_VF_B2[CP8]	
1610-12	Base de remboursement	RG_VF_B13	*(cas général)*
	Date de référence pour la BR	RG_VF_B1	*(cas général)*
1610-13	Taux de remboursement	VF02.01	100%

1610-14	Montant remboursable AMO	VF03.01	
1820-2	Code justification d'exonération du ticket modérateur	VF02.01	
1860-2	Numéro de dent traitée NGAP	RG_IP362[CP2]	Non renseigné
1870	Informations du PS salarié	RG_IP359[CP2]	Egales aux informations du PS salarié de l'acte support
1880-2	Identifiant du lieu d'exécution	RG_IP358	Egal au lieu d'exécution de l'acte support
1890-2	libellé identifiant réseau soin	RG_IP364[CP3]	Egales aux informations de l'acte support
2020-2	BR conventionnée	RG_VF301	*(cas général)*

Annexe 1-A1

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Phase Part Obligatoire

Intégrant l'Addendum n°8

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

Filtres possibles (chaque couple filtre doit être saisi seul dans un paragraphe ci-dessous) :

#MR AVEC

#MR SANS

(ne rien saisir dans cette ligne)

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

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

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.
Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1 Introduction 5

1.1 Présentation du document 5
1.2 Avertissements 5
1.3 Définitions et précisions 5

2 Acquisition des données Prestation 6

2.1 Données CCAM à saisir 6
2.1.1 Présentation générale 6
2.1.2 Précisions concernant les données des services SRT 7
2.1.3 Recherche du code acte CCAM 8
2.1.3.1 Recherche de codes CCAM par mot-clé 8
2.1.3.2 Recherche de codes CCAM par filtre 10
2.1.4 Règles RC et CC 11
2.1.4.1 RC1 – Code activité 11
2.1.4.2 RC2 – Code Phase de traitement 11
2.1.4.3 RC3 – Code modificateur 12
2.1.4.4 RC4 – Code modificateur et âge 13
2.1.4.5 RC5 – Spécialité de l'exécutant 13
2.1.4.6 RC6 – Frais de déplacement 14
2.1.4.7 RC7 – Entente préalable 15
2.1.4.8 RC8 – Nature d'assurance 15
2.1.4.9 RC9 – Code agrément radio de l'exécutant 16
2.1.4.10 RC11 – Code modificateur férié 16
2.1.4.11 RC12 – Codes modificateurs entre eux 17
2.1.4.12 RC13 – Age du bénéficiaire 18
2.1.4.13 RC14 - N°de dents 18
2.1.4.14 RC15-RC17 - Compatibilité des Associations d'actes~~ : règles~~ 19
2.1.4.15 RC18 - Code modificateur multiple 21
2.1.4.16 RC19 – Code forfait CMU-C 22
2.1.4.17 CC1 - Renseignement du code association 23
2.1.4.18 CC1bis – Déterminer les associations de la facture 23
2.1.4.19 CC3 - Utilisation d'un acte complémentaire 25
2.1.4.20 CC5 - Renseignement des numéros de dents 25
2.1.4.21 CC6 - Obligation du codage CCAM 27
2.1.4.22 CC7 - Code Regroupement 28
2.1.4.23 CC8 - Validité du code acte CCAM 28
2.1.4.24 CC9 - Valeur des modificateurs 30
2.1.4.25 CC9b - Valeur des modificateurs non tarifants 30
2.1.4.26 CC11 - Demande de remboursement exceptionnel 31
2.1.4.27 CC12 - Présence d'un acte CCAM avec un code regroupement 32
2.1.4.28 CC13 - Modificateurs pour les Organismes Complémentaires 32
2.1.4.29 CC14 - Demande de supplément de charge en cabinet 33
2.1.4.30 CC15 - Compatibilité entre le taux et le justificatif d'exonération du ticket modérateur 33
2.1.4.31 CC16 - Compatibilité entre date de naissance et date des soins 33

3 Tarification AMO 34

3.1 Détermination des montants 34
3.1.1 Hors CCAM 34
3.1.2 Spécificités CCAM 34
3.1.2.1 Cinématique générale 34
3.1.2.2 BC1 : Prix Unitaire 34
3.1.2.3 BC99 : Base de Remboursement 35
3.2 Détermination du taux de remboursement 37
3.2.1 Règles communes toutes nomenclatures 37
3.2.1.1 Compatibilité entre taux et justificatif d'exonération 37
3.2.2 Hors CCAM 37
3.2.3 Spécificités CCAM 38
3.2.3.1 TC1 : C-ExoPrevention 38
3.2.3.2 TC2-TC3-T5-T6 : C-ExoActe 39
3.2.3.3 TC4-TC5 : C-ExoFacture 40

4 Contrôle complet CCAM 44

4.1 Objet 44
4.2 Traitements 44
4.2.1 Partie Réglementation 44
4.2.2 Partie Tarification 45
4.3 Paramètres 46
4.4 Diagnostics 47

5 Zone d'échange SRT 52

5.1.1 Groupes utilisés par les Services Élémentaires SRT 52
5.1.2 Utilisation des Groupes par les services élémentaires SRT 54

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie A1 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement les traitements relatifs à la phase AMO pour la constitution de la facture, à savoir les étapes d'acquisition des données prestation, la tarification AMO, et le contrôle complet CCAM.

L'ensemble de ce document concerne uniquement les prestations de type de nomenclature « CCAM » à l'exception de la règle CC6 qui concerne toutes les prestations de type de nomenclature NGAP.

1.2 Avertissements

Dans le présent document est désigné par base CCAM l'ensemble des données CCAM gérées par le module SRT et désignées par ailleurs sous le terme de référentiel électronique. Il ne s'agit en aucun cas d'une base de données.

1.3 Définitions et précisions

Prestation CCAM

SFG IP RG_IP315

Dans la zone d'échange facture, une prestation CCAM est caractérisée par un couple 1610-2100.

Niveau acte

Les règles niveau acte sont à appliquer pour chaque ligne d'acte CCAM.

Niveau facture

Les règles de niveau facture sont applicables pour toutes les prestations CCAM de la facture et éventuellement les prestations NGAP (prestations CCAM et NGAP pour les règles TC4-TC5 et le contrôle complet CCAM).

SFG IP IP02.07.01 Préambule

2 Acquisition des données Prestation

2.1 Données CCAM à saisir

2.1.1 Présentation générale

① Recherche	**Recherche**		
	Recherche du code acte CCAM ▪ *Vérification de l'obligation du codage CCAM pour une lettre clé NGAP donnée* ▪ *Recherche (par mot clé ou par filtre)*	**CC6**	
② Saisie et contrôle des données de la prestation CCAM	**Saisie et contrôle des données de la prestation CCAM**		
	▪ Données saisies par le Professionnel de Santé et contrôlées par le progiciel		Pour chaque prestation CCAM
	Données obligatoires ▪ *Date d'exécution*	**CC16**	
	Données obligatoires ▪ *Code de l'acte*	**CC8; RC7; RC8**	
	Données obligatoires ▪ *Code activité*	**RC1; RC5; RC9**	
	Données facultatives ▪ *Code phase*	**RC2; RC13**	
	Données facultatives ▪ *Modificateur*	**CC9; RC3; RC4; RC11; RC12**	
	Données facultatives ▪ *Remboursement exceptionnel*	**CC11**	
	Données facultatives ▪ *N° de dent*	**RC14; CC5**	
	Données facultatives ▪ *Supplément de charge en cabinet*	**CC14**	
	▪ Données renseignées automatiquement par le progiciel		
	▪ *Code regroupement*	**CC7; CC12**	
	▪ *Modificateurs OC*	**CC13**	
③ Contrôle et finalisation de l'ensemble de la facture	**Contrôle et finalisation de l'ensemble de la facture**		
	A- Contrôle de l'ensemble de la facture *Compatibilité et association*	**CC3; RC6; RC15;RC17; RC18; RC19**	Pour l'ensemble de la FACTURE
	B- Renseignement du code association	**CC1**	Pour chaque prestation CCAM

Ce schéma décrit de façon détaillée l'enchaînement de l'ensemble des règles spécifiques aux prestations CCAM pour la phase d'acquisition des données prestation, et ce indépendamment de l'imbrication de prestations NGAP dans la facture.

Cet enchaînement s'appuie :

1. d'une part pour chaque prestation sur une première étape de recherche du code acte CCAM,
2. puis, pour chaque prestation, sur une deuxième étape de saisie et le contrôle des données de la prestation.
3. Pour cette deuxième étape, la chronologie de mise en œuvre dépend uniquement de l'ordre dans lequel sont saisies par le Professionnel de Santé les données relatives à la prestation. Dès qu'une donnée est saisie, les contrôles qui s'y rapportent peuvent être effectués. La présentation des règles de contrôle dans le schéma ci-avant en regard des données qu'elles requièrent, constitue donc une proposition de chronologie sans caractère obligatoire.
4. D'autre part sur une troisième étape de contrôle et de finalisation de l'ensemble de la facture, à savoir les compatibilités et les associations d'actes entre eux et le renseignement des codes association.

L'enchaînement de mise en œuvre à respecter nécessairement est le suivant :

①② : Pour chaque prestation CCAM : recherche (éventuelle) puis saisie et contrôle des données de la prestation (boucler sur tous les actes).

③-A : Contrôle de l'ensemble de la facture : compatibilités + détermination des associations d'actes.

③-B : pour chaque prestation CCAM gérer le renseignement du code association (saisi par le Professionnel de Santé).

2.1.2 Précisions concernant les données des services SRT

Dans chaque description des services du module SRT sont présentés les groupes de données d'entrée et les groupes de données de sortie.

Ces groupes, spécifiques aux fonctions du module SRT, sont numérotés de 3000 à 3600.

Certaines des données qui constituent ces groupes sont celles qui figureront dans la facture. C'est pourquoi il est précisé (en regard à droite), pour chacune des données à transmettre dans la facture, le groupe et le champ de la facture dans lequel la donnée est à renseigner.

Données relatives à l'exécutant

Dans le cas où le Professionnel de Santé qui effectue la prestation est différent de celui qui établit la facture, les données relatives à l'exécutant sont celles qui constitueront le groupe 1870. Dans le cas contraire, les données relatives à l'exécutant sont celles qui constitueront le groupe 1120.

Les données concernées sont :

- Le N° d'identification de l'exécutant
- Le code conventionnel de l'exécutant
- Le code spécialité de l'exécutant

Date de référence

La donnée « date de référence » utilisée en entrée des services SRT représente la date à laquelle le progiciel met en œuvre le service SRT en question. Il s'agit donc de la date d'exécution des soins pour l'acte CCAM traité.

Groupes multi-occurrents

Le caractère multi-occurrent d'un groupe de données en entrée ou en sortie des fonctions SRT est précisé par une lettre (N la plupart du temps) à gauche du n° du groupe.

2.1.3 Recherche du code acte CCAM

La recherche d'actes CCAM peut se faire suivant deux modes :

1. **Recherche par mot-clé**. Le progiciel donne aux SRT un mot-clé. Les SRT retournent les codes de tous les actes qui font référence à ce mot-clé.
2. Cette fonction s'appuie sur le glossaire de la base CCAM.
3. **Recherche par filtre**. Le progiciel précise les n premiers caractères du code des actes recherchés, et les SRT retournent la liste de tous les actes dont les codes commencent par ces caractères.
4. Comme, dans la CCAM, les 4 premiers caractères d'un code de l'acte indiquent une topographie, une action, une voie d'abord ou une technique, cette recherche s'apparente à une recherche sur les typologies d'actes.

2.1.3.1 Recherche de codes CCAM par mot-clé

Règle

SFG AP RG AP009

Fonction à utiliser

SRT_RechercherParMotCle

A partir d'un mot-clé donné, cette fonction retourne au progiciel la liste des codes des actes CCAM qui font référence à ce mot-clé.

On dit qu'un acte fait référence à un mot-clé si ce dernier est présent dans l'un des champs textuels associés à cet acte, à savoir les libellés (court et long), le champ « conditions générales » et les notes.

La recherche peut porter sur les champs suivants :

Champ à examiner	Valeur numérique associée au champ	
• tous les champs,	0	
• les libellés courts,	1	$= 2^0$
• les libellés longs,	2	$= 2^1$
• les conditions générales,	4	$= 2^2$
• les notes de type « à l'exclusion de …»	8	$= 2^3$
• les notes de type « comprend …»	16	$= 2^4$

Champ à examiner	Valeur numérique associée au champ	
• les notes de type « avec ou sans …»	32	$= 2^5$
• les notes de type « par…, on entend …»	64	$= 2^6$
• les notes de type « par exemple …»	128	$= 2^7$
• les notes de type « coder éventuellement …»	256	$= 2^8$
• les notes de type « modificateur implicite …»	512	$= 2^9$
• les notes de type « inclut …»	1024	$= 2^{10}$
• les notes non structurées.	2048	$= 2^{11}$
• toutes les notes,	4088	$= \Sigma\ (2^3+2^4+\ldots 21^1)$

Il convient donc de préciser en donnée d'entrée le ou les champs dans lesquels la recherche doit être effectuée :

Pour cela, le progiciel indique dans le paramètre d'entrée « Cadre de Recherche » la somme des valeurs numériques de chaque champ à examiner.

Par exemple pour rechercher dans toutes les notes, le paramètre doit prendre la valeur $2^3 + \ldots + 2^{11} = 4088$.

La valeur 0 permet d'effectuer la recherche dans tous les champs textuels.

Les paramètres en entrée

Mot-Clé

Mot-clé sur lequel doit s'effectuer la recherche.
La chaîne doit être ni vide ni être un pointeur nul.

Cadre de Recherche

Valeur numérique précisant dans quels champs textuels doit s'effectuer la recherche du mot-clé

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3000	**Groupe** *Liste de codes actes*
	Nombre de codes actes
	Code de l'acte n°1
	Code de l'acte n°2
	…
	Code du dernier acte

2.1.3.2 Recherche de codes CCAM par filtre

Règle

SFG AP RG_AP010

Fonction à utiliser

SRT_RechercherParFiltre

Cette fonction retourne au progiciel les codes des actes CCAM dont le code affiné commence par certains caractères. Le progiciel utilise pour cela un filtre qui contient les n premiers caractères des actes recherchés.

Les paramètres en entrée

Filtre	
	Chaîne de caractère précisant les premiers caractères des codes des actes recherchés. Entre 0 et 4 caractères.

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3000	**Groupe** *Liste de codes actes*
	Nombre de codes actes
	Code de l'acte n°1
	Code de l'acte n°2

	…
	Code du dernier acte

Remarque

Si le filtre est vide, les SRT retournent les codes affinés de tous les actes CCAM.

SFG AP RG_AP010 [CP1]

2.1.4 Règles RC et CC

2.1.4.1 RC1 – Code activité

Règle

SFG IP RG_IP_RC1

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-2)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **CCAM-2**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
3100	**Groupe** *Niveau acte*
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
N 3118	**Groupe** *Type Code qualifié*
	Code activité
	Libellé du code activité

2.1.4.2 RC2 – Code Phase de traitement

Règle

SFG IP RG_IP_RC2

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-4a)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **CCAM-4a**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
3101	**Groupe** *Niveau activité*
	Code de l'acte
	Code activité

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3111	**Groupe** *Type Nombre*
	Nombre maximum de phases de traitement autorisées

2.1.4.3 RC3 – Code modificateur

Règle

SFG_IP_____RG_IP_RC3

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-6)

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **CCAM-6**	
Date de référence		
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ	
Groupes d'entrée		
3101	**Groupe** *Niveau activité*	
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
N 3118	**Groupe** *Type Code qualifié*
	Code modificateur compatible

	Libellé du code modificateur compatible

2.1.4.4 RC4 – Code modificateur et âge

Règle

SFG IP RG_IP_RC4

Fonction à utiliser

SRT_ControlerDonnees (C-Age-1)

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Age-1**	
Date de référence		
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle	1610-2
Groupes d'entrée		
3210	**Groupe** *Paramètres du service C-Age-1*	
	Date de naissance du bénéficiaire	1130-4
	Code modificateur	2100-6
		ou 2100-7
		ou 2100-8
		ou 2100-9

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

2.1.4.5 RC5 – Spécialité de l'exécutant

Règle

SFG IP RG_IP_RC5

Fonction à utiliser

SRT_ControlerDonnees (C-Executant)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Executant**
Date de référence	

	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle : date d'exécution des soins
Groupes d'entrée	
3220	**Groupe** *Paramètres du service C-Executant*
	Code spécialité de l'exécutant 1870-4 ou sinon 1120-6
	Code de l'acte 2100-2
	Code activité 2100-4

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

2.1.4.6 RC6 – Frais de déplacement

Règle

SFG IP RG_IP_RC6

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-41)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **CCAM-41**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3100	**Groupe** *Niveau acte*
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3118	**Groupe** *Type Code qualifié*
	Code frais de déplacement
	Libellé du Code frais de déplacement

Remarques

Le code « frais de déplacement » prend l'une des valeurs suivantes :

- A : Autorise les frais de déplacement (indemnités kilométriques et/ou indemnités de déplacement
- B : Autorise les indemnités de déplacement uniquement

- C : Autorise les indemnités kilométriques uniquement
- N : Interdit les frais de déplacement

2.1.4.7 RC7 – Entente préalable

Règle

SFG CF RG_CF_RC7

SFG CF RG_CF323

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-24)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **CCAM-24**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3100	**Groupe** *Niveau acte*
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3116	**Groupe** *Type Booléen*
	Top nécessité d'une entente préalable • « O » = acte soumis à entente préalable • « N » = acte non soumis à entente préalable

2.1.4.8 RC8 – Nature d'assurance

Règle

SFG CF RG_CF_RC8

Fonction à utiliser

SRT_ControlerDonnees (C-Assurance)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Assurance**

Date de référence	
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle : date d'exécution des soins
Groupe d'entrée	
3230	**Groupe** *Paramètres du service C-Assurance*
	Nature d'assurance ~~15xx~~ EF_CF02_02
	Code de l'acte 2100-2

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

2.1.4.9 RC9 – Code agrément radio de l'exécutant

Règle

SFG IP RG_IP_RC9

Fonction à utiliser

SRT_ControlerDonnees (C-Radio)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Radio**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle : date d'exécution des soins
Groupe d'entrée	
3240	**Groupe** *Paramètres du service C-Radio*
	Code agrément 1 1120-9 si l'exécutant est celui qui établit la facture
	Code de l'acte 2100-2
	Code activité 2100-4

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

2.1.4.10 RC11 – Code modificateur férié

Règle

SFG IP RG_IP_RC11

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB08-1)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **TB08-1**
Date de référence	
	Date à examiner
Groupes d'entrée	
3120	**Groupe** *Numéro de caisse*
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3116	**Groupe** *Type Booléen*
	Top jour férié : • « O » = jour férié • « N » = jour non férié

2.1.4.11 RC12 – Codes modificateurs entre eux

Règle

SFG IP RG_IP_RC12

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB09-1)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **TB09-1**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
2 3121	**Groupe** *Modificateur*
	Code modificateur

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie

3116	**Groupe** *Type Booléen*
	Top modificateur compatible • « O » = les deux modificateurs sont compatibles entre eux • « N » = les deux modificateurs sont incompatibles entre eux

2.1.4.12 RC13 – Age du bénéficiaire

Règle

SFG IP RG_IP_RC13

SFG IP RG_IP366 [CP1]

Fonction à utiliser

SRT_ControlerDonnees (C-Age-2)

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Age-2**	
Date de référence		
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle : date d'exécution des soins	
Groupes d'entrée		
3250	**Groupe** *Paramètres du service C-Age-2*	
	Date de naissance du bénéficiaire	1130-4
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4
	Code phase de traitement	2100-5

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

2.1.4.13 RC14 - N°de dents

Règle

SFG IP RG_IP_RC14

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-Dent)

Cette fonctionnalité vérifie pour un numéro de dent donné sa compatibilité (conformément à la règle RC14 à respecter) avec l'acte/activité/phase donné.

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Dent**	
Groupes d'entrée		
3300	**Groupe** *Ligne d'acte CCAM pour le service C-Dent*	
	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4
	Code phase de traitement	2100-5
2200	**Groupe** *Liste des dents traitées (acte CCAM)*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	N° de la dent n° 1	2200-2
	N° de la dent n° 2	2200-3
	…	
	N° de la dent n° 16	2200-17

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
3301	**Groupe** *Compatibilités Dents*	
	N° de la prestation	1610-1
	Top compatibilité de la dent n°1	
	Top compatibilité de la dent n°2	
	…	
	Top compatibilité de la dent n°16	

Remarques

Les champs « N° de dent n° 2 » à « N° de dent n° 16 » sont facultatifs en entrée.

Un top compatibilité est renseigné en sortie si un n° de dent correspondant a été renseigné en entrée.

Un top compatibilité, si renseigné, prend l'une des 2 valeurs suivantes :

- « O » = numéro de dent compatible
- « N » = numéro de dent incompatible

2.1.4.14 RC15-RC17 - Compatibilité des Associations d'actes ~~: règles~~

Règles

SFG IP RG_IP_RC15

SFG IP RG_IP_RC17

~~SFG IP RG_IP316~~

Ces ~~deux~~ règles sont automatisées par le service C-Compatibilité.

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-Compatibilité)

Cette fonctionnalité permet de vérifier la compatibilité de plusieurs codes acte entre eux. Cette fonctionnalité retourne pour chaque acte un diagnostic :

Cas sans erreur :

- l'acte est compatible avec les autres actes ;
- l'acte appartient à la même procédure P que l'acte X; le Professionnel de Santé peut cependant les associer en renseignant le code « association non prévue » (cas des actes sur les organes multiples) ;

Cas avec erreur :

- l'acte est incompatible médicalement avec l'acte X ; le Professionnel de Santé ne peut pas les associer ;
- l'acte appartient à la même procédure P que l'acte X ; le Professionnel de Santé ne peut pas les associer.

S'il y a plusieurs erreurs sur un acte, les SRT ne retournent que la première erreur trouvée.

Si le Professionnel de Santé a outrepassé la règle suivante :

- CC8 (forçage du code de l'acte),

les SRT ne contrôlent pas la compatibilité de l'acte forcé, ni des actes effectués à la même date.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Compatibilité**	
Groupes d'entrée		
N 3310	**Groupe** *Ligne d'acte CCAM pour les services C-Compatibilité et C-Association*	
	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4
	N° d'identification de l'exécutant	1870-2 ou sinon 1120-1
	Clé du n° d'identification de l'exécutant	1870-3 ou sinon 1120-2
R 3530	**Groupe** *Règle outrepassée*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Référence de la règle outrepassée	

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
M 3311	**Groupe** *Compatibilité acte*	
	N° de la prestation	1610-1
	Top compatibilité acte CCAM 'O' = acte compatible avec tous les autres actes 'N' = acte incompatible avec un autre acte	
	Code diagnostic compatibilité '1' = acte compatible '2' = acte appartenant à la même procédure qu'un autre, mais pouvant être associé '3' = acte appartenant à la même procédure qu'un autre et ne pouvant donc pas être associé '4' = acte incompatible médicalement avec un autre	
	Libellé diagnostic compatibilité • « L'acte X est compatible avec les autres actes. » • « L'acte X appartient à la même procédure P que l'acte Y; ces deux actes peuvent cependant être associés en renseignant le code « association non prévue ». » • « L'acte X appartient à la même procédure P que l'acte Y; ces deux actes ne peuvent pas être associés. » • « L'acte X est incompatible médicalement avec l'acte Y; ces deux actes ne peuvent pas être associés. »	
	Code de l'acte Y incompatible avec l'acte courant (le cas échéant)	
	Code de la procédure P à laquelle appartient l'acte courant (le cas échéant)	
P 3531	**Groupe** *Traitement non effectué*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1

Remarque

N=M+P : Pour chacune des N prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3311 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données)

2.1.4.15 RC18 - Code modificateur multiple

Règle

SFG IP RG_IP_RC18

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB10-2)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **TB10-2**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ.
Groupe d'entrée	
3121	**Groupe** *Modificateur*
	Code modificateur

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3116	**Groupe** *Type Booléen*
	Top présence multiple : • « O » = le modificateur peut être utilisé plusieurs fois • « N » = le modificateur ne peut pas être utilisé plusieurs fois

2.1.4.16 RC19 – Code forfait CMU-C

Règle

SFG IP_____RG_IP_RC19

Fonction à utiliser

SRT_ControlerDonnees (C-ForfaitCMU)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-ForfaitCMU**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle : date d'exécution du forfait CMU et de l'acte CCAM support.
Groupes d'entrée	
3260	**Groupe** *Paramètres du service C-ForfaitCMU*
	Code de l'acte 2100-2
	Code forfait CMU-C 1610-4

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

2.1.4.17 CC1 - Renseignement du code association

Règle

SFG IP RG_IP_CC1

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB02-2)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **TB02-2**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3103	**Groupe** *Contexte tarifaire*
	Contexte tarifaire PS
	Contexte tarifaire BS

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
N 3118	**Groupe** *Type Code qualifié*
	• Valeur du code association applicable
	• Libellé du code association applicable

2.1.4.18 CC1bis – Déterminer les associations de la facture

Règles

~~SFG IP RG_IP316~~

SFG IP RG_IP_CC1bis

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-Association)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer parmi l'ensemble des actes fournis en entrée toutes les associations d'actes et pour chaque association d'identifier s'il d'agit d'une association prévue ou non prévue. En fonction de quoi le code association non prévu de chaque acte/activité/phase devra être renseigné conformément à la règle CC1.

Si le Professionnel de Santé a outrepassé une au moins des règles suivantes :

- CC8 (forçage du code de l'acte),
- RC1 (forçage du code activité),

les SRT ne contrôlent pas le type d'association pour l'acte forcé, ni pour les actes associés.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

Remarque

Ce service doit être appelé **après** le service C-Compatibilité qui s'assurera auparavant que les actes sont bien compatibles entre eux.

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Association**	
Groupes d'entrée		
N 3310	**Groupe** *Ligne d'acte CCAM pour les services C-Compatibilité et C-Association*	
	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4
	N° d'identification de l'exécutant	1870-2 ou sinon 1120-1
	Clé du n° d'identification de l'exécutant	1870-3 ou sinon 1120-2
R 3530	**Groupe** *Règle outrepassée*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Référence de la règle outrepassée	

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
M 3321	**Groupe** *Association*	
	N° de la prestation	1610-1
	N° de l'association à laquelle appartient la prestation	
	Type d'association : «P»: association prévue «N» : association non prévue «D»: association prévue de type dentaire «E»: association non prévue de type dentaire	
P 3531	• **Groupe** Traitement non effectué	
	• N° de la prestation (de rattachement)	1610-1

Remarque

N=M+P : Pour chacune des N prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3311 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données)

2.1.4.19 CC3 - Utilisation d'un acte complémentaire

Règle

SFG IP RG_IP_CC3

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-9)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **CCAM-9**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
3100	**Groupe** *Niveau acte*
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3118	**Groupe** *Type Code qualifié*
	• Type du code de l'acte
	• Libellé du type de code

Remarques

Le type de code peut prendre les valeurs suivantes :

- 0 : acte isolé
- 1 : procédure
- 2 : acte complémentaire

2.1.4.20 CC5 - Renseignement des numéros de dents

Règle

SFG IP RG_IP_CC5

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-43a)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **CCAM-43a**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3102	**Groupe** *Niveau Phase*
	Code de l'acte
	Code activité
	Code phase de traitement

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3116	**Groupe** *Type Booléen*
	Top acte dentaire : • « O » = acte dentaire • « N » = acte non dentaire
3111	**Groupe** *Type Nombre*
	Nombre minimum de dents à traiter

Remarque

Le second groupe de sortie 3111 est fourni uniquement dans le cas d'un acte dentaire.

2.1.4.21 CC6 - Obligation du codage CCAM

Règle

SFG IP RG_IP_CC6

Fonction à utiliser

SRT_ControlerDonnees (C-Ccam)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer si une lettre clé NGAP doit être remplacée par un codage CCAM ou non à la date d'exécution des soins et en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé.

Cette fonction retourne une erreur si le code prestation fourni en entrée est un code regroupement CCAM.

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Ccam**	
Date de référence		
	Date de référence à laquelle la règle est appliquée : date d'exécution de la prestation	1610-2
Groupes d'entrée		
3200	**Groupe** *Paramètres du service C-Ccam*	
	Code spécialité de l'exécutant	1870-4 ou sinon 1120-6
	Code prestation	1610-4

Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle : OK ou KO

- OK = le code prestation NGAP est utilisable
- KO = le code prestation NGAP doit être remplacé par un codage CCAM

2.1.4.22 CC7 - Code Regroupement

Règle

SFG IP RG_IP_339 [CP2]

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-42)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **CCAM-42**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3101	**Groupe** *Niveau activité*
	Code de l'acte
	Code activité

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3118	**Groupe** *Type Code qualifié*
	Code regroupement
	Libellé du Code regroupement
3130	**Groupe** *Date modification*
	Date d'effet de la modification par le Professionnel de Santé du code regroupement dans le référentiel électronique

Remarque

Le second groupe de sortie 3130 est fourni uniquement dans le cas où le code regroupement retourné est issu d'une modification effectuée par le Professionnel de Santé et non pas *du référentiel CCAM d'origine.*

2.1.4.23 CC8 - Validité du code acte CCAM

Règle

SFG IP RG_IP_CC8

Fonctions à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-18)

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-19)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. : Il doit prendre : • la valeur **CCAM-18** pour la recherche **de la date de début de validité** du code de l'acte donné : ou • la valeur **CCAM-19** pour la recherche **de la date de fin de validité** du code de l'acte donné :
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
3100	**Groupe** *Niveau acte*
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3113	**Groupe** *Type Date*
	• Date de début de validité du code de l'acte donné ou • Date de fin de validité du code de l'acte donné

Remarque

Il se peut que la date de fin de l'acte ne soit pas renseignée dans la base CCAM. Dans ce cas le groupe de sortie 3113 sera non renseigné.

Pour vérifier que le code de l'acte existe dans la base CCAM, le progiciel peut utiliser le service de consultation en utilisant l'identifiant CCAM-1.

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-1)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre : la valeur **CCAM-1**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
3100	**Groupe** *Niveau acte*
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3116	**Groupe** *Type Booléen*
	Top existence : « O » = le code existe dans la base CCAM « N » = le code n'existe pas dans la base CCAM

Remarque

Le code de l'acte CCAM renseigné en entrée est considéré existant dans la base CCAM (top existence valorisé à « O ») dès qu'il y est présent, et ce quel que soient ses dates de début et de fin de validité par rapport à la date de référence renseignée en entrée.

2.1.4.24 CC9 - Valeur des modificateurs

Règle

SFG IP RG_IP_CC9

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB11-3)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **TB11-3**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3103	**Groupe** *Contexte tarifaire*
	Contexte tarifaire PS
	Contexte tarifaire BS

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
N 3118	**Groupe** *Type Code qualifié*
	Code modificateur applicable
	Libellé du code modificateur applicable

2.1.4.25 CC9b - Valeur des modificateurs non tarifants

~~**CC9b**~~	~~Valeur des modificateurs non tarifants~~

Règle

SFG IP RG_IP_CC9

~~Cette règle est identique à la règle CC9.~~

Remarque

La distinction entre ces 2 références sert uniquement à distinguer les modificateurs non tarifants (CC9b) des modificateurs tarifants (CC9). Cette distinction est nécessaire pour les cas de forçage et également pour les diagnostics du contrôle complet.

~~Remarque~~

~~Cette règle est à appliquer autant de fois que de modificateurs saisis par le Professionnel de Santé.~~

~~Mise en œuvre~~

~~La mise en œuvre de cette règle est identique à celle appliquée pour la règle CC9.~~

2.1.4.26 CC11 - Demande de remboursement exceptionnel

Règle

SFG CF RG_CF321

SFG CF RG_CF_CC11

SFG VF RG_VF_BC4 [CP2]

SFG VF RG_VF_T13 [CP2]

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-22)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur **CCAM-22**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3100	**Groupe** *Niveau acte*
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3118	**Groupe** *Type Code qualifié*

	Code valeur de l'admission au remboursement 1 : acte remboursable 2 : acte non remboursable 3 : acte remboursable sous condition Libellé du code valeur de l'admission au remboursement

2.1.4.27 CC12 - Présence d'un acte CCAM avec un code regroupement

CC12	Présence d'un acte CCAM avec un code regroupement

Règle

Pour une nature de prestation (1610-4) renseignée avec un code regroupement, il est nécessaire que les données CCAM associées soient jointes dans la facture.

Mise en œuvre

Le progiciel doit assurer que tout groupe prestation (1610) contenant un code regroupement soit complété d'un groupe 2100 renseigné.

2.1.4.28 CC13 - Modificateurs pour les Organismes Complémentaires

Règle

SFG IP RG_IP_CC13

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB15-2)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **TB15-2**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3111	**Groupe** *Type Nombre*
	Nombre de modificateurs AMC transmissibles

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (TB15-1)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **TB15-1**
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3121	**Groupe** *Modificateur*
	Code modificateur

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3110	**Groupe** *Type Code*
	Code modificateur AMC

2.1.4.29 CC14 - Demande de supplément de charge en cabinet

Règle

SFG IP RG_IP_CC14

Mise en œuvre

Le code lieu d'exécution est le champ 1610-3.

Le code supplément de charge est le champ 2100-12.

L'identifiant du lieu d'exécution de l'acte est le champ 1880-2.

2.1.4.30 CC15 - Compatibilité entre le taux et le justificatif d'exonération du ticket modérateur

Cf. 3.2.1.1 Compatibilité entre taux et justificatif d'exonération

2.1.4.31 CC16 - Compatibilité entre date de naissance et date des soins

Règle

SFG IP RG_IP_CC16

3 Tarification AMO

3.1 Détermination des montants

3.1.1 Hors CCAM

Voir Annexe 2

3.1.2 Spécificités CCAM

3.1.2.1 Cinématique générale

④ Tarification	Tarification de la facture		
	Détermination du PU - *Pour chaque ligne d'acte*	***BC1***	Pour l'ensemble de la FACTURE
	Détermination de la BR - *Pour chaque ligne d'acte*	***BC99***	Pour l'ensemble de la FACTURE

3.1.2.2 BC1 : Prix Unitaire

Règle

SFG IP RG_IP_CC16

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-Pu)

Cette fonctionnalité a pour objet de calculer le prix unitaire de chaque ligne d'acte (acte/activité/phase) de la facture.

Si le Professionnel de Santé a outrepassé une au moins des règles suivantes :

- CC8 (forçage du code de l'acte),
- RC1 (forçage du code activité),
- RC2 (forçage du code phase),

les SRT ne calculent pas le prix unitaire de l'acte forcé.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Pu**	
Groupes d'entrée		
3400	**Groupe** *Informations PS*	
	Code conventionnel	1870-7 ou sinon 1120-5
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant	
N 3410	**Groupe** *Ligne d'acte CCAM pour le service C-Pu*	

	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4
	Code phase de traitement	2100-5
N 3470	**Groupe** *Ligne d'acte Contexte tarifaire*	
	N° de la prestation	1610-1
	Contexte tarifaire PS	
	Contexte tarifaire BS	
R 3530	**Groupe** *Règle outrepassée*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Référence de la règle outrepassée	

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
M 3411	**Groupe** *Prix Unitaire*	
	N° de la prestation	1610-1
	Prix unitaire	1610-11
P 3531	**Groupe** *Traitement non effectué*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1

N=M+P : Pour chacune des N prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3411 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données)

3.1.2.3 BC99 : Base de Remboursement

Règle

SFG VF RG_VF_BC4

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-Base)

Cette fonctionnalité a pour objet de calculer la base de remboursement de chaque ligne d'actes de la facture (acte/activité/phase).

Si le Professionnel de Santé a outrepassé une au moins des règles suivantes :

- CC8 (forçage du code de l'acte),
- RC1 (forçage du code activité),
- RC2 (forçage du code phase),
- CC9 (forçage d'un code modificateur),
- CC1 (forçage du code association),

les SRT ne calculent pas la base de remboursement de l'acte forcé, ni des actes associés.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-Base**	
Groupes d'entrée		
3400	**Groupe** *Informations PS*	
	Code conventionnel	1870-7 ou sinon 1120-5
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant	
N 3420	**Groupe** *Ligne d'acte CCAM pour le service C-Base*	
	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Lieu d'exécution	1610-3
	Identifiant lieu d'exercice	1880-2
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4
	Code phase de traitement	2100-5
	Code modificateur 1	2100-6
	Code modificateur 2	2100-7
	Code modificateur 3	2100-8
	Code modificateur 4	2100-9
	Code association	2100-10
	Code remboursement exceptionnel	2100-11
	Supplément de charge	2100-12
	N° d'identification de l'exécutant	1870-2 ou sinon 1120-1
	Clé du n° d'identification de l'exécutant	1870-3 ou sinon 1120-2
N 3470	**Groupe** *Ligne d'acte Contexte tarifaire*	
	N° de la prestation	1610-1
	Contexte tarifaire PS	
	Contexte tarifaire BS	
N 3411	**Groupe** *Prix Unitaire*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Prix unitaire	1610-11
R 3530	**Groupe** *Règle outrepassée*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Référence de la règle outrepassée	

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
M 3421	**Groupe** *Base remboursement*	
	N° de la prestation	1610-1
	Base de remboursement	1610-12
	Base de remboursement hors forfaits	
	Base de remboursement conventionnée AMO	2020-2
P 3531	**Groupe** *Traitement non effectué*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1

N=M+P : Pour chacune des N prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3421 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données).

Remarques

En entrée il faut fournir un groupe 3411 pour chaque groupe 3420.

Pour chaque ligne d'acte CCAM, le groupe 3411 attendu en entrée est celui obtenu en sortie du service C-Pu.

3.2 Détermination du taux de remboursement

3.2.1 Règles communes toutes nomenclatures

3.2.1.1 Compatibilité entre taux et justificatif d'exonération

Règle

SFG VF RG_VF_CC15

Mise en œuvre

Cette règle n'est pas automatisée par SRT. Le progiciel doit donc la mettre en œuvre lui-même lors de la constitution de la facture.

Pour les actes CCAM ainsi que leurs frais de déplacements associés, cette règle est mise en œuvre au cours du contrôle complet CCAM et identifiée sous la référence CC15 (en cas de retour de diagnostic).

3.2.2 Hors CCAM

Application des règles des SFG-Facturation : cf. VF : opération VF02.

3.2.3 Spécificités CCAM

⑤ Exonération	Détermination du taux et du justificatif d'exonération		
	Exonération liée à l'acte	***TC1 : C-ExoPrevention*** ***TC2-3 : C-ExoActe***	ACTE
	Exonération liée à la facture	***TC5 : C-ExoFacture***	Pour l'ensemble de la FACTURE

3.2.3.1 TC1 : C-ExoPrevention

Règle

Cette règle TC1 correspond à la fois au contrôle du motif d'exonération et à la détermination du taux dans le cadre d'un dispositif de la prévention.

SFG CF RG_CF_TC1

SFG VF RG_VF_T12[CP1]

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-ExoPrevention)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer pour une ligne d'acte de la facture (acte/activité/phase) si l'acte peut ou doit être exonéré dans le cadre d'un dispositif de prévention et renseigne en sortie son taux de remboursement et son code justificatif d'exonération s'il y a lieu.

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-ExoPrevention**	
Groupes d'entrée		
3430	**Groupe** *Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoPrevention*	
	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Code de l'acte	2100-2
	Top dispositif de prévention • 'O' = Soins effectués dans le cadre d'un dispositif de prévention • 'N' = Soins effectués hors du cadre d'un dispositif de prévention	EF_CF08_07

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie

3431	**Groupe** *Taux remboursement*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Taux de remboursement	1610-13
	Code Justificatif d'exonération du TM	1820-2

Remarque

Dans le groupe 3431, les informations taux de remboursement (champ 3431-2) et code justificatif d'exonération champ 3431-3) sont renseignés uniquement si l'acte est exonéré.

3.2.3.2 TC2-TC3-T5-T6 : C-ExoActe

Règle

SFG_VF_____RG_VF_TC23

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-ExoActe)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer pour une ligne d'acte de la facture (acte/activité/phase) si l'acte est exonéré et éventuellement exonérant pour l'ensemble de la facture et renseigne en sortie son taux de remboursement et son code justificatif d'exonération s'il y a lieu.

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-ExoActe**	
Groupes d'entrée		
3400	**Groupe** *Informations PS*	
	Code conventionnel	1870-7 ou sinon 1120-5
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant	
3440	**Groupe** *Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoActe*	
	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Code de l'acte	2100-2
	• Motif d'exonération de l'acte	
3421	• **Groupe** Base remboursement	
	• N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	• Base de remboursement	1610-12
	• Base de remboursement hors forfaits	
	• Base de remboursement conventionnée AMO	

Remarques

Le motif d'exonération en entrée n'est pas nécessairement renseigné.

Si renseigné, il prend la valeur suivante :

N' = Soins exonérés pour les nouveaux nés ou dans le cadre d'un traitement exonérant.

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
3431	**Groupe** *Taux remboursement*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Taux de remboursement	1610-13
	Code Justification d'exonération du ticket modérateur	1820-1
3441	Groupe Exonération autres actes (niveau acte)	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Top exonération autres actes • 'O' = L'acte exonère les autres actes de la facture dispensés à la même date • 'N' = L'acte n'exonère pas les autres actes de la facture dispensés à la même date.	

Remarques

Dans le groupe 3431, les informations taux de remboursement (champ 3431-2) et code justificatif d'exonération champ 3431-3) ne sont renseignés que si l'acte est exonéré.

3.2.3.3 TC4-TC5 : C-ExoFacture

Règle

SFG VF RG_VF_TC45

Fonction à utiliser

SRT_AppliquerRegle (C-ExoFacture)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer pour chaque lignes d'actes de la facture (acte/activité/phase) si les actes sont exonérés soit par la règle du seuil facture, soit par la présence d'un acte exonérant et renseigne en sortie les taux de remboursement et codes justificatif d'exonération s'il y a lieu.

Si le Professionnel de Santé a outrepassé une au moins des règles suivantes :

- CC8 (forçage du code de l'acte),
- RC1 (forçage du code activité),
- RC2 (forçage du code phase),
- CC9 (forçage d'un code modificateur),
- CC1 (forçage du code association),
- BC99 (forçage de la base de remboursement),

la fonction n'applique pas la règle du seuil facture pour l'acte forcé ni pour les actes effectués à la même date.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur **C-ExoFacture**	
Groupes d'entrée communs		
3400	***Informations PS***	
	Code conventionnel	1870-7 ou sinon 1120-5
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant	
Groupes d'entrée relatifs aux M prestations CCAM		
M 3450	**Groupe** *Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoFacture*	
	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Code de l'acte	2100-2
M 3421	**Groupe** *Base remboursement*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Base de remboursement	1610-12
	Base de remboursement forfaits	
	Base de remboursement conventionnée AMO	
M 3431	**Groupe** *Taux remboursement*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Taux de remboursement	1610-13
	Code Justification d'exonération du ticket modérateur	1820-1
M 3441	**Groupe** *Exonération autres actes (niveau acte)*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Top Exonération autres actes	
K 3530	**Groupe** *Règle outrepassée*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Référence de la règle outrepassée	
P 3462	**Groupe** *frais de déplacement pour le service C-ExoFacture*	
	N° de la prestation	1620-1 ou 1630-1
	Date d'exécution	1620-2 ou 1630-2
	Code IFD ou type IK	1620-3 1630-3
	Taux de remboursement	1620-8 ou 1630-8
Groupes d'entrée relatifs aux N prestations NGAP (hors déplacement)		
N 3460	**Groupe** *Prestation NGAP pour le service C-ExoFacture*	
	N° de la prestation	1610-1

	Date d'exécution	1610-2
	Code prestation	1610-4
N 3431	**Groupe** *Taux remboursement*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Taux de remboursement	1610-13
	Code Justification d'exonération du ticket modérateur	1820-1
R 3462	**Groupe** *frais de déplacement pour le service C-ExoFacture*	
	N° de la prestation	1620-1 ou 1630-1
	Date d'exécution	1620-2 ou 1630-2
	Code indemnité forfaitaire de déplacement ou type indemnité kilométrique	1620-3 1630-3
	Taux de remboursement	1620-8 ou 1630-8

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie relatifs à chaque ligne d'acte		
T-J 3431	**Groupe** *Taux remboursement*	
	N° de la prestation	1610-1
	Taux de remboursement	1610-13
	Code Justification d'exonération du ticket modérateur	1820-1
J 3531	**Groupe** *Traitement non effectué*	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1

Pour chacune des **T** prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3431 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données).

T=M+N+P+R : Prestations CCAM+déplacements associés+Prestations NGAP+déplacements associés

Remarques

Données d'entrée

- En entrée il faut fournir pour chaque ligne d'acte CCAM :
  - un groupe 3450
  - un groupe 3421
  - un groupe 3431
  - un groupe 3441
- et éventuellement
  - 0 à k groupes 3530 : un pour chaque règle forcée relativement à cette ligne d'acte
  - 0 à p groupes 3462 : un pour chaque déplacement rattaché à cette ligne d'acte.
- et pour chaque ligne d'acte NGAP (hors déplacements):
  - un groupe 3460
  - un groupe 3431

- et éventuellement
  - 0 à r groupes 3462: un pour chaque déplacement rattaché à cette ligne d'acte.
- Pour chaque ligne d'acte CCAM :
  - le groupe 3421 attendu en entrée est celui obtenu en sortie du service C-Base.
  - le groupe 3441 attendu en entrée est celui obtenu en sortie du service C-ExoActe.
- Le groupe 3441 est facultatif en données d'entrée.

Données de sortie

- Les informations taux de remboursement (champ 3431-2) et code justificatif d'exonération (champ 3431-3) sont modifiées uniquement pour les actes non encore exonérés pour lesquels SRT détermine une raison spécifique d'exonération de l'acte (présence d'un acte ou d'un cumul d'actes exonérant la facture). Dans le cas contraire les valeurs d'entrée sont reprises.

4 Contrôle complet CCAM

4.1 Objet

La fonction de Contrôle Complet CCAM a pour objet de contrôler complètement les données d'une facture, vis-à-vis de la réglementation CCAM, c'est à dire conformément à l'ensemble des règles CCAM stipulées aux paragraphes précédents : 2.1 Données CCAM à saisir et 3.1.2 Spécificités CCAM

Son utilisation par le progiciel est **obligatoire**. Elle intervient après la constitution de facture et avant la tarification AMC et la mise en forme des factures par le module SSV.

La fonction de Contrôle Complet CCAM applique la totalité des contrôles prévus par la réglementation (tous les contrôles sont effectués), même si des erreurs sont détectées en cours.

Cette fonction retourne une liste de diagnostics décrivant les erreurs détectées. Le progiciel doit alors demander au Professionnel de Santé de corriger les données de la feuille de soins.

Règles de remplissage des groupes nécessaires au Contrôle Complet CCAM

- Il doit y avoir dans les données d'entrée un et un seul groupe parmi les groupes 1511, 1512, 1513, 1514 et 1515.
- Le remplissage des codes modificateurs doit commencer à la 1ère occurrence et il ne doit pas y avoir de rupture dans le remplissage des occurrences.
- Le remplissage des numéros de dents doit commencer à la 1ère occurrence et il ne doit pas y avoir de rupture dans le remplissage des occurrences, ni de doublon.
- Un groupe 1620 doit être précédé d'un groupe 1610 avec la même date d'exécution.
- Un groupe 1630 doit être précédé d'un groupe 1610 avec la même date d'exécution.

La fonction de Contrôle Complet CCAM retourne une erreur technique pour le non respect d'une de ces règles.

4.2 Traitements

Ce paragraphe présente l'enchaînement des règles vérifiées au cours du contrôle complet CCAM de la facture.

Les règles sont regroupées en différentes grandes étapes ; la partie logicielle enchaîne successivement ces étapes en bouclant suivant les cas sur les lignes d'actes ou les associations d'actes.

Le contrôle de la facture commence par la partie réglementation et continue par la partie tarification : vérification du prix unitaire, de la base de remboursement et de l'exonération liée à un acte CCAM.

Lors du contrôle de la tarification, s'il y a une différence entre une valeur calculée et celle transmise par le Professionnel de Santé, les SRT signalent une erreur (ex. : « prix unitaire erroné »), mais continuent les calculs en utilisant la valeur transmise par le Professionnel de Santé.

4.2.1 Partie Réglementation

Ce tableau décrit les étapes successives du déroulement du contrôle complet CCAM pour le contrôle d'une facture, et pour chaque étape les règles élémentaires qui la constituent.

Les règles sont listées dans l'ordre dans lequel le Contrôle Complet CCAM les applique.

Étape	Description	Règles élémentaires composant cette étape
Contrôle acte CCAM	Ensemble des contrôles réglementaires effectués pour chaque ligne d'acte CCAM et qui ne font pas intervenir les autres lignes d'actes de la facture	CC8; CC16; RC8; RC7; CC11; RC1; CC7; RC5; RC9; CC9; CC9B; RC12; RC3; RC4; CC13; RC2; RC13; CC5; RC14
Contrôle prestation NGAP	Ensemble des contrôles liés à la CCAM portant sur les natures de prestations NGAP	CC12; CC6 ; RC19
Contrôle déplacement NGAP	Contrôle de compatibilité entre un déplacement NGAP et l'acte CCAM associé	RC6
Contrôle acte CCAM niveau facture	Ensemble des contrôles réglementaires effectués pour chaque ligne d'acte CCAM et qui font intervenir les autres actes CCAM de la facture	CC3; RC17; RC18
Contrôle association CCAM	Ensemble des contrôles réglementaires effectués pour chaque association d'actes CCAM (même date d'exécution et un même exécutant	RC15; CC1

4.2.2 Partie Tarification

Étape	Description	Règles élémentaires composant cette étape
Contrôle PU acte CCAM	Calcul et contrôle du prix unitaire pour chaque ligne d'acte CCAM	• BC1 (⇔C-Pu)
Contrôle base acte CCAM	Calcul et contrôle de la base de remboursement pour chaque ligne d'acte CCAM	• BC99 (⇔C-Base)
Exonération acte CCAM	Détermination pour chaque acte CCAM, indépendamment de l'exécutant, s'il exonère la facture ou l'acte lui-même, contrôle du code justificatif d'exonération transmis par le Professionnel de Santé et vérification que le taux de remboursement des actes exonérés est à 100 %	• T5, T6, TC2, TC3, TC4, (⇔C-ExoActe) • TC1, (⇔C-ExoPrevention) • CC15
Exonération facture CCAM	Détermination si la facture est exonérée par un acte exonérant (TC4) ou suite à l'application de la règle du seuil au niveau facture	• TC5, T13 (⇔C-ExoFacture)

Nota :

Les règles élémentaires sont citées dans l'ordre chronologique de leur application par le Contrôle Complet CCAM.

4.3 Paramètres

Fonction à utiliser

SRT_ControleComplet

Les paramètres en entrée

Données factures		
Xxxx		**Groupes des données constitutives de la facture**
		Il s'agit des mêmes données que celles fournies à la fonction « Formater Factures » du module SSV
Données Supplémentaire		
N	**3470**	**Groupe** *Ligne d'acte Contexte tarifaire*
		N° de la prestation 1610-1
		Contexte tarifaire PS
		Contexte tarifaire BS
R	**3530**	**Groupe** *Règle outrepassée*
		N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
		Référence de la règle outrepassée
	3500	**Groupe** *Données supplémentaires facture*
		N° de caisse de rattachement de l'exécutant

Remarques

Le progiciel indique, en donnée d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

- Chaque groupe 3530 doit être inséré dans la facture de sorte à être rattaché à chaque prestation concernée. Il doit être positionné juste après les groupes 2100 et 2200 rattaché au groupe prestation 1610.
- Le groupe 3500 est attendu par SRT en dernière position après l'ensemble de la facture.
-

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
M 2000	**Groupe** *Forçage AMO niveau acte*
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Indicateur de forçage AMO niveau acte
N 3520	**Groupe** *Diagnostic du Contrôle Complet*
	Référence de la règle en erreur exemple : CC1, RC4
	Niveau de l'erreur : Règle outrepassable ou non
	Libellé principal de l'erreur
	Libellé secondaire de l'erreur
	Nombre de lignes d'acte concernées par l'erreur
	N° de la prestation de la 1ère ligne en erreur
	N° de la prestation de la 2ème ligne en erreur
	…
	N° de la prestation de la dernière ligne en erreur

4.4 Diagnostics

Lors d'un rejet ou d'un signalement, les SRT mémorisent dans une liste de diagnostics :

- la référence de la règle ayant échoué, (ex. : CC1, RC4…) ;
- le niveau de l'erreur : rejet (règle non outre-passable) ou signalement (règle outre-passable) ;
- les numéros des lignes d'acte CCAM et des prestations NGAP en erreur ;
- le libellé principal de l'erreur à savoir le libellé du contrôle rejeté ;
- le libellé secondaire de l'erreur à savoir le contexte du contrôle rejeté ; ce contexte peut ne pas être renseigné.

Suite aux diagnostics reçus, le progiciel propose au Professionnel de Santé d'effectuer des corrections (affichage des libellés principal et secondaire).

Suite à ces corrections il est nécessaire de vérifier à nouveau le respect de l'ensemble des règles CCAM et de demander à nouveau l'application des services de tarification.

Si le Professionnel de Santé n'effectue pas de correction pour un diagnostic relevant d'une règle outre-passable, cela revient à demander un forçage. Il est donc nécessaire de faire à nouveau appel au contrôle complet CCAM pour la valorisation de l'indicateur de forçage correspondant.

Remarque

Tous ces diagnostics ne concernent que des prestations CCAM à l'exception :

- du 3ème diagnostic relatif à la règle T13 car il concerne des frais de déplacement,
- du second relatif à la règle CC15 qui peut porter tant sur des actes CCAM que sur des actes NGAP,
- du diagnostic relatif à la règle CC6 qui ne concerne que des prestations NGAP.

Ces diagnostics sont présentés dans le tableau ci-après par ordre alphabétique des références des règles du CdC.

Référence CdC	Libellé principal	Libellé Secondaire	Outre-passable O/N
BC1 (C-Pu)	Prix unitaire erroné	Acte ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋, activité ⌊_⌋, phase ⌊_⌋, prix unitaire calculé = ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋,⌊_⌋⌊_⌋.	O
BC99 (C-Base)	Base de remboursement erronée	Acte ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋, activité ⌊_⌋, phase ⌊_⌋, base calculée = ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋,⌊_⌋⌊_⌋	O
BC99 (C-Base)	Base de remboursement conventionnée AMO erronée	Acte ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋, activité ⌊_⌋, phase ⌊_⌋, base conventionnée AMO calculée = ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋,⌊_⌋⌊_⌋.	O
CC1	Code association invalide à la date d'exécution	Code association ⌊_⌋.	O
CC1	Codes association transmis différents	Actes ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ et ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋.	O
CC1	Absence « code association non prévue »	Actes ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ et ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋.	O
CC1	Association prévue code à code et code association non prévue saisi	Code association ⌊_⌋.	O
CC3	Acte complémentaire facturé isolément	Acte complémentaire ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋.	O
CC5	Absence numéro de dent	Acte ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋, activité ⌊_⌋, phase ⌊_⌋	O
CC5	Nombre de localisations de dents transmises insuffisant	Acte ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋, activité ⌊_⌋, phase ⌊_⌋	O
CC6	Obligation de codage CCAM	Prestation ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋	N
CC7	Code regroupement CCAM invalide à la date d'exécution	Code regroupement ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋	O
CC7	Code regroupement erroné	Acte ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋, activité ⌊_⌋, code regroupement ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋.	O
CC8	Code de l'acte inexistant	Acte ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋.	O
CC8	Code de l'acte invalide à la date d'exécution	Acte ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋.	O
CC9	Modificateur tarifant invalide à la date d'exécution	Modificateur ⌊_⌋.	O
CC9B	Modificateur non tarifant invalide à la date d'exécution	Modificateur ⌊_⌋.	O
CC11	Acte non remboursable avec base de remboursement différente de zéro ou qualificatif de la dépense différent de « acte à ne pas rembourser »	Acte ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋.	O
CC11	Absence code remboursement exceptionnel avec base de remboursement différente de zéro ou qualificatif de la dépense différent de « acte à ne pas rembourser »	Acte ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋.	O
CC12	Absence de code de l'acte CCAM	Prestation ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋.	N
CC13 (*)	Modificateurs OC incohérents avec modificateurs AMO	Modificateurs AMO ⌊_⌋⌊_⌋, modificateurs OC ⌊_⌋.⌊_⌋	N
CC15 (TC-ExoTaux)	Motif d'exonération (**) non autorisé pour un acte CCAM	Acte ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋, justificatif d'exonération ⌊_⌋	N

Référence CdC	Libellé principal	Libellé Secondaire	Outre-passable O/N
CC15 (TC-ExoTaux)	Exonération du TM transmise et taux inférieur à 100%	Acte ⌊_⌋ justificatif d'exonération ⌊_⌋, taux de remboursement = = ⌊_⌋	N
CC16	Date d'exécution d'un acte CCAM antérieure à la date de naissance du bénéficiaire	Acte ⌊_⌋, date d'exécution ⌊_⌋	N
RC1	Code activité incompatible avec le code de l'acte	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋.	O
RC12	Incompatibilité entre codes modificateurs	Modificateurs ⌊_⌋ et ⌊_⌋.	O
RC13	Age bénéficiaire < âge minimal autorisé	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋, phase ⌊_⌋	N
RC13	Age bénéficiaire > âge maximal autorisé	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋, phase ⌊_⌋	N
RC14	Incompatibilité code de l'acte et numéro de dent	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋, phase ⌊_⌋ dent n° ⌊_⌋.	O
RC15	Association interdite pour deux actes appartenant à la même procédure	Actes ⌊_⌋ et ⌊_⌋,	N
RC15	Deux actes appartiennent à la même procédure et code association non prévue non saisi	Actes ⌊_⌋ et ⌊_⌋,	N
RC17	Incompatibilité médicale entre deux codes	Actes ⌊_⌋ et ⌊_⌋	N
RC18	Modificateur présent à tort plusieurs fois	Actes ⌊_⌋ et ⌊_⌋, modificateur ⌊_⌋.	O
RC19	Incompatibilité de l'acte avec code forfait CMU-C	Acte ⌊_⌋, Forfait CMU-C ⌊_⌋	N
RC2	Code phase de traitement incompatible avec code de l'acte / activité	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋, phase ⌊_⌋	O
RC3	Code modificateur incompatible avec code de l'acte / activité	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋, modificateur ⌊_⌋.	O
RC4	Incompatibilité âge du bénéficiaire / modificateur	Modificateur ⌊_⌋.	O
RC5	Incompatibilité spécialité exécutant code de l'acte / activité	Acte ⌊_⌋ activité ⌊_⌋.	O
RC6	Acte n'autorisant pas les frais de déplacement	Déplacement ⌊_⌋, acte de rattachement ⌊_⌋.	N
RC7	Absence entente préalable	Acte ⌊_⌋.	O
RC8	Incompatibilité code de l'acte / nature d'assurance	Acte ⌊_⌋.	O
RC9	Incompatibilité agrément radio exécutant pour pratiquer l'acte	Acte ⌊_⌋, activité ⌊_⌋.	N
T13 (C-ExoFacture)	Exonération transmise à tort et seuil non atteint	Acte ⌊_⌋.	O
T13 (C-ExoFacture)	Absence d'exonération transmise pour un acte CCAM	Acte ⌊_⌋, justificatif d'exonération ⌊_⌋.	O
T13 (C-ExoFacture)	Absence d'exonération transmise pour un frais de déplacement rattaché à un acte CCAM	Prestation ⌊_⌋, justificatif d'exonération ⌊_⌋.	O

Référence CdC	Libellé principal	Libellé Secondaire	Outre-passable O/N
TC1 (C-ExoPrevention)	Absence d'exonération transmise et dispositif de prévention	Acte ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋.	O
TC1 (C-ExoPrevention)	Incompatibilité code exonération transmis / dispositif de prévention	Acte ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋.	O
TC1 (C-ExoPrevention)	Exonération dispositif de prévention transmise à tort	Acte ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋.	O
TC2 (C-ExoActe)	Absence d'exonération transmise et acte CCAM exonéré par nature	Acte ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋.	O
TC3 (C-ExoActe)	Absence d'exonération transmise et seuil CCAM dépassé	Acte ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	O

(*) Remarque : Le terme OC utilisé dans les libellés principal et secondaire relatifs à la règle CC13 signifie « Organisme Complémentaire ». L'appellation « modificateur OC » est équivalente à l'appellation « modificateur AMC » utilisée dans la spécification de la règle CC13.

(**) Remarque : Dans ce libellé il s'agit du « justificatif d'exonération » transmis dans la facture.

5 Zone d'échange SRT

Cette partie a pour objet de synthétiser liste des groupes constituant la zone d'échange SRT.

L'utilisation de chaque groupe est précisée, à savoir :

- la liste des services SRT utilisant ce groupe ;
- s'il est utilisé en groupe de sortie ou en groupe d'entrée ;
- s'il est utilisé de façon mono ou multi occurrente.

5.1.1 Groupes utilisés par les Services Élémentaires SRT

Groupe	Libellé
3000	*Liste de codes actes*
3100	*Niveau acte*
3101	*Niveau activité*
3102	*Niveau phase*
3110	*Type Code*
3111	*Type Nombre*
3112	*Type Texte*
3113	*Type Date*
3114	*Type Coefficient*
3115	*Age*
3116	*Type Booléen*
3117	*Type Montant*
3118	*Type Code qualifié*
3119	*Liste de textes*
3120	*Numéro caisse*
3121	*Modificateur*
3122	*Code association*
3130	*Date modification*
3200	*Paramètres du service C-Ccam*
3210	*Paramètres du service C-Age-1*
3220	*Paramètres du service C-Executant*
3230	*Paramètres du service C-Assurance*
3240	*Paramètres du service C-Radio*
3250	*Paramètres du service C-Age-2*
3300	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-Dent*
3301	*Compatibilités dents*
3310	*Ligne d'acte CCAM pour les services C-Compatibilité et C-Association*
3311	*Compatibilité acte*
3321	*Association*

Groupe	Libellé
3400	*Informations PS*
3410	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-Pu*
3411	*Prix unitaire*
3420	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-Base*
3421	*Base de remboursement*
3430	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoPrevention*
3431	*Taux de remboursement*
3440	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoActe*
3441	*Exonération autres actes (niveau acte)*
3450	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoFacture*
3460	*Prestation NGAP pour le service C-ExoFacture*
3462	*Frais de déplacement pour le service C-ExoFacture*
3500	*Données supplémentaires facture*
3520	*Diagnostic du Contrôle Complet*
3530	*Règle outrepassée*
3531	*Top traitement non effectué*
3600	*Version SRT*

5.1.2 Utilisation des Groupes par les services élémentaires SRT

Remarque : les groupes 2000 et 2200 ne font pas partie de la zone d'échange SRT mais de la zone d'échange facture. Cependant, ils sont utilisés par des services SRT et sont mentionnés dans ce tableau à ce titre.

Groupe	Libellé du groupe	Fonction	Identifiant	E/S	Occurrence
2000	*Forçage AMO niveau acte*	SRT_ContrôleCompletCCAM	---	Sortie	N
2200	*Liste des dents traitées (acte CCAM)*	SRT_AppliquerRegle	*C_Dent*	Entrée	1
3000	*Liste de codes actes*	SRT_RechercherParMotCle	---	Sortie	1
		SRT_RechercherParFiltre	---	Sortie	1
3100	*Niveau acte*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-1*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-2*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-5*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-7*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-8*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-9*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-9.1*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-10*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-11*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-14*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-15*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-16a*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-18*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-19*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-22*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-24*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-25*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-30.1*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-41*	Entrée	1
3101	*Niveau activité*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-3*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-4a*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-6*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-12*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-13*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-20*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-32A*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-40a*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-42*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*CCAM-42*	Entrée	1

Groupe	Libellé du groupe	Fonction	Identifiant	E/S	Occurrence
3102	*Niveau Phase*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-37*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-39*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-43a*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-44*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-45*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-46*	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-47a*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*CCAM-37*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*CCAM-39*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*CCAM-47*	Entrée	1
3110	*Type Code*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-5*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-9.1*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-13*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-14*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-15*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-20*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-32a*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-44*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*TB09-1*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*TB15-1*	Sortie	1
		SRT_ModifierDonnee	*CCAM-42*	Entrée	1
3111	*Type Nombre*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-43A*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-4a*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB15-2*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB19-1*	Entrée	1
3112	*Type Texte*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-7*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-8*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-10*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-11*	Sortie	1
3113	*Type Date*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-18*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-19*	Sortie	1
3114	*Type Coefficient*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-47a*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB02-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB11-2*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB12-2*	Sortie	1
		SRT_ModifierDonnee	*CCAM-47*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*TB02-1*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*TB11-2*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*TB12-2*	Entrée	1

Groupe	Libellé du groupe	Fonction	Identifiant	E/S	Occurrence
3115	*Age*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-45*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-46*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB06-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB06-2*	Sortie	1
3116	*Type Booléen*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-24*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-40a*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-43a*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB08-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB09-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB10-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB10-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB10-2*	Sortie	1
3117	*Type Montant*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-37*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-39*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB07-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB11-1*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB12-1*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*CCAM-37*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*CCAM-39*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*TB07-1*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*TB11-1*	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	*TB12-1*	Entrée	1
3118	*Type Code qualifié*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-2*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-3*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-6*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-9*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-12*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-22*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-25*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-30.1*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-41*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-42*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB02-2*	Sortie	N
		SRT_ConsulterDonnee	*TB11-3*	Entrée	N
		SRT_ConsulterDonnee	*TB13-1*	Sortie	N
		SRT_ModifierDonnee	*TB13-1*	Entrée	1
3119	*Liste de textes*	SRT_ConsulterDonnee	*CCAM-16a*	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	*TB21-1*	Sortie	1

Groupe	Libellé du groupe	Fonction	Identifiant	E/S	Occurrence
3120	Numéro caisse	SRT_ConsulterDonnee	CCAM-47a	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB07-1	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB08-1	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB15-1	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	CCAM-47	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	TB07-1	Entrée	1
3121	Modificateur	SRT_ConsulterDonnee	TB06-1	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB06-2	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB09-1	Entrée	2
		SRT_ConsulterDonnee	TB10-1	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB10-2	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB11-1	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB11-2	Entrée	1
		SRT_ConsulterDonnees	TB15-1	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	TB11-1	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	TB11-2	Entrée	1
3122	Code association	SRT_ConsulterDonnee	TB02-1	Entrée	1
		SRT_ModifierDonnee	TB02-1	Entrée	1
3130	Date Modification	SRT_ConsulterDonnee	CCAM-37	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-39	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-42	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	CCAM-47a	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB02-1	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB07-1	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB11-1	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB11-2	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB12-1	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB12-2	Sortie	1
		SRT_ConsulterDonnee	TB13-1	Sortie	N
3200	Données du service C-Ccam	SRT_ControlerDonnees	C-Ccam	Entrée	1
3210	Données du service C-Age-1	SRT_ControlerDonnees	C-Age-1	Entrée	1
3220	Données du service C-Executant	SRT_ControlerDonnees	C-Executant	Entrée	1
3230	Données du service C-Assurance	SRT_ControlerDonnees	C-Assurance	Entrée	1
3240	Données du service C-Radio	SRT_ControlerDonnees	C-Radio	Entrée	1
3250	Données du service C-Age-2	SRT_ControlerDonnees	C-Age-2	Entrée	1
3300	Ligne d'acte CCAM pour le service C-Dent	SRT_AppliquerRegle	C-Dent	Entrée	1
3301	Compatibilités dents	SRT_AppliquerRegle	C-Dent	Sortie	1

Groupe	Libellé du groupe	Fonction	Identifiant	E/S	Occurrence
3310	*Ligne d'acte CCAM pour les services C-Compatibilité et C-Association*	SRT_AppliquerRegle	*C- Association*	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Compatibilité*	Entrée	N
3311	*Compatibilité acte*	SRT_AppliquerRegle	*C-Compatibilité*	Sortie	N
3321	*Association*	SRT_AppliquerRegle	*C-Association*	Sortie	N
3400	*Informations PS*	SRT_AppliquerRegle	*C-Base*	Entrée	1
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoActe*	Entrée	1
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Entrée	1
		SRT_AppliquerRegle	*C-Pu*	Entrée	1
3410	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-Pu*	SRT_AppliquerRegle	*C-Pu*	Entrée	N
3411	*Prix unitaire*	SRT_AppliquerRegle	*C-Base*	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Pu*	Sortie	N
3420	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-Base*	SRT_AppliquerRegle	*C-Base*	Entrée	N
3421	*Base remboursement*	SRT_AppliquerRegle	*C-Base*	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Entrée	N
3430	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoPrevention*	SRT_AppliquerRegle	*C-ExoPrevention*	Entrée	1
3431	*Taux de remboursement*	SRT_AppliquerRegle	*C-ExoActe*	Sortie	1
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoPrevention*	Sortie	1
3440	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoActe*	SRT_AppliquerRegle	*C-ExoActe*	Entrée	1
3441	*Exonération facture (niveau acte)*	SRT_AppliquerRegle	*C-ExoActe*	Sortie	1
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Entrée	N
3450	*Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoFacture*	SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Entrée	N
3460	*Prestation NGAP pour le service C-ExoFacture*	SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Entrée	N
3462	*Frais de déplacement pour le service C-ExoFacture*	SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Entrée	N
3500	*Données supplémentaires facture*	SRT_ContrôleCompletCCAM	---	Entrée	1
3520	*Diagnostic du Contrôle Complet*	SRT_ContrôleCompletCCAM	---	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Association*	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Base*	Entrée	N

Groupe	Libellé du groupe	Fonction	Identifiant	E/S	Occurrence
3530	*Règle outrepassée*	SRT_AppliquerRegle	*C-Association*	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Compatibilité*	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Base*	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Entrée	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Pu*	Entrée	N
		SRT_ContrôleCompletCCAM	---	Entrée	N
3531	*Top traitement non effectué*	SRT_AppliquerRegle	*C-Association*	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Compatibilité*	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Base*	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-ExoFacture*	Sortie	N
		SRT_AppliquerRegle	*C-Pu*	Sortie	N
		SRT_ContrôleCompletCCAM	---	Sortie	N
3600	*Version SRT*	SRT_LireVersion	---	Sortie	1

Annexe 1-A2

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Phase Part Complémentaire

Intégrant l'Addendum n°8

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

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

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

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

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

Sommaire

1 Introduction 4

2 Contexte de facturation au regard de la part complémentaire 5

3 Périmètre fonctionnel des STS 6

4 Évolution des STS 7

5 Fonctionnement général des STS 8

6 Présentation des groupes STS 10

6.1 3700 Groupe CONTEXTE TARIFICATION de la part Complémentaire 10
6.2 3710 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU ACTE 11
6.3 3715 Groupe LIBELLE DE LA FORMULE AMC AU NIVEAU ACTE 13
6.4 3720 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU FACTURE 14
6.5 3725 Groupe LIBELLE DE LA FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU FACTURE 15
6.6 3730 Groupe PARAMETRES DE CALCUL STS 16
6.7 3731 Groupe PARTICIPATION ASSURE 17
6.8 3740 Groupe PARAMETRES DE CALCUL CONTRATS RESPONSABLES 18
6.9 3750 Groupe DIAGNOSTIC STS 19
6.10 3760 Groupe DESCRIPTION DES FORMULES DE CALCUL 20
6.11 3770 Groupe ZONE TAMPON AMC 21
6.12 3790 Groupe TOPS AFFICHAGE ET MODIFICATION 22
6.13 Zone d'échange STS 23

7 Appel à la fonction « Assistance à la tarification » 24

8 Appel à la fonction « Tarification » 25

9 Traitements sur l'interface 26

9.1 Interface en entrée 26
9.2 Interface en sortie 29
9.2.1 Synthèse des informations fournies par les STS au progiciel en retour de la fonction « Assistance à la Tarification » et de la fonction « Tarification » 29
9.2.2 Détail des informations retournées par les STS 29

10 Changement des éléments de facturation 33

1 Introduction

Ce document constitue la partie A2 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objectif de donner aux éditeurs de progiciel ~~une présentation du contexte de facturation au regard de la part complémentaire avec appel de l'Annuaire AMC et~~ un descriptif ~~fonctionnel~~ complet des éléments nécessaires à la mise en œuvre des Services de Tarification Spécifiques (STS) pour le calcul de la part complémentaire.

2 Contexte de facturation au regard de la part complémentaire

La description fonctionnelle de l'acquisition du contexte de la part complémentaire niveau facture est réalisée dans le document CF – acquérir le contexte de facturation §4.

3 Périmètre fonctionnel des STS

Les STS doivent aider le Professionnel de Santé dans l'application du tiers payant sur la part complémentaire.

Le périmètre fonctionnel des STS est le suivant :

- Calcul de la part complémentaire pour les organismes d'assurance maladie complémentaire pour lesquels des conventions de gestion ont été conclues avec un organisme d'Assurance Maladie Obligatoire. Ce calcul correspond à l'automatisation de l'annexe 8 du CdC SESAM-Vitale 1.31, et se situe désormais dans les STS-A8.
- Calcul de la part complémentaire pour les organismes servant des prestations complémentaires. Ce calcul est géré dans les STS-AMC.
- Calcul de la part complémentaire dans le cadre de la C2S et du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO ».. Ce calcul est géré dans les STS-CMU.

Afin de permettre toute évolution ultérieure des STS, il est nécessaire de prévoir que les STS pourront rendre des services en tiers payant et hors tiers payant, si une complémentaire est choisie par le Professionnel de Santé.

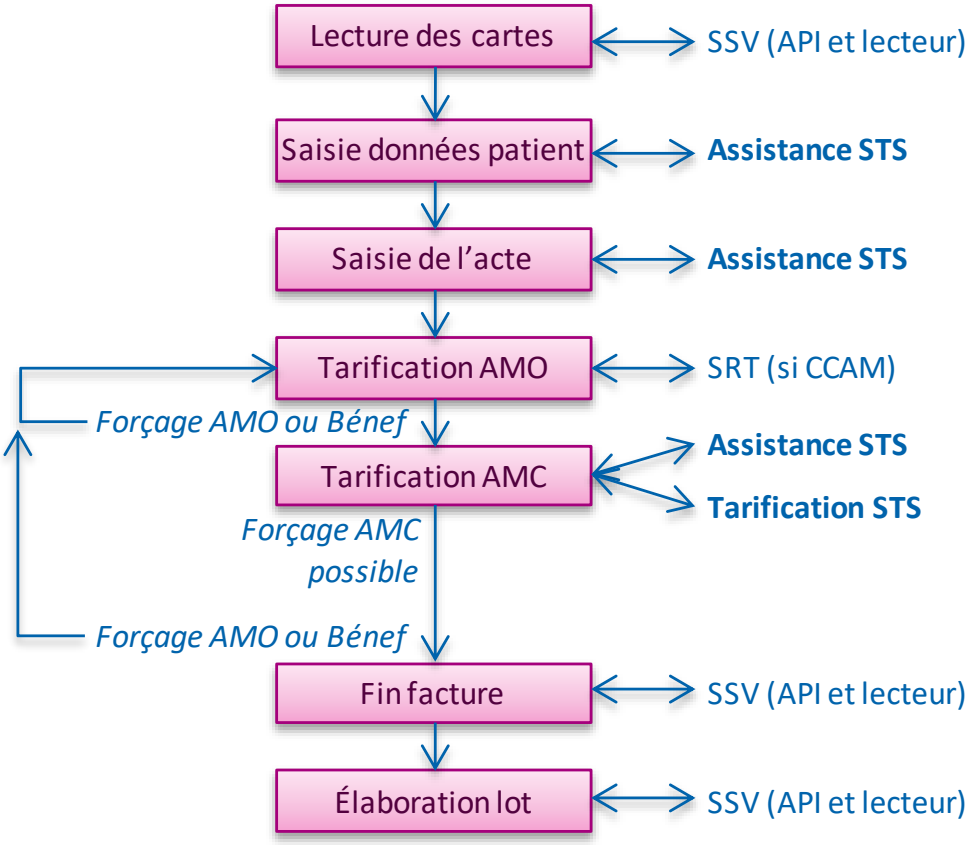
4 Évolution des STS

Les STS régissent la tarification complémentaire et seuls les organismes d'assurance maladie gérant la part complémentaire (gestionnaires de STS) peuvent faire évoluer ces services.

Ces services sont bâtis sur un principe de modules et de tables paramètres qui peuvent évoluer indépendamment. Quand un gestionnaire de STS décide de modifier ses paramètres, une nouvelle version de table est mise à disposition des Editeurs ou Professionnels de santé pour activer un téléchargement et donc une utilisation immédiate.

Quand ce gestionnaire de STS décide de faire évoluer son module, il développe ou sous-traite la réalisation d'une nouvelle version des STS. Cette dernière sera mise à disposition des Editeurs pour vérification du bon fonctionnement du logiciel et diffusion chez ses clients.

5 Fonctionnement général des STS



Les STS disposent essentiellement de deux fonctions :

- Assistance à la tarification : fonction d'aide à la tarification complémentaire.
- Tarification : calcul de la part complémentaire au niveau acte et au niveau facture.

Le progiciel doit :

- faire appel au module Interface STS en précisant quelle fonction doit être mise en œuvre au niveau STS (assistance à la tarification, tarification),
- transmettre toutes les données dont il dispose à l'appel de la fonction (données issues de la lecture de la CPS, données issues de la lecture de la carte Vitale ou de la saisie à partir d'un autre support de droits, facture, versions des Services SESAM-Vitale, données supplémentaires spécifiques aux STS) ;
- récupérer les résultats et les intégrer dans la facture et/ou les afficher,
- restituer au Professionnel de Santé les résultats des fonctions activées, en fonction du top « affichage » transmis avec les données,
- permettre de forcer les données restituées en fonction du top « Modification » transmis avec les données.

L'interface STS :

- Transmet toutes les informations disponibles au moment de l'appel au module STS. Cet appel, en assistance, peut se faire à tout moment de la procédure de facturation : juste après remontée des données carte, après saisie des données issues d'un autre support de droits, avant et pendant la facturation.

Les services de tarification :

- Reçoivent la demande transmise par le module d'interface STS.
- Activent la fonction demandée (assistance à la tarification, tarification).
- Rendent le résultat de la fonction activée et /ou des diagnostics qui indiquent des erreurs ou des avertissements (ex : informations manquantes).

Fonctionnement des STS en mode asynchrone

Les traitements effectués par les STS sont susceptibles de durer un temps important. Il est recommandé que le progiciel appelle les fonctions des STS en mode asynchrone, c'est-à-dire que l'interface homme-machine du progiciel ne soit pas bloquée pendant que les traitements STS s'exécutent.

6 Présentation des groupes STS

6.1 3700 Groupe CONTEXTE TARIFICATION de la part Complémentaire

Règles

Ce groupe précise si la tarification est réalisée par le STS-CMU ou si la prestation est réalisée par un médecin référent.

En entrée de l'interface

- Règles de valorisation du Top CMU

  Le Top CMU est obligatoire. Le progiciel valorise systématiquement cette donnée.

  Identification des bénéficiaires dont la tarification est réalisée par le STS-CMU

  L'accès au STS-CMU est subordonné à l'identification préalable du bénéficiaire des soins comme bénéficiant de la C2S gérée par un AMO ou par un AMC (EF_BS08_01).

- Règles de valorisation du Médecin référent :

  Ce top est conservé dans le système de facturation mais n'est plus utilisé du fait de la suppression du médecin référent.

  Ce top est donc valorisé systématiquement à « N » : Médecin non référent,

En sortie de l'interface

Ce groupe peut être restitué par les STS en retour.

3700	**Groupe *Contexte tarification de la part Complémentaire***	
• Top CMU	Indiquer si le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de la C2S	obligatoire
• Top Médecin référent	Indiquer si le Professionnel de Santé est médecin référent	facultatif

6.2 3710 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU ACTE

Règles

Ce groupe indique la formule et les paramètres appliqués pour un acte.

En entrée de l'interface

Indique la formule que le Professionnel de Santé veut utiliser pour le calcul de la part complémentaire de la ligne acte.

RG_VF367

Ce groupe est également renseigné par le progiciel après le choix par le Professionnel de Santé d'une formule à appliquer dans la liste des formules (à partir des groupes 3760).

En sortie de l'interface

Indique que le STS a appliqué ou tenté d'appliquer cette formule pour le calcul de la part complémentaire. Le progiciel peut afficher ce groupe au Professionnel de Santé.

3710	**Groupe *Formule AMC appliquée au niveau acte (RG_VF367)***		
• N° de prestation (de rattachement)		*Indiquer le numéro de prestation*	obligatoire
• N° de formule AMC		*Indiquer le numéro de formule (EF_VF07_01)*	obligatoire
• Nombre de paramètres		*Indiquer le nombre de paramètres*	obligatoire
Pour chaque paramètre	• N° du paramètre	*Indiquer le numéro de paramètre (EF_VF08_01)*	obligatoire
	• Valeur du paramètre	*Indiquer la valeur du paramètre (EF_VF08_02)*	obligatoire

NB : Le nombre maximum de paramètres n'est pas limité.

~~***Cas particulier pour le bénéficiaire du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »***~~

~~Lors d'une prestation dispensée à un bénéficiaire du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO », le paramétrage et le choix de la formule appliquée dans la tarification complémentaire sont liés au type de prestation.~~

~~Dans ce cas, le progiciel renseigne la formule et les paramètres en conséquence.~~

~~Dans le cas de soins dentaires :~~

~~La formule 02A « % TR – MRO » est proposée au Professionnel de Santé, celui-ci renseigne alors le paramètre %TR.~~

~~Ce paramètre correspond à la prise en charge totale (part régime obligatoire et complémentaire), exprimé en % de la BR (ou tarif de base) pour la garantie soins dentaires prévu dans le décret[1].~~

~~Par exemple, si le contrat complémentaire prévoit une couverture à 225% (cf. contrat ACS B dans l'exemple ci-dessous), le paramètre « 225 » sera renseigné pour la formule 02A.~~

~~*Exemple de tableau de garanties prises en charge par la Complémentaire pour les soins dentaires dans le cadre des contrats ACS :*~~

~~**Prestations**~~		~~**ACS A**~~	~~**ACS B**~~	~~**ACS C**~~
~~**Soins dentaires (en ville ou en Centre de Santé)**~~	~~Prothèses (céramo-métallique ; céramique)~~	~~125%de la BR~~	~~225% de la BR~~	~~300% de la BR~~
	~~Prothèses(acier)~~	~~125% de la BR~~	~~225% de la BR~~	~~300% de la BR~~
	~~Prothèses mobiles~~	~~125% de la BR~~	~~225% de la BR~~	~~300% de la BR~~
	~~Orthodontie remboursable~~	~~125% de la BR~~	~~225% de la BR~~	~~300% de la BR~~

~~Dans le cas de la pharmacie PM2, PH2 (et HD2, HG2 associées) :~~

~~La pharmacie PM2, PH2 (et HD2, HG2 associés) est remboursée à 0% du TM par les complémentaires. Dans ce cas, la formule 050 « % TM » est proposée au Professionnel de Santé, celui-ci renseigne alors le paramètre %TM avec la valeur zéro.~~

~~Et pour toute autre prestation :~~

~~Le progiciel de santé utilise la formule 052 « 100%TM » (aucun paramètre).~~

~~Pour rappel~~

~~Dans le cadre du dispositif « TPi ACS – Paiement coordonné par l'AMO », le tiers-payant est limité aux niveaux de garanties fixés dans le décret.~~

~~Si le contrat complémentaire ACS encadré prévoit des garanties supérieures, alors le tiers-payant coordonné AMO ne pourra être réalisé que sur la base des niveaux prévus dans le décret. Dans ce cas, le Reste à Charge (RAC) à l'assuré est calculé à partir des garanties à minima du contrat A, B ou C fixées dans le décret, et non à partir du niveau de garanties précisé sur le support de droits AMC.~~

~~[1] Extrait décret 2014-1144. Art.R 863-11 Chap.II : « – Le cahier des charges précise les caractéristiques des trois contrats correspondant à des niveaux minima de prise en charge que doit comporter chaque offre …Pour les frais d'honoraires des chirurgiens-dentistes, respectivement pour les contrats A, B et C, à 125 %, 225 % et 300 % du tarif de responsabilité pour les actes d'orthopédie dento-faciale et pour les prothèses dentaires »~~

6.3 3715 Groupe LIBELLE DE LA FORMULE AMC AU NIVEAU ACTE

Règles

Ce groupe indique la formule et les paramètres appliqués pour un acte sous la forme d'un libellé affichable par le progiciel.

AP06.03

Le libellé peut être identique pour tous les actes de la facture.

3715	**Groupe *Libellé de la formule AMC appliquée au niveau acte***
• N° de prestation (de rattachement)	*Afficher le numéro de prestation*
• Libellé de la formule AMC (avec ses paramètres valorisés)	*Afficher le libellé de la formule appliquée*

6.4 3720 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU FACTURE

Règles

En entrée de l'interface

Ce groupe indique la formule à appliquer pour une facture (cas d'un plafond pour une facture) pour calculer le total de la part complémentaire pour la facture.

Ce groupe est renseigné par le progiciel après le choix par le Professionnel de Santé d'une formule à appliquer.

En sortie de l'interface

Indique que le STS a appliqué ou tenté d'appliquer cette formule pour le calcul du total de la part complémentaire pour une facture.

3720	**Groupe *Formule AMC appliquée au niveau facture (RG_VF367)***		
• N° de la formule AMC		*Indiquer le numéro de formule (EF_VF07_01)*	obligatoire
• Nombre de paramètres		*Indiquer le nombre de paramètres*	obligatoire
Pour chaque paramètre	• N° du paramètre	*Indiquer le numéro de paramètre(EF_VF08_01)*	obligatoire
	• Valeur du paramètre	*Indiquer la valeur du paramètre(EF_VF08_02)*	obligatoire

6.5 3725 Groupe LIBELLE DE LA FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU FACTURE

Règles

Ce groupe indique la formule et les paramètres appliqués pour une facture sous la forme d'un libellé affichable par le progiciel.

AP06.03

3725	**Groupe *Libellé de la formule AMC appliquée au niveau facture***
• Libellé de la formule AMC (avec ses paramètres valorisés)	Afficher le libellé

6.6 3730 Groupe PARAMETRES DE CALCUL STS

Règles

Ce groupe est transmis systématiquement lors des appels aux fonctions STS. Il contient des paramètres de calcul de la part complémentaire.

RG_VF352

3730	**Groupe *Paramètres de calcul STS (Cf. RG_VF352)***	
• PMSS	Indiquer le montant du PMSS (EF_VF96_01)	obligatoire

6.7 3731 Groupe PARTICIPATION ASSURE

Règles

Ce groupe est facultatif.

RG_VF362

3731	Groupe *Participation Assuré* ***(Cf. RG_VF362)***	
• Montant de la participation assuré	Montant de la Participation Assuré « 18 euros » fixé par décret. (EF_VF96_02)	Obligatoire

6.8 3740 Groupe PARAMETRES DE CALCUL CONTRATS RESPONSABLES

Règles

Ce groupe est obligatoire pour la famille prescripteur sauf sages femmes et chirurgiens dentistes.

RG_VF353

3740	**Groupe *Paramètres de calcul Contrats Responsables (RG_VF353)***	
• Taux conventionnel du DA	~~Indiquer le taux conventionnel du Dépassement Autorisé~~ (EF_VF97_01)	Obligatoire
• Taux conventionnel maximum du DM	~~Indiquer la valeur zéro.~~ (EF_VF97_02)	Obligatoire
• CS en métropole	~~Indiquer la valeur de la CS en métropole~~ (EF_VF97_03)	Obligatoire
• MPC en métropole	~~Indiquer la valeur de la MPC en métropole~~ (EF_VF97_04)	Obligatoire
• MCS en métropole	~~Indiquer la valeur de la MCS en métropole~~ (EF_VF97_05)	Obligatoire
• MCC en métropole	~~Indiquer la valeur de la MCC en métropole~~ ~~Obligatoire pour les spécialités concernées (cardiologues…)~~ (EF_VF97_06)	Facultatif
• MPC hors métropole	~~Indiquer la valeur de la MPC du lieu d'exercice du Professionnel de Santé~~ ~~Obligatoire si le Professionnel de Santé exerce hors métropole~~ (EF_VF97_07)	Facultatif
• MCC hors métropole	~~Indiquer la valeur de la MCC du lieu d'exercice du Professionnel de Santé~~ ~~Obligatoire si le Professionnel de Santé exerce hors métropole~~ (EF_VF97_08)	Facultatif
• MCS hors métropole	~~Indiquer la valeur de la MCS du lieu d'exercice du Professionnel de Santé~~ ~~Obligatoire pour les spécialités concernées (cardiologues…) si le Professionnel de Santé exerce hors métropole~~ (EF_VF97_09)	Facultatif

6.9 3750 Groupe DIAGNOSTIC STS

Règles

Ce groupe est restitué après exécution d'une fonction.

Le premier caractère indique le niveau de diagnostic :

- « 1 » : Commentaire
- « 2 » : Signalement
- « 3 » : Message bloquant le processus de tarification complémentaire
- « 4 » : Message bloquant, le progiciel a l'obligation d'appeler la fonction « Assistance à la Tarification »

Un diagnostic sans n° de prestation renseigné concerne la facture. Un diagnostic avec n° de prestation renseigné concerne un acte.

Il est recommandé au progiciel d'afficher le code diagnostic complet et son libellé. L'affichage d'un diagnostic est obligatoire s'il est de niveau supérieur ou égal à 2, et paramétrable par le Professionnel de Santé s'il est de niveau 1.

Il peut y avoir plusieurs diagnostics pour une même facture ou pour un même acte et donc autant de groupes 3750 que de diagnostics.

3750	**Groupe *Diagnostic STS***
• Code diagnostic STS	Afficher le code
• Libellé diagnostic STS	Afficher le libellé
• N° de prestation (de rattachement)	Afficher le n° de prestation

6.10 3760 Groupe DESCRIPTION DES FORMULES DE CALCUL

Règles

Ce groupe permet de constituer une liste de formules de calcul proposée au Professionnel de Santé.

RG_VF367 CP2

RG_VF374

3760	**Groupe *Description formule de calcul AMC (RG_VF367)***	
• N° de la prestation (de rattachement)		
• N° de formule AMC		Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé (EF_VF10_01)
• Libellé de formule AMC		Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé (EF_VF10_02)
• Calcul théorique		Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé (EF_VF10_03)
• Nombre de paramètres		Utilisé pour faciliter l'affichage des paramètres de la formule
Pour chaque paramètre	• N° du paramètre	Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé (EF_VF11_01)
	• Libellé du paramètre	Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé (EF_VF11_02)
	• Type du paramètre	Utilisé pour faciliter la saisie des paramètres. (EF_VF11_03)
	• Valeur par défaut du paramètre	Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé. (EF_VF11_04)

NB : Le nombre maximum de paramètres n'est pas limité.

6.11 3770 Groupe ZONE TAMPON AMC

Règles

Le progiciel doit transmettre cette zone en entrée des STS si elle lui a été restituée en sortie.

3770	**Groupe *Zone Tampon AMC***	
• Tampon		facultatif

6.12 3790 Groupe TOPS AFFICHAGE ET MODIFICATION

Règles

Les STS restituent avec chaque groupe un autre groupe (3790) contenant les règles d'affichage des données par le progiciel et de leur modification par le Professionnel de Santé. Ces règles sont matérialisées sous la forme de deux tops : « Affichage » et « Modification ».

Les valeurs possibles sont les suivantes :

- **si Top affichage**
  - « O », le champ doit être affiché au Professionnel de Santé
  - « F », le champ peut être affiché au Professionnel de Santé
  - « N », le champ ne doit pas être affiché au Professionnel de Santé
- **si Top Modification (RG_VF367 CP4)**
  - « F », le champ peut être modifié par le Professionnel de Santé
  - « N », le champ ne doit pas être modifié par le Professionnel de Santé

3790	**Groupe *Tops Affichage et Modification (RG_VF367)***	
• Nombre de champs	Nombre de champs du groupe « topé »	Obligatoire
• Tops affichage et modification	Tops affichage et modification du premier champ. Les tops sont non renseignés si le champ n'est pas restitué par les STS. (EF_VF13)	Facultatif
• Tops affichage et modification	Tops affichage et modification du deuxième champ. (EF_VF13)	Facultatif
• …	…	…

6.13 Zone d'échange STS

Cette partie a pour objet de synthétiser liste des groupes constituant la zone d'échange STS.

Groupe	Libellé
3700	*Contexte tarification AMC*
3710	*Formule AMC appliquée au niveau acte*
3715	*Libellé de la formule AMC appliquée au niveau acte*
3720	*Formule AMC appliquée au niveau facture*
3725	*Libellé de la formule AMC appliquée au niveau facture*
3730	*Paramètres de calcul STS*
3731	*Participation Assuré*
3740	*Paramètres de calcul Contrats Responsables*
3750	*Diagnostic STS*
3760	*Description formule de calcul AMC*
3770	*Zone tampon AMC*
3780	*Version des STS*
3790	*Tops Affichage et Modification*

7 Appel à la fonction « Assistance à la tarification »

Il s'agit d'une fonction d'aide à la tarification complémentaire qui peut être appelée dès qu'un organisme complémentaire a été identifié. Elle retourne au progiciel des informations qui serviront à la tarification AMC. L'activation du service par le Professionnel de Santé est optionnelle.

Le Professionnel de Santé peut faire appel à la fonction d'assistance à la tarification des STS, seulement après la recherche de la convention applicable :

- afin de consulter les informations de tarification fournies automatiquement par le module
- éventuellement renseigner les informations complémentaires nécessaires à la tarification
- suite à un échec de la fonction tarification.

Le progiciel doit permettre l'accès à la fonction « Assistance », mais son utilisation par le Professionnel de Santé n'est pas obligatoire.

Conditions d'appel

Le progiciel peut appeler la fonction d'Assistance à la tarification si un organisme complémentaire est identifié et si le top CMU a été valorisé.

Il s'agit des données minimales que le progiciel doit connaître à l'appel à la fonction.

Fonction à utiliser

STS_Assistance

Les paramètres en entrée

Motif de l'appel Obligatoire

Cette information indique le contexte d'appel à la fonction d'Assistance à la tarification.

« P » - L'Assistance à la tarification est appelée avant tout appel à la Tarification (pour cette facture).

« E » - L'Assistance à la tarification est appelée suite à un échec de la tarification pour un acte ou pour la facture, c'est-à-dire si un diagnostic de niveau 3 ou de niveau 4 est restitué.

Niveau de l'assistance demandé Facultatif

Cette information indique au module STS si l'appel est réalisé au niveau acte ou au niveau facture. S'il s'agit d'une demande au niveau acte, il est renseigné du numéro de prestation correspondant.

Les groupes d'entrée sont cités au paragraphe ~~8.1~~ 9.1 : Interface d'entrée

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont cités au paragraphe ~~8.2~~ 9.2 : Interface en sortie

8 Appel à la fonction « Tarification »

Il s'agit d'une fonction de tarification complémentaire qui doit être appelée par le Professionnel de Santé pour calculer les montants de la part AMC de chaque acte et de la facture dans sa globalité. Le résultat de cette fonction sera intégré à la facture.

VF11.02

Fonction à utiliser

STS_Tarification

Les paramètres en entrée

Pas de motif d'appel en tarification

Les groupes d'entrée sont cités au paragraphe ~~8.1~~ 9.1 : Interface d'entrée

Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont cités au paragraphe ~~8.2~~ 9.2 : Interface en sortie

9 Traitements sur l'interface

9.1 Interface en entrée

Le progiciel doit transmettre :

- **toutes les informations qu'il connaît** au moment de l'appel. Les groupes peuvent être partiellement renseignés s'il n'en connaît pas le contenu complet. (Cf. VF11.02 Appeler le service de tarification complémentaire)
- **Identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) = Identifiant de l'organisme complémentaire (n° AMC) (groupe 107-1)**

  Lorsque l'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) prend la valeur par défaut de l'identifiant de l'organisme complémentaire (N°AMC) (voir RG_BS330 CP1) et que celui-ci a une longueur de plus de 8 caractères, alors celui-ci est renseigné avec les 8 premiers caractères uniquement en entrée des STS.

  Exemple : n° MUTNUM = 0012345678 devient MUTNUM = 00123456 en entrée des STS.
- **Les formules à appliquer au niveau acte** (groupe 3710)

  Le groupe 3710 indique la formule et les paramètres appliqués pour un acte. (Cf. RG_VF367)

  Ce groupe représente aussi le choix du Professionnel de Santé lorsque les STS lui ont demandé de sélectionner une formule (n groupes 3760 en retour d'un appel), ou lorsque les STS ont proposé la formule à appliquer (1 groupe 3760 en retour). Le progiciel doit demander au Professionnel de Santé de compléter les paramètres avant l'appel aux modules STS. (Cf. RG_VF367 CP2)

  Le progiciel doit renseigner la formule à appliquer et les paramètres associés dans le cas de C2S ~~ou du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO»~~ (EF_BS08_01). (Cf. RG_VF374 SP03)
- **La formule à appliquer au niveau facture** (groupe 3720) (Cf. RG_VF374)
- **Les données lues à l'issue de la lecture de la carte CPS**

  Il s'agit des groupes issus de la fonction « Lecture Carte CPS ». (Cf. PS01)
- **Les données lues à l'issu de la lecture de la carte Vitale ou saisies à partir d'un autre support de droits** (Cf. BS13 ou BS17)
- **Les données de la facture**

  Tous les groupes sont facultatifs en entrée des modules STS, néanmoins le progiciel doit renseigner toutes les données de la facture connues. Le groupe 3700 « Contexte PS et Assuré » est obligatoire.

  (Cf. Annexe 1-A0)

Forçage des montants remboursables par l'AMC

Il n'existe aucune interdiction au Professionnel de Santé de saisir les montants remboursables par l'AMC avant l'appel à la fonction tarification.

Les paramètres en entrée

Données liées aux STS

3700	**Groupe** *Contexte tarification de la part Complémentaire*
3710	**Groupe** *Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte*
3720	**Groupe** *Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture*
3730	**Groupe** *Paramètres de calcul STS*
3731	**Groupe** *Participation Assuré*
3740	**Groupe** *Paramètres de calcul contrats responsables*
3770	**Groupe** *Zone tampon AMC*

Autres données

1	**Groupe** *Titulaire Carte PS*
2	**Groupe** *Situation du PS*
101	**Groupe** *Données Assuré*
102	**Groupe** *Service AMO famille*
103	**Groupe** *Données Accident du travail*
104	**Groupe** *Données bénéficiaire*
105	**Groupe** *Période de droits AMO*
106	**Groupe** *Période de code couverture*
107	**Groupe** *Données Mutuelle*
108	**Groupe** *Période de droits mutuelle*
109	**Groupe** *Données Complémentaire*

CF11_09

111	**Groupe** *Zone Commune Complémentaire*
	Si la zone commune complémentaire est vide ou renseignée à blanc, le groupe 111 ne doit pas être transmis aux STS.
3500	**Groupe** *Données supplémentaires facture*
60	**Groupe** Entête configuration

Contenu de la zone d'échange de la facture

Le progiciel doit transmettre tous les groupes de données liées à la facture à calculer c'est-à-dire ceux constitués en fonction des règles mentionnées dans l'annexe 1-A1.

Des remarques sont à apporter pour les groupes suivants :

1321 **Groupe** *Organisme Complémentaire*

Pour une complémentaire en flux direct, le type de service AMC (position 3 du champ « données AMC zone 2 ») est obligatoire. Ce champ doit être totalement valorisé avant sa transmission au STS. Le mode de tarification complémentaire doit être sélectionné par le Professionnel de Santé (tiers payant AMC, hors tiers payant AMC).

1610 **Groupe** *Prestation*

RG_VF365

Le montant théorique remboursable par l'AMC peut être préalablement renseigné soit parce qu'il a déjà été calculé soit parce qu'il a été renseigné par le Professionnel de Santé.

1620 **Groupe** *Prestation IFD*

Le montant théorique remboursable par l'AMC peut être préalablement renseigné soit parce qu'il a déjà été calculé soit parce qu'il a été renseigné par le Professionnel de Santé.

1630 **Groupe** *Prestation IK*

Le montant théorique remboursable par l'AMC peut être préalablement renseigné soit parce qu'il a déjà été calculé soit parce qu'il a été renseigné par le Professionnel de Santé.

1440 **Groupe** *Forçage niveau facture*

Compléter selon les règles de forçage décrites dans l'annexe 1-A.

1450 **Groupe** *Module de tarification complémentaire*

Si le groupe a été restitué en sortie d'un premier appel, il doit alors être transmis en entrée lors d'un second appel…

2000 **Groupe** *Forçage AMO niveau acte*

Compléter selon les règles de forçage décrites dans l'annexe 1-A.

2010 **Groupe** *Forçage AMC niveau acte*

Compléter selon les règles de forçage décrites dans l'annexe 1-A.

2020 **Groupe** *Base de remboursement theorique AMO*

Transmis au STS pour toutes les familles de Professionnel de Santé

9.2 Interface en sortie

9.2.1 Synthèse des informations fournies par les STS au progiciel en retour de la fonction « Assistance à la Tarification » et de la fonction « Tarification »

Les STS enrichissent les données fournies par le progiciel soit en ajoutant des informations de tarification soit en modifiant des informations transmises. Les données fournies par le progiciel et non modifiées par les STS ne sont pas restituées par les STS.

Le progiciel a trois réactions possibles :

- Prendre en compte les informations retournées par le STS en les intégrant au sein de son formulaire de facture.
- Créer un dialogue avec le Professionnel de Santé pour choisir la formule à activer et saisir les paramètres adéquats.
- Afficher les diagnostics et demander au Professionnel de Santé de corriger ou de compléter les données à transmettre.

Si le Professionnel de Santé remplit les montants AMC avant de déclencher les STS, le progiciel peut l'alerter de la perte possible des données.

9.2.2 Détail des informations retournées par les STS

Les informations susceptibles d'être restituées par les STS sont les suivantes :

- **Un diagnostic** indiquant les éléments manquant pour réaliser la tarification ou informant le Professionnel de Santé via un commentaire (groupe 3750).

  La restitution d'un diagnostic peut provenir de l'absence de renseignement d'une valeur de paramètre par exemple.

  ➔ S'il n'y a pas d'erreur (pas de diagnostic ou diagnostic de niveau 1), le progiciel peut intégrer les données restituées et éventuellement permettre le forçage de certaines données, en fonction de l'indication restituée par l'Interface STS sur la possibilité de modification par le Professionnel de Santé.

  ➔ S'il y a un avertissement (diagnostic de niveau 2), le progiciel informe le Professionnel de Santé qui décide :

  - soit de corriger les données de la facture (avec l'aide de l'assistance ou en modifiant les valeurs) et en ré-exécutant la fonction tarification ;
  - soit de forcer directement les valeurs (le progiciel indique ce forçage dans l'indicateur AMC de forçage de niveau ligne d'acte)
  - soit de « respecter » l'avertissement en conservant les STS.
  - soit de passer outre l'avertissement (cas de forçage).

  ➔ S'il y a erreur (diagnostic de niveau 3), le progiciel informe le Professionnel de Santé qui décide :

  - soit de persister dans le choix du tiers payant en complétant les informations manquantes (éventuellement au travers de l'assistance) ou en corrigeant et en ré-exécutant la fonction tarification.
  - soit de basculer la part complémentaire en hors tiers payant
  - soit de ne plus faire de facture vers la complémentaire.

➔ S'il y a erreur (diagnostic de niveau 4), le progiciel doit faire appel automatiquement à la fonction « Assistance à la Tarification » en fonction du contexte soit pour toute la facture, soit pour l'acte concerné (selon le diagnostic).

➔ S'il y a erreur (diagnostic de niveau 3 ou 4), le progiciel doit ignorer l'éventuel montant AMC calculé par les STS pour les actes concernés.

- **Une liste de formules** dans laquelle le Professionnel de Santé peut choisir celle qui permettra de réaliser le calcul de la part complémentaire (plusieurs groupes 3760) et en renseigner les paramètres.

  ➔ Le progiciel crée un dialogue avec le Professionnel de Santé pour choisir la formule à activer et saisir les paramètres adéquats. Ce dialogue peut se situer au niveau facture (application de la formule et des paramètres saisis sur toutes les lignes de la facture) et au niveau ligne d'acte.

  - Si le Professionnel de Santé choisit la même formule pour une facture, le progiciel doit affecter cette formule à chaque ligne d'acte (groupe 3710), sauf au niveau des lignes où le Professionnel de Santé aurait déjà sélectionné une formule distincte.

  ➔ Si une seule formule est restituée par les STS (un seul groupe 3760), la formule s'applique à l'acte concerné, le progiciel demande au Professionnel de Santé de compléter les paramètres manquants, renseigne la formule à appliquer (groupe 3710) et lui propose de rappeler la fonction Tarification afin d'appliquer cette formule.

- **Des informations qui servent à la tarification :**

  Ces informations concernent les formules appliquées au niveau acte et facture (3710, 3715, 3720, 3725), les montants de la part complémentaires calculés (1610, 1620, 1630, 1910), les forçages au niveau acte et facture (1440, 2010).

  ➔ Le progiciel peut dans ce cas les afficher au Professionnel de Santé, conformément aux règles d'affichage restituées.

- **Autres informations** concernant les données complémentaires (1321, 1330, 107, 108, 109 et 111)

  ➔ Si ces informations sont différentes en sortie des modules STS, le progiciel doit les intégrer dans la facture.

  NB : les groupes 107, 108, 109 et 111 sont réservés, ici, à un usage ultérieur.

  En gestion séparée, un changement de type de service AMC (TP en HTP ou vice-versa) doit conduire le progiciel à refaire la recherche de la convention applicable.

  En gestion unique, un passage de TP AMC en HTP AMC doit entraîner une mise en forme de la facture sans part complémentaire.

- **L'identifiant et le numéro de version** du module STS utilisé (groupe 1450).

  ➔ Le progiciel doit l'intégrer dans la facture.

- **Les règles d'affichage et de modification des informations**

  Les STS restituent avec chaque groupe un autre groupe (3790) contenant les règles d'affichage des données par le progiciel et de leur modification par le Professionnel de Santé. Ces règles sont matérialisées sous la forme de deux tops : « Affichage » et « Modification ».

  ➔ Le progiciel doit dans ce cas les interpréter.

Forçage des montants remboursables par l'AMC (selon le Top Modification EF_VF13)

Il n'existe aucune interdiction au Professionnel de Santé de modifier les montants remboursables par l'AMC (selon le Top modification) sans repasser par la phase de tarification de sa facture. Dans ce cas, le progiciel doit vérifier qu'il n'y a pas enrichissement sans cause (Cf. RG_VF399).~~, c'est-à-dire que le Montant AMO + le Montant AMC ≤ est inférieur ou égal à la Dépense Réelle.~~

Le Professionnel de Santé pourra éventuellement modifier certaines autres données restituées par les STS (selon le Top modification).

Les spécifications liées au forçage sont décrites dans l'annexe 1-A §Forçage des informations relatives au domaine de la part complémentaire.

Archivage des groupes de sortie

Cf. RG_MF033

Les paramètres en sortie

Données liées aux STS

3700	**Groupe** *Contexte tarification de la part Complémentaire*
3750	**Groupe** *Diagnostic STS*
3710	**Groupe** *Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte*
3715	**Groupe** *Libellé de la formule AMC appliquée au niveau acte*
3720	**Groupe** *Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture*
3725	**Groupe** *Libellé de la formule AMC appliquée au niveau facture*
3760	**Groupe** *Description formule de calcul AMC*
3770	**Groupe** *Zone tampon AMC*
3790	**Groupe** *Tops affichage et modification*

Contenu de la zone d'échange de la facture

1321	**Groupe** *Organisme complémentaire*
1330	**Groupe** *Données Complémentaire Additionnelles*
1610	**Groupe** *Prestation*
1620	**Groupe** *Prestation IFD*
1630	**Groupe** *Prestation IK*
1440	**Groupe** *Forçage niveau facture*
1450	**Groupe** *Module de tarification complémentaire*
2010	**Groupe** *Forçage sur la part complémentaire niveau acte*
1910	**Groupe** *Total facture*

~~Le champ 4 « total participation assuré » avant participation AMC » du groupe 1910 est transmis dans les flux. Par contre, le reste à charge assuré après tarification AMC» est une information qui n'est pas transmise dans les flux et est uniquement affichée au Professionnel de Santé. Cette information est de la responsabilité du progiciel et non pas du ressort des STS. Il incombe par conséquent au progiciel de calculer cette information. Le total théorique et non théorique remboursable par l'AMC reste éventuellement à calculer à partir de la somme des montants théoriques remboursables des actes par l'AMC, en cas de montant AMC facture nul.~~

10 Changement des éléments de facturation

Si le Professionnel de Santé utilise un autre support d'information AMC (attestation au lieu de la carte Vitale par exemple), le progiciel ne doit pas tenir compte des informations sur la part complémentaire précédemment acquises, le progiciel doit effacer les valeurs :

- des données des groupes 107 « mutuelle », 108 « Période de droits mutuelle »
- des données du groupe « 109 données complémentaire »,
- des données du groupe « 111 Zone Commune Complémentaire »
- des données du groupe « 1321 données complémentaires »,
- des données du groupe « 1322 données mutualiste »,
- des données du groupe « 1330 Données Complémentaire Additionnelles »
- des montants théoriques remboursables par l'AMC des groupes 1610-1620-1630,
- des données du groupe « 3710 formules AMC appliquée au niveau acte »,
- des montants AMC du groupe 1910,
- des données du groupe 2010 « forçage acte sur la part complémentaire »,
- de la donnée « indicateur de forçage facture AMC » du groupe 1440,
- des données du groupe 3720 « formule AMC appliquée au niveau facture »,
- des données du groupe « 1450 version STS »,
- des données du groupe « 3760 formule à choisir ».

Le progiciel doit reprendre le renseignement des données de la facture sur la partie complémentaire à partir du nouveau support de droits.

Ces changements sont effectués si la tarification complémentaire est terminée.

Annexe 1-A3

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Finalisation facture – Phase Part Obligatoire

Intégrant l'Addendum n°8

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

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

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

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

Sommaire

1 Introduction 4

1.1 Présentation du document 4
1.2 Guide de lecture 4

2 Spécifications ~~Intégrales~~ des traitements 5

2.1 Présentation de la phase « Finalisation facture » 5
2.2 CF99 : Préparer la finalisation de la facture 6
2.3 VF05 : Générer les suppléments dérogatoires SMG 7
2.3.1 VF05.01 : Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG 8
2.3.2 VF05.02 : Générer une prestation SD_SMG 9
2.3.2.1 VF05.02.01 : Acquérir les données d'une prestation de type SD_SMG 10
2.3.2.2 VF05.02.02 : Contrôler les données d'une prestation de type SD_SMG 12
2.3.2.3 VF05.02.03 : Déterminer les montants d'une prestation de type SD_SMG 13
2.4 VF06 : Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation 15
2.5 VF07 : Générer les suppléments en nature d'assurance AT 16
2.5.1 VF07.01 : Générer les compléments AT Dentaires 17
2.5.1.1 VF07.01.01 : Acquérir les données de la prestation ATD 18
2.5.1.2 VF07.01.02 : Contrôler les données de la prestation ATD 20
2.5.1.3 VF07.01.03 : Déterminer les montants la prestation ATD 21
2.5.2 VF07.02 : Générer le supplément APIAS 23
2.5.2.1 VF07.02.01 : Acquérir les données du supplément APIAS 24
2.5.2.2 VF07.02.02 : Contrôler les données du supplément APIAS 26
2.5.2.3 VF07.02.03 : Déterminer les montants du supplément APIAS 27
2.6 VF08 : Générer les dépassements pour victime d'attentat 29
2.6.1 VF08.01 : Acquérir les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat 30
2.6.2 VF08.02 : Contrôler les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat 32
2.6.3 VF08.03 : Déterminer les montants pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat 33

Table des Illustrations

Aucune entrée de table d'illustration n'a été trouvée.

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document est fourni à titre transitoire dans le cadre de la Modernisation du CDC SESAM-Vitale.
Il est amené à être supprimé dans la prochaine version du Package.

Il a pour objet de conserver la structure connue et exposer les renvois vers les éléments équivalents dans la partie SFG du corpus.

1.2 Guide de lecture

GD § 1.9

2 Spécifications ~~Intégrales~~ des traitements

2.1 Présentation de la phase « Finalisation facture »

Cette phase de finalisation de la facture correspond aux générations automatiques de prestations à ajouter dans la facture par le LPS. Elle s'inscrit dans le processus général de facturation et correspond aux opérations de VF mentionnées dans chaque chapitre ci-après.

2.2 CF99 : Préparer la finalisation de la facture

Cette fonctionnalité est sans objet car la finalisation de la facture s'inscrit dans le processus général d'élaboration de la facture (fonctionnalités IP-CF-VF), au cours duquel ont été préalablement déterminées les données nécessaires aux opérations de génération automatique, à savoir :

- SFG CF [RG_CF332]
- SFG CF [RG_CF405]
- SFG CF [RG_CF350]
- SFG CF [RG_CF351]

2.3 VF05 : Générer les suppléments dérogatoires SMG

SFG VF VF05

2.3.1 VF05.01 : Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG

SFG VF VF05.01

2.3.2 VF05.02 : Générer une prestation SD_SMG

SFG VF VF05.02

2.3.2.1 VF05.02.01 : Acquérir les données d'une prestation de type SD_SMG

SFG VF VF05.02.01

2.3.2.1.1.1 Synthèse des données

La synthèse des données est reportée dans l'Annexe 1-A0

2.3.2.2 VF05.02.02 : Contrôler les données d'une prestation de type SD_SMG

SFG VF VF05.02.02

2.3.2.3 VF05.02.03 : Déterminer les montants d'une prestation de type SD_SMG

SFG VF VF05.02.03

2.3.2.3.1.1 Synthèse des données

La synthèse des données est reportée dans l'Annexe 1-A0

2.4 VF06 : Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation

SFG VF VF06

2.5 VF07 : Générer les suppléments en nature d'assurance AT

SFG VF VF07

2.5.1 VF07.01 : Générer les compléments AT Dentaires

SFG VF VF07.01

2.5.1.1 VF07.01.01 : Acquérir les données de la prestation ATD

SFG VF VF07.01.01

2.5.1.1.1.1 Synthèse des données

La synthèse des données est reportée dans l'Annexe 1-A0

2.5.1.2 VF07.01.02 : Contrôler les données de la prestation ATD

SFG VF VF07.01.02

2.5.1.3 VF07.01.03 : Déterminer les montants la prestation ATD

SFG VF VF07.01.03

2.5.1.3.1.1 Synthèse des données

La synthèse des données est reportée dans l'Annexe 1-A0

2.5.2 VF07.02 : Générer le supplément APIAS

SFG VF VF07.02

2.5.2.1 VF07.02.01 : Acquérir les données du supplément APIAS

SFG VF VF07.02.01

2.5.2.1.1.1 Synthèse des données

La synthèse des données est reportée dans l'Annexe 1-A0

2.5.2.2 VF07.02.02 : Contrôler les données du supplément APIAS

SFG VF VF07.02.02

2.5.2.3 VF07.02.03 : Déterminer les montants du supplément APIAS

SFG VF VF07.02.03

2.5.2.3.1.1 Synthèse des données

La synthèse des données est reportée dans l'Annexe 1-A0

2.6 VF08 : Générer les dépassements pour victime d'attentat

SFG VF VF08

2.6.1 VF08.01 : Acquérir les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat

SFG VF VF08.01

2.6.1.1.1.1 Synthèse des données

La synthèse des données est reportée dans l'Annexe 1-A0

2.6.2 VF08.02 : Contrôler les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat

SFG VF VF08.02

2.6.3 VF08.03 : Déterminer les montants pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat

SFG VF VF08.03

2.6.3.1.1.1 Synthèse des données

La synthèse des données est reportée dans l'Annexe 1-A0

Annexe 1-B

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Principe de Traitement des retours et Gestion des ARL

Intégrant l'Addendum n°8

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

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

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

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

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

Sommaire

1 Introduction 4

1.1 Présentation du document 4

2 Cadre global du traitement des messages SMTP en retour 5

3 Gestion de la connexion réseau et des messages SMTP reçus 7

4 Gestion des avis de non remise et des messages de service 8

4.1 Gestion des AR_P 9
4.1.1 Définition de l'AR_P 9
4.1.2 Cinématique du traitement des AR_P par le Poste de Travail 9

5 Gestion des ARL 10

5.1 Préambule 10
5.2 ARL positif 10
5.3 ARL négatif 10
5.4 Absence d'ARL 11
5.5 ARL ne correspondant à aucun lot 11
5.6 Cinématique du traitement des lots et des ARL 11
5.6.1 Principes 11
5.6.2 Précisions 12
5.6.2.1 Gestion des lots sécurisés en mode dégradé 12
5.6.2.2 Enchaînements des phases pour les lots 12
5.6.2.3 Données à mémoriser 12
5.7 Descriptif des phases 14
5.7.1 Extraction des ARL 14
5.7.2 Rapprochement des lots et des ARL 14
5.7.3 Détection des lots transmis depuis plus de 48 heures sans ARL 15
5.7.4 Émission des lots 15
5.7.5 Reconstitution des lots dont l'ARL est négatif 16
5.7.6 Édition des duplicatas 18
5.8 La fonction « Traduction de l'ARL » 18

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie B de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement les traitements relatifs aux flux retours.

NB : les traitements relatifs aux flux retours concernant les rapports de réclamation sont définis dans l'annexe 1-B0.

2 Cadre global du traitement des messages SMTP en retour

Les fonctions concernées recouvrent :

- la gestion des avis de non-remise ;
- la gestion des messages de Service ;
- la gestion des retours ARL.

Les deux premières fonctions concernent l'envoi d'un message SMTP et du fichier des lots de factures électroniques (FSE ou DRE) joint.

La dernière fonction (gestion des ARL) concerne les lots contenus dans le fichier transmis.

Si un fichier transmis a fait l'objet d'au moins un retour ARL pour un des lots constitutifs de ce fichier, cela signifie alors que le message SMTP a été reçu par le destinataire des flux. Ceci implique que la réception d'un retour ARL vaut réception d'un avis de remise.

Dans la logique de traitement des messages SMTP contenus dans la boîte aux lettres du Professionnel de Santé, il convient de traiter dans l'ordre :

- **les erreurs de transmission** signalées par un avis de non-remise ;
- **l'indisponibilité d'un site d'exploitation de l'Assurance Maladie** signalée par un message de service (AR_P) ;
- **les erreurs de format** (en-tête SMTP ou structure du fichier joint) signalées par un message de service ;
- **les ARL** résultant des contrôles de structure opérés par les systèmes d'accueil des flux de l'Assurance Maladie sur les lots ou les factures Électroniques contenus dans le fichier.

Ceci correspond à la cinématique des flux décrite dans le schéma ci-après.

Ce paragraphe vient compléter les différentes parties du Cahier des Charges SESAM-Vitale abordant ce sujet.

Nota

Les Rejet/Signalement/Paiement (RSP) ne sont pas traités dans ce document. Cependant, leurs structures seront décrites dans l'annexe 4.

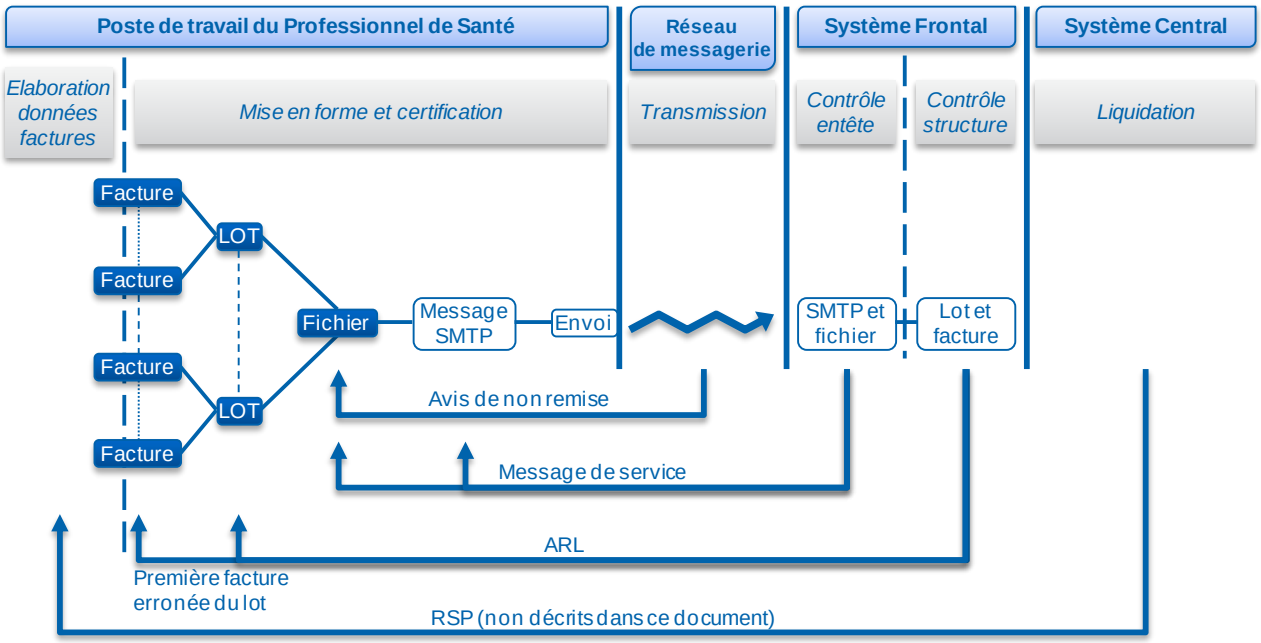


Schéma des flux SESAM-Vitale

3 Gestion de la connexion réseau et des messages SMTP reçus

Les procédures liées aux ouvertures et fermetures de sessions d'accès aux réseaux de messagerie (pour les flux SESAM-Vitale) doivent respecter l'enchaînement suivant :

- l'étape initiale démarre par la connexion et l'ouverture d'une session de travail sur le réseau de messagerie (accès à la boîte aux lettres dédiée SESAM-Vitale) ;
- la session de travail doit commencer par la sélection de tous les messages SMTP contenus dans la boîte aux lettres du Professionnel de Santé[1] :
  - l'extraction des avis de non-remise et leur rapprochement avec les messages SMTP émis ;
  - l'extraction des messages de service et leur rapprochement avec les messages SMTP émis ;
  - l'extraction des ARL et leur rapprochement avec les lots précédemment émis ;
  - l'extraction et le stockage en local des messages non dédiés SESAM-Vitale (avec possibilité de paramétrer la suppression ou non de ces messages du serveur).
- la session se poursuit par l'envoi des messages SMTP contenant les lots à émettre ;
- fermeture de la session de travail et la déconnexion réseau ;
- l'étape finale est matérialisée par le rapprochement de l'ensemble des messages reçus avec les messages SMTP émis.

Remarque

Le rapprochement des différents messages n'incluent pas la reconstitution des lots pour réémission. Cette reconstitution peut être réalisée hors connexion et les lots reconstitués seront alors réémis au cours d'une session suivante.

[1] Dans le cadre du RSS - boîte aux lettres dédiée aux flux SESAM-Vitale

4 Gestion des avis de non remise et des messages de service

La gestion des avis de non-remise et des messages de service est étroitement liée à la gestion des ARL.

Lors de l'extraction des messages SMTP dans la BAL du Professionnel de Santé, le progiciel peut recevoir :

De l'opérateur de messagerie :

- un (ou des) Avis de Non Remise indiquant qu'un message SMTP précédemment transmis (contenant un fichier de lots de factures) n'a pas été correctement acheminé jusqu'à la BAL de l'organisme destinataire. Cet avis contient le champ sujet du message SMTP concerné ;
- un message de service indiquant qu'un message SMTP précédemment transmis n'a pas pu être réceptionné par les systèmes d'assurance maladie (indisponibilité du système d'exploitation de l'assurance maladie).

De l'Assurance Maladie :

- un message de service indiquant qu'un message SMTP précédemment transmis est incorrect, soit au niveau du format de son en-tête SMTP, soit au niveau de la structure du fichier joint. Ce message SMTP fait référence au champ sujet du message SMTP concerné.

Le progiciel doit gérer les Avis de Non Remise et les messages de service en liaison avec la gestion des lots de la manière suivante :

- Durant la phase d'extraction des messages SMTP reçus, le progiciel doit extraire, en plus des fichiers ARL, les Avis de Non Remise et les messages de service éventuels afin d'identifier les fichiers posant un problème.
  - Si le fichier concerné par les avis de non-remise ou les messages de service, correspond à un fichier pour lequel l'un des lots qui le constitue a fait l'objet d'une première retransmission (cf. phase d'envoi des fichiers ci-dessous), alors ce fichier ne peut plus être transmis à nouveau et les lots qui ont fait l'objet d'une première retransmission doivent être traités manuellement.
  - Si tous les lots du fichier ont fait l'objet que d'une seule transmission, ceux-ci doivent être notés à réémettre (cf. § 4.6.1 phase 4) ou en attente (cf. § 4.1) suivant le message de service reçu.
  - <u>Cas particulier :</u> Lors de la réception d'un message de service 4005 « Flux chiffré en erreur », correspondant à un flux qui n'a pas pu être déchiffré. Le progiciel doit réémettre le flux à l'identique chiffré avec le bon certificat sans extraire le fichier ou aucun lot si ceux-ci avaient déjà fait l'objet d'une retransmission.
- Lors de la phase d'envoi des fichiers de lots, le progiciel doit :
  1. lors de la première transmission d'un fichier, mémoriser l'en-tête du message SMTP et le fichier joint pour permettre le rapprochement ultérieur ;
  2. permettre de recréer un message SMTP, après analyse de l'incident, pour chaque fichier pour lequel un Avis de Non Remise ou un message de service de type « REJET_SMTP » a été reçu (rapprochement possible grâce au champ sujet de l'en-tête SMTP du message) et appliquer la cinématique du traitement des lots et des ARL (cf. § 5.6).

- Si le fichier a été reçu par son destinataire (réception d'au moins un ARL pour un lot contenu dans ce fichier) alors le progiciel doit supprimer l'en-tête du message SMTP et le fichier.

4.1 Gestion des AR_P

Ces messages de service AR_P ne remplacent pas les ARL.

4.1.1 Définition de l'AR_P

En cas de dysfonctionnement majeur d'un système d'assurance maladie rendant impossible la prise en charge des messages de FSE ou de DRE émis par les Professionnels de Santé, le système de messagerie de l'opérateur du réseau SESAM-Vitale dispose d'un mécanisme de sauvegarde qui permet de sauvegarder les messages destinés à l'Assurance Maladie pendant une durée de 8 jours.

Dans ce cas l'opérateur de messagerie (l'opérateur du Réseau SESAM-Vitale) envoie aux Professionnels de Santé un AR_P (accusé de réception provisoire).

Cet AR_P doit permettre au logiciel du Professionnel de Santé de bloquer la réémission automatique des lots en attente d'ARL depuis plus de 48 heures.

Les lots mis « en attente » seront acquittés lors de la réception de l'ARL lorsque le système d'exploitation assurance maladie sera remis en fonctionnement.

Un délai de 15 jours maximum a été retenu pour cette mise en attente. Au delà, le Professionnel de Santé doit passer en procédure d'édition des duplicata papier des factures.

4.1.2 Cinématique du traitement des AR_P par le Poste de Travail

- Extraction des AR_P ;
- Rapprochement des AR_P avec les lots correspondant (Dans le champ « in reply-to » de l'AR_P est transmis le champ « subject » du message d'origine) ;
- Mise en état « en attente » des lots identifiés.

Les lots mis dans l'état « en attente » doivent être rapprochés des ARL reçus au fil de l'eau.

Au delà de 15 jours si les lots n'ont toujours pas reçu d'ARL, le Professionnel de Santé peut éditer des duplicata papier des factures.

5 Gestion des ARL

5.1 Préambule

Les principes décrits dans ce document sont valables pour tous les types de flux générés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé, à savoir les factures réelles, les factures de test, et les factures de démonstration.

- Pour les AMO :

  Les règles de gestion des ARL reposent sur les éléments définis réglementairement (article R161-47 du code de la Sécurité Sociale relatif à la gestion des transmissions aux organismes d'Assurance Maladie et arrêté du 9 avril 1998 relatif aux modalités d'envoi des messages adressés en retour).

  Les lots effectués en mode dégradé ne donnent pas lieu à l'émission d'un ARL.

- Pour les AMC :

  Tous les lots donnent lieu à l'émission d'un ARL.

Les pièces jointes et les en-têtes des messages SMTP contenant ces ARL doivent être archivés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé pendant une durée minimum de 90 jours.

Un même lot de factures électroniques ne peut être retransmis qu'une seule fois, quel que soit le type d'erreur rencontrée.

5.2 ARL positif

Suite à la réception d'un ARL positif, le Professionnel de Santé doit conserver ce dernier sur son Poste de Travail et durant 90 jours au moins, ainsi que le double des feuilles de soins électroniques du lot qu'il a transmis, cf. chapitre « Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture » du corps du Cahier des Charges.

Les règles d'archivage des lots sécurisés de DRE sont les mêmes que les lots sécurisés de FSE.

Un lot ayant reçu un ARL positif ne doit en aucun cas être retransmis.

5.3 ARL négatif

Le lot doit être reconstitué avec un nouveau numéro de lot à partir des factures le composant et en tenant compte du code de l'ARL reçu. Ce lot doit ensuite être mis en forme et sécurisé (si nécessaire pour les DRE) de la même façon qu'un nouveau lot avant sa transmission.

Suite à la réception d'un ARL négatif indiquant une facture erronée dans le lot correspondant, seul le numéro de la première facture erronée dans le lot est signalé dans l'ARL, même si le lot contient d'autres factures erronées. Dans ce cas, le progiciel doit créer un nouveau lot contenant toutes les factures électroniques du lot précédemment transmis à l'exclusion de la facture électronique signalée en erreur. Ce lot ne peut pas être enrichi de nouvelles factures électroniques.

Pour ce nouveau lot, **un nouveau numéro de lot est attribué** et celui-ci doit être marqué comme retransmis.

Une intervention du Professionnel de Santé est requise pour la reconstitution et la transmission d'un lot en erreur.

Un lot ayant donné lieu à un ARL négatif ne peut être émis qu'une seule fois. A l'issue d'une nouvelle transmission infructueuse, le progiciel du Professionnel de Santé doit indiquer la nécessité de consulter la liste des lots incriminés afin de permettre la sélection des lots pour lesquels les factures électroniques doivent être éditées et identifiées comme traitées manuellement. L'en-tête du message SMTP contenant cet ARL doit être stockée sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé pour analyse technique ultérieure.

Le progiciel doit guider le Professionnel de Santé dans le traitement des ARL négatifs en fonction du type de rejet (voir cinématique du traitement des ARL).

5.4 Absence d'ARL

Les éléments qui suivent sont définis réglementairement pour la feuille de soins électronique. Si un lot de factures électroniques n'a pas reçu d'accusé de réception au bout de 48 heures suivant l'envoi, celui-ci ne doit être retransmis qu'une seule fois à l'organisme destinataire du flux. Ce lot ne doit pas être modifié avant retransmission (il est déjà sécurisé : il conserve donc le même numéro de lot).

Le progiciel doit indiquer au Professionnel de Santé la nécessité de consulter la liste des lots sécurisés, retransmis depuis plus de 48 heures et pour lesquels il n'a pas reçu d'ARL, afin de permettre la sélection des lots pour lesquels les factures électroniques doivent être éditées et identifiées comme traitées manuellement.

Les règles décrites ci-dessus s'appliquent également pour tous les lots sécurisés de Demandes de Remboursements Electroniques, même si elles ne sont pas définies réglementairement.

5.5 ARL ne correspondant à aucun lot

Dans le cas où un ARL ne pourrait être lié à un lot en attente d'acquittement, le logiciel doit archiver l'ARL comme non rapproché à des fins d'analyse technique a posteriori. L'en-tête du message SMTP contenant le fichier retour de cet ARL doit être elle aussi archivée.

5.6 Cinématique du traitement des lots et des ARL

5.6.1 Principes

Pour éviter les retransmissions inutiles de lots en attente d'ARL, il convient de vérifier si l'ARL associé n'est pas présent dans la boîte aux lettres du Professionnel de Santé avant toute tentative de retransmission.

Le processus d'envoi/rapprochement des lots peut être automatique.

Une intervention du Professionnel de Santé est requise pour le traitement des lots en anomalie :

- *lots retransmis en attente d'ARL depuis plus de 48H ;*
- *lots (re)transmis et ayant donné lieu à des ARL négatifs.*

La gestion des lots et des ARL est composée des procédures suivantes :

I - <u>La procédure d'envoi/rapprochement des lots</u>

La procédure d'envoi et de rapprochement des lots peut être déclenchée par le progiciel lui-même à une heure donnée (éventuellement paramétrable) ou sur l'initiative du Professionnel de Santé. Les phases du traitement sont les suivantes :

- **Phase 1 - Extraction des ARL**
- **Phase 2 - Rapprochement des ARL avec les lots correspondants**
- **Phase 3 - Détection des lots transmis depuis plus de 48 heures sans ARL**
- **Phase 4 - Emission des nouveaux lots et des lots à réémettre**

A l'issue de la procédure, le Professionnel de Santé est averti de l'existence de lots requérant un traitement particulier (gestion des anomalies).

II - La procédure de gestion des anomalies

Cette procédure permet au Professionnel de Santé de prendre connaissance des anomalies survenues et, selon le choix et la nature de ces anomalies, d'appliquer le traitement ad hoc aux lots incriminés :

- **Phase 5 - reconstituer lot** (ARL négatif) pour retransmission ultérieure
- **Phase 6 - éditer duplicata** facture (lot en erreur après envoi du lot reconstitué (1 seule fois)

5.6.2 Précisions

5.6.2.1 Gestion des lots sécurisés en mode dégradé

Pour les organismes d'Assurance Maladie Obligatoires, seul un Avis de Non Remise ou un message de service peut permettre au progiciel de savoir si les lots n'ont pas été correctement reçus.

Si un Avis de Non Remise ou un message de service (signalant un rejet) est parvenu dans les 48 heures suivant l'envoi, le progiciel doit traiter l'erreur et renvoyer le message SMTP en le notant comme étant réémis.

A défaut de réception d'avis de non remise ou d'un message de service au bout de 48 heures après le dernier envoi (le même délai que pour l'attente de réception des ARL pour les lots sécurisés), le progiciel considérera les lots transmis comme acceptés par l'organisme destinataire du flux.

Si un Avis de Non Remise ou un message de service relatif à un message SMTP réémis est reçu par le Poste de Travail du Professionnel de Santé, les lots contenus dans le message SMTP doivent être traités manuellement dans la procédure d'anomalie.

5.6.2.2 Enchaînements des phases pour les lots

Dans le diagramme présenté page suivante, les phases 1 à 4 peuvent être enchaînées automatiquement au déclenchement de la procédure d'envoi/rapprochement des lots. Les phases 5 et 6 sont invoquées à la demande du Professionnel de Santé via un menu de gestion manuelle des anomalies.

Chaque phase est détaillée dans le paragraphe 5.7, où chaque donnée en entrée ou en sortie est identifiée en **gras.**

5.6.2.3 Données à mémoriser

La cinématique de traitement de chaque lot et son rapprochement avec un ARL, impose que soient mémorisées pour chaque lot les informations suivantes :

- son CRF (Critère de Regroupement en fichier) ;
- ses critères de rapprochement ARL (cf. § 5.8 la fonction Traduction de l'ARL) ;
- la date et l'heure de sa transmission.

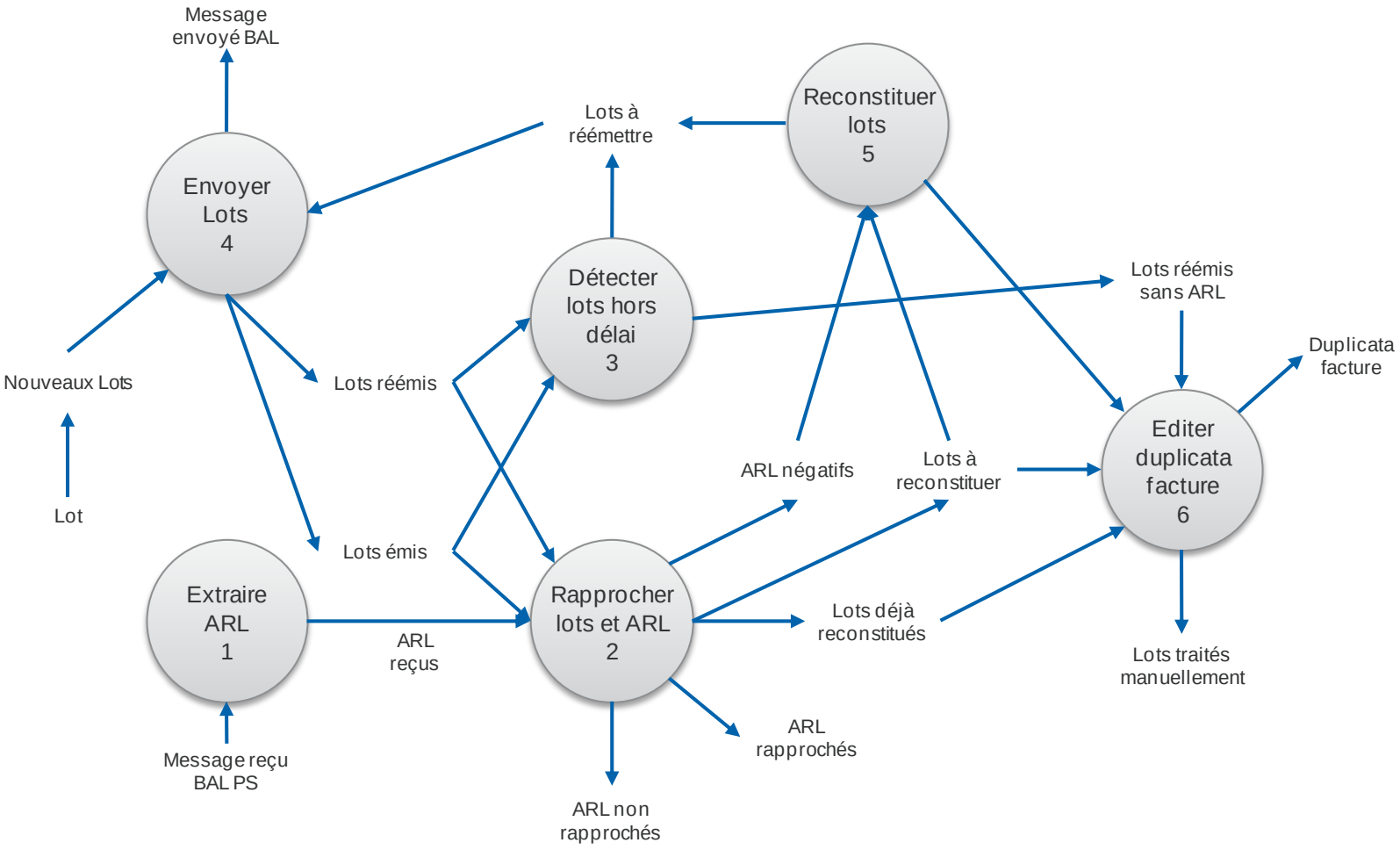


Diagramme des flots de données sur le système de gestion des lots sécurisés

5.7 Descriptif des phases

5.7.1 Extraction des ARL

Remarques préalables

Les procédures d'extraction et de suppression dans les boîtes aux lettres des messages SMTP comportant les ARL doivent être exécutées avant tout autre traitement.

Un message SMTP « ARL » ou « ARLDRE » peut regrouper des ARL correspondant à des lots provenant de plusieurs messages SMTP.

Les ARL associés aux lots d'un même message SMTP peuvent être éclatés dans plusieurs messages SMTP ARL.

Traitements fonctionnels

Connexion et ouverture de session RSS

Consultation de la BAL Professionnel de Santé

Pour chaque **message SMTP reçu dans la BAL du Professionnel de Santé**

- Extraction du message SMTP
  - Si le champ content-description de l'en-tête SMTP est de type « ARL/NOEMIE » ou « ARLDRE/NOEMIE » ou autres (cf. annexe 4 ; § 8, 10 et 11) alors
    - Extraction de la pièce jointe
    - Récupération des **ARL reçus** et mémorisation du code traitement
    - Suppression dans la BAL du message SMTP contenant les ARL
- Traitement des autres messages SMTP éventuels

5.7.2 Rapprochement des lots et des ARL

Remarque préalable

La procédure de rapprochement des ARL avec les lots associés doit être exécutée avant toute émission de lot pour éviter la retransmission de lots pour lesquels un ARL a déjà été reçu.

Traitements fonctionnels

Pour chaque **ARL reçu**

- Recherche du lot correspondant dans la liste des **lots émis** et la liste des **lots réémis** (cf. § 5.8 Traduction de l'ARL) et la liste des **lots en attente**.
- Si le lot est trouvé alors
  - Si l'ARL est positif
    - le lot correspondant trouvé doit être supprimé de la liste à laquelle il appartenait

les données constitutives des factures du lot rapproché et l'ARL positif doivent être archivées pendant 90 jours

Si l'ARL est négatif

si le lot était un **lot émis** ou **lot en attente** alors celui-ci devient un **lot à reconstituer** (il sera traité manuellement et éventuellement renvoyé)

si le lot était un lot réémis alors celui-ci devient un lot déjà reconstitué (il sera traité manuellement sans pouvoir être renvoyé)

L'ARL négatif correspondant doit être stocké dans la liste des **ARL négatifs** (pour analyse technique). L'en-tête SMTP du message contenant le fichier retour de cet ARL doit être lui aussi archivé.

Tous les ARL pour lesquels aucun lot n'a été trouvé dans la liste des **lots émis** et la liste des **lots réémis** et la liste des lots en attente doivent être archivés dans la liste des **ARL non rapprochés** (pour analyse technique). L'en-tête SMTP du message contenant le fichier retour de cet ARL doit être lui aussi archivé.

5.7.3 Détection des lots transmis depuis plus de 48 heures sans ARL

Remarques préalables

Les lots transmis une première fois et qui n'ont pas reçu d'ARL dans un délai de 48 heures doivent faire l'objet d'un nouvel envoi sans modification du contenu, pour préserver leur intégrité, et sans modification de la référence du lot.

Les lots transmis une seconde fois et qui n'ont pas reçu d'ARL dans un délai de 48 heures ne doivent pas être retransmis mais les factures électroniques constituant ce lot devront faire l'objet d'une édition papier (duplicata sur feuille certifiée CERFA pour les FSE.

Traitements fonctionnels

Pour chaque lot de la liste des **lots émis**

Si la date de la dernière relève de la BAL est supérieure à la date d'émission du lot + 48 heures

alors celui-ci devient un **lot à réémettre** (il sera renvoyé).

Pour chaque lot de la liste des **lots réémis**

Si la date de la dernière relève de la BAL est supérieure à la date d'émission du lot + 48 heures

alors celui-ci devient un **lot réémis sans ARL** (il sera traité manuellement sans pouvoir être renvoyé).

5.7.4 Émission des lots

Remarques préalables

Les fichiers créés à transmettre peuvent contenir des lots nouvellement créés et des lots à réémettre.

Traitements fonctionnels

Regrouper tous les **nouveaux lots** et les **lots à réémettre** en fonction du CRF associé à chaque lot.

Pour chaque groupe de lots ainsi constitué :

- Appeler la fonction Formater Fichier ;
- Constituer le fichier à émettre : en-tête fichier + groupe de lots + fin de fichier ;
- Créer le message SMTP à destination de l'organisme destinataire avec le fichier à émettre en pièce jointe ;
- Envoyer le message SMTP.

Tous les **nouveaux lots** du fichier transmis passent dans la liste des **lots émis** (en attente d'ARL une 1ère fois).

Tous les **lots à réémettre** du fichier transmis passent dans la liste des **lots réémis** (en attente d'ARL une dernière fois).

Fermeture de session et déconnexion RSS.

Les lots, dont le fichier a fait l'objet d'un avis de non remise ou d'un message de service, sont considérés comme des lots à réémettre (cf. § 3).

5.7.5 Reconstitution des lots dont l'ARL est négatif

Remarques préalables

Le Professionnel de Santé, qui a été averti que des lots non correctement traités subsistent sur son poste, peut en afficher la liste pour les traiter manuellement.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit afficher :

- les lots ayant reçu un ARL négatif soit après une première émission ;
- les ARL négatifs correspondants.

Seuls les lots ayant été émis qu'une fois peuvent être reconstitués. La reconstitution d'un lot doit permettre au Professionnel de Santé de le réémettre en supprimant la facture éventuellement erronée pour laquelle un duplicata papier doit être édité.

Il est conseillé au Professionnel de Santé d'effectuer cette opération après accord de l'organisme destinataire concerné.

La reconstitution d'un lot consiste en la création d'un nouveau lot qui contient les mêmes factures que l'ancien lot (sauf la facture erronée éventuelle) auquel un nouveau numéro de lot est attribué et qui doit être sécurisé (si nécessaire pour les DRE) de la même manière qu'un nouveau lot.

Traitements fonctionnels

Les traitements à effectuer en fonction du code traitement de l'ARL sont les suivants :

Libellé code Traitement ARL	Code	Traitements effectués pour tous ces codes
Structure du lot non conforme	***1001***	• Reconstitution d'un nouveau lot à partir des ***FSE ou DRE*** du lot • Mise en forme et sécurisation du nouveau lot (si nécessaire pour les DRE) • Insertion du nouveau lot sécurisé dans la liste des **lots à réémettre** (il sera renvoyé)
Signature lot invérifiable	***2001***	
Lot non intègre	***2002***	
Enregistrement fin de lot non intègre	***2003***	
Lot utilisant une clé interdite(*)	***2005***	
Sécurité lot erronée	***2502***	
La carte CPS ou CPE ayant effectué le lot est en opposition	***3001***	
Agrément logiciel absent	***4001***	
Logiciel PS non agrée	***4002***	
Date de validité du logiciel PS dépassée ***Ou*** ***Validité de la version de votre logiciel expirée***	***4003***	
Date de validité du logiciel PS non atteinte	***4004***	
TLA non homologué	***4005***	
Date de validité du TLA dépassée	***4006***	
Date de validité du TLA non atteinte	***4007***	
Logiciel PS non agréé pour produire des flux TLA	***4008***	
Numéro de version de norme invalide pour l'homologation TLA	***4009***	
Numéro de version de norme invalide pour l'agrément logiciel	***4010***	
Version du cahier des charges invalide	***4011***	
Lot créé depuis plus de 90 jours	***5001***	
Lot postdaté de plus de 2 jours	***5002***	

xxxxxxxx = n° FSE ou DRE dont la structure est non conforme	***1002***	• Reconstitution d'un nouveau lot contenant toutes les ***FSE ou DRE*** du lot précédent, sauf la ***FSE ou DRE*** n°***xxxxxxxx***. • Mise en forme et sécurisation du nouveau lot (si nécessaire pour les DRE) • Insertion du nouveau lot sécurisé dans la liste des **lots à réémettre** (il sera renvoyé) • Edition du **duplicata papier de** la ***FSE ou DRE*** n°***xxxxxxxx*** du lot
xxxxxxxx = n° FSE ou DRE non intègre	***2004***	
« xxxxx = n° FSE ou DRE certificat vitale incorrect »	***2004***	
xxxxxxxx = n° de FSE ou DRE utilisant un mode de certification interdit	***2007***	
xxxxxxxx = n° de FSE ou DRE avec déchiffrement impossible	***2500***	
xxxxxxxx = n° de FSE ou DRE avec chiffrement erroné	***2501***	
xxxxxxxx = n° de FSE ou DRE dont signature incontrôlable invérifiable	***2503***	
xxxxxxxx = n° de FSE ou DRE avec sécurité facture erronée	***2504***	
xxxxxxxx = n° FSE ou DRE effectuée par une carte CPS en opposition	***3002***	
xxx = n° de FSE ou DRE utilisant une clé interdite(*)	***2006***	

(*)**Cas particulier :** Avec l'utilisation d'un lecteur SESAM-Vitale, en cas de réception d'un ARL avec un code 2005 (Lot utilisant une clé interdite) ou 2006 (xxx = n° de **FSE ou DRE** utilisant une clé interdite), le Professionnel de Santé doit contacter la société lui ayant fourni son lecteur SESAM-Vitale.

Avec l'utilisation de lecteurs PC/SC, le Professionnel de Santé doit contacter son éditeur de logiciel.

5.7.6 Édition des duplicatas

Remarques préalables

De la même manière que pour les lots à reconstituer suite à la réception d'un ARL négatif, le PS peut traiter manuellement tous les lots non acquittés positivement en les sélectionnant dans la liste proposée par le progiciel.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit afficher la liste suivante :

- les lots déjà retransmis et n'ayant pas reçu d'ARL dans un délai de 48 heures ;
- les lots en attente ayant dépassé le délai de 15 jours ;
- les lots ayant reçu un ARL négatif soit après une première émission, soit après une retransmission ;
- les ARL négatifs correspondants.

Tous ces lots peuvent être traités manuellement (y compris les lots à reconstituer).

Il est conseillé au PS d'effectuer cette opération après accord avec l'organisme destinataire concerné.

Traitements fonctionnels

Parmi les **lots à reconstituer**, les lots déjà reconstitués, les **lots réémis sans ARL** et les **lots en attente ayant dépassé le délai de 15 jours**, le Professionnel de Santé choisit les lots qu'il veut traiter manuellement.

Pour chaque lot sélectionné :

- Possibilité d'éditer un **duplicata** papier pour toutes les factures du lot ;
- Archiver le lot dans la liste des **lots traités manuellement** (pour analyse technique).

5.8 La fonction « Traduction de l'ARL »

La fonction ***Traduction de l'Accusé Réception Logique*** a pour objet d'identifier les ARL contenus dans le fichier passé en paramètre et de restituer des données simplifiées permettant de connaître le niveau d'acceptation de chaque lot par l'Assurance Maladie. En cas d'anomalie, le libellé de traitement indique le motif de l'anomalie.

Fonction à utiliser

SSV Traduire ARL

Les paramètres en entrée

30	**Groupe** *Fichier de retour NOEMIE*

Zone d'échange

Zone contenant les Accusés de Réception Logiques.

Les paramètres en sortie

31	**Groupe** *Traduction de l'ARL*	**(1 à n occurrences)**

N° de l'ARL

Zone réservée pour utilisation future.

Date de création de l'ARL

Type du N° de l'émetteur de lot

Identifie le type du n° émetteur.

Emetteur du lot

Identifie le Professionnel de Santé émetteur du lot.
(cf. fonction « Mise en forme et sécurisation lot »).

N° du destinataire

Identifie l'organisme d'Assurance Maladie auquel le lot était destiné.
(cf. N° Destinataire en entrée de la fonction « Mise en forme Entête et Fin de fichier »).

N° de référence du lot

Attribuée par le progiciel lors de la constitution du lot (cf. annexe 1-A § 4.1).

Date du lot

Date de création du lot par l'émetteur (indiqué lors de l'appel à la fonction Formater Lot).

Type du code traitement du lot

Indique si une anomalie a été détectée pour le lot et, si oui, le type d'anomalie détectée.

Code de traitement du lot

Renseigné dans le cas d'une anomalie, cette zone explicite le code de l'anomalie détectée.

Libellé de traitement du lot

Libellé du code de traitement du lot.

Traitement effectué par le progiciel du Professionnel de Santé après appel de la fonction

Pour chaque ARL contenu dans le fichier, la fonction *Traduction Accusé Réception Logique* restitue au progiciel du Professionnel de Santé les caractéristiques lui permettant de mettre à jour l'état du lot correspondant (exemple : lot avec ARL positif, lot avec ARL négatif). Le traitement à effectuer dans le cas d'un ARL négatif est expliqué dans le corps du Cahier des Charges.

Pour identifier le lot de FSE correspondant à l'ARL traduit, les champs suivants doivent être comparés :

Champs d'identification du lot			Champs issus de la Traduction ARL		
Groupe	N° champ	Descriptif	Groupe	N° champ	Descriptif
13	2	Type émetteur lot	31	3	Type du n° de l'émetteur du lot

Champs d'identification du lot			Champs issus de la Traduction ARL		
13	3	Emetteur du lot	31	4	Emetteur du lot
13	5	Référence lot	31	5	N° destinataire du lot
12	7	N° du destinataire	31	6	N° de référence du lot
8	8	date du lot	31	7	date du lot (*)

Pour identifier le lot de DRE correspondant à l'ARL traduit, les champs suivants doivent être comparés :

Champs d'identification du lot			Champs issus de la Traduction ARL		
Groupe	N° champ	Descriptif	Groupe	N° champ	Descriptif
93	1	Emetteur du lot	31	4	Emetteur du lot
93	3	Référence lot	31	6	N° de référence du lot
88	8	Date du lot	31	7	date du lot (*)

(*) L'utilisation de ce paramètre de rapprochement est optionnelle. Elle est conseillée pour les catégories de Professionnels de Santé gérant un volume de lots important (risque de dépassement de 999 lots entre la transmission d'un lot et réception de l'ARL correspondant).

Traitement des ARL dans le cadre d'un remplacement

Les organismes d'Assurance Maladie transmettent les ARL avec l'identification du Professionnel de Santé remplacé.

Annexe 1-B0

Traitement des RSP

Intégrant l'Addendum n°8

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

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

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

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

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

TABLE DES MATIERES

1 Introduction 5

1.1 Présentation du document 5
1.2 Abréviations 5
1.3 Documents de référence 5
1.4 Définitions 5
1.5 Principe de lecture du document 6

2 Principes généraux 8

3 Spécifications des traitements 10

3.1 RR02 : Traiter le fichier de RSP 10
3.1.1 RR02.01 : Suivre les facturations et les opérations ponctuelles 11
3.1.1.1 RR02.01.01 : Qualifier le RSP 12
3.1.1.2 RR02.01.02 : Alimenter le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant 14
3.1.1.3 RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la facturation 24
3.1.1.4 RR02.01.04 : Alimenter le tableau de suivi des opérations ponctuelles 26
3.1.1.5 RR02.01.05 : Alimenter le tableau des RSP non rapprochés 28
3.1.1.6 RR02.01.06 : Traiter la facturation rejetée 30
3.1.1.7 RR02.01.07 : Créer et transmettre un rapport de réclamation 31
3.1.2 RR02.02 : Alimenter le tableau des virements 44
3.1.3 RR02.03 : Mettre à disposition d'une application comptable les informations de paiements et retenues 45

4 Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 47

4.1 Introduction 47
4.1.1 Objet de du guide 47
4.1.2 Principes de création des RSP par les Organismes d'Assurance Maladie 47
4.1.3 Structure de la norme RSP 580 48
4.2 Regroupement des entités 49
4.3 Identification des organismes émetteurs et destinataires du retour 50
4.4 Identification des informations sur la référence du virement bancaire 51
4.5 Les différents types de RSP 52
4.5.1 Déterminer le type de RSP « Liquidation de facture » 53
4.5.2 Déterminer le type de RSP « Régularisation de facture » 57
4.5.3 Déterminer le type de RSP « Opération ponctuelle » 60
4.6 Informations complémentaires 62
4.6.1 Précisions sur l'entité 103 : Assuré / Bénéficiaire 62
4.6.2 Précisions sur les entités 198 et 199 : Part AMO et Part AMC 63
4.6.3 Précisions sur l'entité 294 : Ligne rejet 63
4.6.4 Précisions sur le Numéro du lieu d'exécution de l'acte (entité 081, pos 8) : 64
4.6.5 Précisions sur l'entité 295 : Ligne commentaire 65
4.7 Exemples de RSP 65
4.7.1 Exemples de RSP de liquidation 65
4.7.1.1 La facturation contient 2 parts « Payées » 65
4.7.1.2 La facturation contient 1 part « Rejetée » 66
4.7.1.3 La facturation contient 1 part en état « Différé » 68
4.7.2 Exemples de RSP de régularisation 69
4.7.2.1 Paiement ultérieur de la part AMC 69
4.7.2.2 Régularisation négative partielle sur la part AMO et/ou AMC 70
4.7.2.3 Annulation totale de la facture 72
4.7.3 Exemples RSP d'opération ponctuelle 76
4.7.3.1 RSP de paiement ponctuel 76
4.7.3.2 RSP de retenue ponctuelle 78

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1 : ENCHAINEMENT DE « RR02 : TRAITER LE FICHIER RSP »....10
FIGURE 2 : ENCHAINEMENT DE « RR02.01 : SUIVRE LES FACTURATIONS ET LES OPERATIONS PONCTUELLES »....11
FIGURE 3 : SYNTHESE DES DIFFERENTS TYPES DE RSP ET LEURS USAGES....48
FIGURE 4 : STRUCTURE DE LA NORME RSP 580....49
FIGURE 5 : PRINCIPES DE REGROUPEMENT DES ENTITES....49
FIGURE 6 : ILLUSTRATION DES DIFFERENTS NIVEAUX DE REJET....63
FIGURE 7 : ILLUSTRATION DU RAPPROCHEMENT DE LA FACTURE D'ORIGINE AVEC LE NIVEAU DE REJET....64

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie B0 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement les traitements relatifs au Rejets/Signalement/Paiement.

1.2 Abréviations

Abréviations	
CESI	**CE**ntre de **S**ervice **I**nter-régimes Tiers-payant
FSP	**F**euille de **S**oins **P**apier
GU	**G**estion **U**nique
GS	**G**estion **S**éparée
NOEMIE	**N**orme **O**uverte d'**E**change entre la **M**aladie et les **I**ntervenants **E**xtérieurs
RSP	**R**ejet / **S**ignalement / **P**aiement

1.3 Documents de référence

Les documents de référence sont à consulter dans la dernière version applicable.

Appellation	Type et titre	Référence
CDC NOEMIE PS	**Cahier des charges NOEMIE PS, disponible sur :** http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/documentation-technique/norme-noemie/norme-noemie-ps.php	Mars 2011

1.4 Définitions

Définition	
Liquidation de facture	Traitement initial de la facture par l'Assurance Maladie. La liquidation de facture peut donner lieu à un paiement, un rejet ou une mise en attente de la facture.
Régularisation de facture	Les régularisations interviennent après un paiement ou un rejet initial (suite à la liquidation de facture) et peuvent donner lieu à un paiement complémentaire ou à un indu envers le Professionnel de Santé.

Opération ponctuelle	Une opération ponctuelle est uniquement envoyée par les organismes AMO et n'est pas liée à une facture. Elles peuvent être des : paiements ponctuels et forfaitaires (par ex. aide pérenne, ROSP, RMT, ..) retenues ponctuelles (par ex. récupération pour satisfaire les besoins d'organismes extérieurs à l'Assurance Maladie).

1.5 Principe de lecture du document

Les spécifications de l'annexe 1-B0 sont présentées sous la forme d'un enchaînement d'opérations, chaque opération étant un enchaînement de sous-opérations, composées elles-mêmes éventuellement de sous-opérations, etc., constituées au final d'un enchaînement de règles.

Opérations

Présentation

La présentation de chaque opération ou sous-opération comprend :

- une description de l'opération,
- les données d'entrées et de sorties utilisées dans cette opération,
- éventuellement un schéma d'enchaînement,
- la liste des règles utilisées.

Chaque opération ou sous-opération est référencée par 2 lettres suivies d'un numéro.

Règles

Présentation

Chaque règle est référencée sous la forme RG_XXxxx

Avec XX : 2 lettres

xxx : un numéro

Pour chaque règle est présenté un cartouche indiquant les familles de Professionnel de Santé concernées.

Exemple

[RG_XXxxx] <Le titre de la règle>

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

<Description de la règle>

Cas particuliers

[CP1] <Titre du premier cas particulier>

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

<Description du premier cas particulier>

…

[CPn] <Titre du n^{ième} cas particulier>

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

<Description du n^{ième} cas particulier>

Familles de PS concernées

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

Les sigles utilisés dans ce cartouche ont la signification suivante :

Pour les familles de Professionnel de Santé :

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

[RG_XXxxx] <Le titre de la règle>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les sous-familles de Professionnel de Santé :

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

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

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

2 Principes généraux

Ce chapitre décrit quelques principes généraux concernant le traitement des retours de l'Assurance Maladie via la norme NOEMIE PS.

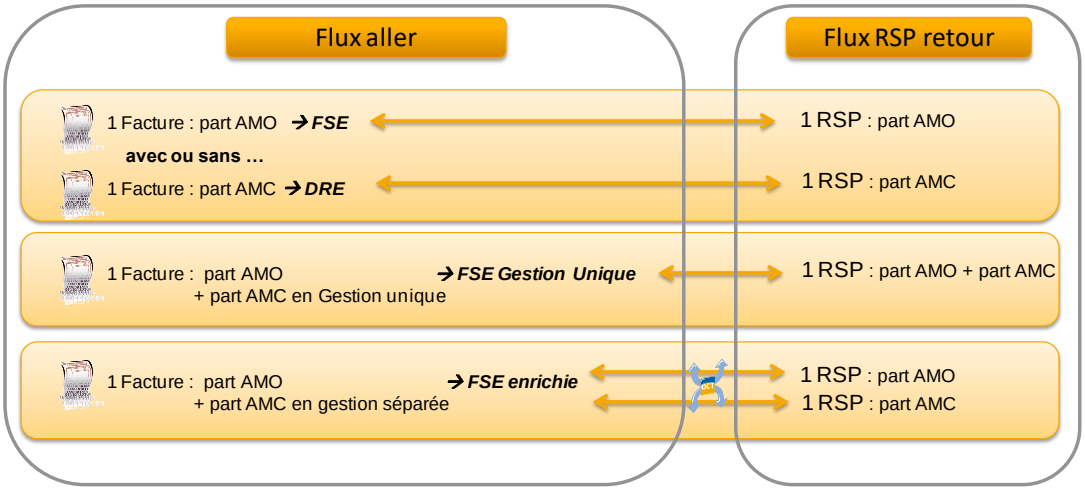
La facturation

La facturation consiste :

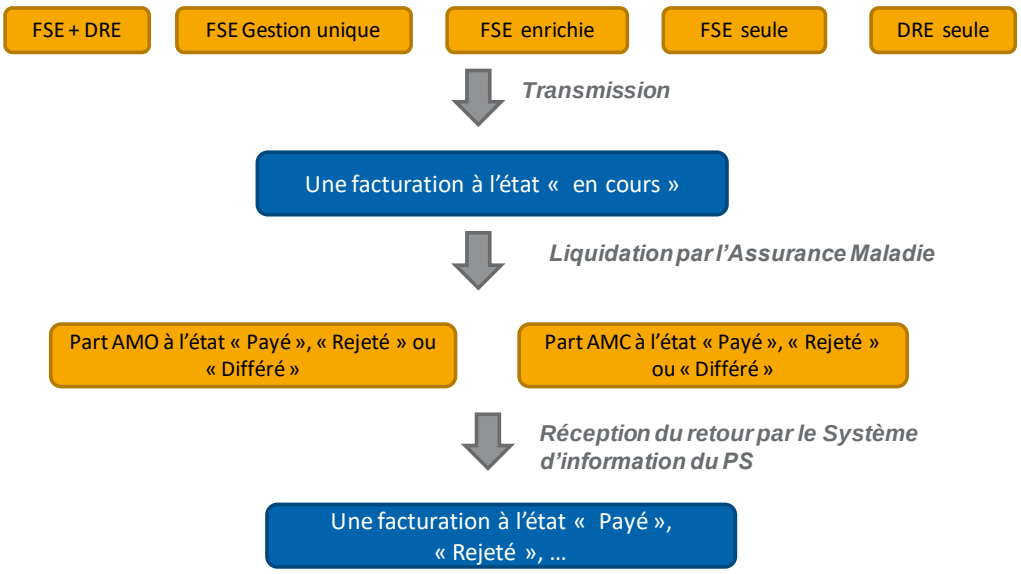
- à collecter l'ensemble des éléments constitutifs de la facture (acquisition des données relatives au Professionnel de Santé, au bénéficiaire des soins, des données liées à la prestation…),
- à procéder au calcul des montants des parts obligatoire et/ou complémentaire.

Lorsque la phase de tarification est terminée, les FSE et/ou DRE sont élaborées sur cette base commune.

Après traitement par l'Assurance Maladie, chaque facturation fait l'objet d'un ou plusieurs retours RSP donnant l'état de chacune des parts obligatoire (part AMO) et/ou complémentaire (part AMC), comme synthétisé dans le schéma ci-dessous :



L'état de la facturation suite à réception du ou des RSP est la combinaison de l'état de chacune des parts (AMO et/ou AMC) :



Les Retours RSP

Normes utilisées

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

Elle doit à terme remplacer les retours existants :

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

Le système de facturation doit être capable de traiter les données constituant la référence 580 de la norme NOEMIE, ainsi que les références 576 et 900 (sauf pour les pharmaciens).

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

Principes d'alimentation du retour NOEMIE 580

Les organismes d'Assurance Maladie procèdent à un seul virement par jour et par Professionnel de Santé (pour un même organisme payeur).

Un virement peut englober des paiements de natures différentes : remboursements de prestation, opérations ponctuelles.

Les RSP sont regroupés :

Par mandataire

Par destinataire de règlement (Professionnel de Santé)

Par virement (1 virement par jour et par Professionnel de Santé pour un même organisme payeur)

Par type de RSP

Le type de RSP dépend de l'opération effectuée par l'organisme d'Assurance Maladie (RSP suite à la liquidation de factures ou à leurs régularisations, RSP suite à des opérations ponctuelles : paiements ou retenues ponctuelles).

➔ Cf. §4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » pour plus de précision sur la structure du retour NOEMIE 580.

3 Spécifications des traitements

3.1 RR02 : Traiter le fichier de RSP

Vue générale

Description L'objet de cette opération est de traiter le fichier de RSP afin :

- de suivre les facturations en Tiers-Payant et les opérations ponctuelles,
- d'alimenter le tableau des virements,
- de mettre à disposition d'une application comptable les informations de paiements et retenues.

! Les règles décrites dans cette opération concernent les RSP 580. Il est préconisé que le suivi des RSP 576 et 900, mis en place par le système de facturation, soit maintenu.

Entrées Le fichier RSP

Sorties Tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

Détail des mouvements de régularisation d'une facturation

Tableau de suivi des opérations ponctuelles

Tableau des RSP non rapprochés

Tableau des virements

Informations à destination d'une application comptable

Schéma

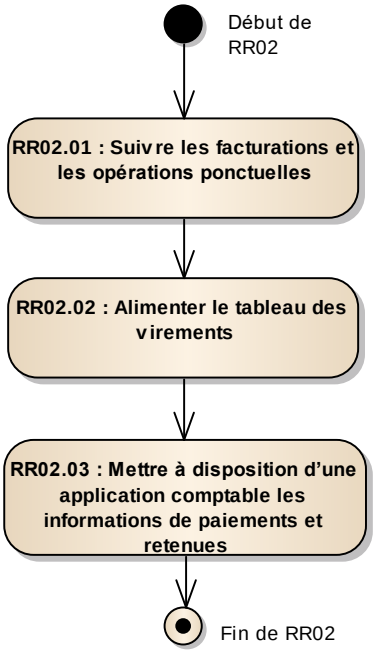


Figure 1 : Enchaînement de « RR02 : Traiter le fichier RSP »

3.1.1 RR02.01 : Suivre les facturations et les opérations ponctuelles

Vue générale

Description L'objet de cette opération est de :

- suivre les facturations,
- suivre les opérations ponctuelles,
- traiter les facturations rejetées.

Entrées Le fichier RSP

Sorties Tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

Détail des mouvements de régularisation d'une facturation

Tableau de suivi des opérations ponctuelles

Tableau des RSP non rapprochés

Schéma

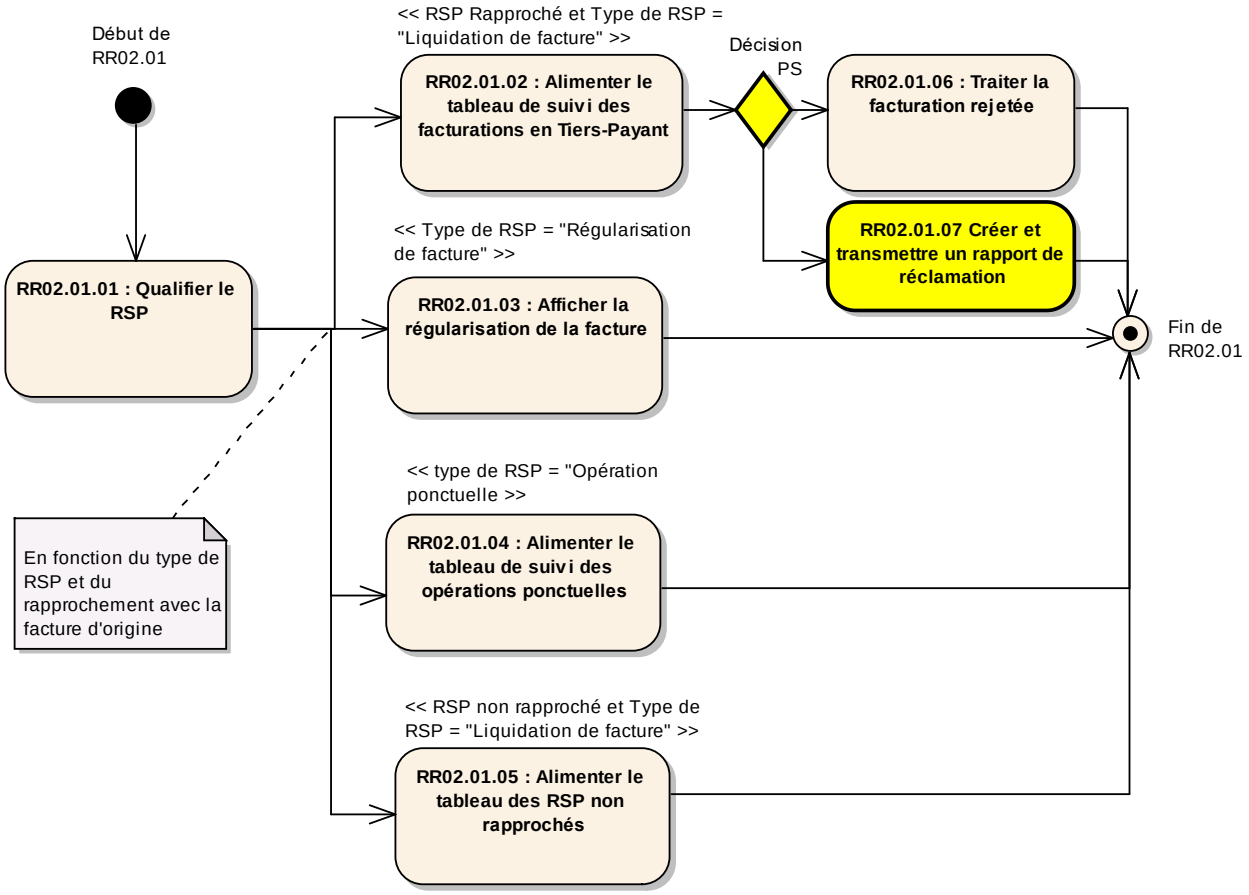


Figure 2 : Enchaînement de « RR02.01 : Suivre les facturations et les opérations ponctuelles »

3.1.1.1 RR02.01.01 : Qualifier le RSP

Vue générale

Evènement déclencheur Récupération du fichier de RSP par le système de facturation.

Description L'objet de cette opération est de :

- déterminer la référence et
- le type du RSP,
- puis, selon le type de RSP, de procéder au rapprochement du RSP pour déterminer son état (rapproché ou non rapproché)
  - ➔ afin d'identifier ensuite les différents traitements.

Entrées Le fichier RSP

Sorties ***Pour chaque RSP du fichier :***

La référence du RSP

Le type de RSP

L'état du RSP

Règles de gestion

[RG_RR010] Déclencher automatiquement le traitement du fichier de RSP

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le traitement du fichier de RSP doit être transparent pour le Professionnel de Santé et doit être effectué automatiquement dès récupération des RSP.

Il pourra, par exemple, être lancé en tâche de fond chaque jour.

[RG_RR011] Déterminer la référence RSP du message reçu

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère la référence à partir du champ ***NOE_NRM (ou norme utilisee-reference de l'echange)*** (position 62) de l'entité 000 du fichier RSP.

[RG_RR012] Déterminer le type de RSP

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Pour les RSP de référence égale à « 580 », le système de facturation détermine le type de RSP, à partir notamment du champ ***Code du type de retour*** (position 6) de l'entité 081 du fichier RSP ainsi que certaines règles de gestion complémentaires, précisées dans le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

Les différents types de RSP sont les suivants :

Type de RSP	Commentaire
Liquidation de facture	Pour transmettre l'état de la liquidation des factures
Régularisation de facture	Pour transmettre les régularisations sur les factures
Opération ponctuelle	Pour transmettre les paiements ponctuels (ex. rémunération médecin traitant, aide pérenne, …) et les retenues ponctuelles (ex. récupération pour satisfaire les besoins d'organismes extérieurs à l'Assurance Maladie)

[RG_RR013] Rapprocher les RSP de type « liquidation de facture » des factures

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

A la récupération d'un RSP de référence = « 580 » et de type = « Liquidation de facture », le système de facturation procède au rapprochement des factures (FSE ou DRE).

Lorsque le rapprochement est un succès, le RSP passe à l'état « rapproché ».

Les critères de base suivants permettent de rapprocher automatiquement le RSP avec les factures (FSE ou DRE) :

Critère de base	Réf. du groupe dans l'annexe 1-A0	Réf. NOEMIE 580
N° de Facture	Groupe 1110	Entité 102, champ « N° de facture » (pos. 6)
Date élaboration de la Facture	Groupe 1110	Entité 102, champ « Date de facturation» (pos. 31)
N° d'identification de facturation du PS + Clé du n° d'identification de facturation du PS	Groupe 1120	Entité 040, champ « Numéro de destinataire de règlement final » (pos. 6)
Type de facture *		Entité 102, champ « type de facture » (pos. 30)

* Le type de facture vaut :

- « F » lorsque la facture émise est une FSE (FSE seule, FSE avec présence d'une DRE, ou FSE en gestion unique).
- « D » lorsque la facture émise est une DRE (DRE seule, DRE d'annulation, ou DRE avec présence d'une FSE)

Cas particulier

[CP1] : Rapprocher les RSP 580 d'une FSE enrichie

Une FSE enrichie (type de facture « F ») peut faire l'objet de 2 RSP 580 (un RSP avec un type de facture à « F » pour la part obligatoire et un RSP avec un type de facture à « D » pour la part complémentaire). Dans ce cas, la FSE enrichie est rapprochée des 2 RSP.

Cas d'erreur

[CE1] : Echec du rapprochement

Lorsque le rapprochement a échoué, le RSP passe à l'état « non rapproché ».

Celui-ci est présenté dans un tableau de suivi des RSP non rapprochés (*cf. RR02.01.05 : Alimenter le tableau des RSP non rapprochés).*

[RG_RR014] Rapprocher les RSP de type « Régularisation de facture » des factures émises

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

A la récupération d'un RSP de référence = « 580 » et de type = « Régularisation de facture », le système de facturation procède au rapprochement de la facture.

Les régularisations interviennent après un paiement ou un rejet initial et peuvent donner lieu à un paiement complémentaire ou à un indu envers le Professionnel de Santé.

Les règles de rapprochement des régularisations de facture avec la facture sont décrites dans le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

Cas d'erreur

[CE1] : Le rapprochement du RSP de régularisation n'a pas pu être effectué

Lorsque la régularisation n'a pas pu être rapprochée de la facture émise (par ex. lorsqu'elle arrive tardivement et que la facture émise n'est plus présente dans le système de facturation), les informations de la régularisation doivent être affichées au Professionnel de Santé (cf. *RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la facturation*).

Cet affichage permettra notamment au Professionnel de Santé d'effectuer le rapprochement avec sa comptabilité.

3.1.1.2 RR02.01.02 : Alimenter le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

Vue générale

Evènement déclencheur Présence d'un RSP « rapproché » de référence « 580 » et de Type « Liquidation de Facture »

Description Cette opération consiste à identifier les informations à afficher dans le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant, en fonction de leur état.

Ce tableau pourra être initialisé et affichable avant réception du RSP, avec les facturations « en cours ».

Entrées RSP 580 de type « liquidation de facture » à l'état « rapproché »

Sorties Etat de la part AMO dans le RSP

Etat de la part AMC dans le RSP

Etat de la Facturation

Tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

Recommandations d'affichage

Les propositions suivantes d'affichage du tableau de suivi des facturations sont des exemples permettant de faciliter le suivi par le Professionnel de Santé :

- Le tableau de suivi des facturations doit être facilement accessible :
  - Le logiciel pourra inciter le PS à consulter l'état de ses facturations. Par exemple, il pourra chaque jour afficher une fenêtre récapitulant les rejets. Cette fenêtre pourra contenir un lien pour un accès rapide au tableau de suivi.
- Le tableau de suivi doit être lisible et synthétique :
  - Seules les informations essentielles sont affichées dans le tableau de suivi : date élaboration de la Facture, Numéro de facture, nom et prénom du bénéficiaire des soins, état de la facture, montant global demandé, montant restant dû, les organismes AMO et AMC.
  - Le détail d'une facturation n'est affiché qu'une fois la facturation sélectionnée (détail du paiement, détail du rejet, type de facture, NIR du Bénéficiaire des Soins…)
  - Un code couleur pourra être utilisé pour différencier facilement les différents états des facturations. Par exemple : facturations rejetées en rouge, facturations « payées » en vert, facturations « en cours» en bleu.
- Possibilité de faire une recherche ou d'appliquer des filtres sur les différents champs, notamment:
  - Etat de la facturation
  - Nom et prénom du bénéficiaire de soins et/ou de l'assuré
  - NIR du bénéficiaire de soins et/ou de l'assuré
  - Date élaboration de la Facture
  - Montant de la part payée
  - Libellé du virement bancaire
  - Date de journée comptable
  - Organisme payeur
  - Code du rejet, libellé du rejet
  - Organisme payeur
  - Numéro de facture
  - N° d'identification de facturation du PS
- Le tableau de suivi doit mettre en évidence les facturations rejetées à traiter.
- Le numéro de Professionnel de Santé destinataire du RSP doit être mis en évidence dans le tableau de suivi pour les cas suivants :
  - cas de plusieurs Professionnel de Santé utilisant le même logiciel
  - cas de centralisation du suivi des factures de différents Professionnels de Santé (ex : cabinet de groupe avec secrétariat)

Règles de gestion

PR	AM	LB	PH	FR	

[RG_RR015] Déterminer l'état de la part AMO et de la part AMC dans le RSP

M	CD	SF					

L'information de l'état de la part AMO et/ou AMC est renseignée soit dans un même retour NOEMIE soit dans deux retours NOEMIE (cas FSE + DRE ou FSE enrichie).

Les différents états sont les suivants :

Etat de la part AMO ou AMC dans le RSP	Détermination de l'état (réf. NOEMIE 580)
Payé	Part AMO : Entité 198, champ « Etat de paiement AMO » (pos. 14) = « P » Part AMC : Entité 199, champ « Etat de paiement AMC » (pos. 14) = « P »
Rejeté	Part AMO : Entité 198, champ « Etat de paiement AMO » (pos. 14) = « R » Part AMC : Entité 199, champ « Etat de paiement AMC » (pos. 14) = « R »
Différé ➢ *Cet état signifie que le traitement de liquidation est en cours et non terminé : un 2ème RSP est attendu*	Part AMO : Entité 198, champ « Etat de paiement AMO » (pos. 14) = « D » Part AMC : Entité 199, champ « Etat de paiement AMC » (pos. 14) = « D » L'état « différé » concerne la part AMO, ainsi que la part AMC en gestion unique. La part AMC en gestion séparée n'est pas concernée
En attente d'un RSP	Le RSP n'est pas encore reçu ou rapproché

[RG_RR016] Déterminer l'état de la facturation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

L'état de la facturation est déterminé par la combinaison de l'état de la part AMO et de celui de la part AMC.

Le croisement des états sur chaque part AMO et AMC donne lieu aux états possibles pour une même facturation, synthétisés dans le tableau ci-après :

	Part AMC Payée	Part AMC Rejetée	Part AMC Différée	Part AMC En attente d'un RSP	Pas de part AMC
Part AMO Payée	Payé	Rejeté	En cours	En cours	Payé
Part AMO Rejetée	Rejeté	Rejeté	En cours	En cours	Rejeté
Part AMO Différée	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours
Part AMO En attente d'un RSP	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours
Pas de part AMO	Payé	Rejeté	En cours	En cours	

Signification des états de la facturation :

- L'état « **Payé** » signifie que la facturation est payée et que le montant payé est conforme à celui attendu.
- L'état « **En cours** » signifie que :
  - Soit tous les RSP ne sont pas encore arrivés (par ex. présence du RSP pour la part AMO mais absence du RSP pour la part AMC)
  - Soit le RSP est en état « différé », un deuxième RSP devrait arriver afin de signifier l'état définitif de la part différée.
- L'état « **Rejeté** » signifie qu'au moins une des 2 parts a été rejetée, et que tous les RSP attendus sont arrivés.

  ➔ Les facturations à l'état « Rejeté » sont à traiter par le professionnel de Santé (cf. *RR02.01.06 : Traiter la facturation rejetée*)

Cas particuliers

[CP1] : la part complémentaire a été annulée

Dès lors qu'un Professionnel de Santé annule une part complémentaire en gestion séparée (émission d'une DRE d'annulation), l'information « **Part AMC annulée** » doit figurer dans le tableau de suivi des facturations.

➔ Les informations transmises dans le RSP en cas d'annulation de la DRE sont décrites dans le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

[CP2] : gestion unique

Si la facture est en mode « gestion unique », dès lors que la part AMO est rejetée, l'état de la facturation passe à l'état « rejeté » sans attendre le retour de la part AMC.

Cas d'erreur

[CE1] : le montant payé est inférieur à celui demandé

Lorsque le montant payé est inférieur à celui demandé (*cf. tableau ci-après*), sur au moins une des parts (AMO et/ou AMC), l'état de la facturation passe à l'état « **En anomalie** ».

	Montant payé	Montant demandé
Part AMO	Entité 198 du RSP (pos 15) champ « Montant AMO payé »	Montant Total remboursable par l'AMO du groupe 1910 (cf. annexe 1-A0)
Part AMC	Entité 199 du RSP (pos 15) champ « Montant AMC payé »	Total remboursable de la part complémentaire du groupe 1910 (cf. annexe 1-A0)

Recommandation

A ces états « Payé », « Rejeté », « En cours » ou « En anomalie », peuvent éventuellement s'ajouter :

- L'état « **Encaissé** » : le montant de la facturation est réellement versé sur le compte bancaire
  - *L'information peut être déduite de la validation effective du virement par le Professionnel de Santé ou par le logiciel (information résultant de l'opération de rapprochement bancaire*)
- Les états de rejet d'une facture suite à la réception d'un message de service ou d'un ARL négatif (*cf. annexe 1-B*)

[RG_RR017] Afficher les informations générales de la facturation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Les informations suivantes doivent être affichées quel que soit l'état de la facturation.

Pour les facturations en état « **En cours** », les informations sont affichées à partir des informations de la facturation émise ou du système d'information du Professionnel de Santé (si celles-ci sont connues).

➔ Lorsque le RSP est rapproché, les informations doivent être complétées avec les informations du RSP, lorsque celles-ci sont présentes :

Informations à afficher	Réf. du groupe dans l'annexe 1-A0	Réf. NOEMIE 580
Numéro de facturation	Groupe 1110 (N° de Facture)	Entité 102, champ « N° de facture » (pos. 6)
Date de la facturation	Groupe 1110 (Date élaboration de la Facture)	Entité 102, champ « Date de facturation» (pos. 31)
Nom d'usage et prénom du bénéficiaire (si connus)		Entité 103 (si présente): • champ « Nom » (pos. 108) • champ « Prénom » (pos. 133)
NIR du bénéficiaire + clé (si connu)		Entité 103 (si présente) : • champ « N°d'immatriculation individuel » (pos 86) • Champ « clé du N°d'immatriculation individuel » (pos. 99)
Nom patronymique et/ou nom d'usage et prénom de l'assuré (si connus)		Entité 103 (si présente) : • champ « Nom patronymique » (pos 21) • champ « Nom d'usage » (pos 46) • champ « Prénom » (pos 71)
NIR de l'assuré + clé	Groupe 1130	Entité 103 (si présente) : • champ « N°d'immatriculation » (pos. 6) • Champ « clé du N°d'immatriculation » (pos. 19)
Type de facture	*Cf. « 3.1.1.1 RR02.01.01 : Qualifier le RSP »*	Entité 102, champ « type de facture » (pos. 30)
N° Professionnel de Santé	Groupe 1120 (N° d'identification de facturation du PS + Clé du n° d'identification de facturation du PS)	Entité 040, champ « Numéro de destinataire de règlement final » (pos. 6)
Identification de l'organisme AMO		
Organisme AMO	Groupe 1310	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos.6). ➔ cf. § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » pour les cas particuliers
Identification de l'organisme AMC		
N° organisme complémentaire	Groupe 1321	Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76)

[RG_RR018] Afficher les montants de la facturation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Les informations de montants suivantes doivent être affichées :

Informations à afficher	Règle de détermination
Etat de la facturation	Cf. *[RG_RR016] Déterminer l'état de la facturation*
Montant global demandé à l'Assurance Maladie	Montant Total remboursable par l'AMO (*cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0*) + Total remboursable de la part complémentaire (*cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0)*
Et/ou Montant restant dû	Equivaut à Montant global demandé - Montant global payé
Montant global payé	Equivaut à Montant AMO payé + Montant AMC payé ➔ (*cf. [RG_RR019]* : *Afficher les informations spécifiques pour une facturation à l'état « Payé » ou « En anomalie »*)
Montant de la part assuré	Equivaut à « Total montants facturés - total remboursable par AMO - Total remboursable de la part complémentaire » (*cf. groupe 1910 de l'Annexe 1-A0*)

[RG_RR019] Afficher les informations spécifiques pour une facturation à l'état « Payé » ou « En anomalie »

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
Pour chaque part (AMO et AMC)	
Le montant de la part payée	• Montant AMO payé : Entité 198, champ « Montant AMO payé » (pos.15) + champ « Signe du montant AMO payé » (pos. 23) • Montant AMC payé : Entité 199, champ « Montant AMC payé » (pos.15) + champ « Signe du montant AMC payé » (pos. 23)
La référence du virement bancaire	• Libellé du virement Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44) • La date de journée comptable Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • Organisme payeur Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -> cf. 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inferieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)
Destinataire de règlement	Entité 040, champ « Numéro de destinataire de règlement final » (pos. 6)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

[RG_RR020] Afficher les informations spécifiques pour une facturation à l'état « Rejeté »

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Une facturation à l'état rejeté comporte au moins une entité 294 (ligne rejet), en cas de rejets multiples, plusieurs entités 294 peuvent être présentes.

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
La part concernée (part AMO ou part AMC)	Entité 294, champ « Part concernée » (pos. 97)
Le code du rejet	Entité 294, champ « Codification du rejet » (pos. 6)
Le libellé du rejet	Entité 294, champ « Libellé du rejet » (pos. 16)
Le niveau de rejet	Entité 294, champ « niveau de rejet » (pos. 96)
Détail de la prestation rejetée -> pour les Rejets de niveau « type ligne de prestation (L) » ou « code affiné (A) »)	Entité 294 • Nature de la prestation concernée (pos. 98) * • Date des soins (pos. 103) • Numéro d'exécutant (pos. 109) Pour les Rejets de niveau « code affiné (A) »: • Code affiné NABM ou code LLP ou code CIP ou code acte CCAM déduits à l'aide du Numéro de ligne (pos. 118) et du Rang du rejet (pos. 121) **
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

* La Nature de la prestation concernée correspond au *Code prestation* suivi éventuellement du *Code complément prestation* (*cf. groupes 16x de l'annexe 1-A0*), le *Code complément prestation* étant toujours en 5ème position

** Les règles permettant de déduire le code affiné sont précisées dans le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* »

[RG_RR021] Afficher les informations spécifiques lorsqu'une des parts (AMO/AMC) est à l'état « Différé »

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Une facturation à l'état différé comporte une entité 294 (ligne rejet).

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
La part concernée (part AMO ou part AMC)	Entité 294, champ « Part concernée » (pos. 97)
Le code du « rejet »	Entité 294, champ « Codification du rejet » (pos. 6)
Le libellé du « rejet » *Exemple : « facture en attente de traitement caisse »*	Entité 294, champ « Libellé du rejet » (pos. 16)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

[RG_RR022] Identifier les facturations ayant fait l'objet d'une régularisation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Les facturations qui font l'objet d'une régularisation doivent être identifiées dans le tableau de suivi des facturations.

Le système d'information doit permettre d'afficher les détails de cette régularisation (*cf. RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la* facturation)

[RG_RR023] Déterminer les actions possibles sur le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le tableau de suivi des facturations doit permettre, à minima, au Professionnel de Santé :

- de traiter une facturation rejetée (*cf. RR02.01.06 : Traiter la facturation rejetée)*
- de forcer manuellement l'état d'une facture à « **Payé** »
  - *cas d'un RSP non reçu alors que le Professionnel de Santé sait que la facture a été payée suite à un contact avec l'émetteur du retour ou tout autre moyen à sa disposition.*
- de créer puis de transmettre un rapport de réclamation à la demande du PS (cf. RR02.01.07 : Créer et transmettre un rapport de réclamation) pour une facturation à l'état « rejeté », « en anomalie » ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés (délai paramétrable dans le logiciel).

Préconisation :

Le tableau de suivi des facturations peut également permettre au Professionnel de Santé

- de forcer manuellement l'état d'une facture à « **Encaissée** »
  - *cas d'un Professionnel de Santé qui fait le rapprochement bancaire à la main ou à l'aide d'un autre logiciel*

3.1.1.3 RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la facturation

Vue générale

Evènement déclencheur Récupération d'un RSP de référence « 580 » et de Type « Régularisation de facture »

Description Cette opération consiste à afficher les informations de régularisation d'une facturation.

Entrées RSP 580 de type « Régularisation de factures »

Sorties Détail des mouvements de régularisation d'une facturation

Règles de gestion

[RG_RR024] Afficher les informations de la régularisation d'une facturation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Lorsqu'une facturation est régularisée, le détail de cette régularisation doit être affiché au Professionnel de Santé. Un lien doit être fait avec la facturation d'origine présente dans le tableau de suivi des facturations en Tiers-payant.

Le détail des informations contenues dans le RSP en cas de régularisation de facturation est précisé dans le §4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

Préconisation

Une vue de toutes les régularisations de facturation peut également être proposée au Professionnel de Santé.

Pour chaque facturation régularisée, le système de facturation doit afficher :

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
Identification de la facturation	
Numéro de facture	Entité 102, champ « N° de facture » (pos. 6)
Date élaboration de la Facture	Entité 102, champ « Date de facturation» (pos. 31)
Nom d'usage et prénom du bénéficiaire	Entité 103 : • champ « Nom » (pos. 108) • champ « Prénom » (pos. 133)
Identification de l'organisme AMO	
Organisme AMO émetteur du retour	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos.6)
Liste des régularisations (historique de la facturation)	
Détail de chaque régularisation	
Date de la régularisation	Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6)
Montant de la régularisation	cf. § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » pour plus d'information sur la détermination de ce montant
La référence de la dette associée dans le cas d'une retenue	Entité 250, champ « Référence de la dette » (pos.8)
La nature des opérations de récupération dans le cas d'une retenue	Entité 250, champ « Nature des opérations de récupération » (pos.27)
La référence du virement bancaire	• <u>Libellé du virement</u> Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44) • <u>La date de journée comptable</u> Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • <u>Organisme payeur</u> Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -> cf. § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inferieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

3.1.1.4 RR02.01.04 : Alimenter le tableau de suivi des opérations ponctuelles

Vue générale

Evènement déclencheur Récupération d'un RSP de référence « 580 » et de Type « opération ponctuelle »

Description L'objet de cette opération est de préciser les informations à présenter au Professionnel de Santé lors de la réception d'un RSP contenant des paiements ponctuels ou forfaitaires ainsi que les retenues ponctuelles contenus dans la norme NOEMIE 580.

Les paiements ponctuels sont la résultante d'un processus interne, et non pas du traitement d'une facture.

Entrées RSP 580 de type « Opération ponctuelle »

Sorties Tableau de suivi des opérations ponctuelles

Règles de gestion

[RG_RR025] Afficher les informations de suivi des paiements ponctuels et forfaitaires

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Des précisions sur le renseignement des entités constituant les opérations ponctuelles sont présentées le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

Le système d'information doit proposer une liste des paiements ponctuels non liées à une facture avec pour chaque paiement :

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
Organisme émetteur	Entité 000, champ «Numéro d'émetteur » (pos. 6)
Le code du paiement	Entité 261, champ «code paiement ponctuel ou forfaitaire » (pos. 6)
Le libellé associé	Entité 262, champ « Libellé associé » (pos. 11)
Le montant du paiement	Entité 261, champ « Montant paiement ponctuel ou forfaitaire » (pos.11)
La période et les dates de début et de fin (si renseignées)	Entité 262, champ « Période » (pos. 113) et champs « Date début période » (pos. 114) et « Date fin période » (pos. 120)
Le nombre de factures	Entité 262, champ « Nombre de factures » (pos.126)
La référence du virement bancaire	• Libellé du virement Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44) • La date de journée comptable Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • Organisme payeur Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -> cf. § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inférieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)
Le NIR de la personne ouvrant droit au paiement (si renseigné)	Entité 262, champ « N° d'immatriculation » (pos. 91) et « Clé du n° d'immatriculation » (pos. 104)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

[RG_RR026] Afficher les informations de suivi des retenues ponctuelles

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Des précisions sur le renseignement des entités constituant les retenues ponctuelles sont présentées le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

Le système d'information doit proposer une liste des retenues non liées à une facture avec pour chaque retenue :

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
Référence de la dette	Entité 250, champ « Référence de la dette » (pos.8)
Nature des opérations de récupération	Entité 250, champ « Nature des opérations de récupération » (pos.27)
Montant de la retenue	Entité 250, champ « Montant du mouvement financier » (pos.30)
La référence du mouvement financier	• Libellé du virement Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44) • La date de journée comptable Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • Organisme payeur Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -> cf. § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inférieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)
Identification de l'organisme AMO (Organisme émetteur du RSP)	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos. 6)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

3.1.1.5 RR02.01.05 : Alimenter le tableau des RSP non rapprochés

Vue générale

Evènement déclencheur Récupération d'un RSP de référence « 580 » de type « Liquidation de facture » et à l'état « non rapproché »

Description Cette opération consiste à identifier les informations à afficher dans le tableau des RSP non rapprochés avec une facture afin de faciliter le rapprochement manuel par le Professionnel de Santé.

Entrées RSP 580 de type « liquidation de facture » à l'état « non rapproché »

Sorties Tableau des RSP non rapprochés

Règles de gestion

[RG_RR027] Déterminer l'état de la part AMO et de la part AMC dans le RSP non rapproché

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Un RSP non rapproché contient le retour :

- soit sur la part AMO uniquement,
- soit sur la part AMC uniquement,
- soit sur les 2 parts (AMO et AMC), lorsqu'il s'agit d'un retour sur une FSE en gestion unique.

Les états possibles de la part AMO et/ou AMC dans le RSP non rapproché sont :

- Payé
- Rejeté
- Différé

➔ La détermination de ces états dans le RSP non rapproché est identique à celle du RSP rapproché (cf. *RG_RR015*).

[RG_RR028] Déterminer l'état de la facturation du RSP non rapproché

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

La détermination de l'état de la facturation du RSP non rapproché n'est possible que lorsque le RSP contient l'état des 2 parts (cas d'un retour sur une FSE en gestion unique).

➔ La détermination de cet état est identique à celle du RSP rapproché (cf. *RG_RR016*)

Les états possibles de la facturation du RSP non rapproché sont les suivants :

	Part AMC Payée	**Part AMC Rejetée**	**Part AMC Différée**
Part AMO Payée	Payé	Rejeté	En cours
Part AMO Rejetée	Rejeté	Rejeté	En cours
Part AMO Différée	En cours	En cours	En cours

[RG_RR029] Afficher les informations du RSP non rapproché

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation affiche les mêmes informations que celles du tableau de suivi des facturations (cf. *RR02.01.02 : Alimenter le tableau de suivi des facturations en* Tiers-Payant), en fonction de l'état de la facturation ou de l'état de la part AMO ou AMC dans le RSP et en utilisant les données présentes dans la référence NOEMIE 580 du retour.

[RG_RR030] Déterminer les actions possibles sur le tableau des RSP non rapprochés

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation doit proposer au Professionnel de Santé de rapprocher manuellement les RSP non rapprochés avec les facturations.

La facturation, une fois rapprochée, apparait dans le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant.

Par exemple, pour un RSP donné :

- Le système de facturation affiche les différentes facturations possibles,
- puis le Professionnel de Santé sélectionne la facturation correspondant au retour.

3.1.1.6 RR02.01.06 : Traiter la facturation rejetée

Vue générale

Evènement déclencheur La facturation est rejetée

Description Cette opération consiste à décrire les actions à effectuer par le système de facturation ou le Professionnel de Santé lorsque la facturation est rejetée, c'est-à-dire lorsqu'au moins une des parts (AMO et/ou AMC) est rejetée.

Entrées Facturation à l'état rejeté

Sorties Aucune

Règles de gestion

[RG_RR031] Traiter le rejet de la FSE ou de la DRE par le Professionnel de Santé

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

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

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

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

[RG_RR032] Constituer les DRE d'annulation en cas de rejet AMO

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Après une analyse des flux de rejet / signalement / paiement AMO reçus, et identification des FSE rejetées, le système de facturation :

- vérifie que la FSE rejetée a fait l'objet d'une part complémentaire en gestion séparée envoyée soit dans une DRE initiale, soit dans une FSE enrichie,
- vérifie qu'un RSP de paiement pour la part complémentaire a été reçu,
- contrôle l'acceptation d'une DRE d'annulation par l'organisme complémentaire à partir des informations administratives et de routage utilisées pour l'envoi initial de la part complémentaire en gestion séparée.

Si les trois points précédents sont vérifiés, alors le système de facturation constitue automatiquement les DRE d'annulation à partir de la DRE initiale ou de la FSE enrichie initiale et demande la confirmation au Professionnel de Santé de l'envoi de ces DRE d'annulation, par rapport au motif du rejet AMO.

3.1.1.7 RR02.01.07 : Créer et transmettre un rapport de réclamation

Vue générale

Evènement déclencheur Facturation à l'état « rejeté » ou « en anomalie », ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés (paramétrable dans le logiciel).

Description Cette opération consiste à décrire les actions à effectuer par le système de facturation lorsque le Professionnel de Santé demande la création d'un rapport de réclamation pour une facture TP donnée.

Entrées Facturation à l'état « rejeté » ou « en anomalie », ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés.

Sorties Un rapport de réclamation transmis au CESI.

Règles de gestion

[RG_RR036] Demander la création des rapports de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation permet au PS d'indiquer qu'il souhaite créer un rapport de réclamation pour la part obligatoire et/ou la part complémentaire de la facturation. Les choix possibles dépendent :

- de la facturation concernée,

Facturation concernée	Rapports de réclamation possibles
Une FSE seule	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire
Une FSE en gestion unique	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire
Une DRE seule	Un rapport de réclamation pour la part complémentaire
Une DRE d'annulation	Un rapport de réclamation pour la part complémentaire
Une FSE et une DRE	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire et/ou un rapport de réclamation pour la part complémentaire

Une FSE enrichie	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire et/ou un rapport de réclamation pour la part complémentaire

- des dates d'ouverture de la fonctionnalité de création et de transmission des rapports de réclamation,
  - une date d'ouverture des rapports de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire en gestion unique,
  - une date d'ouverture des rapports de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée.

  Ces deux dates d'ouverture doivent être paramétrables par l'éditeur. Elles seront mises à jour sur instruction des AMO et AMC, par note technique SESAM-Vitale.
- et, pour les facturations à l'état « en cours », d'un délai à respecter.

  La création d'un rapport de réclamation n'est possible qu'après un délai d'au moins 7 jours ouvrés suivant le passage à l'état « en cours ». Ce délai minimal doit être paramétrable par l'éditeur pour chaque spécialité de PS.

Cas d'erreur

[CE1] : la date d'ouverture de la fonctionnalité de création des rapports de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire en gestion unique n'est pas atteinte

Le système de facturation ne doit pas proposer la création du rapport de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire en gestion unique lorsque la date d'ouverture n'est pas atteinte.

[CE2] : la date d'ouverture de la fonctionnalité de création des rapports de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée n'est pas atteinte

Le système de facturation ne doit pas proposer la création du rapport de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée lorsque la date d'ouverture n'est pas atteinte.

[CE3] : le délai minimal avant l'envoi d'un rapport de réclamation pour une facturation « en cours » n'est pas respecté

Le système de facturation ne doit pas proposer la création du rapport de réclamation pour une facturation à l'état « en cours » lorsque le délai (paramétrable) d'au moins 7 jours ouvrés n'est pas respecté.

Règles de gestion

Pour chaque rapport de réclamation demandé par le PS

[RG_RR037] Renseigner l'objet de sa réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le PS doit indiquer l'objet de sa réclamation (texte libre).

Cette action est obligatoire pour pouvoir transmettre le rapport de réclamation.

[RG_RR038] Créer un rapport de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation crée le rapport de réclamation demandé par le PS.

Toutes les données du rapport de réclamation doivent être alimentées si celles-ci sont disponibles dans le système de facturation du PS.

Les données suivantes ne doivent pas être alimentées :

- lors de la transmission du rapport de réclamation pour la part obligatoire,
- en présence d'une part complémentaire en gestion séparée et
- avant la date d'ouverture des rapports de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée.

Liste des données :

- le montant RC demandé par le PS (groupe 1910),
- le montant RC payé par l'AMC (entité 199 du RSP),
- le montant de la part assuré (groupe 1910),
- le montant global payé,
- le N° organisme complémentaire (groupe 1321),
- le N° opérateur de règlement /N°AMC (groupe 1330),
- le contexte conventionnel AMC (groupe 1330),
- le N° du Lot (de la DRE),
- et les données des RSP AMC.

Remarque : les données relatives à la part complémentaire en gestion unique devront être alimentées dans le rapport de réclamation.

Les données du rapport de réclamation sont réparties en trois blocs :

- les données propres au rapport de réclamation,
- les données reprises de la facturation,
- les données reprises de chaque RSP liés à la facturation.

Le tableau ci-dessous présente l'alimentation des données propres au rapport de réclamation.

Données	Description de la donnée
Date de création	Date de création du rapport de réclamation par le logiciel PS. Format « AAAAMMJJ0000 » (les 4 derniers caractères sont des zéros).
Identifiant du rapport de réclamation attribué par le LPS	Identifiant attribué par le logiciel du PS servant à faire le lien avec les retours du CESI (accusé de réception, rejets, …).
Type de réclamation	Correspond à l'état de la facturation concernée : « rejeté », « en anomalie », « en cours ».
Objet de la réclamation	Texte saisi par le PS dans la règle de gestion RG_RR037.
Part concernée	Valeur « RO » si le rapport de réclamation concerne une FSE ou la part obligatoire d'une FSE enrichie. Valeur « RC » si le rapport de réclamation concerne une DRE ou la part complémentaire d'une FSE enrichie. Valeur « GU » si le rapport de réclamation concerne une FSE en gestion unique.
N° Tel du PS	Numéro de téléphone du PS utilisable par le CESI pour contacter le PS.
Adresse mail du PS	Adresse mail du PS utilisable par le CESI pour contacter le PS.

Le tableau ci-dessous présente l'alimentation des données reprises de la facturation. Les données doivent être alimentées sans modification de format par rapport au contenu de la facture.

Données	Description de la donnée
Identification du professionnel de santé	
N° Professionnel de Santé	Groupe 1120 (N° d'identification de facturation du PS + Clé du n° d'identification de facturation du PS)
Identifiant national du PS	RPPS si disponible : Groupe 1120 (N° RPPS du PS + Clé du N° RPPS du PS). Sinon ADELI si disponible. NB : l'ADELI n'est pas présent dans l'annexe 1-A0. Il est disponible dans le groupe 1 dans les données « N° d'identification nationale » et « Clé du n° d'identification nationale ».
Code spécialité du PS	Groupe 1120
Identification de l'organisme AMO	
Organisme AMO	Groupe 1310
Identification de l'organisme complémentaire	
N° organisme complémentaire	Groupe 1321
N° opérateur de règlement /N°AMC	Groupe 1330

Contexte conventionnel AMC	Groupe 1330 Cette donnée contient les informations suivantes : • N° de version de la structure de contexte conventionnel (positions 1 et 2), • Code spécialité du Professionnel de Santé (positions 3 et 4), • Code conventionnel du Professionnel de Santé (position 5), • Code type de convention (positions 6 et 7), • Critère secondaire (positions 8 à 16), • Code norme retour attendu (positions 17 à 19).
Type de contrat	Groupe 1321
Identification de la facture	
Numéro de facturation	Groupe 1110 (N° de Facture)
Date de la facturation	Groupe 1110 (Date élaboration de la Facture)
Top éclatement des flux par le PS	Valeur « E » si une FSE et une DRE ont été émises par le poste du PS. Donnée non renseignée dans les autres cas.
N° du Lot (de la FSE)	Groupe 8
N° du Lot (de la DRE)	Groupe 88
Date de création du lot de FSE	Groupe 8 (Date du lot)
Date de création du lot de DRE	Groupe 88 (Date du lot)
Identification de l'assuré	
Nom patronymique	Alimenter ces données si celles-ci sont connues dans le logiciel PS.
Nom d'usage	
Prénom	
N° national d'immatriculation : NIR assuré	Groupe 1130
Clé du NIR	Groupe 1130
Identification du bénéficiaire des soins	
Nom d'usage	Groupe 104 (Nom usuel du bénéficiaire)
Prénom	Groupe 104 (Prénom du bénéficiaire)
N° national d'immatriculation individuel	Groupe 1160
Clé du N° national d'immatriculation individuel	Groupe 1160
Date de naissance du bénéficiaire	Groupe 1130
Rang de naissance	Groupe 1130

Identification du logiciel PS	
Editeur du logiciel PS	Donnée à fournir par l'éditeur du logiciel PS.
Nom du logiciel PS	Donnée à fournir par l'éditeur du logiciel PS.
Version du logiciel PS	Donnée à fournir par l'éditeur du logiciel PS.
N° d'agrément du Progiciel de Santé	Groupe 8
Montants demandés par le PS	
Montant RO demandé par le PS	Montant Total remboursable par l'AMO (*cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0*)
Montant RC demandé par le PS	Total remboursable de la part complémentaire (cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0)
Montant de la part assuré	Equivaut à « Total montants facturés - Total remboursable par AMO - Total remboursable de la part complémentaire » (*cf. groupe 1910 de l'Annexe 1-A0*)
Montant global des honoraires demandé par le PS	Total des montants facturés (*cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0)*

Le tableau ci-dessous présente l'alimentation des données de chaque RSP lié la facturation.
NB : il peut y avoir zéro, un ou plusieurs RSP pour une facturation.

Les données doivent être alimentées sans modification de format par rapport au contenu du RSP.

Données	Description de la donnée
Identification du professionnel de santé	
N° Professionnel de Santé	Entité 040, champ « Numéro de destinataire de règlement final » (pos. 6)
Identification de l'organisme AMO	
Organisme AMO	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos.6). cf. §4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour les cas particuliers Cette donnée ne doit être renseignée que lorsque l'organisme émetteur du RSP est un organisme AMO
Identification de l'organisme complémentaire	
N° organisme complémentaire	Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76)
Identification de la facture	
Numéro de facturation	Entité 102, champ « N° de facture » (pos. 6)
Date de la facturation	Entité 102, champ « Date de facturation» (pos. 31)
Type de facture	Entité 102, champ « type de facture » (pos. 30)
Numéro du lot de la facture	Entité 102, champ « N° de lot » (pos. 21)

Date de création du lot de la facture	Entité 102, champ « Date de création du lot » (pos. 24)
Identification du bénéficiaire des soins	
Nom d'usage	Entité 103 (si présente), champ « Nom » (pos. 108).
Prénom	Entité 103 (si présente), champ « Prénom » (pos. 133).
N° national d'immatriculation individuel	Entité 103 (si présente), champ « N°d'immatriculation individuel » (pos 86).
Clé du N° national d'immatriculation individuel	Entité 103 (si présente), champ « clé du N°d'immatriculation individuel » (pos. 99)
Date de naissance du bénéficiaire	Entité 103 (si présente), champ « Date de naissance » (pos. 101).
Rang de naissance	Entité 103 (si présente), champ « Rang de naissance » (pos. 107).
Identification de l'assuré	
Nom patronymique	Entité 103 (si présente), champ « Nom patronymique » (pos 21).
Nom d'usage	Entité 103 (si présente), champ « Nom d'usage » (pos 46).
Prénom	Entité 103 (si présente), champ « Prénom » (pos 71)
N° national d'immatriculation : NIR assuré	Entité 103 (si présente), champ « N°d'immatriculation » (pos. 6).
Clé du NIR	Entité 103 (si présente), Champ « clé du N°d'immatriculation » (pos. 19)
Montants payés	
Montant RO payé	Entité 198, champ « Montant AMO payé » (pos.15) + champ « Signe du montant AMO payé » (pos. 23)
Montant RC payé	Entité 199, champ « Montant AMC payé » (pos.15) + champ « Signe du montant AMC payé » (pos. 23)
Montant global payé	Correspond au Montant RO payé auquel on ajoute le Montant RC payé
Virement bancaire	
La référence du virement bancaire (Non renseignée pour la part rejetée)	• <u>Libellé du virement</u> *Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44)* • <u>La date de journée comptable</u> Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • <u>Organisme payeur</u> *Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 44)* *-> cf. §4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour plus d'information sur* l'alimentation de ces champs

Commentaire	
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7) [(a)]

[(a)] En cas de présence d'une ou plusieurs entités 295 dans le RSP, la donnée commentaire est alimentée par la concaténation des commentaires véhiculés dans les entités 295 du RSP.

Pour chaque RSP lié la facturation, les informations suivantes sont à intégrer dans le rapport de réclamation si la facturation est à l'état « rejeté », autant de fois que d'entités 294 présentes dans ce RSP.

Informations du rapport de réclamation	Règle de détermination
La part concernée	Entité 294, champ « Part concernée » (pos. 97)
Le code du rejet	Entité 294, champ « Codification du rejet » (pos. 6)
Le libellé du rejet	Entité 294, champ « Libellé du rejet » (pos. 16)
Le niveau de rejet	Entité 294, champ « niveau de rejet » (pos. 96)
Détail de la prestation rejetée -> pour les Rejets de niveau « type ligne de prestation (L) »	Entité 294 • Nature de la prestation concernée (pos. 98) • Date des soins (pos. 103) • Numéro d'exécutant (pos. 109)

Afin de pouvoir traiter de nouveaux besoins de routage, la structure des données prévoit les données présentées ci-dessous.

Critères supplémentaires de routage	
Critère de routage (donnée à occurrence multiple)	Des critères de routage supplémentaires pourront être ajoutés. Chaque critère de routage se présente sous la forme d'un couple : • type du critère de routage, • valeur du critère de routage.

Description des données au format XML

Chaque donnée citée en amont alimente un fichier XML dont la structure est présentée dans le tableau ci-dessous.

NB1 : le caractère obligatoire de certaines données est indiqué dans la définition fonctionnelle en amont dans les règles de gestion.

Balises XML **Gras : élément vide** *Italique : élément avec contenu* Rouge : attribut	**Occurrence**	**Format**	**Valeur ou donnée**
RapportReclamation **(**Namespace : http://www.sesam-vitale.fr/XMLSchema/SVRapportReclamation/1/0**)**	1		
version	0..1		version fixée dans le xsd fourni
Description	0..1		(Rapport de réclamation)
DateCreation	0..1	AN	Date de création
IdentifiantRapport	0..1	AN	Identifiant du rapport de réclamation attribué par le LPS
Type	0..1	AN	Type de réclamation
Objet	0..1	AN	Objet de la réclamation
PartConcernee	0..1	AN	Part concernée
Telephone	0..1	AN	N° Tel du PS
Mail	0..1	AN	Adresse mail du PS
IdentifiantPS	1		(Identification du professionnel de santé reprise de la facturation)
NoFacturation	0..1	AN	N° Professionnel de Santé
IdentifiantNational	0..1	AN	Identifiant national du PS
CodeSpecialite	1	AN	Code spécialité du PS
OrganismeAMO	0..1		(Identification de l'organisme AMO reprise de la facturation)
CodeOrganisme	0..1	AN	Organisme AMO
OrganismeComplementaire	0..1		(Identification de l'organisme complémentaire reprise de la facturation)
NoOrganisme	0..1	AN	N° organisme complémentaire
NoOperateurReglementAMC	0..1	AN	N° opérateur de règlement /N°AMC
ContexteConventionnelAMC	0..1	AN	Contexte conventionnel AMC
TypeContrat	0..1	AN	Type de contrat
Facture	0..1		(Identification de la facture reprise de la facturation)
NoFacture	0..1	AN	Numéro de facturation

		Date	0..1	AN	Date de la facturation
		TopEclatementPS	0..1	AN	Top éclatement des flux par le PS
		NoLotFSE	0..1	AN	N° du Lot (de la FSE)
		NoLotDRE	0..1	AN	N° du Lot (de la DRE)
		DateCreationLotFSE	0..1	AN	Date de création du lot de FSE
		DateCreationLotDRE	0..1	AN	Date de création du lot de DRE
	Assure		0..1		(Identification de l'assuré reprise de la facturation)
		NomPatronymique	0..1	AN	Nom patronymique
		NomUsage	0..1	AN	Nom d'usage
		Prenom	0..1	AN	Prénom
		NIR	0..1		
		Num	0..1	AN	N° national d'immatriculation : NIR assuré
		Cle	0..1	AN	Clé du NIR
	BeneficiaireSoins		0..1		(Identification du bénéficiaire des soins reprise de la facturation)
		NomUsage	0..1	AN	Nom d'usage
		Prenom	0..1	AN	Prénom
		NIRIndividuel	0..1		
		Num	0..1	AN	N° national d'immatriculation individuel
		Cle	0..1	AN	Clé du N° national d'immatriculation individuel
		DateNaissance	0..1	AN	Date de naissance du bénéficiaire
		RangNaissance	0..1	AN	Rang de naissance
	LogicielPS		0..1		(Identification du logiciel PS)
		NomEditeur	0..1	AN	Editeur du logiciel PS
		NomLogiciel	0..1	AN	Nom du logiciel PS
		VersionLogiciel	0..1	AN	Version du logiciel PS
		NoAgrementLogiciel	0..1	AN	N° d'agrément du Progiciel de Santé
	MontantsPSDemandes		0..1		(Montants demandés par le PS repris de la facturation)
		MontantRO	0..1	AN	Montant RO demandé par le PS
		MontantRC	0..1	AN	Montant RC demandé par le PS
		MontantAssure	0..1	AN	Montant de la part assuré
		MontantGlobal	0..1	AN	Montant global des honoraires demandé par le PS

	ListeRSP				0..1		(Si au moins un RSP est lié la facturation concernée par le rapport de réclamation)
		RSP			1..n		(Pour chaque RSP lié la facturation concernée par le rapport de réclamation) (Les données ci-dessous sont reprises du RSP concerné)
			IdentifiantPS		0..1		(Identification du professionnel de santé)
				NoPS	0..1	AN	N° Professionnel de Santé
			OrganismeAMO		0..1		(Identification de l'organisme AMO)
				CodeOrganisme	0..1	AN	Organisme AMO
			OrganismeAMC		0..1		(Identification de l'organisme complémentaire)
				CodeOrganisme	0..1	AN	N° organisme complémentaire
			Facture		0..1		(Identification de la facture)
				NoFacture	0..1	AN	Numéro de facturation
				DateFacture	0..1	D	Date de la facturation
				TypeFacture	0..1	AN	Type de facture
				NoLotFacture	0..1	AN	Numéro du lot de la facture
				DateCreationLot	0..1	D	Date de création du lot de la facture
			BeneficiaireSoins		0..1		(Identification du bénéficiaire des soins)
				NomUsage	0..1	AN	Nom d'usage
				Prenom	0..1	AN	Prénom
				NIRIndividuel	0..1		
				Num	0..1	AN	N° national d'immatriculation individuel
				Cle	0..1	AN	Clé du N° national d'immatriculation individuel
				DateNaissance	0..1	AN	Date de naissance du bénéficiaire
				RangNaissance	0..1	AN	Rang de naissance
			Assure		0..1		(Identification de l'assuré)
				NomPatronymique	0..1	AN	Nom patronymique
				NomUsage	0..1	AN	Nom d'usage
				Prenom	0..1	AN	Prénom
				NIR	0..1		
				Num	0..1	AN	N° national d'immatriculation : NIR assuré

						Cle	0..1	AN	Clé du NIR
			MontantsPayes				0..1		(Montants payés)
				MontantRO			0..1	AN	Montant RO payé
				MontantRC			0..1	AN	Montant RC payé
				MontantGlobal			0..1	AN	Montant global payé
			VirementBancaire				0..1		(Virement bancaire)
				LibelleVirement			0..1	AN	Libellé du virement dans la référence du virement bancaire
				DateJourneeComptable			0..1	AN	La date de journée comptable dans la référence du virement bancaire
				OrganismePayeur			0..1	AN	Organisme payeur dans la référence du virement bancaire
			Commentaire				0..1		(Commentaire)
				Commentaire			0..1	AN	Commentaire
			ListeRejet				0..1		(Si au moins une entité 294 est présente dans ce RSP)
				Rejet			1..n		(Pour chaque entité 294 présente dans ce RSP)
						PartConcernee	0..1	AN	La part concernée
						CodeRejet	0..1	AN	Le code du rejet
						LibelleRejet	0..1	AN	Le libellé du rejet
						NiveauRejet	0..1	AN	Le niveau de rejet
						DetailPrestationRejetee	0..1		(Détail de la prestation rejetée)
							NaturePrestation	0..1	AN	Nature de la prestation concernée
							DateSoins	0..1	AN	Date des soins
							NoExecutant	0..1	AN	Numéro d'exécutant
			Extension				0..1		(Réservé pour un usage futur au niveau RSP.)
	ListeCritereRoutage						0..1		(Critères supplémentaires de routage)
		CritereRoutage					1..n		(Critère de routage)
			Type				1	AN	Type du critère de routage
			Valeur				1	AN	Valeur du critère de routage
	Extension						0..1		(Réservé pour un usage futur au niveau rapport de réclamation et facturation.)

[RG_RR039] Confirmer l'envoi du rapport de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation doit demander au PS la confirmation de l'envoi du rapport de réclamation au CESI.

[RG_RR040] Transmettre le rapport de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation compresse et chiffre le rapport de réclamation. Cf. annexe 4 pour la description de la compression et du chiffrement.

Le fichier obtenu doit être nommé « exercice-RR-compostage.gz» en reprenant les valeurs d'exercice et de compostage de l'entête SMTP. Cf. annexe 4 pour la description de l'entête SMTP.

Par exemple : 123456789-RR-2016032214435500001.gz

Le système de facturation constitue l'entête SMTP du message avec les informations indiquées dans l'annexe 4.

Le système de facturation transmet au CESI son message SMTP contenant le rapport de réclamation chiffré en pièce jointe.

[RG_RR041] Réceptionner les retours de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le traitement de ces retours doit être transparent pour le Professionnel de Santé et doit être effectué automatiquement.

Il pourra, par exemple, être lancé en tâche de fond chaque jour.

Les différents types de retour (accusé de réception du rapport de réclamation et/ou message de service) sont décrits dans l'annexe 4.

[RG_RR042] Alimenter le tableau de suivi des rapports de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation rapproche les retours obtenus et les rapports de réclamation. Ce rapprochement s'effectue par comparaison du champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to ») de chaque retour avec le champ sujet (« subject ») du message SMTP contenant le rapport de réclamation.

Le système de facturation indique pour chaque rapport de réclamation, si celui-ci est accepté ou rejeté d'un point de vue technique(*) en fonction des retours de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI.

Retours de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI	Le rapport de réclamation est
accusé de réception avec ou sans message de service d'alerte	accepté d'un point de vue technique (*)
message de service de rejet	rejeté d'un point de vue technique (*)

(*) Nota bene :

- l'accusé de réception ne témoigne que de la conformité technique du rapport de réclamation.
- le CESI prendra contact avec le Professionnel de Santé selon une procédure spécifique qui est hors périmètre SESAM-Vitale.

3.1.2 RR02.02 : Alimenter le tableau des virements

Vue générale

Description Cette opération consiste à présenter au Professionnel de Santé une vue des différents virements afin, notamment, de faciliter le rapprochement bancaire.

Ce dernier consiste à vérifier que le virement associé à une facture dite payée dans le retour RSP est bien arrivé sur le compte bancaire du Professionnel de Santé. Afin de réduire la charge administrative des Professionnels de Santé, il est souhaitable que ce rapprochement bancaire soit automatique.

Il pourra être réalisé par le logiciel du Professionnel de Santé, par un logiciel comptable spécifique, ou encore par un cabinet comptable dans le cas d'une externalisation de la comptabilité.

Entrées Le fichier RSP

Sorties Tableau des virements

Principes de norme RSP 580

Principes sur les virements (en lien avec les RSP) :

- Les organismes d'Assurance Maladie procèdent à un seul virement par jour et par Professionnel de Santé (pour un même organisme payeur).
- Un virement peut englober des paiements de natures différentes : remboursements de prestation, paiements ponctuels, régularisations de factures, retenues.
- Le virement fait l'objet dans le RSP d'une seule entité 071 qui encapsule l'ensemble des paiements et des retenues composant le virement.
- Chaque type de paiement fait l'objet d'une entité 081 encapsulée dans l'entité 071. Les entités 081 encapsulent des entités 198, 199, 261 et 250 qui détaillent les paiements ou retenues composant le virement.
- Le montant du virement est le montant cumulé de l'entité 990 de niveau 3 (entité 990 correspondant à l'entité 071).

  ➔ Le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » donne le détail des différentes entités

Principes pour le rapprochement bancaire :

- La référence du virement est véhiculée dans le RSP à l'aide des champs « libellé de virement - ligne 1 » et « libellé de virement - ligne 2 » de l'entité 071.
- Pour procéder au rapprochement bancaire, les champs « libellé de virement - ligne 1 » et « libellé de virement - ligne 2 » doivent être rapprochés avec le libellé SEPA du relevé de compte.

➔ Les différentes règles sont détaillées dans le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

Règles de gestion

[RG_RR033] Afficher les informations de virement

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Pour chaque virement, les informations à afficher sont les suivantes :

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
La référence du virement bancaire	• Libellé du virement Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44) • La date de journée comptable Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • Organisme payeur Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -> cf. § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inférieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)

[RG_RR034] Afficher le détail de chaque virement

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Pour chaque virement, le détail des mouvements doit pouvoir être affiché en fonction de leur type : liquidation de facture, régularisation de facture ou opération ponctuelle (cf. *RR02.01 : Suivre les facturations et les opérations ponctuelles).*

3.1.3 RR02.03 : Mettre à disposition d'une application comptable les informations de paiements et retenues

Vue générale

Description Cette opération consiste à mettre à disposition d'une application comptable les informations de paiements et retenues afin de faciliter le rapprochement bancaire.

! Le format des données mises à disposition n'est pas dans le périmètre de ce document.

Entrées Informations de paiements et de retenues

Sorties Informations à destination d'une application comptable

Règles de gestion

[RG_RR035] Identifier les informations mises à disposition d'une application comptable

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le format des données mises à disposition n'est pas spécifié dans ce document.

Les informations exportées doivent permettre au Professionnel de Santé d'alimenter sa comptabilité et de rapprocher automatiquement les mouvements financiers avec les virements bancaires.

Les informations associées à chaque mouvement financier pouvant être exportées sont les suivantes :

- **Pour chaque part AMO et AMC rapprochée avec un RSP** (*cf. 3.1.1.2 RR02.01.02 : Alimenter le tableau de suivi des facturations en* Tiers-Payant) :
  - Les informations de la facture : numéro de facture, date de la Facture, montant de la facture, type de facture, organisme payeur, état de la part AMO ou AMC (rejeté ou payé).
  - Les informations nécessaires au rapprochement bancaire : date de journée comptable, libellé du virement (lignes 1 et 2), montant du virement, organisme payeur.
- **Pour chaque paiement ponctuel** (*cf. RR02.01.04 : Alimenter le tableau de suivi des opérations ponctuelles*) :
  - Les informations du paiement ponctuel : organisme émetteur, code du paiement, libellé associé, montant du paiement
  - Les informations nécessaires au rapprochement bancaire : date journée comptable, libellé du virement (lignes 1 et 2), montant du virement, organisme payeur.
- **Pour chaque retenue ponctuelle** (*cf. RR02.01.04 : Alimenter le tableau de suivi des opérations ponctuelles*) :
  - Les informations de la retenue : la référence de la dette, la nature des opérations de récupération, le Montant du mouvement financier, Identification de l'organisme AMO (Organisme émetteur du RSP).
  - Les informations nécessaires au rapprochement bancaire : date journée comptable, libellé du virement (lignes 1 et 2), montant du virement, organisme payeur.
- **Pour chaque régularisation** (*cf. RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la* facturation) :
  - Les informations de la facture d'origine : numéro de facture, Date élaboration de la Facture, type de facture.
  - Pour les régularisations positives : montant de la régularisation
  - Pour les régularisations négatives : montant de la régularisation, référence de la dette, la nature des opérations de récupération
  - Les informations nécessaires au rapprochement bancaire : date journée comptable, libellé du virement (lignes 1 et 2), montant du virement, organisme payeur.

4 Guide de lecture de la référence NOEMIE 580

4.1 Introduction

4.1.1 Objet de du guide

La référence NOEMIE 580 est utilisée pour transmettre les RSP entre les Organismes d'Assurance Maladie et les Professionnels de Santé.

Ce guide de lecture de la référence NOEMIE 580 complète le CDC NOEMIE PS sur l'alimentation de certaines données par les différents Organismes d'Assurance Maladie.

4.1.2 Principes de création des RSP par les Organismes d'Assurance Maladie

Les flux de RSP sont créés par l'Assurance Maladie dans les cas suivants :

- Lors du traitement d'une facture :
  - au moment de la liquidation de la facture (le RSP est dit de « **Liquidation de facture** »),
  - au moment de la régularisation de la facture (le RSP est dit de « **Régularisation de facture** »).
- Hors du traitement d'une facture :
  - pour retour d'informations relatives à des opérations ponctuelles (le RSP est dit de « **Opération ponctuelle** »).

Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire en Gestion Séparée (GS) :

- ne transmettent pas d'opérations ponctuelles,
- ne transmettent pas le résultat de la liquidation de Feuilles de Soins Papier via la référence NOEMIE 580,
- ne transmettent pas les régularisations de factures via la référence NOEMIE 580,
  - ➔ mais transmettent un RSP 580 suite à une annulation de la part complémentaire par le Professionnel de santé (sera traité dans une version ultérieure).

Le tableau ci-dessous présente les différents types de RSP et leurs usages :

	Type de RSP	Part concernée			Cas d'usage
		AMO	AMC en GU	AMC en GS	
Traitement d'une facture	Liquidation de facture	X	X	X	Liquidation d'une Feuille de Soins Electronique
		X	X		Liquidation d'une Feuille de Soins Papier
	Régularisation de facture	X	X		Paiement ultérieure d'une des 2 parts, régularisation partielle sur une des 2 parts, annulation totale de la facture, etc.
Hors traitement d'une facture	Opération ponctuelle				Paiement ponctuel ou forfaitaire
					Retenues ponctuelles

Figure 3 : Synthèse des différents types de RSP et leurs usages

4.1.3 Structure de la norme RSP 580

Les RSP contenus dans un même fichier de RSP ont tous la même référence.

La référence 580 est composée d'entités physiques organisées selon la structure hiérarchique ci-dessous :

- **000** début de fichier : identification de l'émetteur
  - **020** Mandataire du PS
    - **040** Destinataire
      - **071** Date comptable et référence du virement
        - **081** Type de retour + lieu d'exécution
          - **102** Identification de la facture
            - **103** Assuré / Bénéficiaire
            - **198** Part AMO
            - **199** Part AMC
            - **294** Ligne rejet
            - **295** Ligne commentaire
            - **261** Paiements ponctuel ou forfaitaire
            - **262** Détail paiement ponctuel ou forfaitaire
            - **250** Retenue
          - **990** Montant de l'entité 990 de niveau 05 (entité 102)
        - **990** Montant de l'entité 990 de niveau 04 (entité 081)
      - **990** Montant de l'entité 990 de niveau 03 (entité 071)
    - **990** Montant de l'entité 990 de niveau 02 (entité 040)

990 Montant de l'entité 990 de niveau 01 (entité 020)

999 fin de fichier

Figure 4 : Structure de la norme RSP 580

Remarque : la description de chaque entité est donnée dans le CDC de la norme NOEMIE PS. Ce guide de lecture ne reprend pas cette description.

4.2 Regroupement des entités

Règles de gestion

[RG_RSP001] Déterminer le regroupement des RSP

Dans 1 fichier RSP, les entités sont regroupées :

- Par mandataire,
  - puis par destinataire de règlement (Professionnel de Santé),
    - puis par virement (1 virement par jour et par Professionnel de Santé pour un même organisme payeur),
      - puis par type de Retour.

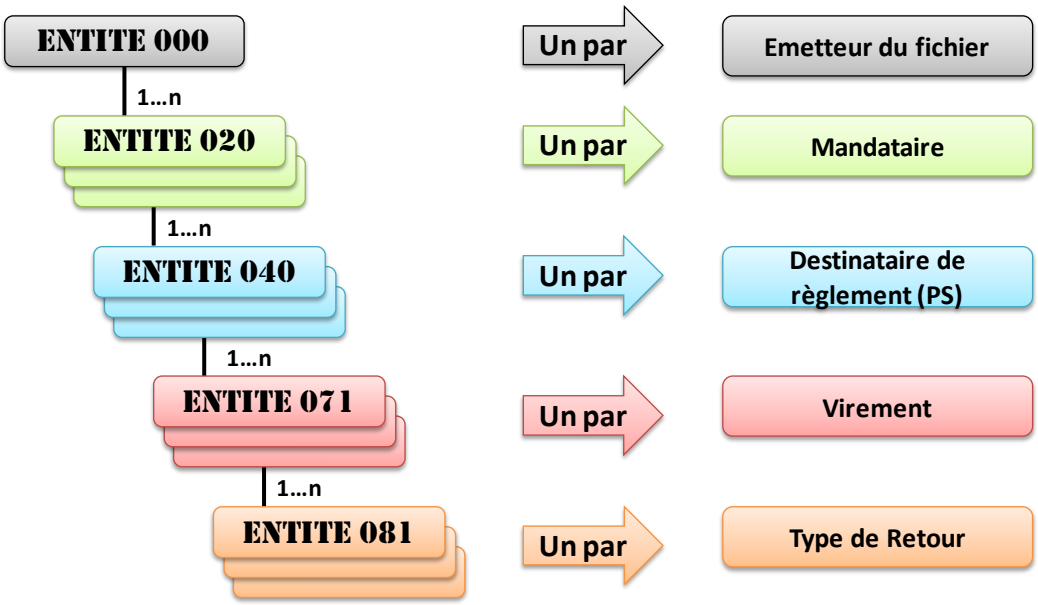


Figure 5 : Principes de regroupement des entités

4.3 Identification des organismes émetteurs et destinataires du retour

Règles de gestion

[RG_RSP002] Déterminer l'organisme émetteur du retour

L'émetteur du retour est renseigné dans l'entité 000. En fonction de l'organisme émetteur, différents champs constituent l'entité 000, comme détaillé dans la norme.

- **Pour déterminer l'Organisme AMO :**

Les champs « grand régime », « organisme gestionnaire » et « centre gestionnaires » sont remplis. Ils correspondent au destinataire du flux aller émis par le Professionnel de Santé (hormis en présence d'un OCT).

- **Pour déterminer le N° Organisme Complémentaire :**

Le N° de l'organisme complémentaire à l'origine du RSP n'est pas dans l'entité 000, il est renseigné dans l'entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76).

Remarque : dans l'entité 000, le champ « *n°AMC ou opérateur de règlement* » correspond à l'organisme technique qui a envoyé le fichier de RSP. Il peut ne pas correspondre au destinataire du flux émis.

Cas particulier

[CP1] : Présence d'un OCT

En présence d'un OCT, l'organisme à l'origine du retour dans l'entité 000 ne sera ni l'organisme AMO ni l'organisme AMC, ni l'opérateur de règlement AMC, mais l'OCT.

Dans le cas de l'AMO, pour déterminer l'Organisme AMO, il faut s'appuyer sur l'organisme payeur (cf. §*4.4 Identification des informations sur la référence du virement bancaire).*

[RG_RSP003] Déterminer le destinataire du retour

Différents champs concernent le destinataire du retour :

- Le champ « Numéro de destinataire » de l'entité 000 (pos. 28) : ce champ est rempli avec le numéro de facturation du Professionnel de Santé.
- Le champ « Numéro de destinataire de règlement » de l'entité 020 (pos. 6) : ce champ permet d'identifier le mandataire, c'est-à-dire un intermédiaire qui perçoit les sommes à verser aux destinataires de règlement.

Remarque : en l'état actuel, ce champ est peu utilisé. En cas d'absence de mandataire, ce champ est non significatif.

- Le champ « Numéro de destinataire de règlement final » de l'entité 040 (pos. 6) : ce champ désigne la personne à qui est destiné le paiement. Ce champ est rempli avec le numéro de facturation du Professionnel de Santé.

4.4 Identification des informations sur la référence du virement bancaire

Règles de gestion

Déterminer le libellé du virement

[RG_RSP004] Déterminer le libellé de virement

La concaténation des deux champs « Libellé du virement – ligne 1 » et « Libellé du virement – ligne 2 » de l'entité 071 permet de reconstituer le libellé du virement bancaire. Celui-ci identifie le virement de façon unique.

Le rapprochement bancaire consiste à rapprocher le libellé de virement véhiculé dans le RSP 580 avec celui du relevé de compte du Professionnel de Santé.

Remarque : les 2 champs « Libellé du virement – ligne 1 » et « Libellé du virement – ligne 2 » ne sont pas systématiquement renseignés.

Cas particulier

[CP1] : L'AMO est le Régime général

Pour le Régime Général, le champ « Libellé du virement – ligne 2 » de l'entité 071 contient le libellé du virement. Celui-ci est inclus dans le libellé de virement du relevé de compte du Professionnel de Santé.

Si plusieurs virements du relevé de compte correspondent au champ « libellé de virement – ligne 2 », les éléments suivants pourront être utilisés pour distinguer les virements :

- le montant du virement ;
- le champ « libellé de virement – ligne 1 » qui correspond tout ou partie au nom du donneur d'ordre du virement bancaire.

Déterminer la date de journée comptable

[RG_RSP005] Déterminer la date de journée comptable

Le champ **« Date de la journée comptable ou date d'émission du virement »** de l'entité 071 est rempli avec la date d'émission du virement.

Remarque : cette date ne correspond pas à la date de réception du virement sur le compte bancaire du Profession de Santé (délai bancaire).

Déterminer l'organisme payeur

[RG_RSP006] Déterminer l'organisme payeur pour les AMC

Le champ « organisme payeur » de l'entité 071 (pos.76) renseigne sur l'organisme à l'origine du virement.

[RG_RSP007] Déterminer l'organisme payeur pour les AMO

L'organisme payeur correspond généralement à l'organisme émetteur du retour (entité 000), mis à part pour les flux qui passent par un OCT (dans ce cas l'organisme émetteur du retour est renseigné avec l'OCT).

Cas particulier

[CP1] : L'AMO est la MSA

En plus de l'entité 000, l'organisme payeur peut également être déduit du champ « Libellé du virement – Ligne 1 » de l'entité 071 (pos. 12). Ce champ est rempli avec la date de paiement, l'organisme payeur et le numéro de destinataire.

[CP2] : L'AMO est le Régime Général

L'organisme payeur est renseigné dans le champ « Libellé du virement – Ligne 1 » de l'entité 071.

[CP3] : Présence d'un OCT

Lorsque l'AMO utilise uniquement l'entité 000 pour identifier l'organisme payeur, en présence d'un OCT, l'information sur l'organisme payeur n'est pas disponible dans le RSP.

Déterminer le montant du virement

[RG_RSP_008] Déterminer le montant du virement

Le montant du virement correspond au montant cumulé de l'entité 990 de niveau 3 (entité 990 correspondant à l'entité 071).

4.5 Les différents types de RSP

Lorsque le RSP reçu ne correspond pas aux règles de gestion décrites ci-après, et que le système de facturation ne peut interpréter le RSP, celui-ci doit permettre d'afficher les informations contenues dans le RSP.

4.5.1 Déterminer le type de RSP « Liquidation de facture »

Vue générale

Ce type de RSP est utilisé par tous les organismes d'Assurance Maladie Obligatoires et Complémentaires pour transmettre le retour suite au traitement d'une facture électronique en Tiers-Payant.

Certains AMO envoient également des RSP en réponse à la liquidation d'une Feuille de Soins papier.

L'entité 081 est la clef de voûte de la norme. Elle définit le champ « Code du type de retour » (position 6) qui détermine les entités qui seront présentes.

L'entité 102 porte les informations de la facture d'origine.

Illustrations :

Des illustrations des différents cas de RSP de liquidation sont données dans le § « 4.7.1 - *Exemples de RSP* de liquidation »

Pour chaque exemple, le cas général est présenté, avec en complément les cas particuliers si présents.

Règles de gestion

[RG_RSP009] Déterminer si le RSP fait suite à la liquidation d'une facture

Les critères permettant d'identifier un RSP en réponse à une liquidation de facture sont les suivants.

Un RSP « 01 »[1] est utilisé pour les cas standards de retour sur une facture par tous les organismes (AMO et AMC).

Le RSP est identifié comme suit :

[1] C'est-à-dire : avec le champ « Code du type de retour « (entité 081, pos 6) égal à

Critères	Part concernée		
	AMO	AMC en GU	AMC en GS
• Code du type de retour (entité 081, pos 6) = « 01 » • Et type de facture (entité 102, pos 30) = « F » ou « D » • Et Numéro de facture (entité 102, pos 6) = n° de facture de la facture d'origine	X	X	X

Dans le cas RSP « 01 », le Numéro de lot (entité 102, pos 21) et la Date de la facturation (entité 102, pos31) correspondent aux informations de la facture d'origine.

Cas particulier

[CP1] : Réception d'un RSP « 02 » suite à un premier RSP « 01 » en état « différé »

Suite à l'envoi d'un 1er RSP différé, les AMO émettent un 2ème RSP « 01 » au moment du traitement de la facture.

Dans certains cas, le 2ème RSP est envoyé avec un code type de retour égal à « 02 ».

Dans ce cas, il s'agit bien d'un RSP suite à une liquidation de facture électronique (et non suite à la liquidation d'une Feuille de Soins Papier).

Le numéro de la facture d'origine est inscrit dans l'entité 102 et permet le rapprochement avec le 1er RSP.

Le RSP est identifié comme suit :

Critères	Part concernée		
	AMO	AMC en GU	AMC en GS
• Code du type de retour (entité 081, pos 6) = « 02 » • Et type de facture (entité 102, pos 30) = « P » • Numéro de facture (entité 102, pos 6) = n° de facture renseigné dans le 1er RSP « différé »	X	X	

Dans le cas RSP « 02 », le Numéro de lot (entité 102, pos 21) et la Date de la facturation (entité 102, pos31) ne sont pas significatives et ne doivent pas être utilisées pour le rapprochement.

[CP2] : le RSP fait suite à la liquidation d'une Feuille de Soins Papier (FSP)

Dans le cas d'un RSP suite à la liquidation d'une Feuille de Soins Papier, le RSP est identifié avec les critères suivants :

Critères	Part concernée		
	AMO	AMC en GU	AMC en GS
• Code du type de retour (entité 081, pos 6) = « 02 » • Et type de facture (entité 102, pos 30) = « P » • Et Numéro de facture (entité 102, pos 6) = attribué par l'organisme d'assurance maladie lors du traitement de celle-ci (peut être non renseigné dans certains cas)	X	X	

<u>Remarque</u> : dans un RSP en réponse à une Feuille de Soins Papier, le numéro de lot et la date de création du lot ne sont pas remplis.

L'algorithme de rapprochement avec la facture est basé sur la date de facturation (entité 102, pos. 31), le montant de la facturation (entités 198 et/ou 199), ainsi que les informations d'identification de l'assuré et du bénéficiaire de soins (entité 103).

➔ Dans le cas où la date de facturation n'est pas remplie, l'algorithme de rapprochement est uniquement basé sur le montant de la facturation, ainsi que les informations d'identification de l'assuré et du bénéficiaire de soins (entité 103).

[RG_RSP010] Identifier les entités présentes dans le cas d'un RSP de liquidation

Le tableau ci-dessous donne la présence des entités en fonction de l'Etat de la part AMO ou AMC dans le RSP.

- « O » : Obligatoire, l'entité est toujours présente (mais pas forcément renseignée)
- « F » : Facultatif, l'entité n'est pas toujours présente (certains organismes d'Assurance Maladie peuvent ne pas la transmettre)

➔ Cf. « *§ 4.6 Informations complémentaires* » pour plus de précisions sur le renseignement des différentes entités.

Entité	Présence		
	Etat de la part AMO ou AMC dans le RSP		
	Payé	Rejeté	Différé
102	O	O	O
103	O	O	O
198 et/ou 199	O	O	O
294		O	O
295	F	F	F
261			
262			
250			
295	F	F	F

4.5.2 Déterminer le type de RSP « Régularisation de facture »

Vue générale

Seuls les AMO envoient des RSP 580 suite à des régularisations de facture.

Les régularisations interviennent suite à traitement initial (liquidation) qui a fait l'objet soit d'un **rejet** soit d'un **paiement**.

Une régularisation de facture entraîne l'envoi d'une combinaison de RSP ayant un « Code du type de retour » (entité 081, pos 6) égal à « 04 » et/ou à « 05 ».

Ces RSP reflètent les différentes opérations de régularisation de la facture par l'organisme d'assurance maladie.

Ils ne sont pas toujours envoyés le même jour, et peuvent donc faire l'objet de plusieurs fichiers de RSP distincts.

Remarque :

Le cumul des montants sur les entités présentes dans une régularisation correspond au montant effectif de la régularisation qui sera viré ou prélevé sur le compte bancaire.

Illustrations :

Des illustrations des différents cas de régularisation sont données dans le § « *4.7.2 - Exemples de RSP* de régularisation »

Pour chaque exemple, le cas général est présenté, avec en complément les cas particuliers si présents.

Règles de gestion

Identification du RSP

[RG_RSP011] Déterminer si le RSP fait suite à la régularisation d'une facture

Le RSP suite à une régularisation de facture est composé différemment suivant les cas de régularisations (voir exemples au § 4.7) :

- **Cas 1** : uniquement des RSP « 04 »,
- **Cas 2** : une combinaison de RSP « 04 » et de RSP « 05 »,
- **Cas 3** : uniquement des RSP « 05 ».

Dans un RSP de régularisation :

- L'entité 102 est toujours présente, mais peut être non renseignée.
- L'entité 103 peut être présente mais pas systématiquement renseignée.
- Les entités 198 et/ou 199 peuvent être présentes en fonction de la part qui fait l'objet de la régularisation (obligatoires pour le « 04 », facultatives pour le « 05 »).
- L'entité 250 est toujours présente pour le RSP « 05 ».
  - ➔ La régularisation s'articule autour d'une phase de constat initial (Nature des opérations = CIN) et d'une phase de re paiement (Nature des opérations = RPR), portées par l'entité 250.
- L'entité 295 est facultative

Recherche du montant de la régularisation

[RG_RSP012] Déterminer le Montant de la régularisation

Le montant de la régularisation correspond à la somme des montants signés suivants :

- champ « montant AMO payé » (pour chaque entité 198)
- champ « montant AMC payé » (pour chaque entité 199)
- champ « montant du mouvement financier » (pour chaque entité 250)

Rapprochement de la régularisation avec la facture initiale

[RG_RSP013] Rapprocher les RSP de régularisation avec la facture initiale

Le lien avec la facture initiale se fait au travers de l'entité 102 lorsque celle-ci est renseignée.

- Dans le cas d'un RSP « 04 », l'entité 102 est toujours renseignée.
- Dans le cas d'un RSP « 05 », l'entité 102 peut ne pas être renseignée (peut se produire en présence de plusieurs entités 250 relatives à la même facture, ces entités pouvant appartenir au même RSP « 05 » ou à des RSP « 05 » différents) :
  - L'entité 102 est systématiquement remplie pour la première entité 250 envoyée.
  - Lorsque le numéro de facture n'est pas renseigné pour une entité 250 ultérieure, le lien avec la facture se fait avec le champ « référence de la dette » (pos. 8) qui est commun aux différentes entités 250 relatives à une même facture

Rappel : les RSP peuvent être envoyés à des moments différents (et donc peuvent faire l'objet de plusieurs fichiers de RSP distincts).

Cas particulier

[CP1] : La régularisation porte sur une Feuille de Soins Papier

Dans le cas d'une régularisation sur une Feuille de Soins Papier :

- si le numéro de facture est renseigné dans le RSP de régularisation, ce numéro correspond au numéro de facture du 1er RSP, et permet alors de faire le rapprochement,
- si le numéro de facture n'est pas renseigné dans le RSP de régularisation, le rapprochement du RSP de régularisation s'effectue à l'identique du rapprochement du 1er RSP de liquidation (cf. RG_RSP009 / CP2).

Cas d'erreur

[CE1] : le rapprochement d'un RSP « 05 » avec la facture initiale n'a pas abouti

Lorsqu'un RSP de régularisation, ayant un « Code du type de retour » égal à « 05 » n'a pas pu être rapproché d'une facture initiale, il s'agit d'une retenue ponctuelle (cf. *§4.5.3 Déterminer le type de RSP « Opération ponctuelle »*).

Une retenue ponctuelle se compose d'un RSP ayant un « Code du type de retour » égal à « 05 », sans entité 102, et avec une entité 250 dont la « référence de la dette » ne correspond à aucune référence de la dette déjà reçue dans d'autres entités 250.

RSP suite à l'annulation d'une DRE par le Professionnel de Santé

Ce chapitre sera complété dans une version ultérieure du guide de lecture.

4.5.3 Déterminer le type de RSP « Opération ponctuelle »

Vue générale

Les RSP « Opérations ponctuelles » regroupent :

- les RSP en réponse à des paiements ponctuels (rémunération médecin traitant, aide pérenne, …)
  - ➔ présence des entités 261 et 262 (pour les RSP « 03 »)
- des RSP en réponse à des retenues ponctuelles (récupération pour satisfaire les besoins d'organismes extérieurs à l'Assurance Maladie).
  - ➔ présence de l'entité 250 (pour les RSP « 05 »)

Ce chapitre ne concerne que les AMO.

Illustrations :

Des illustrations des différents cas d'opération ponctuelle sont données dans le § « 4.7.3 - Exemples RSP d'opération ponctuelle »

Pour chaque exemple, le cas général est présenté, avec en complément les cas particuliers si présents.

Règles de gestion

Paiement ponctuel ou forfaitaire

[RG_RSP014] Déterminer si le RSP fait suite à un paiement ponctuel ou forfaitaire

Le RSP suite à un paiement ponctuel ou forfaitaire » se compose :

- d'1 RSP « 03»

Le tableau ci-dessous donne la présence des entités dans le RSP :

- « O » : Obligatoire, l'entité est toujours présente (mais pas forcément renseignée)
- « F » : Facultatif, l'entité n'est pas toujours présente (certains organismes d'Assurance Maladie peuvent ne pas la transmettre)

Entité	Présence	Remarque
102	O	Entité présente, mais les champs sont non renseignés
103		
198		
199		
294		
295	F	
261	O	• Le champ « code paiement ponctuel ou forfaitaire » (pos. 6) est renseigné avec le code du paiement ponctuel • Le champ « Montant paiement ponctuel ou forfaitaire » (pos.11) contient le montant du paiement ponctuel
262	O	• Il peut y avoir plusieurs entités 262 pour une entité 261, notamment lorsque le paiement concerne plusieurs « N°d'immatriculation ». • Le champ « Codification » (pos. 6) n'est pas toujours renseigné. Cette information est redondante avec le champ « Code du paiement » (pos. 6) de l'entité 261 • Le champ « Libellé associé » (pos. 11) est généralement renseigné • Le champ « N°d'immatriculation » (pos. 91) de la personne ouvrant droit au paiement n'est pas rempli par tous les AMO (par ex. le Régime Général remplit ce champ uniquement pour la rémunération RMT ALD) • Le champ « période » (pos. 113) est renseigné • Le champ « date début période » (pos. 114) est renseigné • Le champ « date fin période » (pos. 120) est facultatif • Le champ « nombre de factures » (pos. 126) est renseigné
250		

Retenue ponctuelle

[RG_RSP015] Déterminer si le RSP fait suite à une retenue ponctuelle

Le RSP suite à une « retenue ponctuelle» se compose :

- d'1 RSP « 05»

Tous les RSP « 05 » ne sont pas des retenues ponctuelles, certains peuvent être des RSP de « Régularisation de facture ».

Seules les retenues qui ne correspondent pas à une régularisation de facture (cf. RG_RSP013) sont considérées comme des retenues ponctuelles.

Le tableau ci-dessous donne la présence des entités dans le RSP :

- « O » : Obligatoire, l'entité est toujours présente (mais pas forcément renseignée)
- « F » : Facultatif, l'entité n'est pas toujours présente (certains organismes d'Assurance Maladie peuvent ne pas la transmettre)

Entité	Présence	Remarque
102	O	Entité présente, mais les champs sont non renseignés
103		
198 et/ou 199		
294		
295	F	
261		
262		
250	O	La « Référence de la dette » (pos. 8) est inconnue du logiciel : elle ne correspond pas à la référence de la dette d'une entité 250 reçue auparavant

4.6 Informations complémentaires

4.6.1 Précisions sur l'entité 103 : Assuré / Bénéficiaire

L'entité 103 regroupe les informations concernant l'assuré et le bénéficiaire de soins.

Tous les organismes d'Assurance Maladie ne remplissent pas cette entité.

4.6.2 Précisions sur les entités 198 et 199 : Part AMO et Part AMC

- Les champs « Montant AMO demandé » (entité 198, pos 6) ou « Montant AMC demandé » (entité 199, pos 6) sont renseignés différemment par les organismes d'assurance obligatoires.

  ! Il est déconseillé d'utiliser ces champs.

- Le champ « N° AMC destinataire » (entité 199) est rempli :
  - en gestion séparée, avec le numéro de l'AMC,
  - en gestion unique, il peut être rempli par le numéro de l'organisme complémentaire ou le MUTNUM.
- Le champ « N° identification AMC de l'adhérent » (entité 199) est rempli avec le numéro d'adhérent.

4.6.3 Précisions sur l'entité 294 : Ligne rejet

Une même facture (entité 102) peut comporter plusieurs rejets, ce qui se traduit par la présence de plusieurs entités 294 à la suite.

Les rejets peuvent être de plusieurs niveaux :

- « F » : Facture,
- « L » : Ligne de prestation ou
- « A » : Code affiné.

L'entité 294 est renseignée en fonction du niveau de rejet, comme illustré dans le schéma ci-dessous :

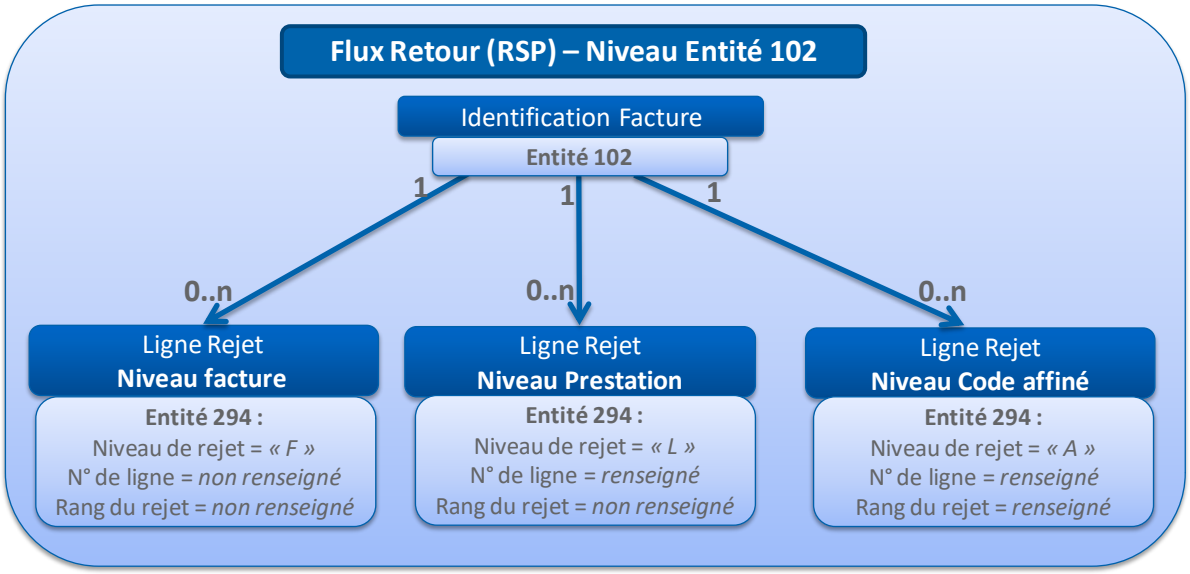


Figure 6 : Illustration des différents niveaux de rejet

Identification de la prestation faisant l'objet du rejet (pour les rejets de niveau « L » ou « A ») :

- Le champ « Nature de la prestation concernée » (pos. 96) correspond au « *Code prestation* » suivi éventuellement du « *Code complément prestation* » *(N, F, U).* Le Code complément prestation est toujours en 5ème position
- Le champ « Numéro de ligne » (pos. 118) correspond à la position du « *Code prestation* » de la prestation d'origine dans la facture

  ➔ Par exemple pour une FSE, le « Numéro de ligne » donne le numéro de la position du type Groupe 1610 (type 4A) dans la facture.
- Le champ « Rang du rejet » (pos. 121) correspond à la position du code de la « Prestation détaillée » ou du « Code Acte » par rapport à la prestation en lien avec le « Numéro de ligne ».

Illustration avec une facture contenant plusieurs actes NABM :

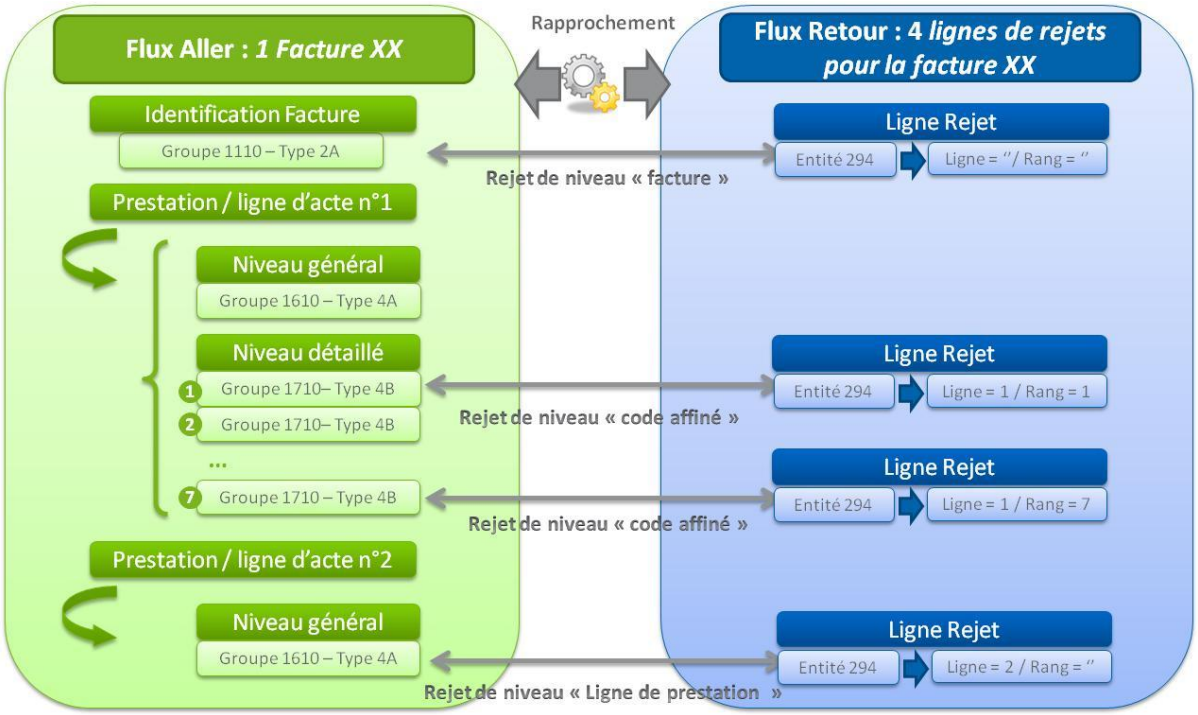


Figure 7 : illustration du rapprochement de la facture d'origine avec le niveau de rejet

4.6.4 Précisions sur le Numéro du lieu d'exécution de l'acte (entité 081, pos 8) :

Le champ « Numéro du lieu d'exécution de l'acte » de l'entité 081 n'est rempli par certains AMO que pour le cas d'un acte libéral dans un établissement privé en paiement direct au Professionnel de Santé avec la facture est générée par l'établissement.

L'organisme d'assurance maladie génère deux RSP, un pour l'établissement et un autre pour le Professionnel de Santé.

➔ Comme le système d'information du Professionnel de Santé ne possède pas la facture d'origine, le rapprochement entre le RSP et la facture échoue : l'information du lieu d'exécution de l'acte peut alors aider le Professionnel de Santé à comprendre qu'il s'agit d'une facture de l'établissement privé.

4.6.5 Précisions sur l'entité 295 : Ligne commentaire

Cette entité est parfois renseignée par certains organismes d'Assurance Maladie Complémentaire en gestion séparée.

Lorsqu'elle est renseignée, elle est utilisée pour ajouter des précisions sur le RSP.

4.7 Exemples de RSP

Remarque générale : seuls les champs « significatifs » sont précisés ici. Cela ne présume pas du renseignement des autres champs.

4.7.1 Exemples de RSP de liquidation

4.7.1.1 La facturation contient 2 parts « Payées »

Cas d'usage

Exemple : paiement d'une facturation contenant les 2 parts

Le Professionnel de Santé a demandé 23€ : 16,10€ pour la part obligatoire et 6,90€ pour la part complémentaire.

L'Assurance Maladie rembourse les 23€ au Professionnel de Santé.

Remplissage des entités

La facturation est en gestion séparée : 2 RSP sont envoyés (1 pour le paiement de la part obligatoire, 1 pour le paiement de la part complémentaire). L'ordre des RSP n'est pas significatif et peut être inversé.

RSP envoyé par l'AMO

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P	16,10	P (Positif)

Montant du paiement : + 16,10 sur la part AMO

RSP envoyé par l'AMC

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)

Montant du paiement : + 6,90 sur la part AMC

La facturation est en gestion unique : 1 RSP est envoyé pour le paiement des 2 parts.

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P	16,10	P (Positif)

Montant du paiement : + 16,10 sur la part AMO

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)

Montant du paiement : + 6,90 sur la part AMC

4.7.1.2 La facturation contient 1 part « Rejetée »

Cas d'usage

Exemple : rejet de la part AMO en gestion séparée et rejet de la part AMC en gestion unique

Le Professionnel de Santé a demandé 23€ : 16,10€ pour la part obligatoire et 6,90€ pour la part complémentaire.

L'Assurance Maladie rejette une des parts et paie l'autre.

Remplissage des entités

La facturation est en gestion séparée : 2 RSP sont envoyés (1 pour le rejet de la part obligatoire, 1 pour le paiement de la part complémentaire). Pour le rejet, l'entité 294 porte le détail du rejet.

L'ordre des RSP n'est pas significatif et peut être inversé.

RSP envoyé par l'AMO

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
R		

Rejet de la part AMO

294

Codification du rejet	Libellé du rejet	Niveau de rejet	Part concerné
0270 051	Bénéficiaire inconnu	F	O

RSP envoyé par l'AMC

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)

Paiement de la part AMC

La facturation est en gestion unique : 1 RSP est envoyé dans lequel la part obligatoire est payée et la part complémentaire rejetée. Pour le rejet, l'entité 294 porte le détail du rejet.

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P	16,10	P

Paiement de la part AMO

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
R		

Rejet de la part AMC

294

Codification du rejet	Libellé du rejet	Niveau de rejet	Part concerné
0490 001	Pas de traitement OC-absence contrat valide	F	C

4.7.1.3 La facturation contient 1 part en état « Différé »

Cas d'usage

Exemple : la facturation ne contient que la part AMO, qui est en état différée dans le RSP reçu

Le Professionnel de Santé a demandé 16,10€ pour la part obligatoire. L'AMO envoie un RSP « différé » pour signaler que la facture est en cours de traitement.

Remplissage des entités

La facturation ne contient qu'une seule part AMO. Le RSP renvoyé par l'AMO signale la part AMO en état « différé ». L'entité 294 porte le détail de cet état différé.

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
D		

Part AMO différée

294

Codification du rejet	Libellé du rejet	Niveau de rejet	Part concerné
998	En attente de traitement caisse	F	O

4.7.2 Exemples de RSP de régularisation

4.7.2.1 Paiement ultérieur de la part AMC

Cas d'usage

Exemple : rappel C2S sur la part AMC (en gestion unique)

Le Professionnel de Santé a demandé au titre de la C2S 23€ : 16,10€ pour la part obligatoire et 6,90€ pour la part complémentaire.

La caisse a payé 16,10€ pour la part obligatoire. Les 6,90€ n'ont pas été payés, car le référentiel de la caisse n'est pas à jour.

Suite à une réclamation du Professionnel de Santé, la caisse fait un rappel de 6,90€ pour la part complémentaire (après avoir vérifié les droits C2S).

Remplissage des entités

Cas général avec un RSP « 04 » : L'AMO envoie un seul RSP avec un code retour « 04 ». L'entité 199 (part AMC) porte le montant de la régularisation.

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P	0	P (Positif)

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)

Montant de la régul : + 6,90 sur la part AMC

Total des montants = + 6.90

Cas particulier avec les RSP « 04 » et « 05 » : l'AMO envoie un RSP avec un code retour « 04 » et un RSP avec un code retour « 05 ». L'entité 199 (part AMC) porte le montant de la régularisation.

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
A blanc	0	

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)

Montant de la régul : + 6,90 sur la part AMC

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	16,10	P (Positif)

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	16,10	N (Négatif)

Lien avec la facture

Ces 2 lignes « s'annulent »

Total des montants = + 6.90

Les montants des entités 250 s'annulent

4.7.2.2 Régularisation négative partielle sur la part AMO e

Cas d'usage

Exemple : Facturation à tort d'une majoration

Suite à une visite avec majoration de déplacement, le Professionnel de Santé demande 26€ pour la part RO dont 3€ de majoration. La caisse paye la facture dans un premier temps. Après vérification, la caisse annule la majoration qui n'avait pas lieu d'être.

Remplissage des entités

Cas général avec les RSP « 04 » et « 05 » : l'AMO envoie un RSP avec un code retour « 04 » et un RSP avec un code retour « 05 ». L'entité 198 (part AMO) porte le montant de la régularisation.

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P (Payé)	3	N (Négatif)

Montant de la régul : - 3 sur la part AMO

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	26	P (Positif)

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	26	N (Négatif)

Lien avec la facture

Ces 2 lignes « s'annulent »

Total des montants = -3

Les montants des entités 250 s'annulent

Cas général avec uniquement le RSP « 05 » : l'AMO envoie un RSP avec un code retour « 05 » dans lequel la part concernée (AMO) est annulée complètement via l'entité 198. Puis la régularisation s'effectue avec les 2 entités 250 : une 1ère pour le « constat initial » de la facture payée et une 2ème avec le montant de la régularisation

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P (Payé)	26	N (Négatif)

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	26	P (Positif)

Lien avec la facture

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	3	N (Négatif)

Montant de la régul : -3

Total des montants = -3

4.7.2.3 Annulation totale de la facture

Cas d'usage

Exemple : doublon de facture

Le Professionnel de Santé a demandé au titre de la C2S 23€ : 16,10€ pour la part RO et 6,90€ pour la part RC. Suite à un doublon de facture, la caisse annule un paiement.

Remplissage des entités

Cas général avec les RSP « 04 » et « 05 » : l'AMO envoie 2 RSP avec chacun un code retour « 04 » et avec un code retour « 05 ». Les entités 198 (part AMO) et 199 (part AMC) portent le montant de la régularisation sur chaque part.

1er RSP

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P (Payé)	16,10	N (Négatif)

Montant de la régul : - 16,10 sur la part AMO

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	16,10	P (Positif)

Lien avec la facture

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	23	N (Négatif)

2ème RSP

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	N (Négatif)

Montant de la régul : - 6,90 sur la part AMC

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	6,90	P (Positif)

Total des montants = -23

Les montants des entités 250 s'annulent

Cas général avec uniquement le RSP « 05 » : L'AMO envoie un RSP avec un code retour « 05 » dans lequel les entités 198 (part AMO) et 199 (part AMC) portent le montant de la régularisation sur chaque part. Puis la régularisation s'effectue avec les 2 entités 250 : une 1ère pour le « constat initial » de la facture payée et une 2ème avec le montant de la régularisation.

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P (Payé)	16,10	N (Négatif)

Montant de la régul : - 16,10 sur la part AMO

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	N (Négatif)

Montant de la régul : - 6,90 sur la part AMC

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	23	P (Positif)

Lien avec la facture

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	23	N (Négatif)

Les montants des entités 250 s'annulent

Total des montants = -23

4.7.3 Exemples RSP d'opération ponctuelle

4.7.3.1 RSP de paiement ponctuel

Cas d'usage

Exemple :

Un paiement ponctuel de 80€ pour le forfait AVK touché pour 2 patients (40 x 2).

Remplissage des entités

Cas général

Les NIR des bénéficiaires des soins ouvrants droit au paiement ponctuel sont précisés dans l'entité 262 pour chaque paiement ponctuel en rapport avec la patientèle.

Type de retour = « 03 »

BS 1

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
Non renseigné			

261

Code paiement ponctuel ou forfaitaire	Montant paiement ponctuel ou forfaitaire
AVK	40

262

Codification	Libellé associé	N° d'Immatriculation	Période	Date début	Date fin	Nombre de factures
AVK	« ROSP AVK »	NIR Bénéficiaire 1	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement

BS 2

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
Non renseigné			

261

Code paiement ponctuel ou forfaitaire	Montant paiement ponctuel ou forfaitaire
AVK	40

262

Codification	Libellé associé	N° d'Immatriculation	Période	Date début	Date fin	Nombre de factures
AVK	« ROSP AVK »	NIR Bénéficiaire 2	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement

Cas particulier 1

Les NIR des bénéficiaires des soins ouvrants droit au paiement ponctuel ne sont pas précisés dans l'entité 262. L'entité 261 porte le montant total de l'AVK.

Type de retour = « 03 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
Non renseigné			

261

Code paiement ponctuel ou forfaitaire	Montant paiement ponctuel ou forfaitaire
AVK	80

262

Codification	Libellé	N° d'Immatriculation	Période	Date début	Date fin	Nombre de factures
AVK	« ROSP AVK »	Non renseigné	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement

Cas particulier 2

Type de retour = « 03 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
Non renseigné			

261

Code paiement ponctuel ou forfaitaire	Montant paiement ponctuel ou forfaitaire
AVK	80

262

Codification	Libellé	N° d'Immatriculation	Période	Date début	Date fin	Nombre de factures
AVK	« ROSP AVK »	NIR Bénéficiaire 1	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement
AVK	« ROSP AVK »	NIR Bénéficiaire 2	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement

4.7.3.2 RSP de retenue ponctuelle

Cas d'usage

Exemple :

Une retenue ponctuelle de 50€ est envoyée par l'AMO. La référence de la retenue ponctuelle contenue dans le champ « Référence de la dette » ne correspond à aucune régularisation reçue par le Professionnel de Santé.

Remplissage des entités

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
Référence de la retenue ponctuelle	*Code de la retenue ponctuel*	50	N (Négatif)

Annexe 1bis

Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif

Intégrant l'Addendum n°8

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

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

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

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

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

Sommaire

1 Préambule 5

1.1 Présentation générale 5
1.2 Les évolutions fonctionnelles et organisationnelles 1.40 6
1.2.1 Le chargement de DRE en plus des FSE pour signature en visite 6
1.2.2 La désynchronisation des signatures (avec signature CPS en mode connecté) 6
1.2.3 Le remplaçant en visite 7
1.2.4 Gestion des Factures créées en visite 7
1.3 Les évolutions techniques 7
1.3.1 Le chiffrement et la sécurisation des factures 7

2 Présentation des échanges Poste de Travail - TLA 8

2.1 Spécifications fonctionnelles générales 8
2.1.1 Déclaration du TLA sur le Poste de Travail 8
2.1.2 Schémas de fonctionnement 9
2.1.3 Principe de fonctionnement 11
2.1.4 Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé facturant à domicile 14
2.1.4.1 Phase Traitement de retour visite 15
2.1.5 Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé facturant à domicile ou préparant les Factures au cabinet 15
2.1.5.1 Phase Traitement de préparation visite 15
2.1.5.2 Phase Chargement pour visite 16
2.1.5.3 Phase Traitement de retour visite 17
2.1.6 Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé préparant les Factures à l'officine ou dans la structure (Fournisseurs) 18
2.1.6.1 Phase Traitement de retour visite 18
2.2 Spécifications fonctionnelles détaillées 19
2.2.1 Identification Terminal 19
2.2.2 Spécifications de la Phase Traitement de retour visite « Données bénéficiaires » 23
2.2.2.1 Déchargement bénéficiaires 24
2.2.2.2 Stockage des données bénéficiaires 25
2.2.2.3 Effacement données TLA 25
2.2.2.4 Traitement des données bénéficiaires 25
2.2.3 Spécifications de la Phase Traitement de retour visite « FSE TLA » 26
2.2.3.1 Déchargement FSE Terminal non chiffrée 26
2.2.3.2 Stockage provisoire FSE Terminal non chiffrée 27
2.2.3.3 Déchargement FSE Terminal 27
2.2.3.4 Stockage provisoire FSE Terminal 27
2.2.3.5 Effacement données TLA 27
2.2.3.6 Traduction FSE 28
2.2.3.7 Stockage FSE Terminal 28
2.2.4 Spécifications de la Phase Traitement de préparation visite 29
2.2.4.1 Sélection des patients à facturer (à titre indicatif) 29
2.2.4.2 Formater Factures (fonction existante) 30
2.2.4.3 Stockage provisoire Factures 30
2.2.5 Spécifications de la Phase Chargement 31
2.2.5.1 Identification Terminal 31
2.2.5.2 Sélection des factures à charger 32
2.2.5.3 Chargement Factures Poste de Travail 32
2.2.6 Spécifications de la Phase Traitement de retour visite « Factures PdT » 33
2.2.6.1 Déchargement Factures Poste de Travail 34
2.2.6.2 Stockage Factures Poste de Travail 35
2.2.6.3 Effacement données TLA 35
2.2.6.4 Rapprochement Factures Poste de Travail 36
2.2.7 Gestion de configuration du parc de TLA 38
2.2.7.1 Attribution des tranches de N° de FSE 38
2.2.7.2 Chargement multi-application 38

3 Les fonctions des Services SESAM-Vitale spécifiques au TLA 39

3.1 La fonction « Formater Factures » 39
3.2 La fonction « Chargement Factures PdT » 39

3.3 La fonction « Déchargement Factures Poste de Travail » 40
3.4 La fonction « Déchargement des FSE Terminal » 42
3.5 La fonction « Déchargement des FSE Terminal non chiffrées » 43
3.6 La fonction « Traduire FSE » 43
3.6.1 Description de la Zone d'échanges Feuille de soins 44
3.7 La fonction « Déchargement bénéficiaires » 47
3.8 La fonction « Effacement données TLA » 51
3.9 La fonction « Chargement données » 51
3.10 La fonction « Chargement application » 52
3.11 La fonction « Identification terminal » 53
3.12 La fonction « Sécuriser Facture » 54

4 Lexique 56

1 Préambule

Cette annexe est optionnelle et ne peut être mise en œuvre qu'à partir d'un progiciel agréé conformément au Cahier des Charges 1.40.

A ce titre, elle rend applicable l'ensemble des fonctionnalités décrites dans le CdC 1.40.

1.1 Présentation générale

Définition

Ce document désigne sous le terme « Terminal Lecteur Applicatif » ou TLA un dispositif portable ayant la particularité de fournir deux modes de fonctionnement (un mode connecté à un Poste de Travail, un mode déconnecté dans lequel le dispositif est entièrement autonome).

Les fonctionnalités de ce type de dispositif sont spécifiées dans le référentiel d'homologation « Référentiel Terminal Lecteur ».

Ce type de matériel est particulièrement destiné aux Professionnels de Santé déjà équipés de Postes de Travail qui souhaitent réaliser des factures électroniques au domicile de leur patient.

La caractéristique principale d'un TLA est de pouvoir être utilisé au cabinet médical comme un lecteur fixe (mono ou multi-application) et de remplir parfaitement les fonctionnalités spécifiées dans le Cahier des Charges SESAM-Vitale ou lors des visites (en mode déconnecté) avec les fonctionnalités adaptées à la pratique du Professionnel de Santé.

L'annexe 1 bis TLA destinée aux éditeurs de progiciels de santé a pour objet de spécifier les traitements à mettre en œuvre par le Poste de Travail du Professionnel de Santé pour charger dans le TLA des données à utiliser par le Professionnel de Santé lors de ses visites ou décharger du TLA les données mémorisées par le Professionnel de Santé au cours de ses visites.

Les schémas de fonctionnement ci-dessous expliquent la répartition des traitements entre le cabinet du Professionnel de Santé et le domicile du patient pour réaliser la facturation soit d'actes en série soit d'acte isolé.

Dans le cas d'une visite ponctuelle (dit acte isolé), le Professionnel de Santé se déplace au domicile du patient sans connaître les actes à pratiquer. Il réalise la facturation au domicile du patient puis décharge les Factures réalisées sur son Poste de Travail au cabinet.

Dans le cas d'actes en série ou de dispensation par le pharmacien ou le fournisseur pour un patient dont la carte Vitale a été lue dans une visite antérieure, le Professionnel de Santé se déplace au domicile du patient en ayant préparé la (les)factures, la(les) sécurise en présence des cartes Vitale et Professionnel de Santé au domicile du patient puis décharge les factures sécurisées sur son Poste de Travail au cabinet.

Selon le même principe, dans le cadre de la désynchronisation des signatures entre le Professionnel de Santé et le patient, un Professionnel de Santé **A** peut également charger des factures préparées par un confrère **B** pour un patient commun. En visite, la (les) factures du Professionnel **A** sont sécurisées en mode SESAM-Vitale alors que la(les) factures du Professionnel **B** sont partiellement sécurisées. Au retour de visite, le Professionnel de Santé **B** peut sécuriser à son tour les factures qui le concernent.

1.2 Les évolutions fonctionnelles et organisationnelles 1.40

1.2.1 Le chargement de DRE en plus des FSE pour signature en visite

Un Poste de Travail 1.40 autorise les Professionnels de Santé à réaliser des Demandes de Remboursement (DRE) à destination des organismes complémentaires.

Dans un mode de fonctionnement 1.40 (PdT et TLA), le Poste de Travail peut préparer trois types de facture (une FSE seule, une association FSE+DRE, une DRE seule).

Dans le cas où une association (FSE+DRE) est en attente de chargement, les deux flux FSE et DRE doivent obligatoirement être chargés dans la même opération sur le même TLA.

En phase de sélection des factures à charger dans un TLA, le logiciel ne doit proposer que les factures qui peuvent être effectivement chargées dans le TLA identifié :

- FSE seule, FSE+DRE, DRE seule pour un TLA 1.40.

1.2.2 La désynchronisation des signatures (avec signature CPS en mode connecté)

En version 1.31 du Cahier des Charges, la désynchronisation des signatures était réalisée entièrement sur le TLA en mode déconnecté. La version 1.40 propose une cinématique plus souple qui facilite le partage d'un TLA par plusieurs Professionnels de Santé.

Phase de chargement et sécurisation

1. un Professionnel de Santé nommé A sélectionne et charge les Factures qui le concernent ainsi que les factures préparées par ses confrères B et C pour les patients de sa tournée.
2. Son TLA contient lors de son départ en visite plusieurs factures pour un patient nommé X.
3. Le Professionnel de Santé A visite Monsieur X et signe en mode SESAM-Vitale sa propre facture, son TLA lui propose de signer en mode désynchronisé la facture du Professionnel de Santé B et la facture du Professionnel de Santé C qui concernent également ce patient X.
4. Lors de son retour au cabinet, le Professionnel de Santé A peut décharger ses factures entièrement sécurisées qui sont stockées en attente de mise en lot. Son logiciel lui propose aussi de décharger les factures partiellement sécurisées des Professionnel de Santé B et C qui sont stockées en attente de sécurisation CPS. Ainsi le TLA vidé de son contenu est disponible pour un autre Professionnel de Santé.
5. Les Professionnels de Santé B et C peuvent sécuriser avec leur CPS les factures partiellement sécurisées par le Professionnel de Santé A dès qu'ils le souhaitent (avant le lancement de la mise en lot, le logiciel doit signaler au Professionnel de Santé que des factures sont en attente de sécurisation par CPS). Cette dernière opération est éventuellement réalisable avec un simple Terminal Lecteur de facturation ne possédant pas d'application TLA.

1.2.3 Le remplaçant en visite

En version 1.40, le Professionnel de Santé remplacé identifie son remplaçant sur le Poste de Travail et sur le TLA.

Une fois que le Poste de Travail est en mode remplacement, le Professionnel de Santé remplaçant peut effectuer les mêmes opérations de Chargement et de Déchargement que le Professionnel de Santé titulaire en mode normal.

1.2.4 Gestion des Factures créées en visite

Création des factures en visite

Seule une FSE peut être créée en visite chez le patient. La DRE ne peut être créée que sur le PdT lors de la phase de préparation de visite tel que décrit dans le § 1.2.1 ci-dessus.

Initialisation de la plage de No de FSE TLA à partir du Poste de Travail

Les API SSV offrent un service de chargement de données qui permet au progiciel de santé d'initialiser si nécessaire une plage de No de FSE TLA. Le progiciel gère ainsi la cohérence des tranches de No attribuées à chaque TLA identifié dans la base de configuration.

1.3 Les évolutions techniques

1.3.1 Le chiffrement et la sécurisation des factures

L'évolution de la fonction de chiffrement et de sécurisation permet d'améliorer les temps de chargement et de déchargement des factures Poste de Travail ainsi que les temps de sécurisation en visite. Cette évolution nécessite l'ajout d'un traitement par le progiciel de santé entre le chargement et le déchargement des factures.

Lors du chargement de factures PdT, les API SSV restituent une image temporaire pour chaque facture. Cette image doit être mémorisée sur le Poste de Travail jusqu'au déchargement et ne doit pas écraser la facture fournie lors de la préparation de visite.

Lors du déchargement des factures PdT, les API SSV attendent en paramètre d'entrée les « images temporaires » stockées lors du chargement. Ensuite, la fonction de déchargement restitue une facture définitive totalement ou partiellement sécurisée selon le cas qui peut alors remplacer l'image mémorisée lors du chargement.

2 Présentation des échanges Poste de Travail - TLA

2.1 Spécifications fonctionnelles générales

2.1.1 Déclaration du TLA sur le Poste de Travail

Une phase préliminaire à toute utilisation doit être faite par le Professionnel de Santé qui consiste à connecter le TLA au Poste de Travail de manière à déclarer celui-ci au progiciel de santé.

Le progiciel doit tenir à jour une base de configuration des TLA gérés par le Poste de Travail avec pour objectif principal de :

- Pouvoir attribuer des plages distinctes de numérotation de FSE pour chacun des TLA identifiés et ainsi éviter le risque de création de doublons de FSE sur les différents TLA dont les FSE sont déchargées sur le même Poste de Travail (cette opération n'a pas lieu d'être pour les TLA « réduits », c'est à dire qui ne créent pas de FSE en visite) ;

Cette phase est décrite au chapitre 2.2.7 Gestion de configuration du parc de TLA.

2.1.2 Schémas de fonctionnement

Préparation de visite

Etape 1

Le Professionnel de Santé A sélectionne les patients pour lesquels il souhaite clôturer des Factures

Le Poste de Travail prépare les factures demandées grâce à la fonction **"Formater FACTURES"** des API SESAM-Vitale

Etape 2

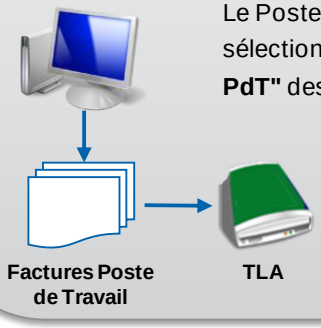
Le Professionnel de Santé B sélectionne les patients pour lesquels il souhaite clôturer des factures

Le Poste de Travail prépare les factures demandées grâce à la fonction **"Formater FACTURES"** des API SESAM-Vitale

Etape 3

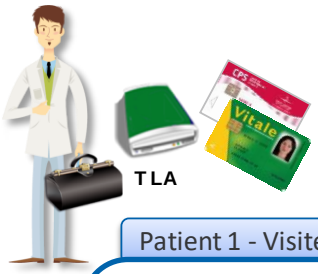
Le Professionnel de Santé B sélectionne ses factures à charger dans son TLA

Le Professionnel de Santé B sélectionne les factures du professionnel A à charger dans son TLA



Le Poste de Travail charge dans le TLA les factures sélectionnées grâce à la fonction "**Chargement Factures PdT"** des API SESAM-Vitale

NB : la CPS est présente pour chacune de ces opérations.



En visite

Patient 1 - Visite unique

Les actes à pratiquer sur le patient sont réalisés lors de la visite

1. Le PS introduit la carte Vitale de son patient dans le TLA
2. Il saisit l'ensemble des données nécessaires à la réalisation de la FSE
3. Après validation de sa saisie, le TLA sécurise la FSE, la stocke et mémorise les données de la carte Vitale du patient
4. Si le TLA dispose d'une imprimante, le PS édite une quittance si nécessaire

Patient 2 – 1ère visite d'une série

Les actes à pratiquer sur le patient sont les premiers d'une série

1. Le PS introduit la carte Vitale de son patient dans le TLA
2. Il saisit les données du contexte de facturation nécessaires à la réalisation de la Facture à son cabinet
3. Le TLA mémorise les données de la carte Vitale du patient ainsi que les données du contexte de facturation

Patient 3 – En cours d'une série

Les données de la carte Vitale du patient ont évolué au cours de la série

1. Le PS introduit la carte Vitale de son patient dans le TLA
2. Il mémorise dans le TLA les données de la carte Vitale du patient

Patient 4 – En fin de série

La visite est la dernière de la série d'actes à pratiquer sur le patient

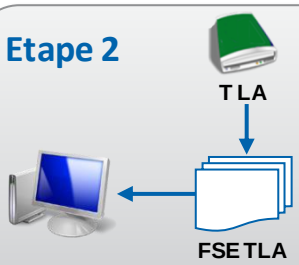
1. Le PS introduit la carte Vitale du patient dans le TLA
2. Le TLS détecte la(les) Facture(s) chargée(s) pour ce patient et demande confirmation de la sécurisation
3. Le TLA sécurise la (les) Facture(s) soit en mode SEAM-Vitale soit en mode désynchronisé

Retour de visite(s)

Etape 1

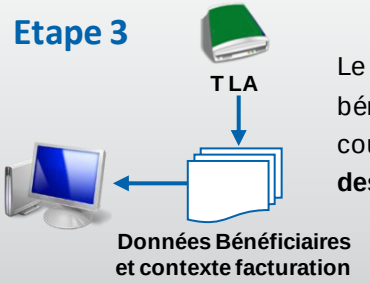
1. Un PS ou la secrétaire reconnecte le TLA au Poste de travail
2. Il introduit sa Carte de Professionnel de Santé (CPS, CPE…) et saisit son code porteur
3. Puis lance la procédure de retour visite après avoir indiqué l'identification du PS pour lequel il désire effectuer ce traitement

Etape 2



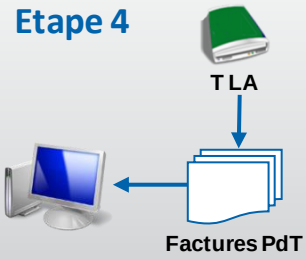
Le Poste de Travail gère le transfert des FSE TLA sécurisées et des FSE TLA non chiffrées au cours des visites grâce aux fonctions **"Déchargement FSE Terminal"** et **"Déchargement FSE Terminal non chiffrée "** des API SESAM-Vitale

Etape 3



Le Poste de Travail gère le transfert des données bénéficiaires (et contexte de facturation) mémorisées au cours des visites grâce à la fonction "**Déchargement des données Bénéficiaires"** des API SESAM-Vitale

Etape 4



Le Poste de Travail gère le transfert des factures PdT sécurisées au cours de visites grâce à la fonction **"Déchargement factures PdT "** des API SESAM-Vitale

2.1.3 Principe de fonctionnement

Les familles de Professionnels de Santé concernées sont :

- les prescripteurs (généralistes, spécialistes ou sage-femme) à l'exception des spécialités citées ci-dessous :
  - 06 : Radiologie
  - 18 : Stomatologie
  - 19 : chirurgien dentiste

  - 36 : dentiste spécialiste
  - 37 : Anatomo-Cyto-Pathologie
  - 38 : Médecin biologiste
  - 44 : Chirurgie maxillo-faciale
  - 45 : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
  - 69 : Chirurgie orale
  - 74 : Oncologie radiothérapique
  - 76 : Radiothérapie
  - 78 : Génétique médicale
- les auxiliaires médicaux
- les pharmaciens
- les centres de santé
- les fournisseurs

Les fonctions offertes par un TLA sont identiques pour les prescripteurs, les auxiliaires médicaux et les centres de santé. Un TLA destiné aux Pharmaciens ou aux Fournisseurs ne gère pas la création sur le TLA de FSE en visite.

Les fonctions sont les suivantes :

- acquisition des données de la carte Vitale (éventuellement, le stockage) ;
- acquisition des données du contexte de facturation (pour la gestion des actes en série) ;
- la création et la sécurisation d'une Facture en présence des cartes Vitale et Professionnel de Santé ;
- l'édition d'une quittance (en option) ;
- l'édition d'un bon d'examen (en option) ;
- le transfert, du TLA vers le Poste de Travail, des données bénéficiaires ;
- le transfert, du TLA vers le Poste de Travail, de FSE créées et sécurisées en visite, complétée de FSE créées et non chiffrées en visite permettant d'obtenir les données consultables par le PS (notamment pour les données détaillées de la CCAM qui sont chiffrées sur la FSE sécurisée)
- le chargement, du Poste de Travail vers le TLA, de factures à sécuriser dans le TLA ;
- la sécurisation de factures préchargées ;
- le transfert, du TLA vers le Poste de Travail, de factures préchargées sécurisées.

Par contre, les progiciels de santé adaptent leur traitement à la pratique des Professionnels de Santé.

Ainsi, pour la famille des prescripteurs, on distingue deux types de progiciels :

- ceux couvrant la catégorie des sages-femmes (et gérant les séries d'actes) ;

- ceux ne couvrant pas la catégorie des sages-femmes (ne gérant pas les séries d'actes).

Pour les Professionnels de Santé ne facturant qu'au domicile du patient, le progiciel doit gérer:

- la récupération des données bénéficiaires lues sur les cartes Vitale ;
- la récupération des feuilles de soins sécurisées créées en visite sur le TLA, complétée des feuille de soins créées et non chiffrées en visite permettant d'obtenir les données consultables par le PS (notamment pour les données détaillées de la CCAM qui sont chiffrées sur la FSE sécurisée).

Pour les Professionnels de Santé facturant au domicile du patient ou préparant leurs FSE à leur cabinet (auxiliaires médicaux et sages-femmes), le progiciel doit gérer :

- le chargement dans le TLA des factures à sécuriser ;
- la récupération des données bénéficiaires lues sur les cartes Vitale en visite ;
- la récupération des feuilles de soins créées et sécurisées en visite sur le TLA ;
- la récupération des factures préchargées et sécurisées sur le TLA en visite,

Pour les Professionnels de Santé ne réalisant pas de FSE au domicile du patient mais préparant leurs factures à l'officine (pharmacien) ou à la structure (Fournisseur), le progiciel doit gérer :

- le chargement dans le TLA des factures « Pdt » à sécuriser ;
- la récupération des données bénéficiaires lues sur les cartes Vitale en visite ;
- la récupération des factures préchargées et sécurisées sur le TLA en visite.

Afin de normaliser les échanges entre les progiciels de Professionnels de Santé et les différents Terminaux du marché, le GIE SESAM Vitale a développé des fonctions spécifiques dans le module des Services SESAM Vitale.

Les éditeurs de progiciels trouveront dans ce document le descriptif des traitements à mettre en œuvre ainsi que le mode d'utilisation des fonctions SSV mises à leur disposition.

Les fonctions décrites permettent l'utilisation conjointe d'un terminal par plusieurs Professionnels de Santé (cas des cabinets).

De ce fait, l'accès à l'ensemble des données liées aux opérations du Professionnel de Santé nécessite l'identification de la situation de facturation pour laquelle le Professionnel de Santé a effectué les actes concernés.

Cependant, les fonctionnalités du TLA ne permettent pas à un même Professionnel de Santé qui utiliserait deux Postes de Travail indépendants de charger en même temps des données de chacun des deux postes. En effet, le TLA ne sait pas distinguer les données propres à chaque poste lors du déchargement.

L'accès aux données du terminal est sécurisé par la présence d'une Carte Professionnel de Santé valide et accessible (c'est-à-dire dont le code porteur a été présenté au moins une fois depuis sa dernière mise sous tension).

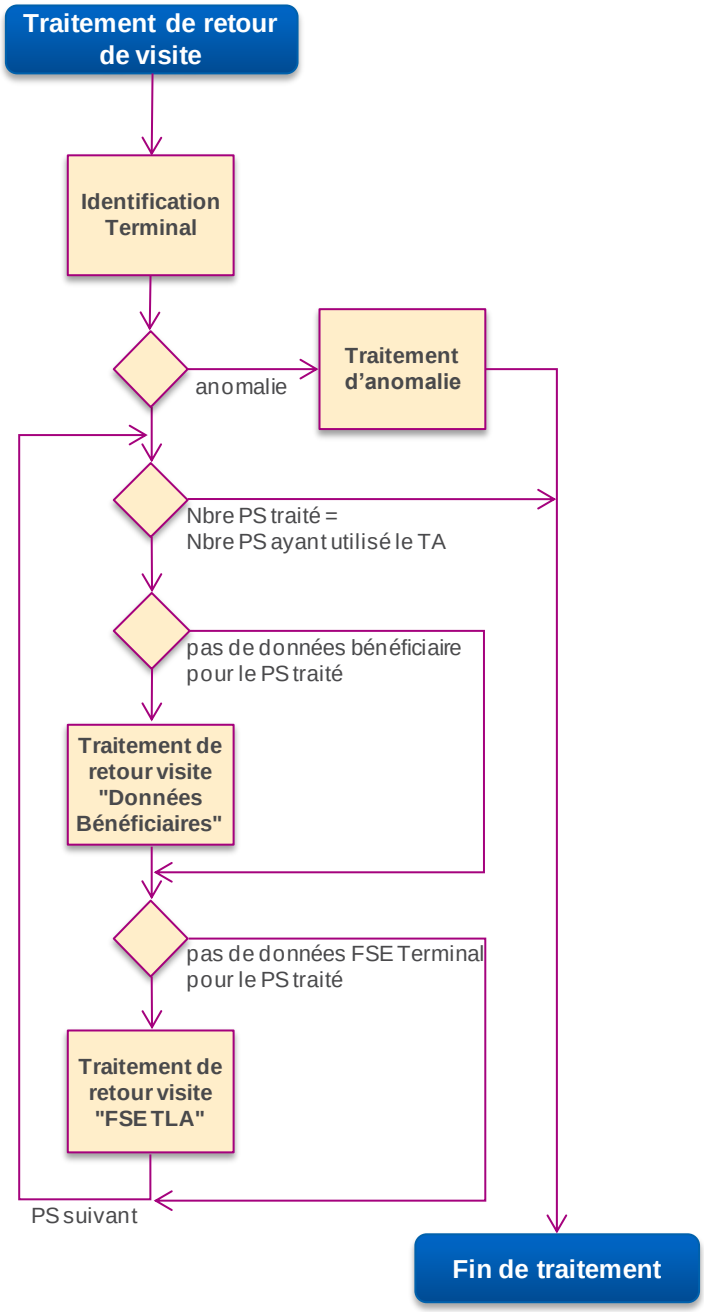
La CPS présente dans le terminal au moment de l'appel d'une des fonctions sollicitées peut contenir un identifiant de facturation distinct de celui du Professionnel de Santé pour lequel la fonction est invoquée.

Cela permet, dans le cas d'un cabinet médical que la préparation des visites ou le traitement des retours visite puissent être effectués par une personne habilitée distincte des Professionnels de Santé pour lesquels les opérations sont effectuées.

2.1.4 Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé facturant à domicile

La phase de retour visite dans le cas des Professionnels de Santé facturant à domicile consiste, à partir des données restituées par la fonction « Identification Terminal », à décharger les données mémorisées en cours de visite. Le déchargement est toujours sécurisé par la présence d'une CPx valide et accessible.

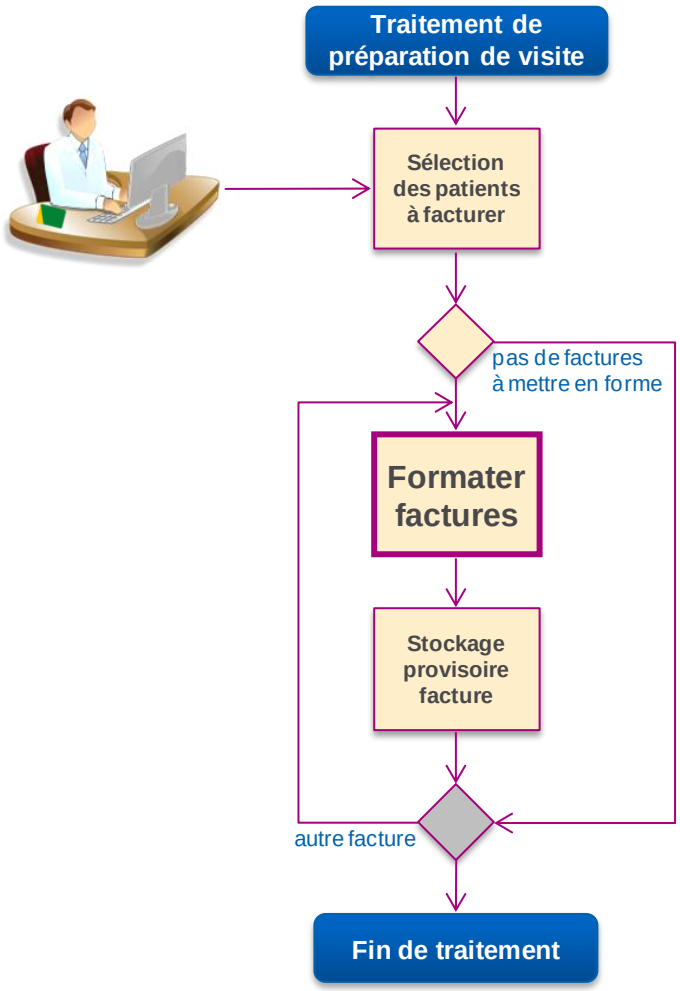
2.1.4.1 Phase Traitement de retour visite



2.1.5 Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé facturant à domicile ou préparant les Factures au cabinet

2.1.5.1 Phase Traitement de préparation visite

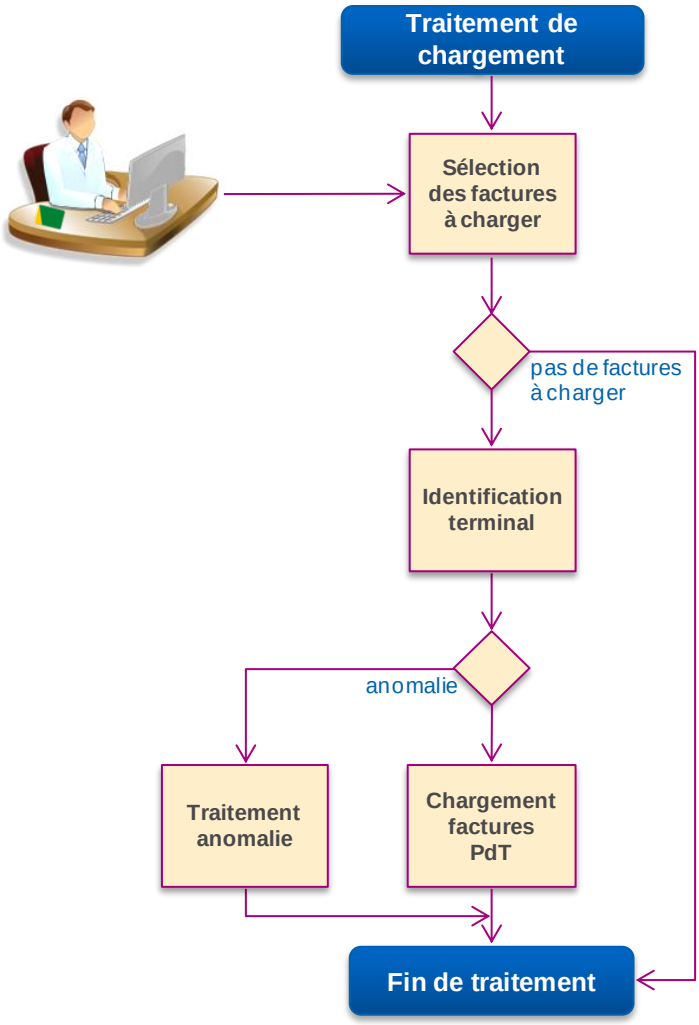
Dans certains cas (actes en série, dispensation de médicament pour un patient connu) la(les) factures est (sont) préparées sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé, chargée(s) dans le TLA qui la(les) sécurise lors de la prochaine visite au patient. La phase de préparation visite permet au Professionnel de Santé de choisir les patients pour lesquels il veut préparer les factures en vue de leur chargement.



2.1.5.2 Phase Chargement pour visite

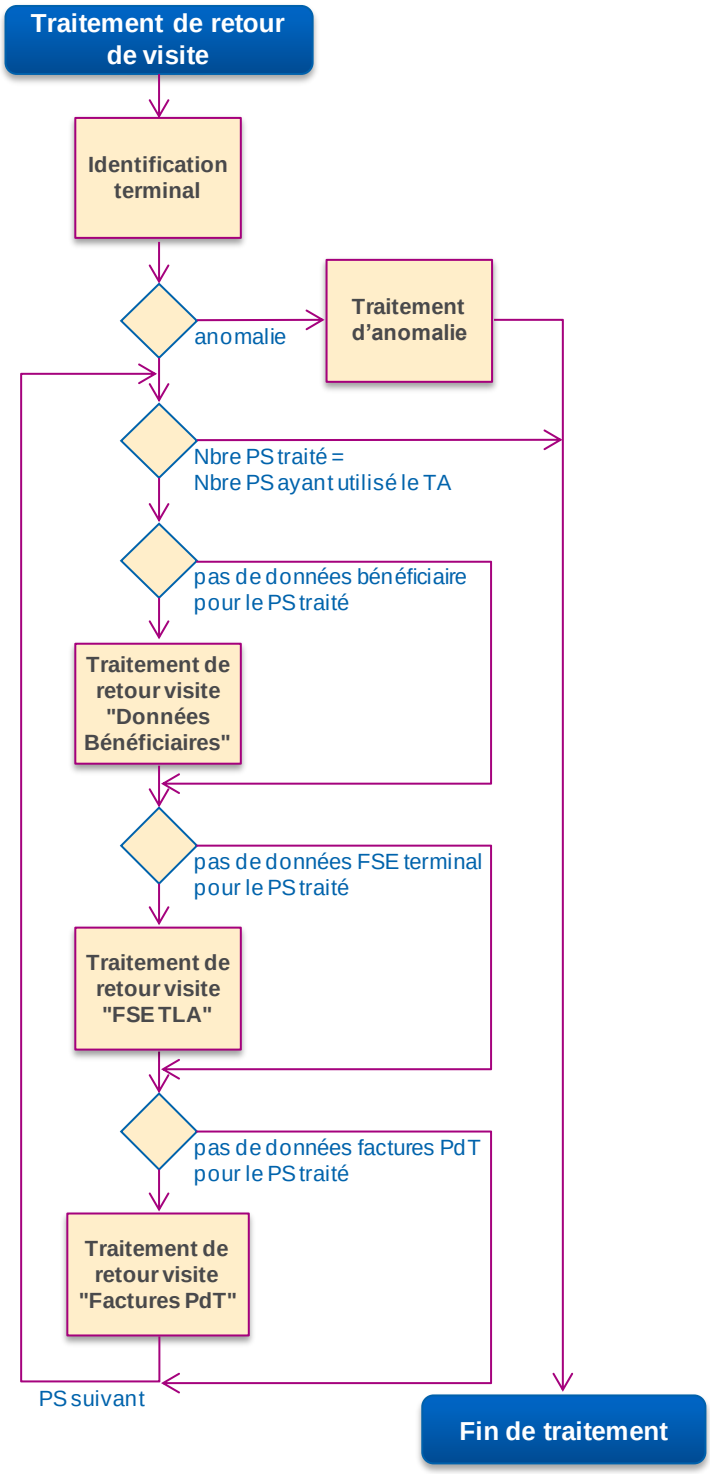
Lors du chargement, le logiciel doit proposer la liste des factures en attente de chargement. Seules les factures compatibles avec le TLA connecté seront sélectionnables. Lorsque la fonction « Formater Factures » restitue deux flux (FSE + DRE), ceux-ci doivent obligatoirement être chargés en même temps dans le même TLA pour être sécurisés en visite.

Un Professionnel de Santé peut choisir de charger des factures préparées par un confrère. Celles-ci seront sécurisées en mode désynchronisé en visite.



2.1.5.3 Phase Traitement de retour visite

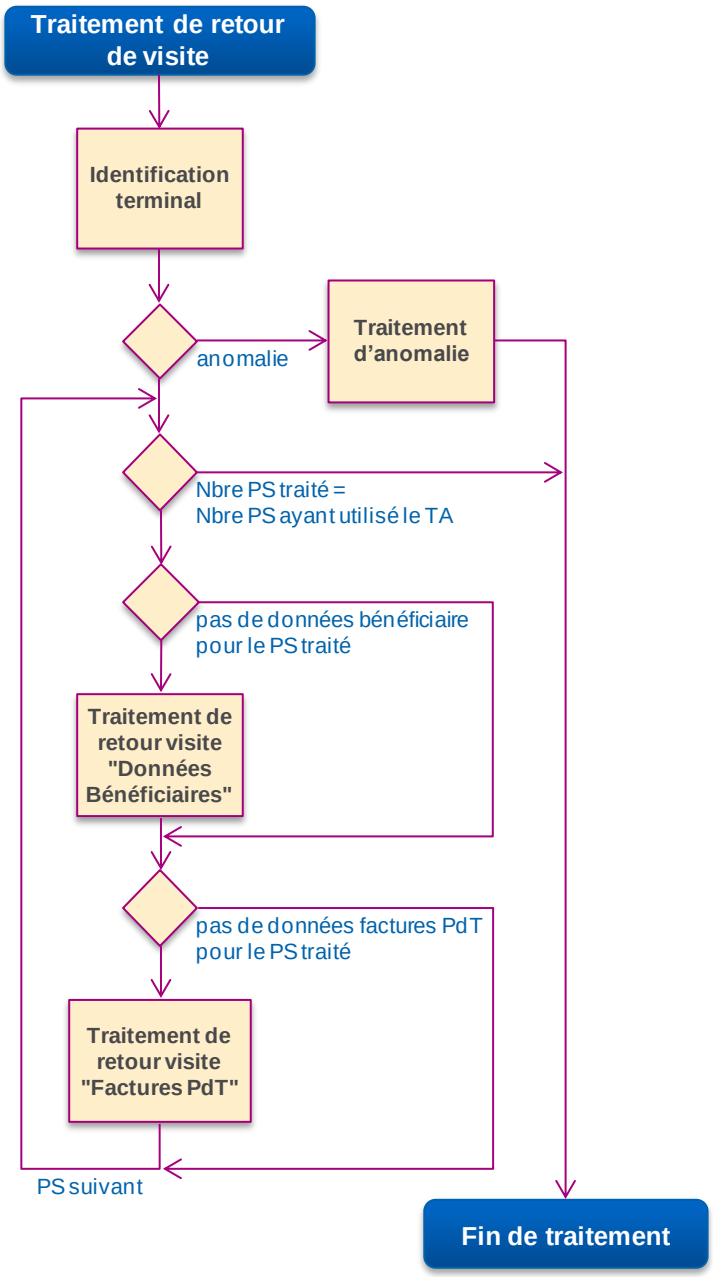
Dans le traitement de retour visite des progiciels de Professionnels de Santé préparant certaines factures au cabinet, le Poste de Travail décharge non seulement les données mémorisées en cours de visite mais aussi les factures qui avait préalablement été chargées et que le Professionnel de Santé a sécurisé lors de ses visites.



2.1.6 Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé préparant les Factures à l'officine ou dans la structure (Fournisseurs)

2.1.6.1 Phase Traitement de retour visite

Dans le traitement de retour visite des progiciels de Professionnels de Santé préparant les factures à l'officine ou à la structure (Fournisseurs), le Poste de Travail décharge les données bénéficiaires mémorisées en cours de visite et les factures qui avait préalablement été chargées et que le Professionnel de Santé a sécurisées lors de ses visites.



2.2 Spécifications fonctionnelles détaillées

2.2.1 Identification Terminal

Effectué préalablement à toute opération de chargement ou de déchargement du Terminal à chaque fois que celui-ci est connecté au Poste de Travail, le traitement d'*Identification Terminal* nécessite en premier lieu l'appel de la fonction *Identifier TLA* des API SSV.

L'appel de la fonction « *Identifier TLA* » permet tout d'abord au progiciel du Poste de Travail de s'assurer qu'il communique bien avec un Terminal Lecteur Applicatif opérationnel et non avec un lecteur ne contenant que les ordres de facturation en mode connecté.

Le progiciel peut ensuite traiter les données restituées par la fonction décrites ci-dessous :

L'**identification logiciel Terminal** correspond à la version du Cahier des Charges sur laquelle s'appuie le logiciel Terminal (en l'occurrence 1.40) et permet au logiciel Poste de Travail de s'assurer de sa compatibilité avec le format des échanges et les fonctions assurées. Le **numéro de version du logiciel terminal lecteur applicatif** est nécessaire au Poste de Travail pour gérer le chargement d'une nouvelle version.

Le **numéro de série du terminal lecteur applicatif** indique le numéro de série affecté au terminal.

L'identification des fonctions assurées indique au Poste de Travail s'il est en phase en termes de fonctionnalités avec le matériel connecté (TLA prescripteurs, TLA auxiliaires médicaux, TLA prescripteurs et auxiliaires médicaux, TLA pharmaciens ou Fournisseurs, TLA « réduit »).

La **Plage des N° de FSE Terminal** indique les trois premiers chiffres des N° de FSE générées par le terminal lors de la facturation en visite (cf. 2.5.6).

Afin de vérifier si le TLA a déjà été utilisé sur le PdT ou bien si celui-ci est un nouveau TLA inconnu du progiciel, celui-ci doit d'abord effectuer les traitements préliminaires relatifs à la gestion de configuration du parc de TLA et mettre à jour une base de configuration des TLA destinée à mémoriser les caractéristiques de l'ensemble des TLA gérés par le Poste de Travail (cas d'un Professionnel de Santé seul) ou par les Postes de Travail gérés en réseau par le même progiciel (cas des structures où plusieurs Professionnel de Santé peuvent exercer simultanément). Cet aspect est décrit plus précisément au § 2.2.7.1 (Attribution des tranches de n° de FSE).

Si le TLA est déjà identifié dans la base de configuration et que la plage des n° de FSE correspondant à ce TLA dans la base de configuration est la même que celle restituée par la fonction « *Identifier TLA* », le progiciel peut traiter les autres données décrites restituées par la fonction et continuer le processus. Au cas où le TLA n'est pas identifié dans la base de configuration ou bien si la plage des n° de FSE est différente de celle enregistrée dans la base de configuration, il convient d'effectuer les opérations suivantes :

Cas de figure	Traitement
Plage des n° de FSE non initialisée dans le TLA.	Le progiciel doit indiquer au Professionnel de Santé que le TLA n'est pas initialisé et lui proposer une plage de n° FSE non affectée (ou au minimum la liste des plages de n° déjà affectées qu'il ne peut pas utiliser pour ce TLA). Le Professionnel de Santé doit pouvoir choisir entre une modification manuelle au setup du TLA ou le chargement automatique d'une nouvelle valeur proposée par le progiciel. Après validation par le Professionnel de Santé (et, le cas échéant, le chargement de la plage de n° FSE dans le TLA, cf. § 2.2.7.1), le progiciel doit invoquer l'ordre d'identification TLA pour valider et mémoriser dans la base de configuration le n° de série et la plage des n° FSE affectée réellement à ce TLA Si une plage était déjà enregistrée dans la base de configuration pour ce TLA, cette plage peut faire partie des plages possibles à initialiser dans le TLA ; l'enregistrement relatif à ce TLA dans la base de configuration est alors mis à jour.
Plage des n° de FSE non initialisée dans le TLA Plage existante dans la base de configuration pour ce TLA	Le progiciel doit indiquer au Professionnel de Santé que le TLA n'est pas initialisé et lui proposer la plage de n° FSE déjà prévue dans la base pour ce TLA (ou au minimum la liste des plages de n° déjà affectées qu'il ne peut pas utiliser pour ce TLA). Le Professionnel de Santé doit pouvoir choisir entre une modification manuelle au setup du TLA ou le chargement automatique d'une nouvelle valeur proposée par le progiciel. Après validation par le Professionnel de Santé (et, le cas échéant, le chargement de la plage de n° FSE dans le TLA, cf. § 2.2.7.1), le progiciel doit invoquer l'ordre d'identification TLA pour valider et mémoriser dans la base de configuration le n° de série et la plage des n° FSE affectée réellement à ce TLA
Plage des n° FSE du TLA initialisée à une valeur différente de celle enregistrée dans la base de configuration pour ce TLA Plage non affectée à un autre TLA	Le progiciel doit avertir le Professionnel de Santé que ce TLA avait déjà une plage de n° FSE affectée différente et lui dire quelle valeur lui était attribuée. Si la plage des n° FSE du TLA est différente de toutes celles enregistrés pour l'ensemble des TLA gérés par le progiciel, ce dernier laisse le choix au Professionnel de Santé de garder la valeur existante dans le TLA et de mettre à jour l'enregistrement correspondant à ce TLA dans la base de configuration ou bien de lui affecter la valeur enregistrée dans la base de configuration (toujours selon les 2 modes possibles : modification manuelle au setup ou chargement automatique, cf. § 2.2.7.1)

Cas de figure	Traitement
Plage des n° FSE du TLA initialisée à une valeur différente de celle enregistrée dans la base de configuration pour ce TLA Plage déjà affectée à un autre TLA	Le progiciel doit demander au Professionnel de Santé de modifier obligatoirement la plage des n° FSE du TLA, soit en choisissant une plage libre proposée soit en lui laissant le soin d'en choisir une différente de celles existant dans la base de configuration des TLA (toujours selon les 2 modes possibles : modification manuelle au setup ou chargement automatique, cf. § 2.2.7.1). Il n'est pas possible de choisir pour ce TLA la plage qui est déjà utilisée pour un autre TLA (sauf si les FSE de cet ancien TLA ont été liquidées, c'est à dire transmises et acceptées par l'Assurance Maladie depuis plus d'un mois) car cela signifierait la création de FSE en doublon
Plage des n° de FSE du TLA initialisée à une valeur inexistante dans la base de configuration	Le progiciel doit indiquer au Professionnel de Santé que la plage des n° de FSE n'est pas enregistrée dans la base de configuration, qu'elle n'est pas en conflit avec les autres plages enregistrées pour les autres TLA et lui proposer d'enregistrer automatiquement cette plage dans la base de configuration pour ce TLA. Le Professionnel de Santé pourra éventuellement choisir d'enregistrer une autre plage à condition qu'elle soit différente de celles enregistrées dans la base de configuration pour les autres TLA (toujours selon les 2 modes possibles : modification manuelle au setup ou chargement automatique, cf. § 2.2.7.1).

Après la phase de contrôle de configuration, le progiciel peut traiter les données restituées par la fonction « *Identifier TLA* » pour connaître l'utilisation qui a été faite du Terminal Lecteur Applicatif et en déduire les traitements à effectuer, entre autres, le nombre de Professionnels de Santé ayant utilisé le terminal en visite.

Lorsque cette information est à zéro, le progiciel n'a aucun traitement à effectuer.

Pour chaque situation de facturation de Professionnel de Santé connue du terminal, la fonction indique :

- **l'Identification de facturation du Professionnel de Santé**
- **le nombre de données bénéficiaires stockées pour le Professionnel de Santé**
- **le nombre de FSE Terminal stockées pour le Professionnel de Santé (remarque : il y aura autant de FSE Terminal non chiffrée que de FSE Terminal sécurisée)**
- **le nombre de FSE Poste de Travail stockées pour le Professionnel de Santé**
- **le nombre de FSE Poste de Travail sécurisées par le Professionnel de Santé**
- **le nombre de FSE Poste de Travail partiellement sécurisées par le Professionnel de Santé**

- **le nombre de DRE Poste de Travail stockées par le Professionnel de Santé**
- **le nombre de DRE Poste de Travail sécurisées par le Professionnel de Santé**
- **le nombre de DRE Poste de Travail partiellement sécurisées par le Professionnel de Santé**

Remarque :

Le progiciel peut faire un parallèle entre la liste des Professionnels de Santé identifiés au niveau du Poste de Travail et la liste des Professionnels de Santé ayant utilisé le Terminal pour sélectionner les Professionnels de Santé intervenant dans le traitement de retour visite.

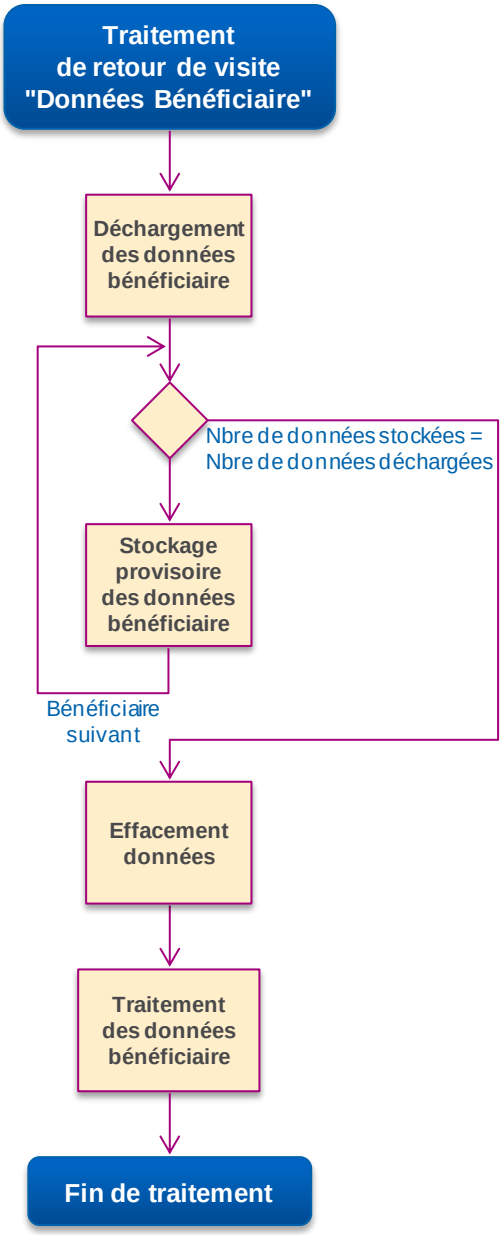
De cette façon, nous pouvons avoir plusieurs Professionnels de Santé qui disposent :

- soit de leur propre Poste de Travail et d'un seul terminal. Chaque Poste de Travail traitera les données du Professionnel de Santé qu'il a identifié ;
- soit d'un seul Poste de Travail et de plusieurs terminaux. Le Poste de Travail traitera les données en fonction du Professionnel de Santé et de chaque terminal.

Rappel :

Deux Postes de Travail indépendants pour un même Professionnel de Santé ne peuvent utiliser en même temps les services d'un TLA.

2.2.2 Spécifications de la Phase Traitement de retour visite « Données bénéficiaires »



2.2.2.1 Déchargement bénéficiaires

Le traitement de *déchargement des données bénéficiaires* comprend :

- l'appel de la fonction de déchargement des données bénéficiaires des API SSV.

  Les paramètres à renseigner sont :

  - **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être déchargées.
  - **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « décharger bénéficiaires » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait). Il s'agit du code porteur de la CPS présente dans le coupleur du terminal au moment de l'appel de la fonction (CPS qui peut être différente de celle du Professionnel de Santé concerné).

- le traitement des messages d'anomalies.

2.2.2.2 Stockage des données bénéficiaires

Le traitement de *stockage des données bénéficiaires* consiste à sauvegarder sur le Poste de Travail les données restituées par la fonction « déchargement » pour permettre l'effacement de ces données dans le TLA.

2.2.2.3 Effacement données TLA

Le logiciel du Poste de Travail est seul maître de l'effacement des données du Terminal Lecteur Applicatif. C'est à lui de s'assurer que les données déchargées par le TLA ont bien été traitées et stockées avant de demander leur suppression (qui est définitive).

Le traitement de la fonction *Effacement données TLA* comprend :

- l'appel de la fonction Effacement des données TLA des API SSV.

  Les paramètres à renseigner sont :

  - **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être effacées.
  - **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « Effacement données » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait).
  - **Type de données à effacer.** Dans ce cas, le type de données à effacer correspondra aux données bénéficiaires.
- le traitement des messages d'anomalies.

(NB : il est conseillé pour éviter les erreurs de manipulations que cette fonction ne soit pas déclenchée manuellement par le Professionnel de Santé).

2.2.2.4 Traitement des données bénéficiaires

Le traitement des *données bénéficiaires* consiste à enrichir la base des données Patients du Professionnel de Santé ou à mettre les données bénéficiaires à jour si celles-ci existent déjà.

Un bénéficiaire peut être identifié par les trois données ci-dessous :

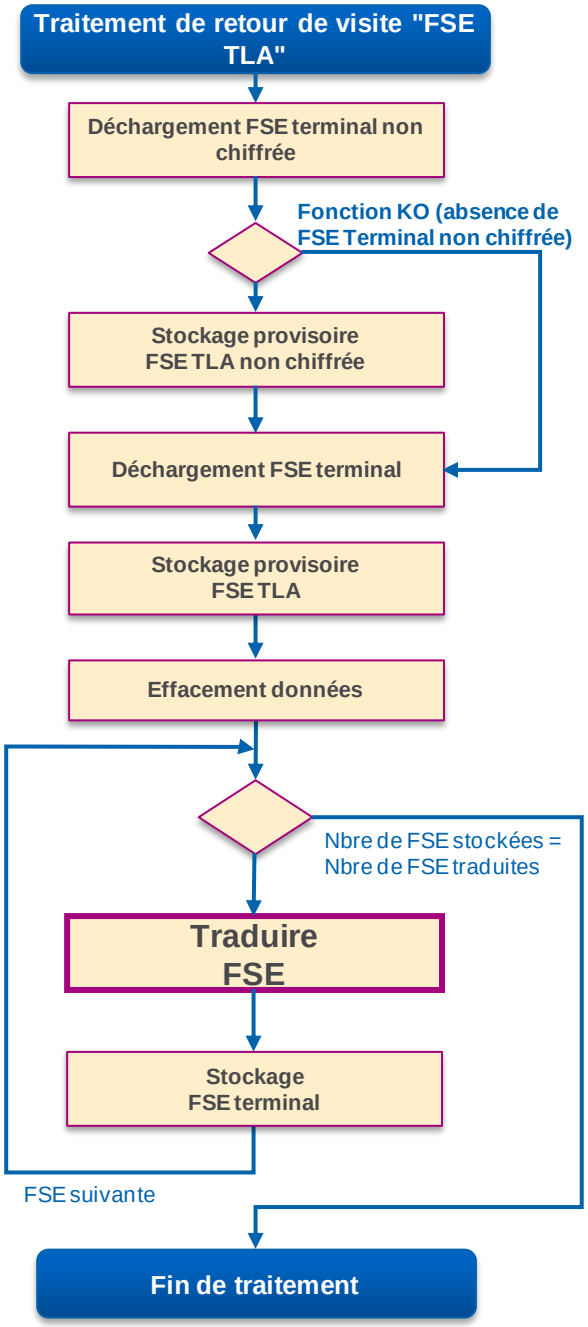
- son **N**uméro d'**I**nscription au **R**egistre (ou n° national d'immatriculation) ;
- sa date de naissance ;
- son rang gémellaire.

Dans le cas où la situation du bénéficiaire aurait évolué par rapport aux informations contenues dans la base de données du Professionnel de Santé, le progiciel de santé doit être capable, dans le cas où des « actes en série » seraient en cours, de mettre à jour la base de données patients à partir des données bénéficiaires lues sur le TLA, et de modifier s'il y a lieu les modalités de tarification de la Facture en cours selon l'annexe 2 du CdC 1.40.

Dans le cas où les données bénéficiaires sont accompagnées d'un contexte de facturation (initialisation d'une série d'actes), le progiciel doit être au minimum capable de restituer ces données au Professionnel de Santé (afin de faciliter la saisie de sa Facture).

Pour les progiciels ne gérant pas de base patient, les données bénéficiaire font l'objet au minimum d'un affichage écran pour permettre au Professionnel de Santé d'établir sa Facture ultérieurement.

2.2.3 Spécifications de la Phase Traitement de retour visite « FSE TLA »



Ce schéma exprime de façon fonctionnelle le mode d'utilisation des fonctions des API SSV et n'impose pas la conception du traitement effectué par le progiciel de santé.

2.2.3.1 Déchargement FSE Terminal non chiffrée

Le traitement de la fonction *déchargement FSE Terminal non chiffrée* comprend :

- l'appel de la fonction déchargement FSE Terminal non chiffrée des API SSV.

  Les paramètres à renseigner sont :

- **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être déchargées.
- **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « déchargement des données bénéficiaires » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait) Il s'agit du code porteur de la CPS présente dans le coupleur du terminal au moment de l'appel de la fonction (CPS qui peut être différente de celle du Professionnel de Santé concerné).

Les paramètres restitués sont :

- **ensemble des FSE TLA non chiffrée, c'est-à-dire créées sur le TLA depuis le dernier déchargement pour le Professionnel de Santé identifié.**

- le traitement des messages d'anomalies.

2.2.3.2 Stockage provisoire FSE Terminal non chiffrée

Le traitement de *stockage FSE Terminal non chiffrée* consiste à sauvegarder sur le Poste de Travail les données restituées par la fonction « déchargement FSE Terminal non chiffrée ».

2.2.3.3 Déchargement FSE Terminal

Le traitement de la fonction *déchargement FSE Terminal* comprend :

- l'appel de la fonction déchargement FSE Terminal des API SSV.

  Les paramètres à renseigner sont :

  - **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être déchargées.
  - **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « déchargement des données bénéficiaires » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait) Il s'agit du code porteur de la CPS présente dans le coupleur du terminal au moment de l'appel de la fonction (CPS qui peut être différente de celle du Professionnel de Santé concerné).

  Les paramètres restitués sont :

  - **ensemble des FSE TLA, c'est-à-dire créées sur le TLA depuis le dernier déchargement pour le Professionnel de Santé identifié.**

- le traitement des messages d'anomalies.

2.2.3.4 Stockage provisoire FSE Terminal

Le traitement de *stockage FSE Terminal* consiste à sauvegarder sur le Poste de Travail les données restituées par la fonction « déchargement » pour permettre l'effacement de ces données dans le TLA.

2.2.3.5 Effacement données TLA

Le progiciel de santé est seul maître de l'effacement des données du Terminal Lecteur Applicatif. C'est à lui de s'assurer que les données déchargées du TLA ont bien été traitées et stockées avant de demander leur suppression (qui est définitive).

Le traitement de la fonction *Effacement données TLA* comprend :

- l'appel de la fonction Effacement données TLA des API SSV.

  Les paramètres à renseigner sont :

  - **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être effacées.
  - **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « déchargement des données bénéficiaires » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait) Il s'agit du code porteur de la CPS présente dans le coupleur du terminal au moment de l'appel de la fonction (CPS qui peut être différente de celle du Professionnel de Santé concerné).
  - **Type de données à effacer.** Dans ce cas, le type de données à effacer correspondra aux FSE Terminal et aux FSE Terminal non chiffrées.

- le traitement des messages d'anomalies.

(NB : il est conseillé pour éviter les erreurs de manipulations que cette fonction ne soit pas déclenchée manuellement par le Professionnel de Santé).

2.2.3.6 Traduction FSE

Le traitement de *Traduction FSE* comprend :

Pour chaque FSE Terminal déchargée :

- L'accès à la table des organismes destinataires pour déterminer l'organisme destinataire. Celui-ci doit être passé en paramètre à la fonction « Traduire FSE » ;
- l'appel de la fonction « Traduire FSE » des API SSV associant la FSE TLA non chiffrée à la FSE TLA sécurisée;
- le traitement des messages d'anomalie.

  Si un problème est rencontré lors de la traduction d'une FSE TLA, celle-ci ne pourra être transmise à l'Assurance Maladie. Le progiciel de santé doit signaler au Professionnel de Santé toute anomalie et conserver la FSE TLA pour analyse.

2.2.3.7 Stockage FSE Terminal

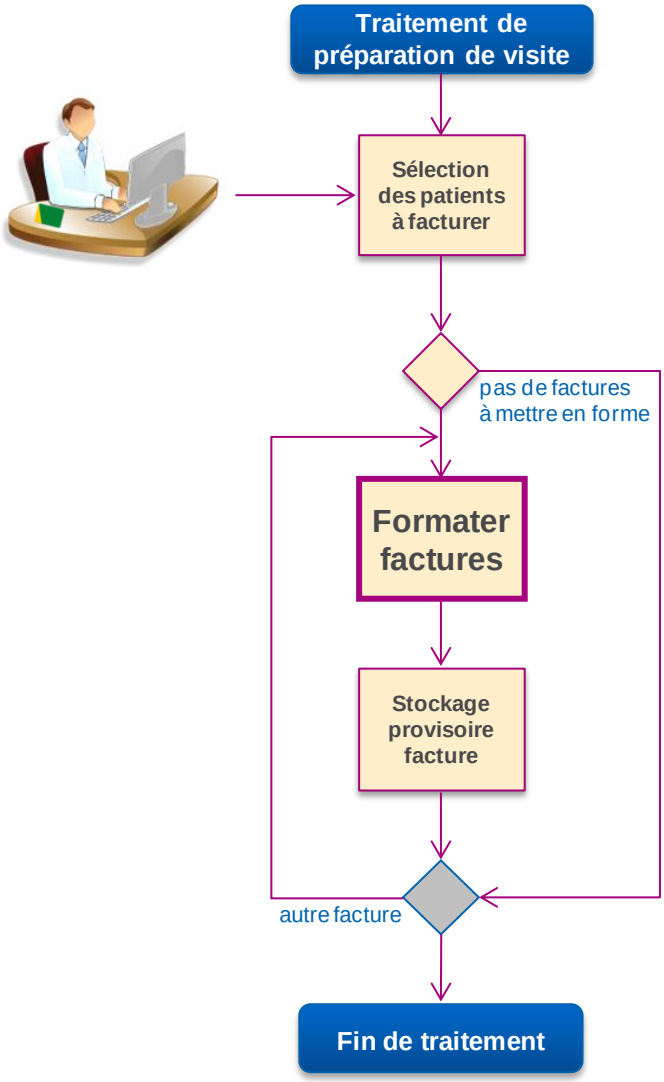
Le traitement de *stockage FSE Terminal* consiste à sauvegarder la FSE sécurisée et son critère de regroupement en lot dans l'état « feuille de soins sécurisée en attente de mise en lot ».

La feuille de soins au format « groupe de données » est reconstituée pour maintenir la cohérence avec les données Poste de Travail.

Dans le cas où une *FSE Terminal non chiffrée* existe, La feuille de soins au format « groupe de données » sera renseignée avec les données non chiffrées de la FSE Terminal non chiffrée.

Ces données sont nécessaires au Poste de Travail pour imprimer un duplicata de la FSE terminal en cas de problème de transmission ou d'ARL négatif. (voir traitement des lots de FSE Terminal par un logiciel Poste de Travail).

2.2.4 Spécifications de la Phase Traitement de préparation visite



2.2.4.1 Sélection des patients à facturer (à titre indicatif)

Le traitement *de Sélection des patients à facturer* proposera au Professionnel de Santé :

- la liste des patients à visiter pour lesquels le traitement s'achève pendant la période choisie ;
- la liste des patients à visiter pendant la période choisie (en indiquant les données nécessaires au Professionnel de Santé pour décider une facturation intermédiaire).

Le Professionnel de Santé sélectionne les patients pour lesquels il veut clôturer une période et précharger la(les) factures (la facture préparée inclut l'acte réalisé lors de la visite qui donnera lieu à sécurisation).

La date de facturation inscrite dans la(les) Facture(s) ne doit pas être la date de préparation de la Facture mais la date de « visite » prévue par le Professionnel de Santé, la facture n'étant complète que lors de la sécurisation.

Ce traitement n'est indiqué que pour exemple. Celui-ci peut se résumer à une simple saisie du Professionnel de Santé des Factures à précharger (cas de logiciels « Poste de Travail » ne gérant pas la planification des visites).

2.2.4.2 Formater Factures (fonction existante)

Le traitement de *Formater Factures* comprend :

- le contrôle de la base de configuration pour activer ou désactiver la création de DRE.

Puis pour chaque facture à charger :

- la phase de contrôle de l'application de la réglementation ;
- la phase de tarification ;
- l'appel de la fonction Formater Facture des API SSV.

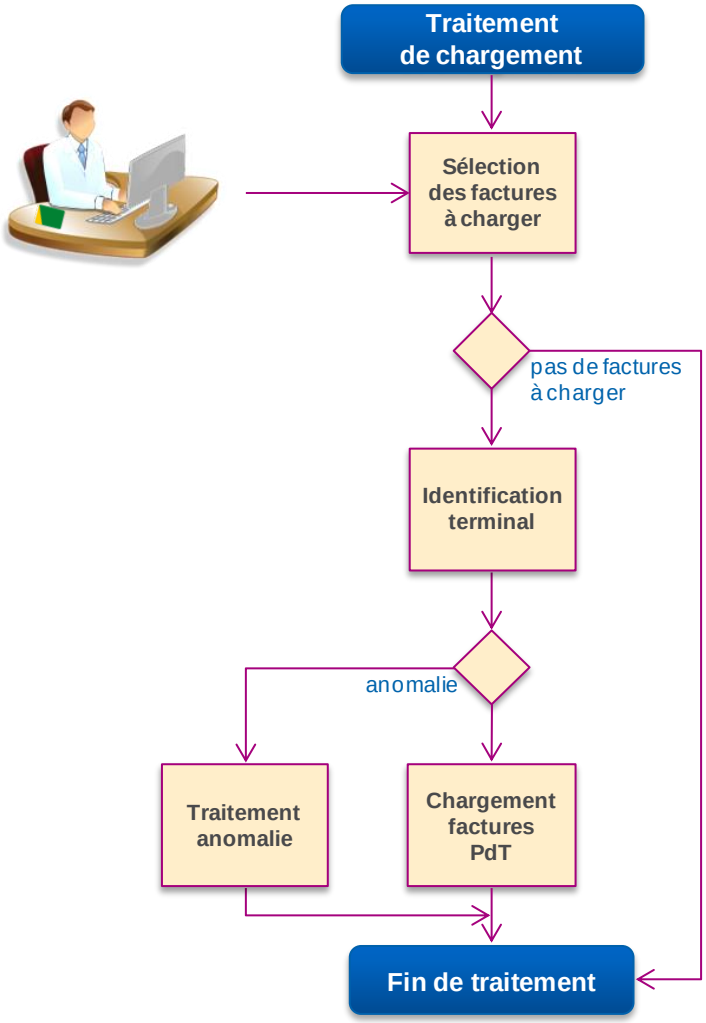
Particularité : le paramètre « mode de sécurisation » prend la valeur « en visite ». Le CRL (ou complément Facture PdT) restitué dans ce cas doit être transmis à la fonction « chargement Factures PdT » et ne permet pas de mettre la Facture en lot.

Lorsque la fonction restitue une FSE et une DRE, celles-ci forment une association facture indissociable. Les deux factures seront chargées en même temps, sécurisées en visite en même temps, déchargées au retour de visite en même temps.

2.2.4.3 Stockage provisoire Factures

Le traitement de *stockage provisoire Factures* consiste à sauvegarder la(les)factures et leur(s) complément(s) Facture PdT dans l'état « factures à charger pour sécurisation ».

2.2.5 Spécifications de la Phase Chargement



2.2.5.1 Identification Terminal

Le traitement d'*Identification Terminal*, effectué avant de charger le terminal comprend :

- l'appel de la fonction Identification Terminal des API SSV ;
- le traitement des données de sortie.

  Dans le cas du chargement, le Poste de Travail s'assure que le TLA ne gère pas une version de Cahier des Charges supérieure à la sienne.

  Le progiciel de santé vérifie que le TLA est bien connu du Poste de Travail.

  Dans le cas où des factures PdT seraient déjà chargées dans le TLA, le Professionnel de Santé doit être alerté et doit confirmer sa demande.

Remarque :

Charger dans un TLA des factures FdT provenant de différents Postes de Travail indépendants poserait un problème lors du déchargement (voir déchargement Factures PdT).

2.2.5.2 Sélection des factures à charger

Le traitement *de Sélection des factures à charger* proposera au Professionnel de Santé la liste des factures en attente de chargement (une association de factures FSE+DRE correspond à une ligne sélectionnable). Si plusieurs Professionnels de Santé sont connus dans la base des Professionnels de Santé, le progiciel propose une sélection par PS. Ainsi un PS A peut sélectionner des factures préparées par un Professionnel de Santé B (ce principe s'applique dans le cadre d'un remplacement).

2.2.5.3 Chargement Factures Poste de Travail

Le traitement de *chargement Factures Poste de Travail* comprend :

- l'appel de la fonction Chargement Factures Poste de Travail des API SSV.

  Les paramètres à renseigner sont :

  - **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être chargées.
  - Pour chaque Facture à charger :
    - **Complément FSE PdT** : complément d'information restitué par la fonction « Formater Factures » dans le champ CRL ;
    - **FSE formatée** : feuille de soins (formatée à la Norme Assurance Maladie) à sécuriser.
  - Pour chaque DRE à charger :
    - **Complément DRE PdT** : complément d'information restitué par la fonction « Formater Factures » dans le champ CRL ;
    - **DRE formatée** : demande de remboursement électronique à sécuriser.

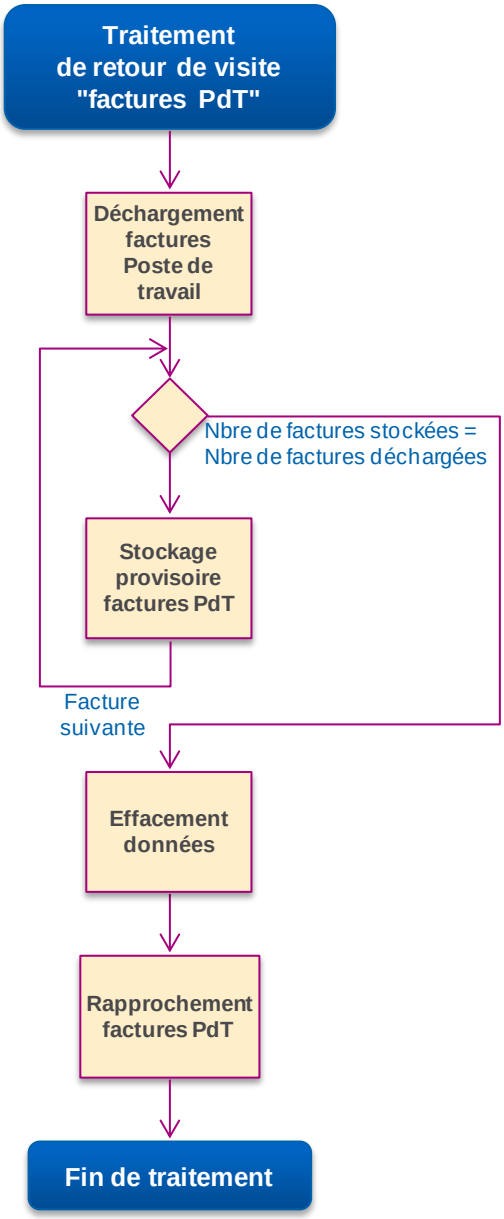
  Les paramètres restitués sont :

  - Pour chaque FSE chargée :
    - **Complément FSE PdT** : complément d'information restitué par la fonction ;
    - **Image FSE chargée** : image provisoire de la FSE chargée.
  - Pour chaque DRE chargée :
    - **Complément DRE PdT** : complément d'information restitué par la fonction ;
    - **image DRE chargée** : image provisoire de la demande de remboursement électronique chargée.
- le traitement des messages d'anomalies.
- Dans le cas où le chargement s'est correctement terminé, le Poste de Travail doit stocker pour chaque facture l'image provisoire restituée par la fonction « Charger Factures PdT ». Cette image ne doit pas écraser le flux à charger restitué par la fonction « Formater Factures ».

Remarque :

Le Poste de Travail doit mémoriser le N° de série du TLA dans lequel la Facture PdT a été chargée. Lorsqu'une Facture PdT a été correctement chargée dans un TLA, elle passe dans l'état « Facture en attente de déchargement » et ne peut être chargée une deuxième fois.

2.2.6 Spécifications de la Phase Traitement de retour visite « Factures PdT »



2.2.6.1 Déchargement Factures Poste de Travail

Une fois le TLA et le Professionnel de Santé identifié (dans le cadre d'un remplacement, le Professionnel de Santé identifié peut être un Professionnel de Santé titulaire ou un Professionnel de Santé remplaçant), le progiciel du Poste de Travail recherche dans la base des factures les factures en attente de déchargement pour le Professionnel de Santé et le TLA identifiés et récupère l'image provisoire de la facture chargée ainsi que le complément facture récupérés lors du chargement.

Le traitement de *déchargement Factures Poste de Travail* comprend :

- l'appel de la fonction déchargement Factures Poste de Travail des API SSV.

  Les paramètres à renseigner sont :

  - **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être déchargées.

- **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « déchargement FSE PdT » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait) Il s'agit du code porteur de la CPS présente dans le coupleur du terminal au moment de l'appel de la fonction (CPS qui peut être différente de celle du Professionnel de Santé concerné).
- Pour chaque FSE chargée :
  - **Complément FSE PdT** : complément d'information restitué par la fonction ;
  - **Image FSE chargée** : image provisoire de la FSE chargée.
- Pour chaque DRE chargée :
  - **Complément DRE PdT** : complément d'information restitué par la fonction ;
  - **Image DRE chargée** : image provisoire de la demande de remboursement électronique chargée.

Les paramètres restitués sont :

- Pour chaque FSE totalement sécurisée :
  - **CRL FSE** : CRL nécessaire à la mise en lot ;
  - **FSE sécurisée** : FSE sécurisée (prête à être mise en lot).
- Pour chaque FSE partiellement sécurisée :
  - **Complément FSE désynchro** : Complément nécessaire à la fonction « Sécuriser Facture » ;
  - **FSE partiellement sécurisée** : FSE sécurisée avec Vitale (doit être sécurisée avec CPS).
- Pour chaque DRE totalement sécurisée :
  - **CRL DRE** : CRL nécessaire à la mise en lot ;
  - **DRE sécurisée** : DRE sécurisée (prête à être mise en lot).
- Pour chaque DRE partiellement sécurisée :
  - **Complément DRE désynchro** : Complément nécessaire à la fonction « Sécuriser Facture » ;
  - **DRE partiellement sécurisée** : DRE sécurisée avec Vitale (doit être sécurisée avec CPS).

- le traitement des messages d'anomalies.

2.2.6.2 Stockage Factures Poste de Travail

Le traitement de *stockage Factures Poste de Travail* consiste à sauvegarder sur le Poste de Travail les données restituées par la fonction « déchargement » pour permettre l'effacement de ces données dans le TLA.

2.2.6.3 Effacement données TLA

Le progiciel est seul maître de l'effacement des données du Terminal Lecteur Applicatif. C'est à lui de s'assurer que les données déchargées par le TLA ont bien été traitées et stockées avant de demander leur suppression (qui est définitive).

Le traitement de la fonction *Effacement données TLA* comprend :

- l'appel de la fonction Effacement données TLA des API SSV.

  Les paramètres à renseigner sont :

  - **N° d'identification de facturation du PS** pour lequel les données doivent être effacées ;
  - **Code porteur** (le logiciel Poste de Travail peut passer le code porteur en paramètre pour que la fonction « déchargement FSE PdT » rende la Carte PS accessible si cela n'a pas déjà été fait) Il s'agit du code porteur de la CPS présente dans le coupleur du terminal au moment de l'appel de la fonction (CPS qui peut être différente de celle du Professionnel de Santé concerné) ;
  - **Type de données à effacer.** Dans ce cas, le type de données à effacer correspondra aux Factures PdT.

- le traitement des messages d'anomalies.

(NB : il est conseillé pour éviter les erreurs de manipulations que cette fonction ne puisse pas être déclenchée manuellement par le Professionnel de Santé).

2.2.6.4 Rapprochement Factures Poste de Travail

Ce traitement des *factures Poste de Travail* consiste à rapprocher les factures PdT chargées dans le TLA (identifié par la fonction Identification Terminal) en attente de sécurisation et les factures PdT totalement ou partiellement sécurisées déchargées du TLA.

Plusieurs cas sont à gérer :

- La Facture totalement sécurisée déchargée correspond à une Facture en attente de déchargement.

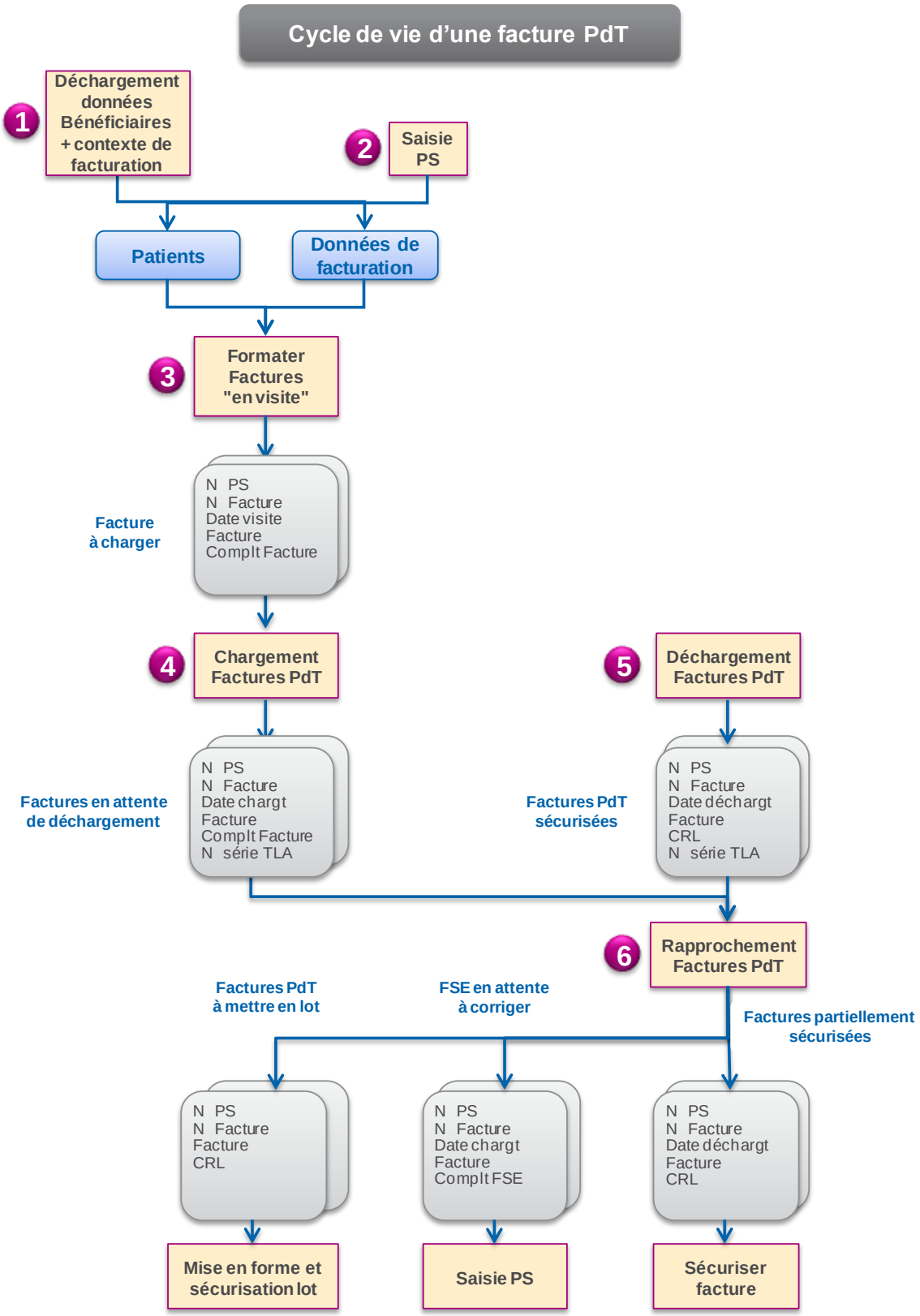
  Le progiciel peut sauvegarder la Facture totalement sécurisée ainsi que son critère de regroupement en lot en lieu et place de la Facture non sécurisée dans l'état « **Facture à mettre en lot** ». L'image provisoire de la facture chargée devient alors inutile. Elle peut être supprimée.

- La Facture partiellement sécurisée déchargée correspond à une Facture en attente de déchargement.

  Le progiciel peut sauvegarder la Facture partiellement sécurisée ainsi que son complément facture désynchro en lieu et place de la Facture non sécurisée dans l'état « **Facture à sécuriser par CPS** ». L'image provisoire de la facture chargée devient alors inutile. Elle peut être supprimée.

- La Facture en attente de sécurisation ne correspond à aucune Facture sécurisée déchargée.

Le Professionnel de Santé n'a pu visiter son patient. La Facture PdT passe dans l'état « **Facture en attente à corriger** » (le N° de série du TLA dans lequel elle avait été chargée n'a plus lieu d'être associé à cette FSE). La Facture redevient disponible pour un nouveau chargement. Elle doit être signalée au Professionnel de Santé qui la corrigera en vue d'une visite ultérieure. L'image provisoire de la facture chargée devient alors inutile. Elle peut être supprimée.



L'objet de ce schéma est d'indiquer quelles fonctions (représentées par des carrés) contribuent à faire évoluer l'état d'une Facture PdT. Les données sont représentées par des carrés grisés à bord arrondis.

2.2.7 Gestion de configuration du parc de TLA

2.2.7.1 Attribution des tranches de N° de FSE

Pour éviter le conflit de double numérotation entre les FSE créées sur le Poste de Travail et les FSE créées sur le Terminal (cf. § 2.2.1 Identification Terminal), les progiciels de Professionnels de Santé doivent réserver une plage de numéros de FSE pour les terminaux. Par convention, le Poste de Travail utilisera la plage 000xxxxxx. Chaque terminal connecté au Poste de Travail se voit attribué (par configuration) une plage parmi l'intervalle suivant [001xxxxxx ; 999xxxxxx].

Plus généralement, tous les dispositifs qui créent des FSE susceptibles d'être reliés entre-eux dans un cabinet de groupe doivent avoir chacun une plage de numéros de FSE distincte des autres. Cela est vrai aussi pour plusieurs PdT reliés en réseau, ceux-ci pouvant être utilisés indépendamment par n'importe quel Professionnel de Santé, et notamment :

- un même Professionnel de Santé peut utiliser plusieurs PdT ;
- plusieurs Professionnel de Santé peuvent utiliser le même PdT.

Dans ce cas, un seul PdT doit avoir la plage 000 de numéros de FSE, les autres se voyant attribuer une plage distincte de la même façon que pour les TLA.

Remarque :

Un TLA ne peut être opérationnel « en visite » que si la fonction « Identification terminal » a été appelée au moins une fois en mode connecté.

2.2.7.2 Chargement multi-application

Le logiciel Poste de Travail doit permettre (grâce à la fonction chargement application) de charger dans le TLA une application du domaine de la santé dont l'en-tête est donné par le fournisseur d'applications embarquées dans le TLA.

3 Les fonctions des Services SESAM-Vitale spécifiques au TLA

Ce chapitre décrit les fonctions des Services SESAM-Vitale assurant les échanges avec un Terminal Lecteur Applicatif :

1. La fonction « Formater Factures »
2. la fonction « Chargement Factures PdT »
3. la fonction « Déchargement de Factures PdT »
4. la fonction « Déchargement de FSE Terminal »
5. la fonction « Déchargement de FSE Terminal non chiffrée »
6. la fonction « Traduction FSE »
7. la fonction « Déchargement bénéficiaires »
8. la fonction « Effacement de données TLA »
9. la fonction « Chargement données »
10. la fonction « Chargement Application »
11. la fonction « Identification Terminal »
12. la fonction « Sécuriser Facture »

3.1 La fonction « Formater Factures »

Cf. « La création de la factures électroniques » dans les annexes 1-A et 1-A0 du Cahier des Charges 1.40 ([CDC140]).

3.2 La fonction « Chargement Factures PdT »

La fonction ***« Chargement Factures PdT »*** a pour objet de charger dans le Terminal Lecteur Applicatif les factures (FSE seule, FSE+DRE, DRE seule) (ex: actes en série) préparées sur le Poste de Travail en vue de leur sécurisation en visite.

Les paramètres en entrée

- **N° d'identification de facturation du PS**

  N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé.

  Pour les factures réalisées par un remplaçant : numéro d'identification de facturation **du PS remplaçant.**

- Pour chaque FSE PdT à charger :
  - **Complément FSE PdT**

    données complémentaires à la FSE nécessaires à la fonction Décharger Factures PdT pour déterminer le critère de regroupement en lot.
  - **FSE**

    Feuille de Soins Electronique non sécurisée.
- Pour chaque DRE PdT à charger :

- **Complément DRE PdT**

  données complémentaires à la DRE nécessaires à la fonction Décharger Factures PdT pour déterminer le critère de regroupement en lot.

- **DRE**

  Demande de Remboursement Electronique non sécurisée.

Les paramètres en sortie

- Pour chaque FSE PdT chargée :
  - **Image FSE chargée**

    Image temporaire de la FSE chargée.
  - **Complément FSE PdT**

    données complémentaires à la FSE.
  - **No de FSE**

    No de FSE chargée (permettant de mémoriser l'image temporaire restituée).
- Pour chaque DRE PdT chargée :
  - **Image DRE chargée**

    Image temporaire de la DRE chargée.
  - **Complément DRE PdT**

    données complémentaires à la FSE.
  - **No de DRE**

    No de DRE chargée (permettant de mémoriser l'image temporaire restituée).

3.3 La fonction « Déchargement Factures Poste de Travail »

La fonction ***« Déchargement Factures PdT »*** réalise le déchargement de l'ensemble des factures Poste de Travail sécurisées depuis le dernier déchargement.

Les paramètres en entrée

- **Code porteur**

  Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.
- **N° d'identification de facturation du PS**

  N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé dont le Poste de Travail souhaite décharger les FSE.

  Pour les factures réalisées par un remplaçant : numéro d'identification de facturation **du PS remplaçant.**
- Pour chaque FSE PdT chargée, nous aurons :
  - **Image FSE chargée**

    Image temporaire de la FSE chargée.

- **Complément FSE PdT**

  données complémentaires à la FSE.

- **No de FSE**

  No de FSE chargée (permettant d'associer l'image temporaire restituée à la FSE préparée).

- Pour chaque DRE PdT chargée, nous aurons :
  - **Image DRE chargée**

    Image temporaire de la DRE chargée.

  - **Complément DRE PdT**

    données complémentaires à la FSE.

  - **No de DRE**

    No de DRE chargée (permettant d'associer l'image temporaire restituée à la DRE préparée).

Les paramètres en sortie

- Pour chaque FSE PdT totalement sécurisée :
  - **FSE**

    Feuille de soins électronique totalement sécurisée.

  - **Critère de regroupement en lot**

    critère de regroupement de la FSE pour la mise en lot.

  - **N° d'identification de facturation du PS**

    N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé (dans le cadre d'un remplacement, c'est toujours le Professionnel de Santé titulaire).

  - **N° de la FSE**

    numéro de la FSE.

- Pour chaque FSE PdT partiellement sécurisée :
  - **FSE**

    Feuille de soins électronique partiellement sécurisée.

  - **Complément FSE désynchro**

    complément de la FSE nécessaire à la fonction « Sécuriser Facture ».

  - **N° d'identification de facturation du PS**

    N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé (dans le cadre d'un remplacement, c'est toujours le Professionnel de Santé titulaire).

  - **N° de la FSE**

    numéro de la FSE.

- Pour chaque DRE PdT totalement sécurisée :
  - **DRE**

    Demande de Remboursement électronique totalement sécurisée.

  - **Critère de regroupement en lot**

critère de regroupement de la DRE pour la mise en lot.

- **N° d'identification de facturation du PS** (dans le cadre d'un remplacement, c'est toujours le Professionnel de Santé titulaire)

  N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé.

- **N° de la DRE**

  numéro de la DRE.

- Pour chaque DRE PdT partiellement sécurisée :
  - **DRE**

    Demande de remboursement électronique partiellement sécurisée.

  - **Complément DRE désynchro**

    complément de la FSE nécessaire à la fonction « Sécuriser Facture ».

  - **N° d'identification de facturation du PS** (dans le cadre d'un remplacement, c'est toujours le Professionnel de Santé titulaire)

    N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé.

  - **N° de la FSE**

    numéro de la DRE.

3.4 La fonction « Déchargement des FSE Terminal »

La fonction ***« Déchargement FSE TLA »*** permet de transférer sur le Poste de Travail les FSE « Acte isolé » créées et sécurisées par le Terminal Lecteur Applicatif.

Les paramètres en entrée

- **Code porteur**

  Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

- **N° d'identification de facturation du PS**

  N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé pour lequel le progiciel souhaite décharger les FSE.

  Pour les factures réalisées par un remplaçant : numéro d'identification de facturation **du PS remplaçant.**

Les paramètres en sortie

- Pour chaque FSE Terminal Lecteur Applicatif :
  - **FSE**

    Feuille de soins électronique sécurisée.

  - **Complément FSE TLA**

    données complémentaires à la FSE nécessaires à la fonction Traduire FSE pour déterminer le critère de regroupement en lot.

  - **N° de la FSE**

    numéro de la FSE (attribué par le terminal).

- **N° d'identification de facturation du PS**

  N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé.

- **Code régime**

  code régime de l'assuré.

- **Caisse gestionnaire**

  caisse gestionnaire de l'assuré.

- **Centre gestionnaire**

  centre gestionnaire de l'assuré.

3.5 La fonction « Déchargement des FSE Terminal non chiffrées »

La fonction ***« Déchargement FSE TLA_NonChiffrée»*** permet de transférer sur le Poste de Travail les FSE « Acte isolé », non chiffrées, créées par le Terminal Lecteur Applicatif.

Les paramètres en entrée

- **Code porteur**

  Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

- **N° d'identification de facturation du PS**

  N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé pour lequel le progiciel souhaite décharger les FSE.

  Pour les factures réalisées par un remplaçant : numéro d'identification de facturation **du PS remplaçant.**

Les paramètres en sortie

- Pour chaque FSE Terminal Lecteur Applicatif :
  - **FSE**

    Feuille de soins électronique non chiffrée.

  - **N° de la FSE**

    numéro de la FSE (attribué par le terminal).

  - **N° d'identification de facturation du PS**

    N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé.

3.6 La fonction « Traduire FSE »

La fonction ***« Traduction FSE »*** a pour objet de restituer, à partir de la FSE Terminal et de la FSE Terminal non chiffrée si présente (à la norme d'échange attendue par l'Assurance Maladie Obligatoire) les données constitutives de cette facture (au format « groupes de données ») tel que spécifiées en entrée de la fonction « Mise en forme et sécurisation FSE ».

Les paramètres en entrée

- **Complément FSE TLA**

  données complémentaires à la FSE restituées par la fonction « décharger FSE Terminal ».

- **Organisme destinataire**

  caisse destinataire de la FSE déterminée à partir des données (régime, caisse, centre).

- **FSE Terminal**

  Feuille de soins électronique sécurisée.

- **FSE Terminal non chiffrée**

  Feuille de soins électronique non chiffrée.

- **N° de la FSE**

  numéro de la FSE (attribué par le terminal).

- **N° d'identification de facturation du PS**

  N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé.

Les paramètres en sortie

- **Critère de regroupement en lots**

  Cette donnée est le critère de regroupement de la feuille de soins en lots.

  Information utilisée pour la fonction « *Mise en forme et sécurisation Lot* ».

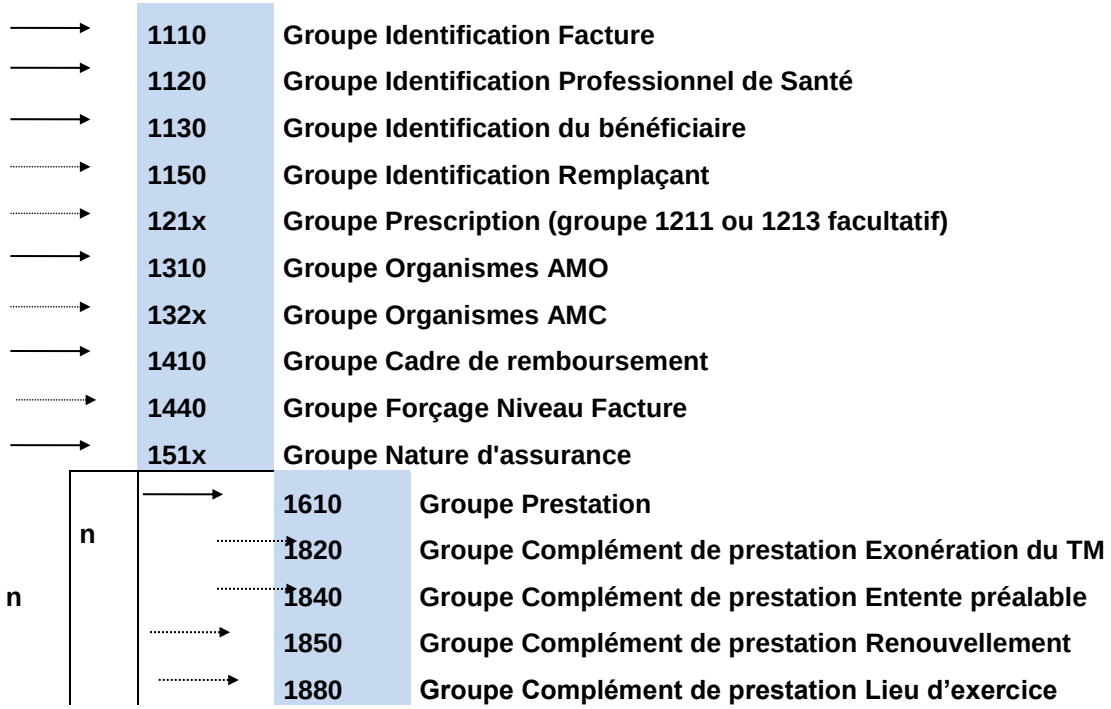
- **Zone d'échanges Feuille de soins**

  Voir description des groupes de données.

3.6.1 Description de la Zone d'échanges Feuille de soins

PRESCRIPTEURS gérés dans le cadre du TLA	
Médecine générale	code spécialité 01
Anesthésie Réanimation	code spécialité 02
Cardiologie	code spécialité 03
Chirurgie Générale	code spécialité 04
Dermato-Vénérologie	code spécialité 05
Gynécologie-Obstétrique	code spécialité 07
Gastro-Entéro-Hépatologie	code spécialité 08
Médecine interne	code spécialité 09
Neuro-chirurgie	code spécialité 10
Oto-rhino-laryngologie	code spécialité 11
Pédiatrie	code spécialité 12
Pneumologie	code spécialité 13
Rhumatologie	code spécialité 14
Ophtalmologie	code spécialité 15
Chirurgie Urologique	code spécialité 16

PRESCRIPTEURS gérés dans le cadre du TLA	
Neuro.Psychiatrie	code spécialité 17
Réanimation médicale	code spécialité 20
Sage-femme	code spécialité 21
Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	code spécialité 22
Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'Ordre	code spécialité 23
Rééducation -Réadaptation fonctionnelle	code spécialité 31
Neurologie	code spécialité 32
Psychiatrie	code spécialité 33
Gériatrie	code spécialité 34
Néphrologie	code spécialité 35
Chirurgie orthopédique	code spécialité 41
Endocrinologie Métabolique	code spécialité 42
Chirurgie infantile	code spécialité 43
Chirurgie Plastique et Esthétique	code spécialité 46
Chirurgie Thoracique et Cardiologie Vasculaire	code spécialité 47
Chirurgie Vasculaire	code spécialité 48
Chirurgie Viscérale et Digestive	code spécialité 49
Gynécologie Médicale	code spécialité 70
Hématologie	code spécialité 71
Médecine nucléaire	code spécialité 72
Oncologie Médicale	code spécialité 73
Psychiatrie Infantile	code spécialité 75
Obstétrique	code spécialité 77
Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale	code spécialité 79
Santé publique et médecine sociale	code spécialité 80



		1890	**Groupe Complément de prestation Réseau ou Filière de soin**
		2000	**Groupe Forçage AMO niveau acte**
n		**1620**	**Groupe Prestation IFD**
		1820	**Groupe Complément de prestation Exonération du TM**
		2000	**Groupe Forçage AMO niveau acte**
n		**1630**	**Groupe Prestation IK**
		1820	**Groupe Complément de prestation Exonération du TM**
		2000	**Groupe Forçage AMO niveau acte**
	1910	**Groupe Total Facture**	

AUXILIAIRES-MÉDICAUX	
• **Infirmier(e)**	**code spécialité 24**
• **Masseur-kinésithérapeute**	**code spécialité 26**
• **Pédicure-podologue**	**code spécialité 27**
• **Orthophoniste**	**code spécialité 28**
• **Orthoptiste**	**code spécialité 29**

			1110	Groupe *Identification Facture*
			1120	Groupe *Identification Professionnel de Santé*
			1130	Groupe *Identification bénéficiaire*
			121x	Groupe *Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire)*
			1310	Groupe *Organismes AMO*
			132x	Groupe *Organismes AMC*
			1410	Groupe *Cadre de remboursement*
			151x	Groupe *Nature d'assurance*
n	n		1610	Groupe *Prestation*
			1820	Groupe *Complément de prestation Exonération TM*
			1840	Groupe *Complément de prestation Entente préalable*
			1880	Groupe *Complément de prestation Lieu d'exercice*
			1890	Groupe *Complément de prestation Réseau ou Filière de soin*
			2000	Groupe *Forçage AMO niveau acte*
	n		1620	Groupe *prestation IFD*
			1820	Groupe *Complément de prestation Exonération du TM*
			2000	Groupe *Forçage AMO niveau acte*
	n		1630	Groupe *prestation IK*
			1820	Groupe *Complément de prestation Exonération du TM*
			2000	Groupe *Forçage AMO niveau acte*
			1910	Groupe *Total Facture*

3.7 La fonction « Déchargement bénéficiaires »

La fonction ***« Déchargement bénéficiaires »*** a pour objet de restituer au progiciel les données Vitale de tous les patients pour lesquels le Professionnel de Santé a activé la fonction « Lecture et mémorisation des données bénéficiaires » en mode déconnecté :

- l'ensemble des informations administratives du bénéficiaire des soins ;
- la (les) période(s) pour lesquelles le bénéficiaire dispose de droits au regard de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- la (les) période(s) pour lesquelles le bénéficiaire dispose de droits au regard de l'Assurance Maladie Complémentaire, ainsi que, et sous contrôle de la présence d'une Carte de Professionnel de Santé :

  - La (les) période(s) de codes couvertures (le code couverture associé à cette période permet de calculer le taux de remboursement lié à l'individu pour une date de référence (voir Annexe 2 dans [CDC140]) ;

- l'ensemble des informations concernant le contexte de facturation (ces données sont renseignées par le Professionnel de Santé lorsque la mémorisation des données bénéficiaires est effectuée pour une série d'actes donnée).

Les paramètres en entrée

- **Code porteur**

  Cette information peut être fournie par le progiciel de santé.

- **N° d'identification de facturation du PS**

  N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé pour lequel le progiciel souhaite décharger les données bénéficiaires.

  Pour les bénéficiaires mémorisés en visite par un remplaçant, numéro d'identification de facturation **du PS remplaçant.**

Les paramètres en sortie

- Pour chaque bénéficiaire déchargé d'un TLA 1.40 :

Données carte Vitale et assuré	
Type de carte Vitale	
Numéro de série de la carte Vitale	
Date de fin de validité carte Vitale	
Données administration carte RUF1	
Données administration carte RUF2	
Données RUF administration	
Type d'identification du porteur de la carte	indique si le NIR est celui de l'assuré ou celui de l'ayant-droit
N° national d'immatriculation : NIR	N° d'inscription au registre des personnes physiques
Clé du NIR	
Code régime	régime d'Assurance Maladie Obligatoire
Caisse gestionnaire	caisse gestionnaire
Centre gestionnaire	centre gestionnaire
Code gestion	code régime de prestations
Données RUF famille	
Données Service AMO Famille (0,1)	
Code service AMO Famille	
Date de début du service AMO famille	
Date de fin du service AMO famille	
Données accident du travail (0,1)	
Organisme destinataire AT1	
Code AT1 BDGH	
Identifiant AT1	
Organisme destinataire AT2	
Code AT2 BDGH	
Identifiant AT2	
Organisme destinataire AT3	
Code AT3 BDGH	
Identifiant AT3	
Données bénéficiaire (1, 19)	
Nom usuel du bénéficiaire	Nom usuel
Nom de famille	Nom de famille
Prénom du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire
Adresse ligne 2	
Adresse ligne 3	
Adresse ligne 4	
Adresse ligne 5	
Adresse ligne 6	
NIR certifié	
Clé du NIR certifié	
Date de certification du NIR	
Date de naissance du bénéficiaire	Date de naissance du bénéficiaire
Rang gémellaire	Numéro distinguant les jumeaux ou les triplets
Qualité	

Code service AMO bénéficiaire

Date de début du service AMO bénéficiaire

Date de fin du service AMO bénéficiaire

Données RUF AMO bénéficiaire

Période de droits AMO (0,3)

Date de début droits AMO

Date de fin droits AMO

Période de code couverture (0,7)

Date de début code couverture

Date de fin code couverture

Code ALD

Code situation

Données mutuelle (0,1)

Identification Mutuelle

Garanties effectives

Indicateur de traitement mutuelle

Type de services associés

Services associés au contrat

Code aiguillage STS

Période de droits Mutuelle (0,3)

Date de début droits Mutuelle

Date de fin droits Mutuelle

Données complémentaires (0,1)

Numéro complémentaire B2

Numéro complémentaire EDI

Numéro d'adhérent AMC

Indicateur de traitement AMC

Date de début de validité de présence des données AMC

Date de fin de validité de présence des données AMC

Code de routage flux AMC

Identifiant d'hôte

Nom de domaine AMC

Code aiguillage STS

Type de services associés

Services associés au contrat

Données RUF Bénéficiaire Complémentaire

Contexte de facturation

Date de lecture carte Vitale	date de référence passée à la fonction « lecture droits Vitale »
Type Contexte de facturation	indique si nature d'assurance « maladie », « maternité », « AT »
Données contexte de facturation	
Accident droit commun	valeur « O » ou « N » (si type contexte de facturation = « ML »)

date d'accident de droit commun	renseignée si top = « O » sinon valeur 000000000000 (si type contexte de facturation = « ML »)
date de maternité	renseignée si Type contexte de facturation = « MT »
date accident du travail	renseignée si Type contexte de facturation = « AT » et N° accident du travail non renseigné
N°accident du Travail	renseigné si Type contexte de facturation = « AT » et date accident du travail non renseignée
Zone AMC	

3.8 La fonction « Effacement données TLA »

La fonction ***« Effacement données TLA »*** réalise la suppression des données stockées (soit données bénéficiaires, soit FSE Poste de Travail, soit FSE TLA) dans le terminal pour le Professionnel de Santé identifié.

Les paramètres en entrée

- **Code porteur**

  Cette information peut être fournie par le progiciel de santé.

- **N° d'identification de facturation du PS**

  N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé pour lequel le progiciel souhaite effacer les données stockées dans le terminal.

  Pour les données mémorisées par un remplaçant, numéro d'identification de facturation **du PS remplaçant**

- **Type de la donnée à effacer**

  Indique si l'effacement porte sur les données bénéficiaires ou données FSE PdT ou données FSE TLA (non chiffrées et sécurisées) (l'effacement ne porte exclusivement que sur le type de donnée indiqué sans altérer les autres données).

3.9 La fonction « Chargement données »

La fonction ***« Charger Données »*** a pour objet de charger des données dans le Terminal Lecteur Applicatif.

Les paramètres en entrée

- **Données TLA**

  Données à charger dans le TLA.

Format des données à charger

Le format de la zone à présenter à la fonction est constitué d'un en-tête suivi des données à charger dans le TLA :

1. ***En-tête des données à charger***

TYP1	TYP2	Données à charger

La taille de TYP1 et TYP2 est de 1 octet chacun.

Les champs TYP1 et TYP2 définissent le type de données à charger. Le format des données à charger est ensuite libre.

Sont réservées pour le GIE SESAM-Vitale, les valeurs comprises entre : 0x0000 et 0x00FF.

TYP1 –TYP2	Type de données
0x0000	Configuration TLA
0x0001 à 0x00FF	Réservé SESAM-Vitale pour utilisation future
0x0100 à 0xFFFF	Libre (utilisable éventuellement pour des données spécifiques au type de TLA connecté)

2. Structure des données à charger

Les données à charger pour SESAM-Vitale sont au format ASN.1 codage BER (TLV : Tag / Length / Value).

La donnée décrite ci-après permet d'initialiser la plage de numéros des FSE créées par le TLA en visite (cf. 2.2.7.1Attribution des tranches de N° de FSE).

0x00	0x00	0xA0	0x05	0x80	0x03	VAL1	VAL2	VAL3
Entête = configuration TLA (Données figées)		Type de donnée = plage de numérotation FSE (Données figées)				Valeur de la plage de numéros sur 3 octets		

3. Exemples

1. Pour la tranche de numéros 001xxxxxx, il convient de charger les données suivantes :
   0x00 0x00 0xA0 0x05 0x80 0x03 0x30 0x30 0x31.
2. Pour la tranche de numéros 999xxxxxx, il convient de charger les données suivantes :
   0x00 0x00 0xA0 0x05 0x80 0x03 0x39 0x39 0x39.

3.10 La fonction « Chargement application »

La fonction ***« Chargement Application »*** a pour objet de charger une application dans le Terminal Lecteur Applicatif.

Les paramètres en entrée

- **Type d'application**

  type de l'application à charger.
- **N° version**

  no de version du logiciel à charger.
- **Logiciel à charger**

  application à charger dans le TLA.

3.11 La fonction « Identification terminal »

La fonction ***« Identification Terminal »*** a pour objet de restituer au progiciel de santé l'ensemble des informations permettant l'identification par le Poste de Travail du TLA spécifié en entrée dans le nom de la ressource ou de tous les TLA connectés si aucun TLA n'est spécifié en entrée.

Les paramètres en entrée

- **Nom Ressource TLA**

  Permet d'identifier un TLA donné connecté au Poste de Travail.

- **N° de version CDC**

  n° de version du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

Les paramètres en sortie

- Pour chaque Terminal connecté
  - **Identification logiciel Terminal**

    identification de la version du Cahier des Charges mise en œuvre par le terminal. **N° version du logiciel lecteur**

    N° de version du logiciel Lecteur.
  - **N° de série Terminal**

    n° de série du Terminal Lecteur Applicatif.
  - **Identification des fonctions du Terminal**

    identification du type de fonctions mises en œuvre par le terminal (TLA prescripteurs, TLA auxiliaires médicaux, TLA réduit, etc.).
  - **Plage des N° de FSE Terminal**

    Plage des numéros de FSE (trois premiers caractères) utilisée par le Terminal Lecteur Applicatif lors de la création des FSE en visite.
  - **Nombre de Professionnels de Santé**

    nombre de Professionnels de Santé ayant stocké des données dans le Terminal.
  - Pour chaque PS ayant stocké des informations
    - **Identification de facturation PS**

      Identifiant de facturation du Professionnel de Santé pour l'Assurance Maladie.
    - **Nombre de Bénéficiaires**

      nombre de bénéficiaires stockés pour le Professionnel de Santé dans le terminal.
    - **Nombre de FSE Terminal**

      nombre de FSE Terminal créées par le Professionnel de Santé dans le terminal.
    - **Nombre de FSE Poste de Travail**

nombre de FSE Poste de Travail stockées pour le Professionnel de Santé dans le terminal (sécurisées ou en attente de sécurisation).

– **Nombre de FSE Poste de Travail sécurisées**

nombre de FSE Poste de Travail sécurisées par le Professionnel de Santé.

– **Nombre de FSE Poste de Travail partiellement sécurisées**

nombre de FSE Poste de Travail partiellement sécurisées par le Professionnel de Santé.

– **Nombre de DRE Terminal**

zone réservée pour utilisation future.

– **Nombre de DRE Poste de Travail**

nombre de DRE Poste de Travail stockées pour le Professionnel de Santé dans le terminal (sécurisées ou en attente de sécurisation).

– **Nombre de DRE Poste de Travail sécurisées**

nombre de DRE Poste de Travail sécurisées par le Professionnel de Santé.

– **Nombre de DRE Poste de Travail partiellement sécurisées**

nombre de DRE Poste de Travail partiellement sécurisées par le Professionnel de Santé.

3.12 La fonction « Sécuriser Facture »

La fonction « SSV_Sécuriser Facture » permet de sécuriser par une carte CPS une facture préalablement et partiellement sécurisée dans un TLA en visite.

Les paramètres en entrée

Si Sécurisation d'une FSE

Code porteur PS

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

N° logique de situation

N° identification de facturation PS

154	**Groupe FSE PdT partiellement sécurisée**
	Complément FSE désynchronisée
	FSE B2 sécurisée partiellement

Si Sécurisation d'une DRE

Code porteur PS

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

N° logique de situation

Issu de la lecture de la carte CPS

N° identification de facturation PS

164	**Groupe DRE PdT partiellement sécurisée**

Complément DRE désynchronisée

DRE sécurisée partiellement

Les paramètres en sortie

150	**Groupe FSE**

CRL de FSE

Critères de regroupement en lots de FSE

FSE B2 sécurisée

Cette zone contient la FSE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Obligatoire et prête à mettre en lot.

160	**Groupe DRE**

CRL de DRE

Critères de regroupement en lots de DRE

DRE sécurisée

Cette zone contient la DRE selon la norme d'échange de l'Assurance Maladie Complémentaire et prête à mettre en lot.

4 Lexique

Acte isolé	Prestation réalisée une seule fois au même patient.
Actes en série	Prestation réalisée plusieurs fois au même patient.
Complément DRE PdT	Données complémentaires à la DRE « Poste de Travail ». Ces données sont nécessaires pour reconstituer le CRL.
Complément Facture PdT	Données complémentaires à la FSE ou la DRE « Poste de Travail ».
Complément FSE PdT	Données complémentaires à la FSE « Poste de Travail » à charger dans le TLA. Ces données sont nécessaires pour reconstituer le CRL.
Complément FSE TLA	Données complémentaires à la FSE « TLA ». Ces données sont nécessaires pour reconstituer le CRL.
DRE	Demande de Remboursement Electronique (facture transmise à l'AMC).
DRE « PdT »	DRE réalisée sur le PdT et chargée dans le Terminal Lecteur Applicatif.
Facture	Ensemble FSE + DRE, FSE seule si aucune facturation complémentaire n'est effectuée ou DRE seule s'il s'agit d'une DRE rectificative ou d'annulation.
FSE	Feuille de Soins Electronique (facture transmise à l'AMO).
FSE « TLA »	FSE réalisée sur le Terminal Lecteur Applicatif lors d'une visite chez le patient.
FSE « PdT »	FSE réalisée sur le PdT et chargée dans le Terminal Lecteur Applicatif.
Facture « PdT »	FSE et/ou DRE réalisées sur le PdT et chargées dans le Terminal Lecteur Applicatif.
PdT	Poste de Travail.
TLA	Terminal Lecteur Applicatif.
TLA réduit	Terminal Lecteur Applicatif n’incluant pas la fonctionnalité de création de FSE en visite. Ce type de TLA accepte uniquement les factures préparées au cabinet pour les sécuriser en visite (ex FSE et/ou DRE).
TLA Complet	Terminal Lecteur Applicatif incluant la fonctionnalité de création de FSE en visite.

Annexe 1-C

Fonctions d'administration

Intégrant l'Addendum n°8

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

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

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

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

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

Sommaire

1 Présentation 4

2 L'administration de la configuration du Poste de Travail 5

2.1 La fonction de lecture de la configuration du Poste de Travail 5

3 L'administration du Terminal Lecteur 7

3.1 Liste des fonctions de l'API des Services SESAM-Vitale 7

3.1.1 Liste des fonctions 7

3.1.2 Les fonctions 7

3.1.2.1 La fonction de chargement de l'application 7

3.1.2.2 La fonction de mise à jour de la date et de l'heure du lecteur 7

3.1.2.3 La fonction de lecture de la date et de l'heure du lecteur 8

4 L'administration des données sécuritaires 9

5 L'administration des données CCAM 10

5.1 La fonction de Consultation de données CCAM 10

5.2 La fonction Modification des données table CCAM 26

5.3 La fonction Annulation d'une modification CCAM 29

5.4 La fonction Version du référentiel 30

6 L'administration des modules de tarification complémentaire STS 31

6.1 La fonction Version des modules STS 31

1 Présentation

Ce document constitue la partie C de l'annexe1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement les services des différents modules SESAM-Vitale n'entrant pas directement dans la constitution des flux de factures.

Ces services correspondent pour l'essentiel :

- à l'administration de la configuration du Poste de Travail ;
- à l'administration du terminal lecteur ;
- à l'administration des données CCAM : consultation et modification des données CCAM présentes sur le poste du Professionnel de Santé ;
- à l’administration des modules de tarification complémentaire STS.

2 L'administration de la configuration du Poste de Travail

2.1 La fonction de lecture de la configuration du Poste de Travail

Pour permettre cette fonctionnalité, le progiciel doit appeler la fonction « SSV_LireConfig » des API SSV.

La fonction a pour objet de restituer, sous forme d'une nomenclature, les données relatives aux fournitures SESAM-Vitale associées au progiciel du Professionnel de Santé.

La fonction remonte également des informations liées aux lecteurs PC/SC.

Fonction à utiliser

SSV Lire Config

Les paramètres en entrée

Cette fonction ne nécessite pas de paramètres en entrée.

Les paramètres en sortie

60	**Groupe** *En-tête configuration*
	N° version SSV
	Numéro de version du module SSV (sous la forme xx.xx : n° version. n° release)
	N° version du GALSS
	Numéro de version du module GALSS (sous la forme xx.xx)
	N° version du PSS
	Numéro de version du module PSS (sous la forme xx.xx)
61	**Groupe** *Configuration lecteur* **(0 à n occurrences)**[1]
	Nom du Constructeur du lecteur
	Nom du constructeur ou de la marque du lecteur
	Type du lecteur
	Libellé du type de lecteur ou modèle de lecteur dans la gamme du constructeur
	Numéro de série du lecteur
	Numéro de série donné par le constructeur et identifiant le lecteur
	OS Lecteur
	Code numérique d'identification de l'Operating System du lecteur
	Nombre de logiciels du lecteur (1 à 10 occurrences)[2]

[1] Lorsque le poste n'utilise que des lecteurs SESAM-Vitale le nombre n est fonction des ressources déclarées dans le GALSS.INI et du nombre de lecteurs réellement connectés au Poste de Travail.

[2] Cette valeur est susceptible d'évoluer dans l'avenir.

Cette information donne le nombre de logiciels implantés dans le lecteur.

Nom du logiciel Lecteur

Nom du logiciel implanté dans le lecteur

N° version logiciel Lecteur

Numéro de la version du logiciel implanté dans le lecteur (sous la forme xx.xx)

Date et heure du lecteur

Date et heure de création de la version du logiciel implanté dans le lecteur (sous la forme AAAAMMJJHHMN)

Checksum du logiciel Lecteur

Valeur du checksum du logiciel implanté dans le lecteur (format hexadécimal)

64	**Groupe** *Composant SESAM-Vitale*

Identifiant du composant

Identifiant du composant pour le suivi de parc

Libellé du composant

Libellé descriptif du composant

N° version du composant

67	**Groupe** *Lecteur PCSC*

Nom du lecteur PCSC

Nom du lecteur PC/SC tel que renseigné par le Ressource Manager PC/SC

Type de carte dans le lecteur

Identification du type de Carte dans le lecteur PC/SC (Carte Vitale ou CPS)

3 L'administration du Terminal Lecteur

3.1 Liste des fonctions de l'API des Services SESAM-Vitale

3.1.1 Liste des fonctions

- la fonction « Chargement » ;
- la fonction « Mise à jour date et heure du lecteur » ;
- la fonction « Lecture date et heure du lecteur ».

3.1.2 Les fonctions

3.1.2.1 La fonction de chargement de l'application

La fonction **Charger Application** permet au Professionnel de Santé de charger sur le lecteur, une application ou une mise à jour d'application déjà implémentée.

Fonction à utiliser

SSV Charger Application

Les paramètres en entrée

Type d'application

Numéro de version du logiciel à charger

Numéro de la version du logiciel à charger (prendre les quatre derniers caractères du nom du fichier à charger).

Données du logiciel

Contenu du fichier fourni et destiné au lecteur.

Les paramètres en sortie

Cette fonction ne retourne pas de paramètres en sortie.

3.1.2.2 La fonction de mise à jour de la date et de l'heure du lecteur

Pour permettre cette fonctionnalité de mise à jour, le progiciel doit appeler la fonction « SSV_MajDateLecteur » des API SSV.

Fonction à utiliser

SSV Maj Date Lecteur

Les paramètres en entrée

Date et heure

Date et heure à mettre à jour dans le lecteur

Les paramètres en sortie

Cette fonction ne retourne pas de paramètres en sortie.

3.1.2.3 La fonction de lecture de la date et de l'heure du lecteur

Pour permettre cette fonctionnalité, le progiciel doit appeler la fonction « SSV_LireDateLecteur » des API SSV.

Fonction à utiliser

SSV Lire Date Lecteur

Les paramètres en entrée

Cette fonction ne nécessite pas de paramètre en entrée.

Les paramètres en sortie

Date et heure

Date et heure à mettre à jour dans le lecteur

4 L'administration des données sécuritaires

Les API SSV utilisent des certificats pour chiffrer les factures. Ces certificats sont installés sur le poste de travail du Professionnel de Santé.

Les nouveaux certificats de chiffrement ainsi que la liste de révocation des certificats de chiffrement (CRL) sont mis à disposition sur le poste de travail du PS via les éditeurs.

Les éditeurs de logiciel téléchargent les nouveaux certificats et la CRL sur la plate-forme de diffusion du GIE SESAM-Vitale.

AP14.03

5 L'administration des données CCAM

5.1 La fonction de Consultation de données CCAM

Cette fonction permet au progiciel de consulter des données de la nomenclature CCAM contenues dans la base CCAM non seulement pour l'application des règles ~~citées en Annexe1-A1~~ d'élaboration de la facture spécifiées dans la fonctionnalité AP des SFG du CDC-Editeurs, mais également à titre indicatif. (Exemple : sexe du bénéficiaire compatible avec l'acte).

RG_AP02.02 / Description

RG_AP006[CE1]

RG_AP006[CP1]

Ce cas particulier correspond aux champs modifiables (cf. § 5.2 La fonction Modification des données table CCAM).

Liste des données consultables

- *CCAM-1* *existence du code de l'acte CCAM*
- *CCAM-2* *activités applicables*
- *CCAM-3* *code extension documentaire*
- *CCAM-4a* *nombre maximum de phases de traitement*
- *CCAM-5* *code structuré de l'acte*
- *CCAM-6* *modificateurs applicables*
- *CCAM-7* *libellé court*
- *CCAM-8* *libellé long*
- *CCAM-9* *type d'acte*
- *CCAM-10* *condition générale*
- *CCAM-11* *notes*
- *CCAM-9.1* *procédures auxquelles l'acte appartient*
- *CCAM-12* *catégorie médicale*
- *CCAM-13* *actes pouvant être associés*
- *CCAM-14* *actes incompatibles*
- *CCAM-15* *sexe compatible*
- *CCAM-16a* *arborescence*
- *CCAM-18* *date de création*
- *CCAM-19* *date de fin*
- *CCAM-20* *numéros de recommandations médicales*
- *CCAM-22* *admission au remboursement*
- *CCAM-24* *acte soumis à entente préalable*
- *CCAM-25* *codes « exonération du ticket modérateur »*
- *CCAM-30.1* *natures d'assurance permises*
- *CCAM-32a* *spécialités autorisées à exécuter l'acte*
- *CCAM-37* *prix unitaire de base*
- *CCAM-39* *supplément de charges cabinet*
- *CCAM-40a* *nécessité d'un agrément radio*
- *CCAM-41* *frais de déplacement*
- *CCAM-42* *code regroupement pour les AMC*
- *CCAM-43a* *type acte dentaire et nombre minimum de dents à traiter*

- *CCAM-44* *dents incompatibles*
- *CCAM-45* *âge minimum*
- *CCAM-46* *âge maximum*
- *CCAM-47a* *majoration du prix unitaire pour un DOM*
- *CCAM-52a* *Codes forfaits CMU-C compatibles*
- *TB02-1* *règle tarifaire pour association non prévue*
- *TB02-2* *codes association non prévue autorisés*
- *TB06-1* *âge minimum pour un code modificateur*
- *TB06-2* *âge maximum pour un code modificateur*
- *TB07-1* *seuil minimum pour exonération TM*
- *TB08-1* *jour férié*
- *TB09-1* *compatibilité entre deux modificateurs*
- *TB10-1* *top contrôle cohérence d'un modificateur*
- *TB10-2* *top présence multiple d'un modificateur*
- *TB11-1* *forfait associé à un modificateur*
- *TB11-2* *taux associé à un modificateur*
- *TB11-3* *modificateurs autorisés*
- *TB12-1* *forfait à appliquer pour les PS non conventionnés*
- *TB12-2* *taux de réduction à appliquer pour les PS non conventionnés*
- *TB13-1* *codes regroupement existants*
- *TB15-1* *modificateur pour les AMC*
- *TB15-2* *nombre de modificateur transmissibles aux AMC*
- *TB19-1* *nombre de modificateurs tarifants*
- *TB20-1* *liste des codes association panachables*
- *TB21-1* *liste des mots clé*

Consultation des données

Donnée recherchée			
Identifiant	**Libellé**	**Données d'entrée**	**Données de sortie**
CCAM-1	**Existence du code de l'acte CCAM**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Top
CCAM-2	**Activités applicables**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Liste de : - code activité - libellé du code
	N occurrences. Identifie les actions réalisées pour un même acte par différents intervenants (anesthésie, chirurgie, …)		
CCAM-3	**Code extension documentaire**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Liste de : - code extension documentaire - libellé du code
	10 occurrences maximum. Code renseigné au fur et à mesure de la publication officielle. Ce code affine le code de l'acte en introduisant un niveau de détail supplémentaire (demande de sociétés savante, enquêtes particulières)		
CCAM-4a	**Nombre maximum de phases de traitement**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Nombre maximum de phases de traitement
	Identifie le nombre de phases d'un traitement, pour les traitements qui se déroulent en plusieurs étapes dans le temps.		
CCAM-5	**Code structuré de l'acte**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Code
	Code totalement structuré Non utilisé pour les échanges d'informations. Relation univoque du code de l'acte vers ce code structuré. Réalisation de traitements statistiques selon différentes dimensions. Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.		
CCAM-6	**Modificateurs applicables**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Liste de : - code modificateur - libellé du code
	Précise les modificateurs (circonstances particulières de réalisation de l'acte) applicables à l'acte. *(ex : F : Férié) 10 occurrences maximum*		

CCAM-7	**Libellé court**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Texte
	Constitution automatisée. Largeur permettant un affichage sur 1 ligne. (70 caractères max.) Signifiant et lien avec glossaire Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.		
CCAM-8	**Libellé long**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Texte
	Permet d'obtenir le libellé exhaustif. Champ complété par le champ 11 (Notes) Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.		
CCAM-9	**Type d'acte**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Code type d'acte +Libellé
	Précise, au plan médical, le caractère associable d'un acte ; l'association étant définie comme la réalisation d'actes au cours d'un même temps, ou pour les traitements étalés dans la durée au cours d'une même phase Valeurs : 0 : Acte isolé (valeur par défaut) 1 : Procédure 2 : Acte complémentaire.		
CCAM-9.1	**Procédures auxquelles l'acte appartient**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Liste de : - code acte
	Procédures auxquelles le code acte appartient.		
CCAM-10	**Condition générale**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Texte
	S'applique à un ensemble d'actes N occurrences. Le service SRT retourne en sortie un seul champ contenant toutes les conditions générales concaténées. Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.		

CCAM-11	**Notes**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Texte
	Type de notes : 1- « A l'exclusion de… » 2- « Comprend… » 3- « Avec ou sans… » 4- « Par…, on entend… » 5- « Par exemple… » 6- « Coder éventuellement… » 7-« Modificateur implicite… » 8- « Inclut… » 9- type de notes non structurées Ce champ est indissociable du libellé de l'acte. Plusieurs occurrences sont possibles pour un même type de notes. Le service SRT retourne en sortie un seul champ contenant toutes les notes concaténées. Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.		
CCAM-12	**Catégorie médicale**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Code catégorie Libellé de la catégorie
	Un code ne peut appartenir qu'à une catégorie et une seule. Catégorie de codes répondant à une même logique (ex : exérèse et curage en ORL, actes dentaires…)		
CCAM-13	**Actes pouvant être associés**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Liste de - code acte
	N occurrences de codes pouvant être associés médicalement avec le code acte/activité donné		
CCAM-14	**Actes incompatibles**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Liste de - code acte
	N occurrences de codes de l'acte incompatibles médicalement avec le code. Interdit certaines associations d'actes.		
CCAM-15	**Sexe compatible**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Code
	1 : Homme ; 2 : Femme ; 0 : sans objet Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.		

CCAM-16a	**Arborescence**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Liste de - texte
	Liste des titres des différents niveaux de l'arborescence (chapitre, sous-chapitre, paragraphe et sous-paragraphe) du paragraphe dans lequel se situe l'acte CCAM dans la nomenclature. Pour chaque niveau, les SRT retournent le titre et éventuellement les notes associées. 10 occurrences maximum. Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.		
CCAM-18	**Date de création**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Date
	Date de création/inscription à la nomenclature par arrêté.		
CCAM-19	**Date de fin**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Date
	Date unique correspondant à la suppression d'un code acte.		
CCAM-20	**Numéros de recommandations médicales**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Liste de - références médicales
	Indication du n° de recommandation médicale le cas échéant. Une référence médicale est un code alphanumérique de 5 caractères. 5 occurrences maximum. Cette donnée est informationnelle, elle n'est pas utilisée dans la constitution de la facture.		
CCAM-22	**Admission au remboursement**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Code admission Libellé de ce code
	1 : Acte remboursable 2 : Acte non remboursable 3 : Acte remboursable ou non suivant circonstances. Si renseigné à 3, le professionnel indique sur le support de facturation, le cas échéant, une demande de remboursement exceptionnelle.		
CCAM-24	**Acte soumis à entente préalable**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	**Top**
	Positionné à « N » (Non) par défaut. Positionnée à « O » (Oui) si l'acte est soumis à entente préalable.		

CCAM-25	**Codes « exonération du ticket modérateur »**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Liste de : code « exo TM » - libellé de ce code
	1 : acte pouvant être exonéré par la règle du seuil et exonérant alors la facture 2 : acte pouvant être exonéré par la règle du seuil mais n'exonérant pas la facture 3 : acte exonéré par nature et non exonérant pour la facture 4 : acte exonéré par nature et exonérant toute la facture 5 : Acte ne pouvant pas être exonéré par la règle du seuil 7 : acte pouvant être exonéré par nature dans le cadre d'un dispositif de prévention 2 occurrences au plus. La 1ère occurrence doit comporter obligatoirement l'un des six choix possibles. La 2ème occurrence est soit vide, soit comporte la valeur « 7 » (acte pouvant être exonéré par nature dans le cadre d'un dispositif de prévention).		
CCAM-30.1	**Natures d'assurance permises**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Liste de - nature d'assurance permise - libellé de la nature d'assurance
	Natures d'assurance permise pour un acte AS = maladie, AT = accident du travail, MA = maternité, PS = prestation supplémentaire, DC = décès, PM = Prévention Maladie, SG = Soins Médicaux Gratuits		
CCAM-32a	**Spécialités autorisées à exécuter l'acte**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Liste de - Code Spécialité
	Ensemble des spécialités autorisées à exécuter l'acte		
CCAM-37	**Prix unitaire de base**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité Code phase Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Montant (en centimes d'euros) Date de modification par le PS le cas échéant
	Prix unitaire de base de l'acte.		
CCAM-39	**Supplément de charges cabinet**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité Code phase	Montant (en centimes d'euros) Date de modification par le PS le cas échéant
	Montant monétaire de charges supplémentaires, liées à l'exécution de l'acte en cabinet, à ajouter au Prix unitaire de l'acte. 0 par défaut.		
CCAM-40a	**Nécessité d'un agrément radio**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Top
	Type d'agrément radio requis lié à l'appareil utilisé pour l'exécution de l'acte. 10 occurrences maximum Le service SRT renvoie le top à VRAI si au moins un agrément radio est requis.		

CCAM-41	**Compatiblité avec les frais de déplacement**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Code+Libellé
	A : autorise des frais de déplacement B : autorise des indemnités de déplacement C : autorise des indemnités kilométriques N : interdit des frais de déplacement Positionné à N par défaut.		
CCAM-42	**Code regroupement pour les AMC**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité	Code regroupement Libellé de ce code Date de modification par le PS le cas échéant
	Permet des regroupements pertinents d'actes pour Organismes Complémentaires, décomptes assurés, etc.		
CCAM-43a	**Type acte dentaire** **Nombre minimum de dents à traiter**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Code de l'acte Code activité Code phase	Top acte dentaire Nombre minimum de dents à traiter
	Norme ISO 3960-1984 <u>actes dentaires</u> : - 00 : pas de nombre de dents - de 01 à 16 : nombre minimum de dents à traiter <u>actes non dentaires</u> : non renseigné		
CCAM-44	**Dents incompatibles**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité Code phase	Liste de numéros de dents
	Liste des numéros de dents incompatibles avec l'acte. 52 occurrences au maximum.		
CCAM-45	**Age minimum**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité Code phase	Nombre d'années+ Nombre de jours
	0 par défaut. Pour les actes dentaires ; borne comprise.		
CCAM-46	**Age maximum**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte Code activité Code phase	Nombre d'années+ Nombre de jours
	0 par défaut. Pour les actes dentaires ; borne comprise.		

CCAM-47a	**Majoration du prix unitaire pour un DOM**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Numéro de caisse de l'exécutant Code de l'acte Code activité Code phase	Coefficient (en millièmes) Date de modification par le PS le cas échéant
	Le coefficient retourné correspond à la majoration du DOM dont le numéro de caisse exécutant est donné en entrée.		
CCAM-52a	**Liste des Codes forfaits CMU-C compatibles**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code de l'acte	Liste de : - codes forfait CMU-C
TB02-1	**Règle tarifaire pour association non prévue**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code association Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Coefficient (en millièmes) Date de modification par le PS le cas échéant
	Ce coefficient représente le taux de réduction applicable aux actes d'association non prévue (sauf acte de PU le plus fort)		
TB02-2	**Codes association non prévue autorisés**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Liste de : - code association - libellé de ce code
	Liste des codes association non prévues gérés dans la base CCAM à une date donnée pour un contexte tarifaire donné		
TB06-1	**Age minimum pour un code modificateur**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code modificateur	Nombre d'années Nombre de jours (inférieur à 366)
TB06-2	**Age maximum pour un code modificateur**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code modificateur	Nombre d'années Nombre de jours (inférieur à 366)
TB07-1	**Seuil minimum pour exonération TM**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Numéro de caisse de l'exécutant	Montant (en centimes d'euros) Date de modification par le PS le cas échéant
	Le seuil retourné correspond au seuil métropole ou au seuil du DOM de l'exécutant selon le numéro de caisse exécutant donné en entrée.		
TB08-1	**Jour férié**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Numéro de caisse de l'exécutant	Top jour férié
	La consultation de cette donnée retourne vrai si la date de référence donnée est un jour férié et faux sinon. Les jours spécifiques à certaines caisses (DOM, Alsace-Moselle) sont connus et pris en compte en fonction du numéro de caisse exécutant donné en entrée.		

TB09-1	**Compatibilités entre modificateurs**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code modificateur 1 Code modificateur 2	Top compatibilité
TB10-1	**Top contrôle cohérence d'un modificateur**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code modificateur	Top cohérence
	Si le top en sortie est à « vrai », le modificateur, s'il est appliqué à un acte CCAM, doit être positionné pour tous les exécutants de cet acte (même code de l'acte, même date de référence, quels que soient les codes activité et les exécutants).		
TB10-2	**Top présence multiple d'un modificateur**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code modificateur	Top présence multiple
	Si le top en sortie est à « faux », le modificateur, s'il est appliqué à un acte CCAM, ne doit être positionné qu'une seule fois pour un même exécutant et une même date de référence (quels que soient les codes des actes).		
TB11-1	**Forfait associé à un modificateur**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code modificateur Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Montant (en centimes d'euros) Date de modification par le PS le cas échéant
	Significatif uniquement s'il s'agit d'un modificateur de type « forfait » ; sinon le champ vaut « 0 ».		
TB11-2	**Taux associé à un modificateur**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code modificateur Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Coefficient (en millièmes) Date de modification par le PS le cas échéant
	Significatif uniquement s'il s'agit d'un modificateur de type « taux » ; sinon le champ vaut « 1 ».		
TB11-3	**Modificateurs autorisés**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Liste de : - code modificateur - libellé de ce code
	Liste des codes modificateurs gérés dans la base CCAM à une date donnée pour un contexte tarifaire donné		
TB12-1	**Forfait à appliquer sur la base de remboursement pour les PS non conventionnés**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence	Montant (en centimes d'euros) Date de modification par le PS le cas échéant
	Ce forfait correspond à la notion de tarif d'autorité. Significatif uniquement s'il s'agit d'une réduction de type « forfait » ; sinon le champ vaut « 0 ».		

TB12-2	**Taux de réduction à appliquer sur la base de remboursement pour les PS non conventionnés**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence	Coefficient (en millièmes) Date de modification par le PS le cas échéant
	Significatif uniquement s'il s'agit d'une réduction de type « taux » ; sinon le champ vaut « 1 ».		
TB13-1	**Codes regroupement existants**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence	Liste de : - code regroupement - libellé de ce code Date de modification par le PS le cas échéant
TB15-1	**Modificateur pour les AMC**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Code modificateur	Code
	Code transmis aux organismes complémentaires à la place d'un modificateur.		
TB15-2	**Nombre de modificateurs transmissibles pour les AMC**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence	Nombre
TB19-1	**Nombre de modificateurs tarifants**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence	Nombre
	Le nombre de modificateurs tarifants est paramétré pour pouvoir évoluer rapidement suite à une décision tarifaire. Il est fort probable qu'il soit fixé à 2.		
TB20-1	**Codes association non prévue panachables**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence	Liste de : - code association - libellé de ce code
	Liste des codes association non prévue panachables		
CCAM-TB21	**Liste des mots clé**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
			Liste des mots clés connus dans le référentiel électronique.
TB22-2	**Grille tarifaire associée à un contexte tarifaire**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence Contexte tarifaire PS Contexte tarifaire BS	Grille tarifaire Libellé de cette grille
TB23	**Liste des grilles tarifaires de la base CCAM**	***Données d'Entrée***	***Données de Sortie***
		Date de référence	Liste de : - grille tarifaire - libellé de cette grille
	Liste des grilles tarifaires gérées dans la base CCAM à une date donnée.		

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee

Les paramètres en entrée

Identifiant

Cette information précise le champ de la base recherché. Cf. « Tableau des données CCAM consultables » ci-après

Date de référence

Date de référence à laquelle on recherche la valeur du champ (format AAAAMMJJ).

Groupes d'entrée

Cf. tableau « Détail des groupes d'entrée » ci-après

Les paramètres en sortie

Groupes de sortie

Cf. tableau « Détail des groupes de sortie » ci-après

Date de modification

Date d'effet de la modification
Quand cette date est renseignée, cela signifie que les données de sortie sont issues d'une modification effectuée par le PS.

Tableau des données CCAM consultables

Identifiant	Libellé de la donnée recherchée	Groupes d'entrée	Nb	Groupes de sortie	Nb
CCAM-1	Existence du code de l'acte	3100	1	3116	1
CCAM-2	activités applicables	3100	1	3118	n
CCAM-3	code extension documentaire	3101	1	3118	n
CCAM-4a	nombre maximum de phases de traitement	3101	1	3111	1
CCAM-5	code structuré de l'acte	3100	1	3110	1
CCAM-6	modificateurs applicables	3101	1	3118	n
CCAM-7	libellé court	3100	1	3112	1
CCAM-8	libellé long	3100	1	3112	1
CCAM-9	type d'acte	3100	1	3118	1
CCAM-9.1	procédures auxquelles l'acte appartient	3100	1	3110	n
CCAM-10	condition générale	3100	1	3112	1
CCAM-11	notes	3100	1	3112	1
CCAM-12	Catégorie médicale	3101	1	3118	1
CCAM-13	actes pouvant être associés	3101	1	3110	n
CCAM-14	actes incompatibles	3100	1	3110	n
CCAM-15	sexe compatible	3100	1	3110	1

Identifiant	Libellé de la donnée recherchée	Groupes d'entrée	Nb	Groupes de sortie	Nb
CCAM-16a	arborescence	3100	1	3119	1
CCAM-18	date de création	3100	1	3113	1
CCAM-19	date de fin	3100	1	3113	1
CCAM-20	numéros de recommandations médicales	3101	1	3110	n
CCAM-22	admission au remboursement	3100	1	3118	1
CCAM-24	acte soumis à entente préalable	3100	1	3116	1
CCAM-25	codes « exonération du ticket modérateur »	3100	1	3118	n
CCAM-30.1	natures d'assurance permises	3100	1	3118	n
CCAM-32a	spécialités autorisées à exécuter l'acte	3101	1	3110	n
CCAM-37	prix unitaire de base	3102 3103	1	3117 3130	1 1
CCAM-39	supplément de charges cabinet	3102	1	3117 3130	1 0..1
CCAM-40a	nécessité d'un agrément radio	3101	1	3116	1
CCAM-41	Compatibilité avec des frais de déplacement	3100	1	3118	1
CCAM-42	code regroupement pour les AMC	3101	1	3118 3130	1 0..1
CCAM-43a	Indication s'il s'agit d'un acte dentaire nombre minimum de dents à traiter le cas échéant	3102	1	3116 3111	1 0..1
CCAM-44	dents incompatibles	3102	1	3110	n
CCAM-45	âge minimum	3102	1	3115	1
CCAM-46	âge maximum	3102	1	3115	1
CCAM-47a	majoration du prix unitaire pour un DOM	3120 3102	1 1	3114 3130	1 0..1
CCAM-52a	Liste des codes forfaits CMU-C compatibles	3100	1	3110	0..n
TB02-1	règle tarifaire pour association non prévue	3122 3103	1	3114 3130	1 0..1
TB02-2	codes association non prévue autorisés	3103	-	3118	n
TB06-1	âge minimum pour un code modificateur	3121	1	3115	1
TB06-2	âge maximum pour un code modificateur	3121	1	3115	1
TB07-1	seuil minimum pour exonération TM(3)	3120	1	3117 3130	1 0..1
TB08-1	jour férié	3120	1	3116	1
TB09-1	Compatibilité entre deux modificateurs	3121	2	3116	1
TB10-1	top contrôle cohérence d'un modificateur	3121	1	3116	1
TB10-2	top présence multiple d'un modificateur	3121	1	3116	1
TB11-1	forfait associé à un modificateur	3121 3103	1	3117 3130	1 0..1
TB11-2	taux associé à un modificateur	3121 3103	1	3114 3130	1 0..1

Identifiant	Libellé de la donnée recherchée	Groupes d'entrée	Nb	Groupes de sortie	Nb
TB11-3	modificateurs autorisés	3103	-	3118	n

Identifiant	Libellé de la donnée recherchée	Groupes d'entrée	Nb	Groupes de sortie	Nb
TB12-1	forfait à appliquer pour les PS non conventionnés	-	-	3117 3130	1 0..1
TB12-2	taux de réduction à appliquer sur la base de remboursement pour les PS non conventionnés	-	-	3114 3130	1 0..1
TB13-1	Codes regroupement existants	-	-	3118 3130	N 0..n
TB15-1	modificateur pour les AMC	3121	1	3110	1
TB15-2	Nombre de modificateurs transmissibles aux AMC	-	1	3111	1
TB19-1	nombre de modificateurs tarifant	-	-	3111	1
TB20-1	codes association non prévue panachables	-	-	3118	n
TB21-1	liste des mots clés	-	-	3119	1

Détail des groupes d'entrée

Id Groupe	Descriptif du groupe	Données d'entrée	Min	Max	Type
3100	Niveau acte	Code de l'acte	7	13	A
3101	Niveau activité	Code de l'acte	7	13	A
		Code activité	1	1	A
3102	Niveau phase	Code de l'acte	7	13	A
		Code activité	1	1	A
		Code phase de traitement	0	1	N
3103	Contexte tarifaire	Contexte tarifaire PS	1	1	N
		Contexte tarifaire BS	1	1	N
3120	Numéro caisse	N° de caisse de l'exécutant	1	3	N
3121	Modificateur	Code modificateur	1	1	A
3122	Code association	Code association	1	1	A

Détail des groupes de sortie

Id Groupe	Descriptif du groupe	Données de sortie	Min	Max	Type
3110	Type Code	Code (général)	0	20	A
3111	Type Nombre	Nombre (général)	1	5	N
3112	Type Texte	Texte (général)	0	-	E
3113	Type Date	Date (général) (format « AAAAMMJJ0000 »)	0	12	D
3114	Type Coefficient	Coefficient (général) (en millièmes)	1	7	A
3115	Age	Nombre d'années	0	3	N
		Nombre de jours (inférieur à 366)	0	3	N
3116	Type Booléen	Booléen (général) ('O' = vrai, 'N' = faux)	1	1	A
3117	Type Montant	Montant (général) (en centimes d'euros)	1	7	N
3118	Type Code qualifié	Code qualifié	0	20	A
		Libellé du code qualifié	0	80	E
3119	Liste de textes	Nombre de textes	1	5	N
		Texte n° 1	1	-	E
		Texte n° 2	1	-	E
		…			
3130	Date modification	Date d'effet de la modification par le PS de la donnée dans le référentiel électronique (format « AAAAMMJJ0000 »)	12	12	D

5.2 La fonction Modification des données table CCAM

AP02.01.01 / Description

Cette fonction permet au progiciel de modifier la valeur de certaines données de la nomenclature CCAM contenues dans la base CCAM à savoir :

- le prix unitaire d'un acte/activité/phase ;
- le supplément de charges cabinet d'un acte/activité/phase ;
- la majoration DOM du prix unitaire d'un acte/activité/phase ;
- le code regroupement (relatif à un acte CCAM donné) ;
- la liste des codes regroupement (nouveau code regroupement) ;
- la règle tarifaire pour une association non prévue ;
- le seuil minimum pour exonération du TM ;
- le forfait associé à un modificateur ;
- le taux associé à un modificateur ;
- le forfait à appliquer sur la base de remboursement pour les PS non conventionnés ;
- le taux de réduction à appliquer sur la base de remboursement pour les PS non conventionnés.

La modification d'une donnée rattachée à un acte CCAM doit se situer dans la période de validité de l'acte lui-même.

En conséquence, pour la modification de toute donnée rattachée à un acte CCAM, à savoir :

- le prix unitaire d'un acte/activité/phase ;
- le supplément de charges cabinet d'un acte/activité/phase ;
- la majoration DOM du prix unitaire d'un acte/activité/phase ;
- le code regroupement (associé à un acte CCAM donné).

Si la date de fin de l'acte est renseignée, il est nécessaire que la date d'effet de la modification soit antérieure ou égale à la date de fin de l'acte (champ CCAM-19 consultable).

Fonction à utiliser

SRT_ModifierDonnee

Les paramètres en entrée

Identifiant

Cette information précise le champ à modifier. Cf. « Tableau des données CCAM modifiables » ci-après.

Date de référence

Date d'effet de la modification. La modification n'est pas effectuée si cette date est antérieure à la dernière date d'effet de la valeur à modifier.

Groupes d'entrée

Cf. tableau « Détail des groupes d'entrée » ci-après.

Les paramètres en sortie

Aucun.

Tableau des données CCAM modifiables

Identifiant	Libellé de la donnée à modifier	Groupes d'entrée	Nombre d'occurrences	Remarque
CCAM-37	prix unitaire	3102 3103 3117	1 1	
CCAM-39	supplément de charges cabinet	3102 3117	1 1	
CCAM-42	code regroupement	3101 3110	1 1	Le code regroupement demandé doit exister dans la table des codes regroupements existant (TB13) à la date d'effet de la modification.
CCAM-47	majoration du prix unitaire pour un DOM	3120 3102 3114	1 1 1	Il est nécessaire que la caisse de l'exécutant fournie en entrée soit située dans un DOM.
TB02-1	coefficient pour une association non prévue	3122 3103 3114	1 1	
TB07-1	seuil minimum pour exonération du TM	3120 3117	1 1	La valeur de seuil donnée correspondant à la caisse exécutant donnée en entrée. Il existe 4 seuils différents : - Seuil métropole - Seuil Antilles (Martinique et Guadeloupe) - Seuil Guyane - Seuil Réunion
TB11-1	forfait associé à un modificateur	3121 3103 3117	1 1	Taux et forfait sont exclusifs. Si un nouveau forfait est donné en entré cela revient à modifier le forfait courant ou à supprimer le taux en cours.
TB11-2	taux associé à un modificateur	3121 3103 3114	1 1	

Identifiant	Libellé de la donnée à modifier	Groupes d'entrée	Nombre d'occurrences	Remarque
TB12-1	forfait à appliquer pour les PS non conventionnés	3117	1	Taux et forfait sont exclusifs. Si un nouveau forfait est donné en entré cela revient à modifier le forfait courant ou à supprimer le taux en cours.
TB12-2	taux de réduction à appliquer pour les PS non conventionnés	3114	1	
TB13-1	nouveau code regroupement	3118	1	Le nouveau code ne doit pas déjà exister dans le référentiel électronique (table TB13). Il ne doit pas être une lettre-clé NGAP (TB17).

Modification du code regroupement relatif à un acte CCAM

RG_AP014[CP1]

Détail des groupes d'entrée

Id Groupe	*Descriptif du groupe*	*Données d'entrée*	*Min*	*Max*	*Type*
3101	*Niveau*	*Code de l'acte*	*7*	*13*	*A*
	activité	*Code activité*	*1*	*1*	*A*
3102	*Niveau*	*Code de l'acte*	*7*	*13*	*A*
	phase	*Code activité*	*1*	*1*	*A*
		Code phase de traitement	*0*	*1*	*N*
3103	*Contexte tarifaire*	*Contexte tarifaire PS*	*1*	*1*	*N*
		Contexte tarifaire BS	*1*	*1*	*N*
3110	*Type Code*	*Code (général)*	*1*	*20*	*A*
3114	*Type Coefficient*	*Coefficient (général) (en millièmes)*	*1*	*7*	*A*
3117	*Type Montant*	*Montant (général) (en centimes d'euros)*	*1*	*7*	*N*
3118	*Type Code qualifié*	*Code qualifié*	*1*	*20*	*A*
		Libellé du code qualifié	*0*	*80*	*E*
3120	*Numéro caisse*	*N° de caisse de l'exécutant*	*1*	*3*	*N*
3121	*Modificateur*	*Code modificateur*	*1*	*1*	*A*
3122	*Code association*	*Code association*	*1*	*1*	*A*

5.3 La fonction Annulation d'une modification CCAM

Le PS a la possibilité d'annuler les modifications qu'il a faites sur une donnée du référentiel électronique.

Cette fonction supprime toutes les modifications effectuées sur la donnée spécifiée en entrée : la valeur originale de la donnée est rétablie telle qu'elle était dans le référentiel électronique fourni par le GIE SESAM-Vitale.

Fonction à utiliser

SRT_AnnulerModification

Les paramètres en entrée

Identifiant

Cette information précise le champ sur lequel porte l'annulation. Cf. « Tableau des données CCAM modifiables » ci-avant.

Groupes d'entrée

Cf. tableau « Détail des groupes d'entrée » ci-après.

Les paramètres en sortie

Aucun.

Détail des groupes d'entrée

Identifiant	Libellé de la donnée à modifier	Groupes d'entrée	Nombre d'occurrences
CCAM-37	prix unitaire	3102	1
CCAM-39	supplément de charges cabinet	3102	1
CCAM-42	code regroupement	3101	1
CCAM-47	majoration du prix unitaire pour un DOM	3120 3102	1 1
TB02-1	coefficient pour une association non prévue	3122	1
TB07-1	seuil minimum pour exonération du TM	3120	1
TB11	valeur (forfait ou taux) associée à un modificateur	3121	1
TB12	valeur (forfait ou taux) à appliquer sur la base de remboursement pour les PS non conventionnés	-	-
TB13-1	nouveau code regroupement	-	-

5.4 La fonction Version du référentiel

Parmi ces informations, la version du référentiel électronique est à renseigner dans le groupe 1440 pour transmission dans la facture.

AP02.05 / Description

Fonction à utiliser

SRT_LireVersion

Les paramètres en entrée

Aucun.

Les paramètres en sortie

3600	**Groupe** *Version SRT*	
	N° version du référentiel électronique SRT	1440-3
	N° version base CCAM	
	Date modification référentiel électronique SRT	
	Variante référentiel électronique SRT	
	Commentaire du référentiel électronique SRT	
	Numéro de révision du référentiel électronique SRT	
	N° version partie logicielle	

6 L'administration des modules de tarification complémentaire STS

6.1 La fonction Version des modules STS

Cette fonction a pour objet de restituer les informations de version des modules qui composent les STS.

Fonction à utiliser

STS_LireVersion

Les paramètres en entrée

Aucun.

Les paramètres en sortie

3780 **Groupe** *Version des STS*

Identifiant du module STS

N° version du module STS

N°Version du fichier de table STS

Variante STS

Commentaire table STS

Il est retourné un groupe 3780 par module STS : Interface-STS, STS-CMU, STS-CTIP, STS-FFSA, STS-FNMF+FMF.

Cas particulier du module STS-A8 : il est retourné un groupe 3780 par fichier binaire de chaque famille de PS installée sur le Poste de Travail.

Annexe 1-D

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Récapitulatif des groupes de données

Intégrant l'Addendum n°8

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

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

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

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

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

Sommaire

1 Présentation du document....4
2 Zone d'échange de la facture....5
3 Zone d'échange SRT....6
4 Zone d'échange STS....7

1 Présentation du document

Ce document est fourni à titre transitoire dans le cadre de la Modernisation du CDC SESAM-Vitale.
Il est amené à être supprimé dans la prochaine version du Package.

2 Zone d'échange de la facture

La liste des groupes constituant la zone d'échange de la facture est présentée dans l'Annexe 1-A0.

3 Zone d'échange SRT

La liste des groupes constituant la zone d'échange SRT est présentée dans l'Annexe 1-A1.

4 Zone d'échange STS

La liste des groupes constituant la zone d'échange STS est présentée dans l'Annexe 1-A2.

Annexe 2

Réglementation - Tarification

Intégrant l'Addendum n°8

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

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

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

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

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

Sommaire

1 Présentation de l'annexe 2 5

1.1 Présentation générale 5
1.2 Présentation de la partie réglementation 6
1.3 Présentation de la partie ~~calculs~~ tarification 6
1.4 Présentation de la partie tables 6

2 Tableau~~x~~ de synthèse : EF_A2_TS 7

3 1ère partie : Réglementation 8

4 2ème partie : Tarification 11

4.1 Chapitre 1 : Base de remboursement 11
4.1.1 Section 1 : Base de remboursement des codes prestations : Synthèse des règles B 11
4.1.2 Section 2 : Base de remboursement des frais de déplacement : Synthèse des règles F 11
4.1.3 Section 3 : Base de remboursement des frais pharmaceutiques : Synthèse des règles S 12
4.2 Chapitre 2 : Taux de remboursement : Synthèse des règles T 13
4.3 Chapitre 3 : Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. : Synthèse des règles P 15

5 Annexe : Tables 16

1 Présentation de l'annexe 2

1.1 Présentation générale

Objet du document

Le document présente en première partie des règles vérifiant la bonne application de la réglementation AMO et en deuxième partie des règles de ~~calcul~~ 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 ~~La grille figurant au début du document croise~~ les numéros des règles et les spécialités des Professionnels de Santé et ~~permet~~ 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

~~Pour chaque table du domaine fonctionnel DF_A2 (tables de l'annexe 2bis), la ou les règles qui l'utilisent sont répertoriées dans l'Annexe 2bis, dans la partie « Règles-Tables ».~~

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[1] en vigueur malgré les messages d'erreurs restitués par le progiciel.

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

La mise en œuvre de ce principe se traduit par la possibilité pour le PS de modifier la valorisation des données figurant dans les tables de l'annexe 2bis (DF_A2), hormis les tables hormis les tables :

- 1.1, (EF_A2_T1.1)
- 8.x,
- 11.1, (EF_A2_T11.1)
- 50.x,

~~[1] 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 cette annexe, hormis les tables hormis les tables 1.1, 8.x, 11.1, 50.x, 60, 61.1 et 61.2, et la colonne « Origine prestation » de la table 1.~~

- 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 ~~calculs~~ tarification

Sans objet

1.4 Présentation de la partie tables

Sans objet

2 Tableaux de synthèse : EF_A2_TS

Ce tableau fait l'objet du fichier « EF_A2_TS.csv » du package documentaire.

3 1ère partie : Réglementation

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

R16	**Compatibilité entre le montant des honoraires et le code qualificatif de la dépense**	**RG_CF_R16**
R17	**Compatibilité entre le code prestation et le code qualificatif de la dépense**	**RG_CF_R17**
R17 bis	**Association obligatoire de code prestation**	**RG_IP_R17bis**
R17 ter	**Contexte du parcours de soins pour des actes associés**	**RG_IP333[CP1]**
R18	**Condition d'élaboration d'une Feuille de Soins Electronique en fonction de la situation du bénéficiaire**	**RG_MF003[CP3]**
R19	**Contrôle de la présence d'actes incompatibles au regard des codes affinés de biologie**	**RG_IP_R19**
R20	**Contrôle du nombre maximum d'un même code affiné de biologie.**	**RG_IP_R20**
R21	**Contrôle du respect des règles spécifiques en matière de codes affinés de biologie**	**RG_IP_R21**
R22	**Contrôle entre le coefficient facturé et le cumul des coefficients associés à chaque code affiné de biologie**	**RG_IP_R22**
R23	**Contrôle de la justification du complément à la cotation minimale liée aux actes sanguins**	**RG_IP_R23**
R24	**Taux d'abattement des indemnités kilométriques**	**RG_IP_R24**
R25.0	**Acquisition de l'organisme gestionnaire pour un accident du travail**	**RG_CF_R25.0**
R25.1	**Contrôle de l'existence d'une couverture au risque AT**	**RG_CF_R25.1**
R25.2	**Contrôle de l'acceptation d'une Feuille de Soins Electronique Accident du Travail pour un régime**	**RG_CF_R25.2**
R25.4	**Contrôle de l'élaboration d'une FSE AT en l'absence d'organisme sur le support AT**	**RG_CF_R25.4**
R25.6	**Condition de sécurisation d'une FSE en fonction de l'organisme gestionnaire AT identifié**	**RG_MF003[CP7]**
R26	**Acquisition de la date d'accident du travail et du numéro d'« Accident du travail » pour la nature d'assurance AT**	**RG_CF_R26**
R27	**Contrôle de la clé du numéro accident du travail**	**RG_CF_R27**
R28	**Contrôle de la date d'accident du travail pour la nature d'assurance « Accident du travail »**	**RG_CF_R28**
R29	**Détermination du contexte tiers payant lié à des dispositions réglementaires spécifiques**	**RG_CF_R29**
R30	**Nécessité d'une date maternité pour la nature d'assurance « Maternité »**	**RG_CF_R30**
R31	**Contrôle de la date maternité pour la nature d'assurance « Maternité »**	**RG_CF_R31**
R32	**Contrôle de la date de fin pour la prestation détaillée LPP**	**RG_IP_R32**
R33	**Contrôle du mode de sécurisation SESAM sans Vitale**	**RG_MF003[CP1] / RG_MF003[CP2]**

R33 bis **Utilisation des modes de sécurisation SESAM sans Vitale ou dégradé** **RG_VF_T2quint / RG_MF003 [SP09]**

R35 **Condition d'élaboration d'une FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole** **RG_CF_R35**

R36 **Contrôle de la date de l'accident** **RG_CF_R36**

R37 **Détermination des cas d'exclusion du parcours de soins** **RG_CF_R37 / RG_CF333 / RG_CF334**

R37bis **Détermination du contexte d'Urgence en fonction de la prestation** **RG_CF_R37bis**

R37ter **Contextes particuliers au regard du parcours de soins** **RG_CF_R37ter**

R37quater **Détermination de la position de la facture au regard du parcours de soins** **RG_CF315**

R38 **Compatibilité de la spécialité du Professionnel de Santé avec les situations de parcours de soins « Accès Direct Spécifique » et « Hors Accès Direct Spécifique »** **RG_CF_R38**

R39 **Compatibilité des majorations de coordination dans le parcours coordonné de soins** **RG_CF_R39**

R40 **Déterminer la nécessité de supplément(s) dérogatoire(s) SMG dans la facture** **RG_VF_R40**

R41 **Déterminer le contexte tarifaire Professionnel de Santé (PS) de la prestation** **RG_IP_R41**

R42 **Déterminer le contexte tarifaire bénéficiaire (BS) de la prestation** **RG_IP_R42**

R43 **Contrôler le non panachage des paniers de soins dentaires sur une même dent** **RG_IP_R43**

R44 **Contrôler le non panachage des paniers de soins optiques entre verres** **RG_IP_R44**

R51 **Déterminer la nécessité d'un complément AT dentaire** **RG_VF_R51**

R55 **Déterminer le code prestation du dépassement à générer** **RG_VF_R55**

R60 **Déterminer l'honoraire de dispensation simple à générer** **RG_CF_R60**

R61 **Déterminer la nécessité de générer un honoraire complexe** **RG_CF_R61**

R62 **Déterminer la nécessité de générer un honoraire pour médicament remboursable** **RG_CF_R62**

R63 **Déterminer la nécessité de générer un honoraire lié à l'âge** **RG_CF_R63**

R64 **Déterminer la nécessité de générer un honoraire pour médicament spécifique** **RG_CF_R64**

R65 **Contrôler la validité du mode de prescription à la date de prescription** **RG_IP_R65**

R66 **Contrôler la compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution pour délivrance du princeps** **RG_IP_R66**

R70 **Détermination du code prestation en cas de consultation obligatoire enfant** **RG_IP339[CP16]**

4 2ème partie : Tarification

4.1 Chapitre 1 : Base de remboursement

4.1.1 Section 1 : Base de remboursement des codes prestations : Synthèse des règles B

B1	**Déterminer la date à retenir pour la base de remboursement d'un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires) ou un auxiliaire médical, ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale**	**RG_VF_B1**
B1 bis	**Déterminer la date à retenir pour la base de remboursement des soins RG_VF_B1dentaires**	**RG_VF_B1[CP1]**
B2	**Déterminer le tarif de la lettre-clé à retenir pour le calcul de la base de remboursement**	**RG_VF_B2**
B3	**Montant de la majoration d'urgence**	**RG_VF_B3**
B4	**Déterminer la base de remboursement du forfait technique d'un acte de scanographie**	**RG_VF_B13[CP6]**
B5	**Déterminer la base de remboursement du forfait technique d'un acte d'I.R.M.**	**RG_VF_B13[CP7]**
B6	**Déterminer la nature du montant de la majoration pour les codes prestation effectués par des prescripteurs**	**RG_VF_B6**
B6bis	**Déterminer la nature du montant de la majoration pour les codes prestation effectués par un auxiliaire médical**	**RG_VF_B6bis**
B7	**Montant de la majoration de nuit au pourcentage**	**RG_VF_B7**
B8	**Montant de la majoration de nuit forfaitaire**	**RG_VF_B8**
B9	**Déterminer le montant de la majoration de nuit**	**RG_VF_B9**
B10	**Montant de la majoration en pourcentage de dimanche ou jour férié**	**RG_VF_B10**
B11	**Montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire**	**RG_VF_B11**
B12	**Déterminer le montant de la majoration de dimanche ou jour férié**	**RG_VF_B12**
B13	**Déterminer la base de remboursement d'un code prestation NGAP, NABM et actes secondaires**	**RG_VF_B13 / RG_VF_B13[CP12]**

4.1.2 Section 2 : Base de remboursement des frais de déplacement : Synthèse des règles F

F1	**Base de remboursement pour des frais de déplacement de type ID**	**RG_VF_B13[CP1]**
F2	**Base de remboursement pour des frais de déplacement IF**	**RG_VF_B13[CP2]**

F3 **Base de remboursement pour des frais de déplacement lfx** **RG_VF_B13[CP3]**

F4 **Base de remboursement des indemnités kilométriques** **RG_VF_B13[CP4] / RG_VF_B2[CP10]**

F5 **Montant de l'indemnité kilométrique** **RG_VF412**

4.1.3 Section 3 : Base de remboursement des frais pharmaceutiques : Synthèse des règles S

S1 **Prix unitaire et Base de remboursement des frais pharmaceutiques (hors actes secondaires) et de la LPP** **RG_VF_B13[CP5]**

S2 **Prix unitaire et Base de remboursement de prestations sanitaires non identifiées par l'AMO** **RG_VF_B2[CP4] / RG_VF_B13[CP10]**

S3 **Prix unitaire d'une prestation d'honoraire de dispensation générée** **RG_VF_B2[CP5]**

S403 **Détermination du montant restant à ventiler sur une prestation non identifiée par l'AMO** **RG_VF403**

4.2 Chapitre 2 : Taux de remboursement : Synthèse des règles T

T1	**Date de référence pour déterminer le taux de remboursement pour un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires prothétiques et d'ODF) ou un auxiliaire médical** **RG_CF301 / RG_VF_T1 / RG_VF_T1[CP1]**
T3.1	**Date à prendre en compte afin de déterminer le taux de remboursement pour un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires prothétiques et d'ODF) ou un auxiliaire médical (RSI)** **RG_CF301[CP1] / RG_VF_T1**
T1 bis	**Date de référence pour déterminer le taux de remboursement des soins dentaires prothétiques et d'ODF.** **RG_CF301[CP2] / RG_VF_T1[CP3]**
T1 ter	**Date de référence pour déterminer le taux de remboursement des frais pharmaceutiques, de la LPP et d'analyse de biologie médicale** **RG_CF302 / RG_CF302[CP2] / RG_VF_T1 / RG_VF_T1[CP1]**
T3.1 ter	**Date à prendre en compte pour déterminer le taux de remboursement des frais pharmaceutiques, de la LPP et d'analyses de biologie médicale (RSI)** **RG_CF302[CP2] / RG_VF_T1**
T2	**Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation effectué par un prescripteur** **RG_VF_T2 / RG_CF305 / RG_CF305[CP1]**
T2 bis	**Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation effectué par un auxiliaire médical** **RG_VF_T2bis / RG_CF305 / RG_CF305[CP1]**
T2 ter	**Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un pharmacien ou un fournisseur** **RG_VF_T2ter / RG_CF305 / RG_CF305[CP1]**
T2 quater	**Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un laboratoire d'analyses de biologie médicale** **RG_VF_T2quater / RG_CF305 / RG_CF305[CP1]**
T2-quint	**Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour une FSE en l'absence de code couverture** **RG_VF_T2quint**
T3	**Détermination du taux de remboursement lié à la nature d'assurance** **RG_VF_T3**
T4	**Détermination du taux de remboursement des codes prestation à coefficient exonérant** **RG_VF_T4**
T5	**Détermination du taux de remboursement des actes exonérés** **RG_VF_T5**
T6	**Détermination du taux de remboursement lié aux soins exonérés pour les nouveau-nés** **RG_VF_T6**
T7	**Détermination du taux de remboursement de base** **RG_VF_T7 / RG_VF_T13[CP4]**
T8	**Détermination du taux de remboursement à prendre en compte** **RG_V306 / RG_VF_T8**

T12 **Détermination du taux de remboursement pour les actes de prévention** **RG_VF_T12**

T13 **Détermination du taux de remboursement à prendre en compte pour chaque acte de la facture** **RG_VF_T13 / RG_VF_T13[CP2) / CG_VF001**

Tc8 **Détermination du taux de remboursement à prendre en compte pour un acte CCAM** **RG_VF_T8**

4.3 Chapitre 3 : Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. : Synthèse des règles P

P0	**Détermination du contexte de calcul du montant remboursable par l'A.M.O.**	**RG_VF_P0**
P0bis	**Détermination de la diminution de taux à prendre en compte hors parcours de soins**	**RG_VF_P0bis**
P1	**Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. pour les situations différentes de « hors parcours de soins »**	**RG_VF_P1**
P1bis	**Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. hors parcours de soins**	**RG_VF_P1bis**
P2	**Calcul du dépassement**	**RG_VF_P2 / RG_VF_P2[SP03.1]**
P3	**Contrôle du respect des tarifs opposables pour des prestations support**	**RG_VF_P3 / RG_VF_P3[CP1]**
P4	**Contrôle du respect des tarifs opposables pour des prestations secondaires**	**RG_VF_P4 / RG_VF_P4[CP1]**
P5	**Contrôle du respect des plafonds des actes prothétiques**	**RG_VF_P5[SP03.1]**
P6	**Contrôle du respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses)**	**RG_VF_P6**
P7	**Contrôle du respect des prix limite de vente des produits de la LPP**	**RG_VF_P7 / RG_VF_P7[SP03] / RG_VF_P7[SP04] / RG_VF_P7[CP1]**

5 Annexe : Tables

Cf. Document Annexe 2bis

Annexe 2bis

Réglementation - Tarification
Partie Tables

Intégrant l'Addendum n°8

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

Table 1 Table des codes prestations 5
Table 1.1 Table des tarifs réglementaires des honoraires de dispensation générés 7
Table 2 Table des compatibilités entre les codes prestation et les spécialités de Professionnels de Santé 8
Table 2bis Table des compatibilités entre les codes prestation et le contexte conventionnel du Professionnel de Santé 9
Table 2ter Codes Prestation soumis au respect du tarif opposable 10
Table 3 Table des compatibilités entre les codes prestation et la qualité du bénéficiaire 11
Table 3bis Table d'incompatibilité entre des codes actes et une situation particulière 12
Table 4 Table des compatibilités entre les codes prestation et plusieurs concepts (nature d'assurance, coefficient,...) 13
Table 4 bis Taux de remboursement de base d'un acte CCAM 14
Table 4 ter Taux de remboursement de base d'un acte CCAM 15
Table 5bis Prestations relatives au contexte d'«Urgence» 16
Table 6 Table des codes prestation susceptibles d'être soumis à la formalité de l'entente préalable 17
Table 7 Table des compatibilités entre les codes prestation et le qualificatif de la dépense 18
Table 8.1 Table des taux de remboursement des prescripteurs 20
Table 8.2 Table des taux de remboursement des Auxiliaires-médicaux 25
Table 8.3 Table des taux de remboursement des Pharmaciens 30
Table 8.4 Table des taux de remboursement des Laboratoires d'analyses médicales 37
Table 8.5 Table des taux de remboursement des Fournisseurs 42
Table 11.1 Régimes dont les assurés sont couverts pour le risque AT 46
Table 11.2 Régimes autorisant l'envoi d'une FSE AT 47
Table 11.3 Régimes acceptant l'envoi d'une FSE AT à l'organisme maladie inscrit en carte en l'absence d'organisme sur le support AT 48
Table 11.4 Caisses gestionnaires du régime agricole n'autorisant pas l'envoi de FSE relative à un Accident de la Vie Privée 49
Table 12 Tables des Codes Prestation obligatoirement associés 50
Table 14 Table de détermination de « diminution TAUX » hors parcours de soins 51
Table 14.1 Prestations non soumises à la MTM 52
Table 15.1 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé 53
Table 15.2 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la situation du bénéficiaire des soins 54
Table 15.3 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la nature des soins 55
Table 15.4 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la nature d'assurance 56
Table 15.5 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la catégorie médicale d'un acte CCAM 57
Table 16.1 Spécialités de Professionnels de Santé compatibles avec la situation d' « Accès Direct Spécifique » 58
Table 16.2 Spécialités de Professionnels de Santé compatibles avec la situation « Hors Accès Direct Spécifique » 59
Table 17 Compatibilité des majorations de coordination selon le contexte du parcours de soins et la spécialité du PS. 60
Table 17bis Compatibilité des majorations de coordination en fonction du bénéficiaire et de la convention du PS. 61
Table 17ter Majorations de coordination pour les patients de moins de 16 ans 63

Table 18 Durée de validité de contextes particuliers du parcours de soins 64
Table 19 Acte de référence pour le calcul du plafond hors parcours 65
Tables 20.X Tables des codes spécialité de PS utilisées dans les tables 8.x 66
Tables 21.X Tables des codes prestation utilisées dans les tables 8.x 67
Tables 22.X Tables des codes spécialité de PS utilisées dans certaines règles 68
Table 23 Table du type de majoration en fonction du code prestation 69
Table 24 Taux d'abattement pour les IK des infirmiers 70
Table 30 Prestations soumises obligatoirement à un supplément dérogatoire SMG 71
Table 41 Table des contextes tarifaires PS 72
Table 41bis Groupes de spécialités PS utilisés pour le contexte tarifaire de la prestation 73
Table 42 Table des contextes tarifaires BS 74
Table 50.1 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime général, le RSI, la CCAS RATP, la CPRPSNCF, l'ENIM, la CNMSS, la CAVIMAC, le Port Autonome de Bordeaux, les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat, les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale, les sections locales mutualistes et en partie pour le régime agricole. 76
Table 50.2 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime agricole 82
Table 50.4 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour la CRPCEN 84
Table 50.6 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime minier. 86
Table 51 Table des prestations ouvrant droit à un complément AT dentaire 87
Table 52 Table des coefficients pour le calcul du PU d'un complément AT 88
Table 55 Code prestation de dépassement à générer en cas de Victime d'Attentat 89
Table 60 Table des codes prestation à générer en fonction d'une prestation en cours 90
Table 61 Nombre minimum de médicaments remboursables différents donnant droit à l'Honoraire Complexe 91
Table 63 Table des conditions donnant droit à un honoraire de dispensation lié à l'âge 92
Table 65 Table de validité des modes de prescription 93
Table 66 Table de compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution pour délivrance du princeps 94
Table 70 Consultations Obligatoires Enfant 95

Table 1 Table des codes prestations

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T1.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
AAD	Autres accessoires traitement à domicile (Titre I Chapitre 1 de la LPP)		Support	LPP	so	so	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

Légende

Id. FD : Indemnité de Déplacement

Id. K : Indemnité Kilométrique

Remarques :

- pour les codes prestation NGAP concernés par la mise en place de la CCAM, les dates de fin de validité sont gérés par la règle CC6 et la base CCAM et ne figurent donc pas dans cette table.
- Les types d'acte « Id. FD » et « Id. K » sont des actes de type secondaire.
- Le type de nomenclature « Frais PH » (frais pharmaceutiques) regroupe l'ensemble des produits et prestations délivrés par un pharmacien, à l'exception de la LPP. Il s'agit de :
  - produits non spécialisés (produits de droguerie pharmaceutique, médicaments officinaux, préparations magistrales,
  - médicaments spécialisés (médicaments préparés à l'avance présentés dans un conditionnement particulier)
- Le type de nomenclature « LPP» concerne des prestations ou produits délivrés par un Pharmacien ou un Fournisseur, à savoir :
  - les fournitures et appareils inscrits à la Liste des Produits et Prestations (LPP) ne nécessitant pas d'agrément du fournisseur pour être pris en charge par l'Assurance Maladie.
- Un code prestation est rattaché à une seule nomenclature mais peut être rattaché à aucun, ou un groupe fonctionnel.
- Top codage affiné :
  - OUI : il existe des codes affinés associés à cette lettre clé.
  - OUI* : il existe des codes affinés pour certains produits uniquement.
  - NON : il n'existe pas de codes affinés associés à cette lettre clé.
- Groupe fonctionnel détail : libellés des codes agrégés remplaçant les codes actes « réservés PS »
  - CCE : Consultation très complexe Enfants

- CCX : Consultation complexe Enfants
- MCX : Majoration pour consultation complexe
- MTX : Majoration pour consultation très complexe

Table 1.1 Table des tarifs réglementaires des honoraires de dispensation générés

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T1.1.csv » du package documentaire

Format de cette table

		Tarifs réglementaires en €						
		Code caisse de rattachement du PS						
Code prestation	**Date d'effet**	**971** Guadeloupe	**972** Martinique	**973** Guyane	**974** Réunion	**976** Mayotte	**Autres** Métropole	
HC	01/01/15	0,51	0,51	0,51	0,51	0,51	**0,51**	
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Légende

~~Les tarifs sont exprimés en €uros.~~

~~Ils dépendent, à une même date donnée, de la valeur du code caisse de rattachement du professionnel de santé.~~

Table 2 Table des compatibilités entre les codes prestation et les spécialités de Professionnels de Santé

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T2.csv » du package documentaire

Remarque : Cette table ne contient pas les codes prestation CCAM

Format de cette table

	01	02	03	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	84	85	86
AAD .../...	.../...	.../...	.../...	.../... .../...	.../... .../...	.../... .../...	.../... .../...	.../... .../...	.../... .../...	.../... .../...	.../...	.../...	.../...

Table 2bis Table des compatibilités entre les codes prestation et le contexte conventionnel du Professionnel de Santé

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T2bis.csv » du package documentaire

Format de cette table

	PS								
	Non conventionné		**Secteur 1**			**Secteur 1DP ou 2**			
Code convention	**0**		**1**			**2 ou 3**			
Contrat tarifaire PS	**Aucun**		**OPTAM-CO**	**OPTAM**	**Aucun**	**OPTAM-CO**	**OPTAM**	**Aucun**	
BS	**~~CMU-C~~ C2S ~~ou ACS~~**	**Autres**	**Tous**	**Tous**	**Tous**	**Tous**	**Tous**	**~~CMU-C~~ C2S ~~ou ACS~~**	**Autres**
N° cas	**Cas 1**	**Cas 2**	**Cas 3**	**Cas 4**	**Cas 5**	**Cas 6**	**Cas 7**	**Cas 8**	**Cas 9**

Code prestation	**Cas 1**	**Cas 2**	**Cas 3**	**Cas 4**	**Cas 5**	**Cas 6**	**Cas 7**	**Cas 8**	**Cas 9**
~~CCP~~	~~NON~~		~~sous condition P3~~			~~sous condition P3~~		~~sous condition P3~~	~~sous condition P3~~
CCP	NON	NON	s/c P3	s/c P3	s/c P3	s/c P3	s/c P3	s/c P3	s/c P3
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Table 2ter Codes Prestation soumis au respect du tarif opposable

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T2ter.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code prestation
ADI
…/…

Table 3 Table des compatibilités entre les codes prestation et la qualité du bénéficiaire

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T3.csv » du package documentaire

Format de cette table

	Qualité du bénéficiaire									Age min		Age max	
Code prestation	**Assuré**	**Ascendant, descendant, collatéraux ascendants**	**Conjoint**	**Conjoint divorcé**	**Concubin**	**Conjoint séparé**	**Enfant**	**Conjoint veuf**	**Autre ayant-droit**	**mois**	**années**	**mois**	**années**
AAD	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
…/…	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.	./.	…/…	…/…	…/…	…/…

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Légende

0 = NON, 1 = OUI

Remarque : Cette table ne contient pas les codes prestation CCAM

Table 3bis Table d'incompatibilité entre des codes actes et une situation particulière

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T3bis.csv » du package documentaire

Format de cette table

Situation particulière	Code prestation	Groupe fonctionnel général	Groupe fonctionnel détail
Victime d'Attentat	**Tous**	**Soins dentaires**	**Forfait CMU-C**
…/…	**…/…**	**…/…**	**…/…**

Table 4 Table des compatibilités entre les codes prestation et plusieurs concepts (nature d'assurance, coefficient,...)

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T4.csv » du package documentaire

Format de cette table

	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance								Compatibilité de l'acte avec un complément (**)					
Code prestation	**Maladie**	**Maternité**	**Accident du Travail**	**Soins Médicaux Gratuits**	**Nécessité d'une prescription (***)**	**Nécessité d'un coefficient (*)**	**Valeurs minimales et maximales du coefficient**	**Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement**	**Férié**	**Nuit**	**Urgence**	~~**T.R théorique (****)**~~	~~**T.R. théorique CRPCEN**~~	~~**Date d'effet des taux (*****)**~~
AAD	O	O	O	O	O	N	[1 ; 1]	N	N	N	N	~~70~~	~~85~~	~~T_0~~
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	~~…/…~~	~~…/…~~	~~…/…~~

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Légende

N = NON, O = OUI

(*) Si le coefficient n'est pas saisi par le Professionnel de Santé, il doit être renseigné à 1 par défaut.
S'il n'y a pas nécessité d'un coefficient, la seule valeur acceptée dans la facture est la valeur 1.

(**) le contrôle de compatibilité est effectué avec l'acte support auquel la majoration ou le forfait est rattaché.

~~(***) T.R. Théorique à appliquer pour tous les régimes hormis : SNCF, CRPCEN~~

~~(****) T_0 = 01/07/10~~

(*****) la nécessité d'une prescription est contrôlée par rapport à l'acte support associé.

Remarque : Cette table ne contient pas les codes prestation CCAM

Table 4 bis Taux de remboursement de base d'un acte CCAM

Cette table est supprimée et fusionnée dans la table 4ter suivante.

~~Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T4.csv » du package documentaire~~

~~Format de cette table~~

~~cf. § précédent : format de la table 4 mais pour les actes CCAM seules les 3 dernières colonnes sont renseignées~~

	~~Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance~~							~~Compatibilité de l'acte avec un complément (**)~~					
~~prestation~~	~~Maladie~~	~~Maternité~~	~~Accident du Travail~~	~~Soins Médicaux Gratuits~~	~~Nécessité d'une prescription~~	~~Nécessité d'un coefficient~~	~~Valeurs minimales et maximales du coefficient~~	~~Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement~~	~~Férié~~	~~Nuit~~	~~Urgence~~	~~T.R théorique (***)~~	~~T.R. théorique CRPCEN~~	~~Date d'effet des taux (****)~~
~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~
~~ATM~~												~~70~~	~~85~~	~~T_0~~
~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~	~~.../...~~

~~A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.~~

~~Légende~~

~~(****) T_0 : cf. Table 4~~

Table 4 ter Taux de remboursement de base d'un acte CCAM

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T4ter.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code prestation	Spécialité PS	T.R théorique (*)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…
ATM	Toutes	70	85	~~T_0~~ 01/07/10
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…
~~ID~~		~~Spécialités 30, 39, 40 : 60%~~ ~~Autres : 70%~~	~~Spécialités 30, 39, 40 : 80%~~ ~~Autres : 85%~~	~~T_0~~
ID	{30, 39, 40}	60	80	~~T_0~~ 01/07/10
ID	<> {30, 39, 40}	70	85	~~T_0~~ 01/07/10
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Cette nouvelle table reprend les 3 dernières colonnes de la table 4 (TR théorique + date d'effet) et inclut une nouvelle colonne « spécialité du PS »

A noter que la date d'effet initiale des taux, anciennement notée T_0, est remplacée dans la table par sa valeur explicite du 01/07/10, afin d'homogénéiser le format des données enn dernière colonne « Date d'effet des taux ».

Légende

(*) T.R. Théorique à appliquer pour tous les régimes hormis : SNCF, CRPCEN

Table 5bis Prestations relatives au contexte d'«Urgence»

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T5bis.csv » du package documentaire

Format de cette table

Nature de prestation	Complément de prestation	Acte CCAM	Modificateur CCAM
Toutes	N	Sans objet	Sans objet
…/…	…/…	…/…	…/…

Légende

(*)Tout acte CCAM compatible avec le modificateur cf. Annexe 1-A1 règle RC3 .

Table 6 Table des codes prestation susceptibles d'être soumis à la formalité de l'entente préalable

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T6.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code prestation	Spécialité de l'exécutant
AIS	24
.../...	.../...

Légende

Remarque : Cette table ne contient pas les codes prestation CCAM

Table 7 Table des compatibilités entre les codes prestation et le qualificatif de la dépense

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T7.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Rembour-sable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
AAD	1	0	0	0	1	0	0	1
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Légende

0 = NON ou sans objet

1 = OUI

TAUX DE REMBOURSEMENT DES PRESCRIPTEURS

Table 8.1 Table des taux de remboursement des prescripteurs

Valeur du code ALD (1er caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	Poser la question : « Les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? » Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est « soins conformes au protocole ALD ». Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'annexe 2), la réponse à cette question est nécessairement identique à celle de l'acte support auquel la prestation secondaire est rattachée

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0100	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0101	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0102	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0103	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0104	80 %	FSV
0105	90 %	pas d'exonération
0106	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0107	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0108	90 %	pas d'exonération
0109	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0110	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0200	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0201	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0202	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »		Code Justificatif d'exonération
0203	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0204	80 %		FSV
0205	90 %		pas d'exonération
0206	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0207	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0225	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	90 %	pas d'exonération
0226	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0227	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0300	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0301	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0302	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0303	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0304	80%		FSV
0400	• Prestations de la table T21.1 : 100% • Autres : 75%		pas d'exonération
0401	• Pour les spécialités de la table T20.1 : 100% • Autres spécialités : ○ Prestations de la table 21.2 : 100% ○ Autres prestations voir code situation 0100		pas d'exonération
0401	• Pour les spécialités de la table T20.1 : 100% • Autres spécialités : ○ Prestations de la table 21.2 : 100% ○ Autres prestations voir code situation 0100		pas d'exonération
0403	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans la table 4).		Pas d'exonération
0404	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0405	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0406	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0407	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00106 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0408	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0409	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.1).	identique à celui précisé dans la table 8.1
0414	100 %	pas d'exonération
0415	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0500	gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base du Régime Général figurant en table 4	pas d'exonération
0501	gestion identique au code couverture 00101 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0502	gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0503	gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général (80 %)	FSV
0700	**Soins non conformes au protocole ALD :** 100%	exonération régimes spéciaux

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
1000	ni une exonération, ni une modulation	pas d'exonération
1001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1004	85 %	FSV
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
9001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9004	80 %	FSV
9020	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9021	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9022	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9023	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9024	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération

TAUX DE REMBOURSEMENT DES AUXILIAIRES-MEDICAUX

Table 8.2 Table des taux de remboursement des Auxiliaires-médicaux

Valeur du code ALD (1er caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	Poser la question : « Les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? » Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est « soins conformes au protocole ALD ». Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'annexe 2), la réponse à cette question est nécessairement identique à celle de l'acte support auquel la prestation secondaire est rattachée

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0100	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0101	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0102	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0103	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0104	80 %	FSV
0105	90 %	pas d'exonération
0106	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0107	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0108	90 %	pas d'exonération
0109	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0110	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0200	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0201	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0202	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »		Code Justificatif d'exonération
0203	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0204	80 %		FSV
0205	90 %		pas d'exonération
0206	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0207	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0225	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	90 %	pas d'exonération
0226	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0227	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0300	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0301	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0302	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0303	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0304	80%		FSV
0400	• Prestations de la table T21.8 : 100% • Autres : 75%		pas d'exonération
0401	Poser la question : « PRESCRIPTION ETABLIE PAR MEDECIN SNCF (sur imprimé 1032 ou avec mention de Médecin SNCF) ? » SI LA REPONSE EST OUI : le taux est de 100 % SI LA REPONSE EST NON : • Si la spécialité du prescripteur est présente en table T20.1 : 100%		Service médical SNCF
	• sinon : cf. code situation 0100		pas d'exonération
0403	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans la table 4).		Pas d'exonération
0404	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0405	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0406	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.2).	identique à celui précisé dans la table 8.2
0407	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00106 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.2).	identique à celui précisé dans la table 8.2
0408	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.2).	identique à celui précisé dans la table 8.2
0409	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.2).	identique à celui précisé dans la table 8.2
0414	100 %	pas d'exonération
0415	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0500	gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base du Régime Général figurant en table 4	pas d'exonération
0501	gestion identique au code couverture 00101 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0502	gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0503	gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général (80 %)	FSV
0700	**Soins non conformes au protocole ALD** : 100%	exonération régimes spéciaux
1000	ni une exonération, ni une modulation	pas d'exonération
1001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1004	80 %	FSV

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
9001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9004	80 %	FSV
9020	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9021	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9022	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9023	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9024	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération

TAUX DE REMBOURSEMENT PHARMACIENS

Table 8.3 Table des taux de remboursement des Pharmaciens

Valeur du code ALD (1er caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	Poser la question : « Les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? » Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est « soins conformes au protocole ALD ». Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous Cas particulier : Pour une prestation de type honoraire, le LPS ne pose pas la question au PS : • pour une prestation de type honoraire simple, le LPS considère la même réponse que celle donnée par le PS pour la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte, • pour une prestation de type honoraire global, le LPS considère que la réponse est NON. A noter que pour les HDA, HDE, HDR, cette réponse à NON n'empêche pas une exonération sous justificatif d'exonération 4 (cf. T8) Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'annexe 2), la réponse à cette question est nécessairement identique à celle de l'acte support auquel la prestation secondaire est rattachée

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0100	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0101	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0102	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • Autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0103	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0104	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU 15 % • PH4, PPI, HD4, HG4 30% • HDA, HDE, HDR, PH7, HD7, HG7 65 % • autres 80 %	FSV
0105	• PH2, PM2, HD2, HG2 15 %	pas d'exonération

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
	• MHU, PMH 65 % • PH4, PM4, PPI, HD4, HG4 80% • autres 90%	
0106	• PH2, PM2, HD2, HG2 15% • MHU, PMH 65 % • PH4, PM4, HD4, HG4 80 % • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0107	• PH2, PM2, HD2, HG2 15% • MHU, PMH 65 % • PH4, PM4, HD4, HG4 80 % • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0108	• PH2, PM2, HD2, HG2 15 %, • MHU, PMH 65 % • PH4, PM4, PPI, HD4, HG4 80% • autres 90%	pas d'exonération
0109	• PH2, PM2, HD2, HG2 15% • MHU, PMH 65 % • PH4, PM4, HD4, HG4 80 % • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0110	• PH2, PM2, HD2, HG2 15% • MHU, PMH 65 % • PH4, PM4, HD4, HG4 80 % • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0200	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0201	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0202	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • autres=100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0203	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • autres=100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0204	• PH2, HD2, HG2, MHU 15 % • PH4, PPI, HD4, HG4 30% • HDA, HDE, HDR, PH7, HD7, HG7 65 % • autres=80 %	FSV

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »		Code Justificatif d'exonération
0205	90 %		pas d'exonération
0206	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH, PH4, PM4, HD4, HG4 90 % • autres=100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0207	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH, PH4, PM4, HD4, HG4 90 % - • autres=100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0225	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	90 %	pas d'exonération
0226	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH, PH4, PM4, HD4, HG4 90 % • autres=100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0227	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH, PH4, PM4, HD4, HG4 90 % • autres=100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0300	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0301	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0302	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • autres=100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0303	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • autres=100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0304	• PH2, HD2, HG2, MHU 15% • PH4, PPI, HD4, HG4 30% • HDA, HDE, HDR, PH7, HD7, HG7 65 % • autres 80%		FSV
0400	• Prestations de la table T21.11 100%		pas d'exonération

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
	• Autres 75%	
0401	Poser la question : « PRESCRIPTION ETABLIE PAR MEDECIN SNCF (sur imprimé 1032 ou avec mention de Médecin SNCF) ? » SI LA REPONSE EST OUI le taux est de 100 % SI LA REPONSE EST NON : ○ Si la spécialité du prescripteur est présente en table T20.1 100%	Service médical SNCF
	○ sinon cf. code situation 0100	pas d'exonération
0403	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans la table 4).	Pas d'exonération
0404	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0405	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0406	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0407	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00106 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0408	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0409	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.3).	identique à celui précisé dans la table 8.3
0414	100 %	pas d'exonération
0415	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0500	gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base du Régime Général figurant en table 4 ni exonération, ni modulation (cf. table 4 colonne Régime Général)	pas d'exonération
0501	gestion identique au code couverture 00101 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0502	gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général	assuré ou bénéficiaire exonéré
0503	gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général	assuré ou bénéficiaire exonéré
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général	FSV

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0700	**Soins non conformes au protocole ALD** : 100%	exonération régimes spéciaux
1000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1002	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 45 % • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1003	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 45 % • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1004	• PH2, HD2, HG2, MHU 15 % • PH4, PPI, HD4, HG4 45 % • autres 85 %	FSV
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
9001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9002	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH: 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9003	• PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH: 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% • autres 100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9004	• PH2, HD2, HG2, MHU 15 % • PH4, PPI, HD4, HG4 30% • HDA, HDE, HDR, PH7, HD7, HG7 65 % • Autres 80%	FSV
9020	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
9021	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9022	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9023	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9024	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération

TAUX DE REMBOURSEMENT DES LABORATOIRES D'ANALYSES MEDICALES

Table 8.4 Table des taux de remboursement des Laboratoires d'analyses médicales

Valeur du code ALD (1er caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	Poser la question : « Les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? » Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est « soins conformes au protocole ALD ». Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'annexe 2), la réponse à cette question est nécessairement identique à celle de l'acte support auquel la prestation secondaire est rattachée

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0100	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0101	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0102	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0103	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0104	80 %	FSV
0105	90 %	pas d'exonération
0106	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0107	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0108	90 %	pas d'exonération
0109	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0110	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0200	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0201	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0202	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »		Code Justificatif d'exonération
0203	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0204	80 %		FSV
0205	90 %		pas d'exonération
0206	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0207	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0225	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	90 %	pas d'exonération
0226	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0227	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0300	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0301	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0302	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0303	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0304	80%		FSV
0400	• Prestations de la table T21.8 : 100% • Autres : 75%		pas d'exonération
0401	Poser la question : « PRESCRIPTION ETABLIE PAR MEDECIN SNCF ? » SI LA REPONSE EST OUI : le taux est de 100 %		Service médical SNCF
	SI LA REPONSE EST NON : • Si la spécialité du prescripteur est présente en table T20.1 : 100%		
	• sinon : cf. code situation 0100		pas d'exonération
0403	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans la table 4).		Pas d'exonération
0404	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0405	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0406	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.4).	identique à celui précisé dans la table 8.4
0407	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00106 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.4).	identique à celui précisé dans la table 8.4
0408	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.4).	identique à celui précisé dans la table 8.4
0409	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.4).	identique à celui précisé dans la table 8.4
0414	100 %	pas d'exonération
0415	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0500	gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base du Régime Général figurant en table 4	pas d'exonération
0501	gestion identique au code couverture 00101 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0502	gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0503	gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général (80 %)	FSV
0700	**Soins non conformes au protocole ALD** : 100%	exonération régimes spéciaux
1000	ni une exonération, ni une modulation	pas d'exonération
1001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1004	80 %	FSV

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
9001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9004	80 %	FSV
9020	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9021	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9022	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9023	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9024	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération

TAUX DE REMBOURSEMENT DES FOURNISSEURS

Table 8.5 Table des taux de remboursement des Fournisseurs

Valeur du code ALD (1er caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	Poser la question : "Les soins sont-ils conformes au protocole ALD ?" Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est "soins conformes au protocole ALD". Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'annexe 2), la réponse à cette question est nécessairement identique à celle de l'acte support auquel la prestation secondaire est rattachée

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0100	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0101	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0102	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0103	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0104	80 %	FSV
0105	90 %	pas d'exonération
0106	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0107	100%	assuré ou bénéficiaire exonéré
0108	90 %	pas d'exonération
0109	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0110	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0200	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0201	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0202	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »		Code Justificatif d'exonération
0203	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0204	80 %		FSV
0205	90 %		pas d'exonération
0206	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0207	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0225	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	90 %	pas d'exonération
0226	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0227	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé (cf. R35)	pas d'exonération
	En rapport avec un accident : NON	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0300	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0301	ni exonération, ni modulation		pas d'exonération
0302	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0303	100 %		assuré ou bénéficiaire exonéré
0304	80%		FSV
0400	• Prestations de la table T21.11 : 100% ? • Autres : 75%		pas d'exonération
0401	Poser la question : "PRESCRIPTION ETABLIE PAR MEDECIN SNCF (sur imprimé 1032 ou avec mention de Médecin SNCF)?" SI LA REPONSE EST OUI : le taux est de 100 %		Service médical SNCF
	SI LA REPONSE EST NON : • Si la spécialité du prescripteur est présente en table T20.1 : 100%		
	• sinon : cf. code situation 0100		pas d'exonération
0403	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans la table 4).		pas d'exonération

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
0404	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0405	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0406	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.5).	identique à celui précisé dans la table 8.5
0407	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00106 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.5).	identique à celui précisé dans la table 8.5
0408	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00105 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.5).	identique à celui précisé dans la table 8.5
0409	taux du Régime Général de sécurité sociale (gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général par application des taux figurant dans la table 8.5).	identique à celui précisé dans la table 8.5
0414	100 %	pas d'exonération
0415	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0500	gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base du Régime Général figurant en table 4 ni exonération, ni modulation (cf. table 4 colonne Régime Général)	pas d'exonération
0501	gestion identique au code couverture 00101 du Régime Général (100 %)	assuré ou bénéficiaire exonéré
0502	gestion identique au code couverture 00102 du Régime Général	assuré ou bénéficiaire exonéré
0503	gestion identique au code couverture 00103 du Régime Général	assuré ou bénéficiaire exonéré
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général	FSV
0700	**Soins non conformes au protocole ALD** : 100%	exonération régimes spéciaux
1000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1004	85 %	FSV

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9000	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
9001	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9002	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9003	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
9004	80%	FSV
9020	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9021	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9022	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9023	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération
9024	non remboursé (cf. R18)	pas d'exonération

FSV dans cette table signifie Fond de Solidarité Vieillesse

Table 11.1 Régimes dont les assurés sont couverts pour le risque AT

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T11.x.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué pour être fusionnée dans la table 11.x

Ancien Format

Régime	Risque AT
01	O
02	O
…/…	…/…

Nouveau Format : Table 11.x

Table			
11.1	11.2	11.3	11.4

Code régime	Caisse gestionnaire	Centre gestionnaire	Code gestion	Risque AT	FSE AT	FSE AT	Top autorisant l'envoi de FSE
1	toutes	tous	≠ {23 ; 29}	O	O	O	so
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…
2	571	tous	tous	O	O	N	N
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Table 11.2 Régimes autorisant l'envoi d'une FSE AT

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T11.x.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué pour être fusionnée dans la table 11.x

Ancien Format

Code régime	Caisse gestionnaire	Centre gestionnaire	Code gestion	FSE AT
01	toutes	tous	≠ {23 ; 29}	O
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…
02	579	tous	tous	N
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Nouveau Format : Table 11.x

							Table			
							11.1	11.2	11.3	11.4
Code régime	**Caisse gestionnaire**	**Centre gestionnaire**	**Code gestion**	**Risque AT**	**FSE AT**	**FSE AT**	**Top autorisant l'envoi de FSE**			
1	toutes	tous	≠ {23 ; 29}	O	O	O	so			
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…			
2	571	tous	tous	O	O	N	N			
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…			

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Table 11.3 Régimes acceptant l'envoi d'une FSE AT à l'organisme maladie inscrit en carte en l'absence d'organisme sur le support AT

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T11.x.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué pour être fusionnée dans la table 11.x

Ancien Format

Code régime	Caisse gestionnaire	Centre gestionnaire	Code gestion	FSE AT
01	toutes	tous	≠ {23 ; 29}	O
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Nouveau Format : Table 11.x

				Table			
				11.1	**11.2**	**11.3**	**11.4**
Code régime	**Caisse gestionnaire**	**Centre gestionnaire**	**Code gestion**	**Risque AT**	**FSE AT**	**FSE AT**	**Top autorisant l'envoi de FSE**
1	toutes	tous	≠ {23 ; 29}	O	O	O	so
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…
2	571	tous	tous	O	O	N	N
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Table 11.4 Caisses gestionnaires du régime agricole n'autorisant pas l'envoi de FSE relative à un Accident de la Vie Privée

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T11.x.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué pour être fusionnée dans la table 11.x

Ancien Format

Code régime	Numéro de caisse gestionnaire	Top autorisant l'envoi de FSE
02	571	N
	…/…	…/…
	…/…	…/…

Nouveau Format : Table 11.x

Table			
11.1	11.2	11.3	11.4

Code régime	Caisse gestionnaire	Centre gestionnaire	Code gestion	Risque AT	FSE AT	FSE AT	Top autorisant l'envoi de FSE
1	toutes	tous	≠ {23 ; 29}	O	O	O	so
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…
2	571	tous	tous	O	O	N	N
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Table 12 Tables des Codes Prestation obligatoirement associés

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T12.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué

Ancien Format

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
ATD	ATM – BR1 - CM0 – CT0 – CT1 - CZ0 – CZ1 - IC0 – IC1- ICO – IMP – INO - IN1- PA0 – PA1 - PAM - PAR – PDT – PF0 – PF1 – PFC – PFM - PT0 – RA0 – RE1 – RF0 – RPN - RS0 - SU0 – SU1
…/…	…/…

Nouveau Format

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
ATD	ATM
ATD	BR1
ATD	CM0
ATD	CT0
ATD	CT1
…/…	…/…

Table 14 Table de détermination de « diminution TAUX » hors parcours de soins

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T14.csv » du package documentaire

Format de cette table

Nature d'Assurance	Situation particulière du Bénéficiaire	Code Régime	Caisse Gestionnaire	Code prestation	Code justificatif d'exonération	Situation au regard PdS	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant	Tiers-payant AMO appliqué	Diminution du taux Hors parcours de soins
Maternité	Sans objet	Tous (1)	Toutes	Toutes (2)	Sans objet	Toutes(4)	Indifférent (5)	indifférent	**0 (zéro)**
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…
Maladie	Sans objet	2	<> {941; 976}	Table 14.1	Tous (3)	Toutes(4)	Indifférent (5)	indifférent	**0 (zéro)**
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Légende

(1) Liste des codes régime : cf. A1-A0 : groupe 1310
(2) Liste des codes prestation : cf. Annexe 2bis : Table 1
(3) Liste des codes justif d'exonération : cf. A1-A0 : groupe 1820
(4) Liste des situations du Parcours de soins : cf. A1-A0 : groupe 1180
(5) Existence de la déclaration d'un Médecin traitant : « **Toutes »** signifie « toutes valeurs »,à savoir :
  a. « Oui »
  b. ou « Non ou ne sait pas »
  Ces 2 valeurs sont les seules possibles pour ce paramètre.

Table 14.1 Prestations non soumises à la MTM

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T14.1.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code prestation
FDA
…/…

Table 15.1 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T15.1.csv » du package documentaire

Format de cette table

Spécialité **PS**
19
…/…

Table 15.2 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la situation du bénéficiaire des soins

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T15.2.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code Régime	Code Caisse	Code centre	NIR	Age min	Age max	Top AME de base saisi par le PS*	*Descriptif*
Tous	toutes	tous	tous	so	16	so	*Bénéficiaires de moins de 16 ans*
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Légende

* ~~cf. Annexe1-A § 2.1.3.4.4~~ EF_BS08_01 = SP06

Table 15.3 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la nature des soins

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T15.3.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code NGAP	Code Regroupement	Code CCAM	Code justificatif d'exonération	Nature d'assurance	*Commentaire*
Tous	toutes	tous	tous	so	*Bénéficiaires de moins de 16 ans*
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…
Sans objet	*	**QEQK001**	**7**	**Maladie**	
…/…	…/…	**…/…**	**…/…**	**…/…**	…/…

Légende

* Code regroupement associé selon la base CCAM en vigueur (cf. Annexe1-A1, règle CC7)

Table 15.4 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la nature d'assurance

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T15.4.csv » du package documentaire

Format de cette table

Nature d'assurance	Code régime gestionnaire
Tous	toutes
.../...	.../...

Table 15.5 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la catégorie médicale d'un acte CCAM

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T15.5.csv » du package documentaire

Format de cette table

Catégorie médicale
AD
…/…

Table 16.1 Spécialités de Professionnels de Santé compatibles avec la situation d' « Accès Direct Spécifique »

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T16.x.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué pour être fusionnée avec la table 16.2

Ancien format

Spécialité PS	Age min	Age max
07	so	So
15	so	So
…/…	…/…	…/…

Nouveau format : Table 16.x

Table	Spécialité PS	Age min	Age max
16.1	7	so	so
16.1	15	so	so
…/…	…/…	…/…	…/…
16.2	7	so	so
16.2	15	so	so
…/…	…/…	…/…	…/…

Table 16.2 Spécialités de Professionnels de Santé compatibles avec la situation « Hors Accès Direct Spécifique »

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T16.x.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué pour être fusionnée avec la table 16.1

Ancien format

Spécialité PS	Age min	Age max
07	So	So
15	So	So
…/…	…/…	…/…

Nouveau format : Table 16.x

Table	Spécialité PS	Age min	Age max
16.1	7	so	so
16.1	15	so	so
…/…	…/…	…/…	…/…
16.2	7	so	so
16.2	15	so	so
…/…	…/…	…/…	…/…

Table 17 Compatibilité des majorations de coordination selon le contexte du parcours de soins et la spécialité du PS.

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T17.csv » du package documentaire

Format de cette table

Position par rapport au parcours de soins	Situation au regard du parcours de soins	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant	Spécialité PS	MCC	MCG	MCS
Non concerné …/… Dans le parcours	Cas d'exclusion …/… Médecin traitant de substitution(4)	Toutes (1) …/… OUI	Toutes (1) …/… Toutes(1)	**cf. 17bis** …/… **NON**	**cf. 17bis** …/… **NON**	**cf. 17bis** …/… **NON**
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…
Dans le parcours	Accès direct spécifique	OUI	Toutes (2)	**cf. 17bis**	**cf. 17bis**	**cf. 17bis**
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Légende

(1) Toute spécialité de Professionnel de Santé concerné par le parcours de soins

(2) Toute spécialité de Professionnel de Santé concerné par l'accès direct spécifique (cf. Table 16)

~~(3) Cf. Règle 39~~

(4) Le PS se trouve dans la situation de « Médecin traitant de substitution » uniquement lorsque le bénéficiaire l'informe de l'existence d'une déclaration du médecin traitant.
Dans le cas contraire, la situation au regard du parcours de soins à saisir est « Non respect du parcours».

Table 17bis Compatibilité des majorations de coordination en fonction du bénéficiaire et de la convention du PS.

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T17bis.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué du fait de l'inversion des premières colonnes

Ancien Format

			Dans le parcours ou Non concerné		Hors parcours	
PS			**BENEFICIAIRE**			
	Code convention	Contrat tarifaire PS	hors ~~CMU-C~~ C2S ~~et ACS~~	en ~~CMU-C~~ C2S ~~et ACS~~	hors ~~CMU-C~~ C2S ~~et ACS~~	en ~~CMU-C~~ C2S ~~ou ACS~~
non conventionné	0	Aucun	non	non	NON	non
secteur I (sans DP)	1	Indifférent	**MCC, MCS, MCG**	**MCC, MCS, MCG**		**MCS, MCG, MCC**
secteur I avec DP n'ayant pas adhéré à un Contrat tarifaire PS	2	Aucun	**MCC, MCS, MCG**			
secteur I avec DP ayant adhéré à un Contrat tarifaire PS		OPTAM ou OPTAM-CO	**MCC, MCS, MCG**			
secteur II n'ayant pas adhéré à un Contrat tarifaire PS	3	Aucun	**MCC, MCS, MCG**			
secteur II ayant adhéré à un Contrat tarifaire PS		OPTAM ou OPTAM-CO	**MCC, MCS, MCG**			

Nouveau Format

Code convention	Contrat tarifaire PS	**PS**	BS Dans le parcours ou Non concerné, hors C2S ~~CMU-C et ACS~~	BS Dans le parcours ou Non concerné, en C2S ~~CMU-C et ACS~~	BS Hors parcours, hors C2S ~~CMU-C et ACS~~	BS Hors parcours, en C2S ~~CMU-C ou ACS~~
0	Aucun	non conventionné	NON	NON	NON	NON
1	Indifférent	secteur I (sans DP)	**MCC, MCS, MCG**	**MCC, MCS, MCG**	NON	**MCS, MCG, MCC**
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Remarques

~~Les majorations MCC, MCG et MCS sont autorisées dans le parcours de soins dans les situations d'orientation, d'accès direct spécifique ou de hors résidence habituelle du patient.~~

~~La majoration MCS est également facturable dans un contexte d'urgence.~~

~~Les majorations MCC, MCS et MCG sont également facturables hors parcours de soins pour des bénéficiaires de la C2S, de l'ACS et de l'AME-C.~~

RG_CF_R39

Table 17ter Majorations de coordination pour les patients de moins de 16 ans

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T17ter.csv » du package documentaire

Format de cette table

MAJORATION DE COORDINATION
MCC
…/…

Table 18 Durée de validité de contextes particuliers du parcours de soins

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T18.csv » du package documentaire

Format de cette table

Contexte du parcours de soins	Spécialité PS	Durée de validité du contexte en Mois
Généraliste nouvellement installé	01, 22, 23	60
Médecin installé en zone sous médicalisée	Toutes (*)	60

Légende

(*) toute spécialité de Professionnel de Santé concerné par le parcours de soins

Table 19 Acte de référence pour le calcul du plafond hors parcours

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T19.csv » du package documentaire

Format de cette table

Acte de référence pour la détermination du plafond du reste à charge du MTM hors parcours de soins
CS+MPC

Tables 20.X Tables des codes spécialité de PS utilisées dans les tables 8.x

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T20.x.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué

Ancien format

Table	**20.1**	Table des spécialités utilisées pour la gestion du code situation	**0401**	de la table	**8.1 / 8.2 / 8.3/ 8.4/8.5**
		07	Gynécologie-obstétrique		
		…/…	…/…		…/…

Nouveau format

Table	Code situation concerné	Table du code situation	Code spécialité	Libellé
20.1	0401	8.x	7	Gynécologie-obstétrique
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Tables 21.X Tables des codes prestation utilisées dans les tables 8.x

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T21.x.csv » du package documentaire

A noter que le format de cette table a évolué

Ancien format

Table	**21.1**	code situation	**0400**	table	**8.1**
		Code prestation	Catégorie médicale	Hors CCAM	CCAM
		ACO	Toutes		o
		…/…	…/…	…/…	…/…

Table	**21.2**	code situation	**0401**	table	**8.1**
		Code prestation	Catégorie médicale	Hors CCAM	CCAM
		ADA	Toutes		o
		…/…	…/…	…/…	…/…

Nouveau format

Table	Code situation	Table appelante	Code prestation	Catégorie médicale	CCAM / Hors CCAM
21.1	0400	8.1	BDC	so	Hors CCAM
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Tables 22.X Tables des codes spécialité de PS utilisées dans certaines règles

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T22.x.csv » du package documentaire

! A noter que le format de cette table a évolué

Ancien format

Table	**22.1**	Table des spécialités non autorisés à facturer un samedi une majoration de dimanche et jour férié		Règle	**R15**
		19	Chirurgie dentaire		

Nouveau format

Table	Libellé	Code spécialité	Libellé	Règle concernée
22.1	Table des spécialités non autorisées à facturer un samedi une majoration de dimanche et jour férié	19	Chirurgie dentaire	R15
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

Table 23 Table du type de majoration en fonction du code prestation

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T23.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code prestation	Valeur seuil du coefficient	Type de majoration si Coefficient inférieur à la valeur seuil	Type de majoration si Coefficient Supérieur ou égal à la valeur seuil
C	so	Forfaitaire	Forfaitaire
…/…	…/…	…/…	…/…

Table 24 Taux d'abattement pour les IK des infirmiers

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T24.csv » du package documentaire

Format de cette table

Taux	Date d'effet	Date de fin
0%	01/01/2020	so
…/…	…/…	…/…

Table 30 Prestations soumises obligatoirement à un supplément dérogatoire SMG

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T30.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code prestation	Code affiné
ORT	so
…/…	…/…

Table 41 Table des contextes tarifaires PS

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T41.csv » du package documentaire

Format de cette table

DEFINITION				CONTEXTE tarifaire PS	
Code convention	**Contrat tarifaire PS**	**Groupe de Spécialité PS**	**Date d'exécution de la prestation**	**Code CTX_PS**	**Libellé**
1	OPTAM-CO	CO	01/01/15	**1**	secteur 1 CAS, Toutes spécialités médicales

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Table 41bis Groupes de spécialités PS utilisés pour le contexte tarifaire de la prestation

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T41bis.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code groupe spécialité	Libellé	Code spécialité	Libellé
AN	Anesthésiste	02	• Anesthésie-Réanimation
…/…	**…/…**	**…/…**	• **…/…**

Table 42 Table des contextes tarifaires BS

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T42.csv » du package documentaire

Format de cette table

SITUATION PARTICULIERE BS	Date d'exécution de la prestation	Code CONTEXTE BS	Libellé
Pas de situation spécifique	01/01/15	1	Tout Bénéficiaire
…/…	…/…	…/…	…/…

Détermination du taux de remboursement en l'absence du code couverture

Table 50.1 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime général, le RSI, la CCAS RATP, la CPRPSNCF, l'ENIM, la CNMSS, la CAVIMAC, le Port Autonome de Bordeaux, les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat, les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale, les sections locales mutualistes et en partie pour le régime agricole.

xLibellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % toutes prestations		100 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
Sinon 100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés	NON	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, PM4 = 30%	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés		100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, PM4 = 30%	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon 100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés taux rég. local frontalier	NON	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15 % MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, PM4 = 80 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés taux rég. local frontalier		100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15 % MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, PM4 = 80%	Assuré ou bénéficiaire exonéré

xLibellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon taux rég. local frontalier	NON	90% sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15% MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, PM4, PPI, = 80%	Pas d'exonération
taux rég. local frontalier		90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15% MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, PM4, PPI, = 80%	Pas d'exonération
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon Taux FSV	NON	PH2, HD2, HG2, MHU = 15% PH4, HD4, HG4, PPI = 30% HDA, HDE, HDR, PH7 = 65% autres = 80 %	FSV
Taux FSV		PH2, HD2, HG2, MHU = 15% PH4, HD4, HG4, PPI = 30% HDA, HDE, HDR, PH7 = 65% autres = 80 %	FSV
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon 100 % sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés Taux Alsace-Moselle	NON	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15 % MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, PM4 = 80%	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % sauf vignettes orange, bleues		100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré

xLibellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
et produits pharmaceutiques assimilés Taux Alsace-Moselle		MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, PM4 = 80%	
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
Sinon Taux Alsace-Moselle	NON	90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15% MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, PM4, PPI, = 80%	Pas d'exonération
Taux Alsace-Moselle		90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 = 15% PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4, PPI = 80%	Pas d'exonération
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
Sinon Autres cas non exonérés	NON	ni exonération – ni modulation	Pas d'exonération
Non exonéré		ni exonération – ni modulation	Pas d'exonération
100 % maternité	NON	100 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
100 % si service médical SNCF ou si gynécologie K, Z, ADA, ADC, ADE, ADI, ATM dentaire, hospitalisation transport	NON		Exonération régimes spéciaux (Service médical SNCF)
Autres cas taux régime général		ni exonération – ni modulation	Pas d'exonération
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD

xLibellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
sinon 100 % transport hospitalisation Appareillage Autres cas 75 %	NON	100 % ou 75 %	Pas d'exonération
75 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation Appareillage		100 % ou 75 %	Pas d'exonération.
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon 100% toutes prestations sauf 75 % pharmacie et prothèse dentaire	NON	100 % ou 75 %	Pas d'exonération
100 % toute prestation sauf 75 % pharmacie et prothèse dentaire		100 % ou 75 %	Pas d'exonération.
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon 90 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation Appareillage 15% Vignettes oranges et produits pharmaceutiques assimilés 80 % vignettes bleues et produits pharmaceutiques assimilés	NON	100 % ou 90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15% PH4, HD4, HG4, PM4, PPI, = 80%	Pas d'exonération
90 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation Appareillage 15% Vignettes oranges et produits pharmaceutiques assimilés		100 % ou 90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 MHU, PMH = 15% PH4, HD4, HG4, PM4, PPI, = 80%	Pas d'exonération

xLibellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
80 % vignettes bleues et produits pharmaceutiques assimilés			
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
Sinon 80 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation appareillage 75 % médicament	NON	100 % ou 80% ou 75 %	FSV (pas de motif d'exo pour 100% THA)
80 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation appareillage 75 % médicament		100 % ou 80% ou 75 %	FSV (pas de motif d'exo pour 100% THA)
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon 100 % maternité	NON	100 % maternité	Assuré ou bénéficiaire exonéré
sinon taux régime Alsace-Moselle		sinon 90 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2 =15% MHU, PMH = 65% PH4, HD4, HG4, PM4, PPI, = 80%	Pas d'exonération
100 % toute prestation Sauf vignettes orange et produits pharmaceutiques assimilés 15%, Sauf vignettes bleues et produits pharmaceutiques assimilés 80 %		100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, PM4 = 80%	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % maternité		100 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD

xLibellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
sinon 100 % toutes prestations Sauf vignettes orange et produits pharmaceutiques assimilés *15 %* Sauf vignettes bleues et produits pharmaceutiques assimilés 80 %	NON	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, PM4 = 80%	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % si liés ALD XXXXXX l	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon Autres cas taux régime général	NON	ni exonération - ni modulation	Pas d'exonération
Régime réduit soins non couverts		Non remboursé (Cf. R18)	Pas d'exonération
Pas d'exo taux régime général		ni exonération - ni modulation	Pas d'exonération

Table 50.2 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime agricole

Libellé	Soins en rapport avec un accident OUI / NON(1)	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % si liés ALD XXXXXX sinon	OUI		Non remboursé	
100 %	NON	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sauf vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés Taux Alsace-Moselle (accidents non couverts) (1)		NON	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, PH4, , HD4, HG4, MHU, PMH, PM4 = 90 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % sauf Vignettes orange, bleues et produits pharmaceutiques assimilés Taux Alsace-Moselle	Sans objet		100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, PH4, HD4, HG4, MHU, PMH, PM4 = 90 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % liés ALD XXXXXX	Sans objet	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon Taux Alsace-Moselle		NON	90 %	Pas d'exonération
Taux Alsace-Moselle	Sans objet		90 %	Pas d'exonération

(1) Cf. règle R35 (il ne doit pas y avoir élaboration de Feuille de Soins Electronique sécurisée SESAM-Vitale notamment lorsque le libellé " accidents non couverts " est mentionné.
Lorsque le libellé " accidents non couverts " n'est pas mentionné et que les soins sont en rapport avec un accident, il doit y avoir élaboration d'une FSE avec valorisation des données du groupe 1511.

Libellé	Soins en rapport avec un accident OUI / NON(1)	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI		Non remboursé	
sinon Autres cas non exonérés	NON	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
(accidents non couverts) (2)		NON	ni exonération - ni modulation	Pas d'exonération
Non exonéré	OUI		Non remboursé	
(accidents non couverts) (2)	NON		ni exonération - ni modulation	Pas d'exonération

(2) Cf. règle R35 (il ne doit pas y avoir élaboration de Feuille de Soins Electronique sécurisée SESAM-Vitale exclusivement lorsque le libellé " accidents non couverts " est mentionné.
Lorsque le libellé " accidents non couverts " n'est pas mentionné et que les soins sont en rapport avec un accident, il doit y avoir élaboration d'une FSE avec valorisation des données du groupe 1511.

Table 50.4 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour la CRPCEN

Libellé	Spécialité du PS	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % toutes prestations	Toutes	Néant	100 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % liés ALD XXXXXX	Toutes	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
Sinon	Prescripteurs	NON	85 %	Pas d'exonération
	Aux. Med. et prélèvement de biologie médicale	NON	80 %	Pas d'exonération
	Labo. de Biologie med.	NON	75 %	Pas d'exonération
	Pharmaciens*	NON	PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH =15% PH4, HD4, HG4, PM4, PPI = 45 % autres = 85 %	Pas d'exonération
	Fournisseurs	NON	85%	Pas d'exonération
100 % liés ALD XXXXXX	Toutes	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
Sinon Taux FSV	Prescripteurs	NON	85 %	FSV
	Aux. Med. et labo de Biologie med.	NON	80 %	FSV
	Pharmaciens*	NON	PH2, HD2, HG2, MHU =15% PH4, HD4, HG4, PPI = 45 % autres = 85 %%	FSV
	Fournisseurs	NON	85%	FSV
FSV	Prescripteurs	Néant	85 %	FSV
	Aux. Med. et labo de Biologie med.	Néant	80 %	FSV

Libellé	Spécialité du PS	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
	Pharmaciens*	Néant	PH2, HD2, HG2, MHU =15% PH4, HD4, HG4, PPI = 45 % autres = 85 %	FSV
	Fournisseurs	Néant	85%	FSV
100 % lié ALD XXXXXX sinon 100 % sauf vignettes orange, bleues	Toutes	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
	Toutes	NON	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, PM4 = 45 %	Assuré ou bénéficiaire exonéré
100 % sauf vignettes orange, bleues	Toutes	Néant	100 % sauf PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, PM4 = 45%	Assuré ou bénéficiaire exonéré
Non exonéré	Prescripteurs	Néant	85 %	Pas d'exonération
	Aux. Med. et prélèvement de biologie médicale	Néant	80 %	Pas d'exonération
	Labo. de Biologie med.	Néant	75 %	Pas d'exonération
	Pharmaciens*	Néant	PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH = 15 % PH4, HD4, HG4, PM4, PPI = 45 % autres = 85 %	Pas d'exonération
	Fournisseurs	Néant	85%	Pas d'exonération

* cette ligne concerne également les prestations pharmaceutiques délivrées par un médecin généraliste propharmacien

Table 50.6 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime minier.

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justificatif d'exo TM
100% toutes prestations		100%	Exonération régimes spéciaux
100% liés à une ALDXXXXX	Oui	100%	Soins conformes au protocole ALD
Sinon	Non	100%	Exonération régimes spéciaux
100% maternité	Non	100%	exonération régimes spéciaux
sinon 100% liés à une ALDXXX	oui	100%	Soins conformes au protocole ALD
100% maternité		100%	Exonération régimes spéciaux

Table 51 Table des prestations ouvrant droit à un complément AT dentaire

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T51.csv » du package documentaire

Format de cette table

Prestation saisie par le PS				
Code prestation	**Type de nomenclature**	**Catégorie médicale de l'acte**	**Qualificatif de la dépense**	**Complément AT dentaire à générer**
*	CCAM	PD	Différent de « N »	**ATD**
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Légende

*= toute valeur

Table 52 Table des coefficients pour le calcul du PU d'un complément AT

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T52.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code prestation du complément AT	Nature d'assurance	Situation du bénéficiaire	Coefficient à utiliser pour le calcul du PU (cf. règle B2)
ATD	AT	Différent de SP18	0,5
…/…	…/…	…/…	…/…

Table 55 Code prestation de dépassement à générer en cas de Victime d'Attentat

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T55.csv » du package documentaire

Format de cette table

Acte support			
Type de Nomenclature	**Groupe fonctionnel Général**	**Groupe fonctionnel Détail**	**Code prestation du dépassement à xgénérer**
*	Soins Dentaires	*	DDT
…/…	…/…	…/…	…/…

Légende :

* : toute valeur

Table 60 Table des codes prestation à générer en fonction d'une prestation en cours

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T60.csv » du package documentaire

Format de cette table

Prestation saisie par le PS					
Code prestation	**Type de nomenclature**	**Présence Code affiné**	**Type de conditionnement**	**Qualificatif de la dépense**	**Code de la prestation à générer**
PH1	cf. table 1	OUI*	Petit	toute valeur	**HD1**
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

A noter que l'entête de cette table dans le fichier csv se réduit à la seule ligne présentée en bleu.

Légende

OUI* = le code prestation concerné est nécessairement suivi d'un code affiné (cf. table 1)

Table 61 Nombre minimum de médicaments remboursables différents donnant droit à l'Honoraire Complexe

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T61.csv » du package documentaire

Format de cette table

Nombre minimum de médicaments remboursables différents donnant droit à l'Honoraire Complexe
5

Table 63 Table des conditions donnant droit à un honoraire de dispensation lié à l'âge

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T63.csv » du package documentaire

Format de cette table

Condition	Limite d'âge	Unité
Inférieur	3	ans
…/…	…/…	…/…

Table 65 Table de validité des modes de prescription

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T65.csv » du package documentaire

Format de cette table

Mode de prescription	Libellé court	Libellé long	Date d'effet	Date fin
F	NS CIF	non substituable (CIF)	01/01/2020	
…/…	…/…	…/…	…/…	…/…

Table 66 Table de compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution pour délivrance du princeps

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T66.csv » du package documentaire

Format de cette table

Mode de prescription	Indicateur de substitution
blanc	N
…/…	…/…

Table 70 Consultations Obligatoires Enfant

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T70.csv » du package documentaire

Format de cette table

Age min		Spécialité PS	Code conventionnel	Contrat PS	Caisse de rattachement du PS	Choix PS	Médecin traitant	Code prestation
nb	unité					Saisie PS	Saisie PS	
0	**jours**	**01,22,23, 12**	**0,1,2,3**	**TOUS**	Toutes	SO	so	**Non déterminé**
./.	**.../...**	**.../...**	**.../...**	**.../...**	**.../...**	**.../...**	**.../...**	**.../...**

Légende

BR_R_noDep : Choix du code prestation avec tarif revalorisé mais sans dépassement possible

BR_noR_Dep : Choix du code prestation avec tarif non revalorisé mais dépassement possible

Annexe 3

Formats et procédures d'échange des fichiers de conventions et de regroupements normés

Intégrant l'Addendum n°8

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1 Introduction 4

2 Procédure de récupération des fichiers normés 5

2.1 Introduction (à titre informatif) 5
2.2 Chargement des fichiers normés (à titre informatif) 6
2.3 Réception des fichiers normés sur le poste du Professionnel de Santé par messagerie SMTP 6
2.3.1 Principes 6

3 Format d'échange des fichiers normés 8

3.1 Format général des fichiers normés 8
3.2 Type de valeur 8
3.3 Format d'échange 8
3.3.1 Fichiers de conventions normés 8
3.3.2 Fichiers de regroupements normés 9
3.3.3 Fichiers de correspondance normés 9

4 Définitions et règles de gestion des données contenues dans les fichiers normés 10

4.1 Légende 10
4.2 Règles sur le périmètre d'application d'une convention 10
4.3 Gestion séparée 10
4.3.1 Fichiers de conventions normés 10
4.3.2 Fichiers de regroupements normés 13
4.4 Gestion unique 14
4.4.1 Règles de renseignement des données code régime, code caisse, code centre et « MUTNUM » 14
4.4.2 Fichiers de conventions normés 14
4.4.3 Fichiers de regroupements normés 17
4.4.4 Fichiers de correspondance normés 19

5 Règles de filtrage et d'importation des fichiers normés et mise à jour des tables de conventions 21

5.1 Identification unique d'une convention ou d'une ligne de regroupement 21
5.1.1 Composition des clés composites 21
5.1.2 Principes sur les clés composites 21
5.2 Règles sur le filtrage des conventions 22
5.3 Règles de gestion des codes actions 22
5.3.1 Table des conventions 22
5.3.2 Table des regroupements 22
5.4 Mise à jour de la table des conventions 23
5.5 Mise à jour de la table des regroupements 23

1 Introduction

Cette annexe est dédiée aux fichiers et aux procédures pour la mise à jour des tables de conventions nécessaires pour la transmission de la part complémentaire dans la facture.

Ce document indique :

- le format et la définition des données des fichiers normés de convention, de regroupement et de correspondance,
- les procédures sur la réception des fichiers normés de convention et de regroupement sur le poste PS par messagerie SMTP,
- les moyens d'identification unique d'une convention et d'une ligne de regroupement,
- les règles de filtrage des fichiers normés de convention et de regroupement,
- les règles d'importation des fichiers normés de convention et de regroupement dans les tables du Professionnel de Santé,

afin que le progiciel du Professionnel de Santé puisse réaliser de manière correcte la mise à jour des tables de conventions, de regroupements et de correspondance.

Les corrections apportées par rapport à la notice de mise en œuvre des tables des conventions (document référencé PDT-CDC-043 publié en mai 2004) sont surlignées.

2 Procédure de récupération des fichiers normés

2.1 Introduction (à titre informatif)

Dans la suite de ce paragraphe, le terme générique « signataire de convention » désigne l'entité qui gère les éléments de la table des conventions, pour un signataire donné. Ce peut être le signataire lui-même, ou un organisme désigné par le signataire de la convention.

Dans le cadre de ses relations conventionnelles le Professionnel de Santé gère ses tables de conventions pour calculer la part complémentaire ou télétransmettre des DRE. Il doit :

- ajouter des lignes dans sa table des conventions et des éventuels regroupements associés ;
- modifier les lignes concernées de sa table des conventions et de sa table des regroupements.

Il dispose pour cela de processus disponibles à partir de son poste, pour gérer cette relation avec les signataires. Ces processus sont :

- la saisie manuelle :

  Celle-ci se fait sur la base de fiches de saisie selon les modèles publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale et utilisés par tous les signataires de conventions.

- le chargement des fichiers normés :

  Lors des relations conventionnelles bilatérales, les signataires de convention (Professionnel de Santé / AMC) conviennent d'un processus de chargement. Ce sera par exemple un site internet à partir duquel le Professionnel de Santé pourra télécharger les fichiers normés sur son poste. Ce processus est décrit à titre informatif dans le paragraphe 2.2 de ce document.

- la réception d'un message SMTP (contenant les fichiers normés) émis dans la boîte aux lettres SESAM-Vitale du Professionnel de Santé par le signataire de convention :

  Le progiciel récupère ces fichiers pour mettre à jour les tables de conventions et regroupements. Ce processus est spécifié dans le paragraphe 2.3 de ce document.

Processus de récupération des fichiers normés par le Professionnel de Santé

1. Initialisation de la télétransmission des fichiers normés

   Dans cette phase, le Professionnel de Santé s'inscrit à son initiative auprès du signataire pour recevoir les fichiers normés.

   Pour cela :

   - soit il s'inscrit sur le serveur du signataire en fournissant ses coordonnées ;
   - soit il communique au signataire (par téléphone, par fax, par e-mail, …) le nom de sa boîte aux lettres SESAM-Vitale.

   Ensuite il inscrit le signataire dans la liste des adresses des émetteurs de confiance habilités à lui transmettre des fichiers normés (sur son poste).

   Il peut éventuellement, à cette occasion, mettre à jour ses tables des conventions et des regroupements.

2. Mises à jour automatiques : Télétransmission des mises à jour des fichiers normés.

   Dans cette phase, le Professionnel de Santé est invité par le signataire à mettre à jour sa table de conventions et ou de regroupements. La démarche est le plus souvent à l'initiative du signataire qui informe le Professionnel de Santé de la nécessité d'une mise à jour.

   Par exemple pour répondre à des besoins de mise à jour exceptionnels, le signataire peut inviter le Professionnel de Santé à se connecter de nouveau sur son site internet pour récupérer la nouvelle table de convention ou regroupement pour une mise à jour.

   Le signataire peut également envoyer au Professionnel de Santé un message dans sa boîte à lettres SESAM-Vitale contenant les fichiers normés. En particulier, il peut y avoir plusieurs mises à jour de la table de regroupements dans l'année pour une convention donnée. Ces mises à jour doivent être intégrées rapidement par le Professionnel de Santé.

2.2 Chargement des fichiers normés (à titre informatif)

Le signataire met à disposition du Professionnel de Santé les fichiers normés sur un site distant ou sur un autre support.

Le Professionnel de Santé les enregistre sous un répertoire spécifique et dédié aux fichiers normés. C'est à partir de ce répertoire que sera lancée la procédure de filtrage/importation/mise à jour des tables.

2.3 Réception des fichiers normés sur le poste du Professionnel de Santé par messagerie SMTP

2.3.1 Principes

Dans le cas de l'envoi via la BAL SESAM-Vitale du Professionnel de Santé des fichiers normés pour la mise à jour des tables, les principes suivants doivent être appliqués :

1. La gestion des émetteurs de confiance :

   Le Professionnel de Santé doit pouvoir répertorier les adresses SMTP des émetteurs dits « émetteur de confiance » de fichiers normés dont il accepte de recevoir des messages. Il doit ainsi gérer une table des émetteurs de confiance qui autorise la récupération sur son poste, de la pièce jointe du message SMTP contenant le fichier normé.

2. Le traitement du message :

   A chaque réception de message SMTP contenant le fichier normé, le progiciel doit vérifier que l'émetteur du message est identifié dans la liste des adresses d'émetteurs de confiance.

   - Si oui, le progiciel détache la pièce jointe et l'enregistre dans le répertoire dédié aux fichiers normés. Et il informe le Professionnel de Santé de la réception du fichier normé et lui propose d'effectuer la mise à jour de ses tables.
   - Sinon, le progiciel avertit le Professionnel de Santé qu'il a reçu un message d'un émetteur ne faisant pas partie de sa liste des émetteurs de confiance. Dans ce cas, les fichiers normés ne sont pas pris en compte.

3. La définition de l'enveloppe du message SMTP est décrite dans l'annexe 4 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.
4. La différenciation d'un fichier normé à un autre se fait soit :

   par le nom du fichier qui respectera toujours la structure suivante :

   - Le premier caractère indique s'il s'agit d'un fichier de convention normé « C » ou d'un fichier de regroupement normé « R » (suivi d'un séparateur '-') ;
   - Les caractères suivants indiquent le signataire (suivi d'un séparateur '-') ;
   - Les caractères alphanumériques suivants indiquent le numéro d'ordre (suivi d'un séparateur '-') ;
   - Les caractères suivants sont facultatifs et propres aux signataires de conventions, ils indiquent le type de Professionnel de Santé concerné ;
   - L'extension du fichier normé est « .csv ».

   Soit par le dernier caractère du champ « Subject » précisant le type de fichier joint :

   - 'C' = fichier de convention, ou 'R' = fichier de regroupement.

Le contrôle de la structure du nom du fichier n'est pas soumis à l'agrément.

Le format d'un fichier de conventions ou de regroupements normé ne contient aucun élément d'intégrité, aucun compteur, aucun émetteur, aucun destinataire.

3 Format d'échange des fichiers normés

Ce chapitre décrit le format d'échange des fichiers normés fournis par les organismes d'Assurance Maladie.

Les descriptions des données mentionnées dans le format d'échange des fichiers normés peuvent être reprises pour les données contenues dans les tables présentes sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé.

3.1 Format général des fichiers normés

Les fichiers normés sont au format CSV, en utilisant le séparateur point-virgule (« ; »).

Chaque fichier normé est contenu dans un fichier.

Les fichiers normés ont un séparateur de ligne en CR + LF.

3.2 Type de valeur

Les données dans les fichiers normés peuvent avoir les types suivants :

- alphanumérique (A) : lettres majuscules (A – Z) et chiffres (0 – 9) ;
- étendu (E) : ensemble des caractères affichables (codes ASCII 32 à 255) hormis le point-virgule (;) ;
- numérique (N) : chiffres (0-9) ;
- numérique avec caractères génériques (G) : chiffres (0-9) et « ? ».

Une donnée non renseignée est représentée par une chaîne vide, c'est-à-dire aucun caractère.

3.3 Format d'échange

3.3.1 Fichiers de conventions normés

Le format d'échange du fichier de conventions normé est le suivant :

N°	Données	Taille maxi	Type
1	Code action	1	A
Informations accompagnant les données de la convention			
2	Liste de codes catégorie	-	E
3	Liste des spécialités	-	E
4	Référence de convention	10	A
5	Message destiné au Professionnel de Santé pour l'aider dans sa mise à jour de la convention	250	E
Données de la convention			
6	Identifiant de l'organisme signataire	10	A
7	Libellé de l'organisme signataire	30	E
8	Indicateur de convention groupée	1	N
9	Type de convention	2	A
10	Critère secondaire	9	E

N°	Données	Taille maxi	Type
11	Type d'accord (TP / Hors TP)	1	A
12	Numéro d'organisme complémentaire	10	A
13	Libellé de l'organisme complémentaire	30	E
14	Indicateur de désactivation des STS	1	N
15	Code aiguillage STS	1	A
16	Indicateur d'usage de l'attestation papier	1	N
17	Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation	1	N
18	Indicateur d'acceptation d'un DRE de rectification	1	N
19	Opérateur de règlement	10	A
20	Code routage	2	A
21	Identifiant de l'hôte	3	A
22	Nom de domaine	20	E

3.3.2 Fichiers de regroupements normés

Le format d'échange du fichier de regroupements normé est le suivant :

N°	Données	Taille maxi	Type
1	Code action	1	A
Informations accompagnant les données de regroupement			
2	Liste de codes catégorie	-	E
3	Liste des spécialités	-	E
Données de regroupement			
4	Numéro d'organisme complémentaire	10	A
5	Libellé de l'organisme complémentaire	30	E
6	Type de convention	2	A
7	Libellé du type de convention	30	E
8	Critère secondaire	9	E
9	Identifiant de l'organisme signataire	10	A
10	Libellé de l'organisme signataire	30	E

3.3.3 Fichiers de correspondance normés

Le format d'échange du fichier de correspondance normé est le suivant :

N°	Données	Taille maxi	Type
1	« MUTNUM »	8	G
2	Code organisme obligatoire associé : Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire	9	G
3	Numéro de l'organisme complémentaire	10	A
4	Libellé de l'organisme complémentaire	30	E

4 Définitions et règles de gestion des données contenues dans les fichiers normés

Ce chapitre a pour but de donner les règles de gestion des données contenues dans les fichiers normés. Ces règles peuvent s'appliquer aux données des tables utilisées pour la recherche de la convention applicable.

4.1 Légende

- « O » : donnée obligatoire
- « F » : donnée facultative
- « NU » : donnée non utilisée

4.2 Règles sur le périmètre d'application d'une convention

Pour chaque ligne des fichiers de conventions et de regroupements normés, il est précisé les Professionnels de Santé concernés dans les colonnes « Liste de codes catégorie » et « Liste des spécialités » :

Liste de codes catégorie	Liste des spécialités	Règle
Aucun code catégorie	Aucun code spécialité	La convention s'applique à tous les Professionnels de Santé sauf mention particulière dans le message destiné au Professionnel de Santé
Au moins un code catégorie	Aucun code spécialité	La convention s'applique aux seules catégories mentionnées
Aucun code catégorie	Au moins un code spécialité	La convention s'applique aux seules spécialités mentionnées
Au moins un code catégorie	Au moins un code spécialité	La convention s'applique aux seules catégories et spécialités mentionnées

4.3 Gestion séparée

4.3.1 Fichiers de conventions normés

N°	Données	Présence	Règle de gestion
1	Code action	O	Ce code est l'expression des organismes d'Assurance Maladie par rapport à la fourniture précédente des données d'une convention. Liste de valeurs : • « C » Création : la convention est nouvelle • « M » Modification : la convention a fait l'objet d'une modification • « S » Suppression : la convention n'est plus en vigueur « I » Sans changement : la convention n'a pas fait l'objet de modification. NB : Le code action est renseigné sur toutes les lignes du fichier normé.

N°	Données	Présence	Règle de gestion
Informations accompagnant les données de la convention Ces informations sont des renseignements complémentaires accompagnant les données de la convention et peuvent ne pas être valorisées par les organismes d'Assurance Maladie. Elles constituent une aide pour le Professionnel de Santé à la sélection des conventions qui le concernent.			
2	Liste de codes catégorie	F	Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application. Liste de codes catégorie séparés par des virgules. Chaque code correspond à la 3ème position du n° d'identification du Professionnel de Santé (n° ADELI ou n° FINESS). Liste de valeurs : • Etablissement « 0 » (hors périmètre SESAM-Vitale actuel sauf Centre de Santé) • Médecin « 1 » • Pharmacie « 2 » • Laboratoire « 3 » • Chirurgiens Dentiste « 4 » • Sage-femme « 5 » • Infirmière « 6 » • Masseur-Kiné « 7 » • Pédicure « 8 » • Orthophoniste ou orthoptiste « 9 »
3	Liste des spécialités	F	Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application. Liste de codes spécialité séparés par des virgules.
4	Référence de convention	F	Réservé à un usage futur
5	Message	F	
Données de la convention			
6	Identifiant de l'organisme signataire	O	
7	Libellé de l'organisme signataire	F	
8	Indicateur de convention groupée	NU	Donnée non renseignée
9	Type de convention	F	Différent de « RO »
10	Critère secondaire	F	3 caractères au format libre
11	Type d'accord	O	• « T » : Tiers payant • « H » : Hors tiers payant
12	Numéro d'organisme complémentaire	NU	Donnée non renseignée
13	Libellé de l'organisme complémentaire	NU	Donnée non renseignée
14	Indicateur de désactivation des STS	O	• « 0 » : STS activé • « 1 » : STS désactivé

N°	Données	Présence	Règle de gestion
15	Code aiguillage STS	O en Tiers-Payant F en Hors Tiers-Payant	• « R » : STS-A8 • « M » : STS-FNMF • « 4 » : STS-FFSA • « 8 » : STS-CTIP
16	Indicateur d'usage de l'attestation papier	O	• « 0 » : Attestation indispensable pour obtenir les valeurs SESAM-Vitale • « 1 » : Prise en compte des données dans la table des conventions
17	Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation	O	• « 0 » : Non acceptation • « 1 » : Acceptation
18	Indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification	O	Donnée non utilisée
19	Opérateur de règlement	F	
20	Code routage	O en Tiers payant F en hors Tiers payant	
21	Identifiant de l'hôte	O en Tiers payant F en hors Tiers payant	
22	Nom de domaine	O en Tiers payant F en hors Tiers payant	

Exemple d'une convention groupée

```
C;;;;;MMMM;Organisme X;;;;H;;;0;M;0;0;0;;XR;001;DRE.RSS.FR
```

Dans cet exemple,
1. Code action = « C » ➔ Nouvelle Convention
2. Liste de codes catégorie : non renseigné
3. Liste des spécialités : non renseigné
4. Référence de convention : non renseigné
5. Message : non renseigné
6. Identifiant de l'organisme signataire = « MMMM »
7. Libellé de l'organisme signataire = « Organisme X »
8. Indicateur de convention groupée : non renseigné
9. Type de convention : non renseigné
10. Critère secondaire : non renseigné
11. Type d'accord = « H » ➔ Hors tiers Payant
12. Numéro d'organisme complémentaire : non renseigné
13. Libellé de l'organisme complémentaire : non renseigné
14. Indicateur de désactivation des STS = « 0 » ➔ STS activés
15. Code aiguillage STS = « M » ➔ STS-FNMF
16. Indicateur d'usage de l'attestation papier = « 0 » ➔ Attestation indispensable pour obtenir les valeurs SESAM-Vitale
17. Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation = « 0 » ➔ Non acceptation de la DRE d'annulation
18. Indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification = « 0 » ➔ Non acceptation de la DRE de rectification
19. Opérateur de règlement : non renseigné
20. Code routage = « XR »
21. Identifiant de l'hôte = « 001 »
22. Nom de domaine = « DRE.RSS.FR »

4.3.2 Fichiers de regroupements normés

N°	Donnée	Présence	Règle de gestion
1	Code action	O	Ce code est l'expression des organismes d'Assurance Maladie par rapport à la fourniture précédente des données d'une convention. Liste de valeurs : • « C » Création : l'organisme est nouveau dans la convention • « M » Modification : l'organisme a fait l'objet d'une modification • « S » Suppression : l'organisme ne fait plus partie de la convention • « I » Sans changement : l'organisme n'a pas fait l'objet de modification NB : Le code action est renseigné sur toutes les lignes du fichier normé.
Informations accompagnant les données de regroupement Ces informations sont des renseignements complémentaires accompagnant les données de regroupement et peuvent ne pas être valorisées par les organismes d'Assurance Maladie.			
2	Liste de codes catégorie	F	Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application. Liste de codes catégorie séparés par des virgules. Chaque code correspond à la 3ème position du n° d'identification du Professionnel de Santé (n° ADELI ou n° FINESS). Liste de valeurs : • Etablissement « 0 » (hors périmètre SESAM-Vitale actuel sauf Centre de Santé) • Médecin « 1 » • Pharmacie « 2 » • Laboratoire « 3 » • Dentiste « 4 » • Sage-femme « 5 » • Infirmière « 6 » • Masseur-Kiné « 7 » • Pédicure « 8 » • Orthophoniste ou orthoptiste « 9 »
3	Liste des spécialités	F	Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application. Liste de codes spécialité séparés par des virgules.
Données de regroupement			
4	Numéro d'organisme complémentaire	O	
5	Libellé de l'organisme complémentaire	F	
6	Type de convention	F	Différent de « RO »
7	Libellé du type de convention	F	

N°	Donnée	Présence	Règle de gestion
8	Critère secondaire	F	3 caractères au format libre
9	Identifiant de l'organisme signataire	O	
10	Libellé de l'organisme signataire	F	

Exemple d'un regroupement

```
C;;;12345679;Organisme ZZZ;XX;Convention XX;YYY;MMMM;Organisme
MMMM
```

Dans cet exemple,
1. Code action = « C » ➔ Nouvel organisme regroupé
2. Liste de codes catégorie : non renseigné
3. Liste des spécialités : non renseigné
4. Numéro d'organisme complémentaire = « 12345679 »
5. Libellé de l'organisme complémentaire = « Organisme ZZZ »
6. Type de convention = « XX »
7. Libellé du type de convention = « Convention XX »
8. Critère secondaire = « YYY »
9. Identifiant de l'organisme signataire = « MMMM »
10. Libellé de l'organisme signataire = « Organisme MMMM »

4.4 Gestion unique

4.4.1 Règles de renseignement des données code régime, code caisse, code centre et « MUTNUM »

Les données qui contiennent le « code régime - code caisse - code centre » ou le « MUTNUM » peuvent être exprimées en utilisant le caractère générique « ? ».

Le code régime (deux premiers caractères) contenu dans le champ « code régime - code caisse - code centre » n'utilise jamais les caractères génériques.

Exemples :

- 94??????? ➔ Toutes les caisses et centres gestionnaires du régime 94
- 021?????? ➔ Tous les centres gestionnaires dont le code caisse commence par 1 pour le régime 02
- 04???2??? ➔ Toutes les caisses dont le code centre commence par 2 pour le régime 04

4.4.2 Fichiers de conventions normés

N°	Donnée	Présence	Règle de gestion
1	Code action	O	Ce code est l'expression des organismes d'Assurance Maladie par rapport à la fourniture précédente des données d'une convention. Liste de valeurs : • « C » Création : la convention est nouvelle • « M » Modification : la convention a fait l'objet d'une modification • « S » Suppression : la convention n'est plus en vigueur • « I » Sans changement : la convention n'a pas fait l'objet de modification NB : Le code action est renseigné sur toutes les lignes du fichier normé.
Informations accompagnant les données de la convention Ces informations sont des renseignements complémentaires accompagnant les données de la convention et peuvent ne pas être valorisées par les organismes d'Assurance Maladie. Elles constituent une aide pour le Professionnel de Santé à la sélection des conventions qui le concernent.			
2	Liste de codes catégorie	F	Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application. Liste de codes catégorie séparés par des virgules. Chaque code correspond à la 3ème position du n° d'identification du Professionnel de Santé (n° ADELI ou n° FINESS). Liste de valeurs : • Etablissement « 0 » (hors périmètre SESAM-Vitale actuel sauf Centre de Santé) • Médecin « 1 » • Pharmacie « 2 » • Laboratoire « 3 » • Dentiste « 4 » • Sage-femme « 5 » • Infirmière « 6 » • Masseur-Kiné « 7 » • Pédicure « 8 » • Orthophoniste ou orthoptiste « 9 »
3	Liste des spécialités	F	Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application. Liste de codes spécialité séparés par des virgules.
4	Référence de convention	F	Réservé à un usage futur
5	Message	F	
Données de la convention			
6	Identifiant de l'organisme signataire	O	
7	Libellé de l'organisme signataire	F	

N°	Donnée	Présence	Règle de gestion
8	Indicateur de convention groupée	O	
9	Type de convention	O	Valeur « RO »
10	Critère secondaire	O	Code régime, code caisse, code centre. Cette zone peut contenir des caractères génériques.
11	Type d'accord	O	• « T » : Tiers payant • « H » : Hors tiers payant
12	Numéro d'organisme complémentaire	F	
13	Libellé de l'organisme complémentaire	F	
14	Indicateur de désactivation des STS	O	• « 0 » : STS activé • « 1 » : STS désactivé
15	Code aiguillage STS	F	• « R » : STS-A8 • « M » : STS-FNMF • « 4 » : STS-FFSA • « 8 » : STS-CTIP
16	Indicateur d'usage de l'attestation papier	NU	Donnée non renseignée
17	Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation	NU	Donnée non renseignée
18	Indicateur d'acceptation d'un DRE de rectification	NU	Donnée non renseignée
19	Opérateur de règlement	NU	Donnée non renseignée
20	Code routage	NU	Donnée non renseignée
21	Identifiant de l'hôte	NU	Donnée non renseignée
22	Nom de domaine	NU	Donnée non renseignée

Exemple de convention non groupée

```
M;1;01,12;;Convention signée entre l'organisme ZZZZ et les
médecins généralistes et les pédiatres;NNNN;Organisme
ZZZZ;0;RO;02????????;T;123456789;Organisme UUUU;0;R;;;;;;;
```

Dans cet exemple,

1. Code action = « M » ➔ Modification: la convention a fait l'objet d'une modification
2. Liste de codes catégories = « 1 » ➔ Médecin
3. Liste des spécialités = « 01,12 » ➔ Médecine générale, Pédiatrie
4. Référence de convention : non renseigné
5. Message = « Convention signée entre l'organisme ZZZZ et les médecins généralistes et les pédiatres »
6. Identifiant de l'organisme signataire = « NNNN »
7. Libellé de l'organisme signataire = « Organisme ZZZZ »
8. Indicateur de convention groupée = « 0 » ➔ Convention non groupée
9. Type de convention = « RO »

10. Critère secondaire = « 02??????? » ➔ Toutes les caisses et tous les centres du régime 02
11. Type d'accord = « T » ➔ Tiers payant
12. Numéro d'organisme complémentaire= « 123456789 »
13. Libellé de l'organisme complémentaire = « Organisme UUUU »
14. Indicateur de désactivation des STS = « 0 » ➔ STS activés
15. Code aiguillage STS = « R » ➔ STS-A8
16. Indicateur d'usage de l'attestation papier : non renseigné
17. Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation : non renseigné
18. Indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification : non renseigné
19. Opérateur de règlement : non renseigné
20. Code routage : non renseigné
21. Identifiant de l'hôte : non renseigné
22. Nom de domaine : non renseigné

4.4.3 Fichiers de regroupements normés

N°	Donnée	Présence	Règle de gestion
1	Code action	O	Ce code est l'expression des organismes d'Assurance Maladie par rapport à la fourniture précédente des données d'une convention. Liste de valeurs : • « C » Création : l'organisme est nouveau dans la convention • « M » Modification : l'organisme a fait l'objet d'une modification • « S » Suppression : l'organisme ne fait plus partie de la convention • « I » Sans changement : l'organisme n'a pas fait l'objet de modification NB : Le code action est renseigné sur toutes les lignes du fichier normé
Informations accompagnant les données de regroupement Ces informations sont des renseignements complémentaires accompagnant les données de regroupement et peuvent ne pas être valorisées par les organismes d'Assurance Maladie.			

N°	Donnée	Présence	Règle de gestion
2	Liste de codes catégorie	F	Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application. Liste de codes catégorie séparés par des virgules Chaque code correspond à la 3ème position du n° d'identification du Professionnel de Santé (n° ADELI ou n° FINESS). Liste de valeurs : • Etablissement « 0 » (hors périmètre SESAM-Vitale actuel sauf Centre de Santé) • Médecin « 1 » • Pharmacie « 2 » • Laboratoire « 3 » • Dentiste « 4 » • Sage-femme « 5 » • Infirmière « 6 » • Masseur-Kiné « 7 » • Pédicure « 8 » • Orthophoniste ou orthoptiste « 9 »
3	Liste des spécialités	F	Voir règle § 4.2 sur le périmètre d'application. Liste de codes spécialité séparés par des virgules.
Données de regroupement			
4	Numéro d'organisme complémentaire	O	
5	Libellé de l'organisme complémentaire	F	
6	Type de convention	O	Valeur « RO »
7	Libellé du type de convention	F	
8	Critère secondaire	O	Code régime, code caisse, code centre. Cette zone peut contenir des caractères génériques.
9	Identifiant de l'organisme signataire	O	
10	Libellé de l'organisme signataire	O	

Exemple d'un regroupement

```
C;1;01,12;12345679;Organisme ZZZ;RO;Convention
UU;02???????;02;Organisme VVVV
```

Dans cet exemple,
1. Code action = « C » ➔ Nouvel organisme regroupé
2. Liste des codes catégorie = « 1 » ➔ Médecin
3. Liste des spécialités = « 01,12 » ➔ Médecine générale, Pédiatrie
4. Numéro d'organisme complémentaire = « 12345679 »
5. Libellé de l'organisme complémentaire = « Organisme ZZZ »
6. Type de convention = « RO »

7. Libellé du type de convention = « Convention UU »
8. Critère secondaire = « 02???????? »
9. Identifiant de l'organisme signataire = « 02 »
10. Libellé de l'organisme signataire = « Organisme VVVV »

4.4.4 Fichiers de correspondance normés

N°	Données	Présence	Règle de gestion
1	« MUTNUM »	O	Peut contenir des caractères génériques
2	Code organisme obligatoire associé	O	Peut contenir des caractères génériques
3	Numéro d'organisme complémentaire	O	
4	Libellé de l'organisme complémentaire	O	

Exemples de cas de correspondance

N° exemple	« MUTNUM »	Code organisme obligatoire associé	Numéro d'organisme complémentaire	Signification
Ex. 1	12345679	030051300	97654321	Pour le couple « MUTNUM », organisme RO, un numéro de complémentaire
Ex. 2	12345678	02??1????	87654321	Pour un ensemble d'organisme RO, un même « MUTNUM » est associé à un même numéro de complémentaire
Ex. 3	??8?????	94???????	77654321	Pour un régime RO, un ensemble de « MUTNUM » sont associés à un même numéro de complémentaire
Ex. 4	????????	02??????	11111111	Quel que soit le « MUTNUM », pour un ensemble d'organismes du régime, le numéro de complémentaire est le même.
Ex 5	123??67?	02??1 ????	23456789	Pour un ensemble d'organisme RO, un sous ensemble de « MUTNUM » est associé à un numéro d'organisme complémentaire.

Exemple 1 : pour le couple « MUTNUM », organisme RO, un numéro de complémentaire

```
12345679;030051300;97654321;Organisme MMMM
```

Dans cet exemple,
1. Le « MUTNUM » = « 12345679 »
2. Le code organisme obligatoire = « 030051300 »
3. Le numéro d'organisme complémentaire = « 97654321 »
4. Le libellé de l'organisme complémentaire = « Organisme MMMM »

Exemple 4 : quel que soit le « MUTNUM », pour un ensemble d'organismes d'un régime, le numéro de complémentaire est le même

```
????????;02????2???;11111111;Mutuelle Y
```

Dans cet exemple,
1. Le « MUTNUM » = « ???????? »
2. Le code organisme obligatoire = « 02????2??? »
3. Le numéro d'organisme complémentaire = « 11111111 »
4. Le libellé de l'organisme complémentaire = « Mutuelle Y »

5 Règles de filtrage et d'importation des fichiers normés et mise à jour des tables de conventions

Le progiciel doit réaliser l'importation des fichiers de conventions et de regroupements normés dans les tables du Professionnel de Santé, à partir du répertoire dédié au stockage des fichiers de conventions et de regroupements normés.

Pour réaliser l'importation des fichiers normés, le progiciel dispose des règles précisées dans les paragraphes suivants.

5.1 Identification unique d'une convention ou d'une ligne de regroupement

Des clés composites permettant d'identifier de façon unique et sans ambiguïté une ligne de convention ou une ligne de regroupement sont instaurées.

Ces clés composites permettent notamment au progiciel la mise à jour des tables de conventions et de regroupements du Professionnel de Santé.

5.1.1 Composition des clés composites

Les données constituant les clés composites sont des données contenues dans les tables ou les fichiers normés, qui sont fixes et ne sont jamais modifiables pour une ligne de convention ou une ligne de regroupement données.

La composition des clés composites pour chacune des tables est la suivante :

Pour la table des conventions :

> **« Signataire + type de convention + critère secondaire + numéro d'organisme complémentaire + type d'accord »**

Pour la table des regroupements :

> **« Signataire + type de convention + critère secondaire + numéro d'organisme complémentaire »**

5.1.2 Principes sur les clés composites

1. Lorsqu'une convention est modifiée, ce sont les propriétés de la convention qui sont modifiées. La clé composite ne doit jamais être modifiée. Les propriétés modifiables d'une convention sont toutes les autres données pouvant constituer une convention, exclusion faite des données de la clé composite (la même règle s'applique pour la table des regroupements).

2. Certains champs composant les clés composites peuvent être non renseignés, mais ils sont quand même significatifs. Dans le format d'échange des fichiers normés, un champ non renseigné est un champ qui ne contient aucun caractère.

5.2 Règles sur le filtrage des conventions

Le progiciel ne remonte que les conventions qui correspondent au Professionnel de Santé, qu'il s'agisse des fichiers de conventions normés ou des fichiers de regroupements normés.

Cette action s'exerce par l'intermédiaire d'un filtre sur la catégorie et/ou la spécialité du Professionnel de Santé. Ces données sont présentes dans le format d'échange des fichiers normés et font parties des informations accompagnant les données de la convention et de regroupement (cf. § 4.1.2).

Ce filtre s'exerce une fois que le progiciel a récupéré, sur le poste du Professionnel de Santé, les fichiers normés, avant de réaliser l'importation dans les tables du Professionnel de Santé.

5.3 Règles de gestion des codes actions

5.3.1 Table des conventions

Pour l'importation d'un fichier de conventions normé, il y a deux actions possibles du progiciel sur la table des conventions du Professionnel de Santé :

- **Mise à jour** d'une ligne de convention

  La mise à jour correspond à une création, une modification ou aucun changement. Tout dépend de la situation dans la table des conventions. Par exemple, un fichier normé dans lequel une convention a été créée, peut se traduire, non pas par une création en table, mais par une modification de la convention sur le poste du Professionnel de Santé si celui-ci l'avait ajoutée manuellement auparavant.

- **Suppression** d'une ligne de convention

Le progiciel doit solliciter l'accord du Professionnel de Santé pour confirmer les mises à jour et les suppressions des lignes de conventions dans sa table. Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de donner son accord de façon unitaire ligne à ligne, ou de façon globale pour toute la table.

Si l'accord est donné de manière unitaire, le Professionnel de Santé doit pouvoir visualiser et contrôler les informations contenues dans la table au regard du contenu du fichier normé.

Code action dans le fichier de convention normé	Situation dans la table des conventions	Action du progiciel
« C », « M » ou « I »	Convention absente	**Propose la mise à jour**
« C », « M » ou « I »	Convention présente	**Propose la mise à jour** (en cas de saisie manuelle préalable du PS, permet de le conforter dans la conformité des données saisies)
« S »	Convention absente	Rien à signaler (RAS)
« S »	Convention présente	**Propose la suppression**

5.3.2 Table des regroupements

Pour l'importation d'un fichier de regroupements normé, il y a deux actions possibles du progiciel sur la table des regroupements du Professionnel de Santé :

- **Mise à jour** d'une ligne de regroupement

  La mise à jour correspond à une création, une modification ou pas de changement. Tout dépend de la situation dans la table des regroupements. Par exemple, un fichier normé dans lequel un organisme complémentaire a été ajouté, peut se traduire, non pas par une création en table, mais par un remplacement de la ligne de regroupement sur le poste du Professionnel de Santé si celui-ci l'avait ajoutée manuellement auparavant.

- **Suppression** d'une ligne de regroupement

Le progiciel doit informer au préalable le Professionnel de Santé des mises à jour et des suppressions des lignes de regroupements dans sa table.

Code action dans le fichier de regroupement normé	Situation dans la table des regroupements	Action du progiciel
« C », «M » ou « I »	Organisme absent	**Effectue automatiquement** la mise à jour
« C », « M » ou « I »	Organisme présent	**Effectue automatiquement la mise à jour**
« S »	Organisme absent	Rien à signaler (RAS)
« S »	Organisme présent	**Effectue automatiquement la suppression**

5.4 Mise à jour de la table des conventions

- Soit la mise à jour est réalisée par saisie manuelle telle que décrite dans le corps du document.
- Soit la mise à jour est réalisée par un fichier de conventions normé telle que décrite dans le corps du document et cette annexe 3.

Le progiciel doit réaliser l'importation des fichiers de conventions normés dans la table du Professionnel de Santé, à partir du répertoire dédié au stockage des fichiers de conventions et de regroupements normés.

5.5 Mise à jour de la table des regroupements

- Soit la mise à jour est réalisée par saisie manuelle telle que décrite dans le corps du document.
- Soit la mise à jour est réalisée par un fichier de regroupements normé telle que décrite dans le corps du document et cette annexe 3.

Le progiciel doit réaliser l'importation des fichiers de regroupements normés dans la table du Professionnel de Santé, à partir du répertoire dédié au stockage des fichiers de conventions et de regroupements normés.

Annexe 4

Télécommunications (sur Réseau IP) et chiffrement de pièce jointe

Intégrant l'Addendum n°8

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1 Présentation 5

2 Architecture du réseau 6

3 Conformité aux standards Internet 7

4 Nature des flux 8

5 Compression 9

6 Chiffrement de pièce jointe 10

6.1 Présentation 10
6.2 Chiffrement de la pièce jointe 12
6.2.1 Règles de gestion 12
6.2.2 Modalité technique de chiffrement 13
6.2.3 Contrôle de validité des certificats 13
6.3 Administration des éléments de sécurité 15
6.3.1 Gestion des autorités de certification 15
6.3.2 Gestion des certificats 16
6.3.3 Gestion de la CRL 16

7 Profil des messages réels SMTP 18

7.1 Les messages SMTP contenant les fichiers de factures 18
7.1.1 Profil des messages SMTP 18
7.1.2 Constitution du message SMTP au format MIME à partir du fichier de factures 19
7.1.3 Structures du message SMTP MIME 21
7.2 Les messages SMTP contenant les ARL 25
7.2.1 Profil des messages SMTP 25
7.2.2 Structure du message SMTP 25
7.3 Les messages SMTP contenant les flux de Rejet / Signalement / Paiement 29
7.3.1 Profil des messages SMTP 29
7.3.2 Structure du message SMTP 29
7.4 Les messages SMTP contenant les rapports de réclamation 32
7.4.1 Profil des messages SMTP 32
7.4.2 Structures du message SMTP MIME 34
7.5 Les messages SMTP d'accusé de réception des rapports de réclamation 36
7.5.1 Profil des messages SMTP 36
7.5.2 Structures du message SMTP MIME 37

8 Profil des messages test SMTP 39

9 Profil des messages de démonstration SMTP 41

10 Profil des messages de service SMTP du réseau 42

10.1 Les messages SMTP indiquant un AR_P 42
10.1.1 Profil des messages SMTP 42
10.1.2 Structure des messages SMTP 42

11 Profil des messages de service SMTP de l'Assurance Maladie 44

11.1 Les messages SMTP indiquant une anomalie de structure SMTP 44
11.1.1 Profil des messages SMTP 44
11.1.2 Liste des codes rejets générés par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et complémentaire 45
11.1.3 Structure du message SMTP 45
11.2 Les messages SMTP indiquant un fichier rejeté 48
11.2.1 Profil des messages SMTP 48

11.2.2 Liste des codes rejets générés par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et complémentaire ... 48
11.2.3 Structure du message SMTP ... 49
11.3 Les messages SMTP indiquant une erreur de chiffrement ... 52
11.3.1 Profil des messages SMTP ... 52
11.3.2 Liste des codes rejets générés par les organismes d'Assurance Maladie ... 52
11.3.3 Structure du message SMTP ... 53
11.4 Description et format de la pièce jointe dans le cas d'anomalie de structure SMTP, de fichier rejeté ou d'erreur de chiffrement ... 56
11.4.1 Description du contenu du fichier joint ... 56
11.4.2 Composition du fichier joint ... 56
11.4.3 Exemple de pièce jointe vers le PS ... 57

12 Profil des messages SMTP concernant les incréments DLOI ... 58

12.1 Messages SMTP de demande d'incrément de dLOI ... 58
12.1.1 Profil des messages SMTP ... 58
12.1.2 Constitution du message SMTP signé ... 59
12.1.2.1 Premier format de signature S/MIME ... 59
12.1.2.2 Deuxième format de signature S/MIME ... 60
12.1.3 Signature du message ... 60
12.1.4 Structure du message SMTP signé ... 61
12.2 Message SMTP contenant le fichier d'incrément dLOI signé ... 64
12.2.1 Profil des messages SMTP ... 64
12.2.2 Structure du message SMTP ... 65
12.3 Message SMTP indiquant une impossibilité fonctionnelle (ARAN) ... 67
12.3.1 Profil des messages SMTP ... 67
12.3.2 Liste des codes retour générés ... 67
12.3.3 Structure du message SMTP ... 68

13 Profil du message de service SMTP contenant les fichiers normés ... 70

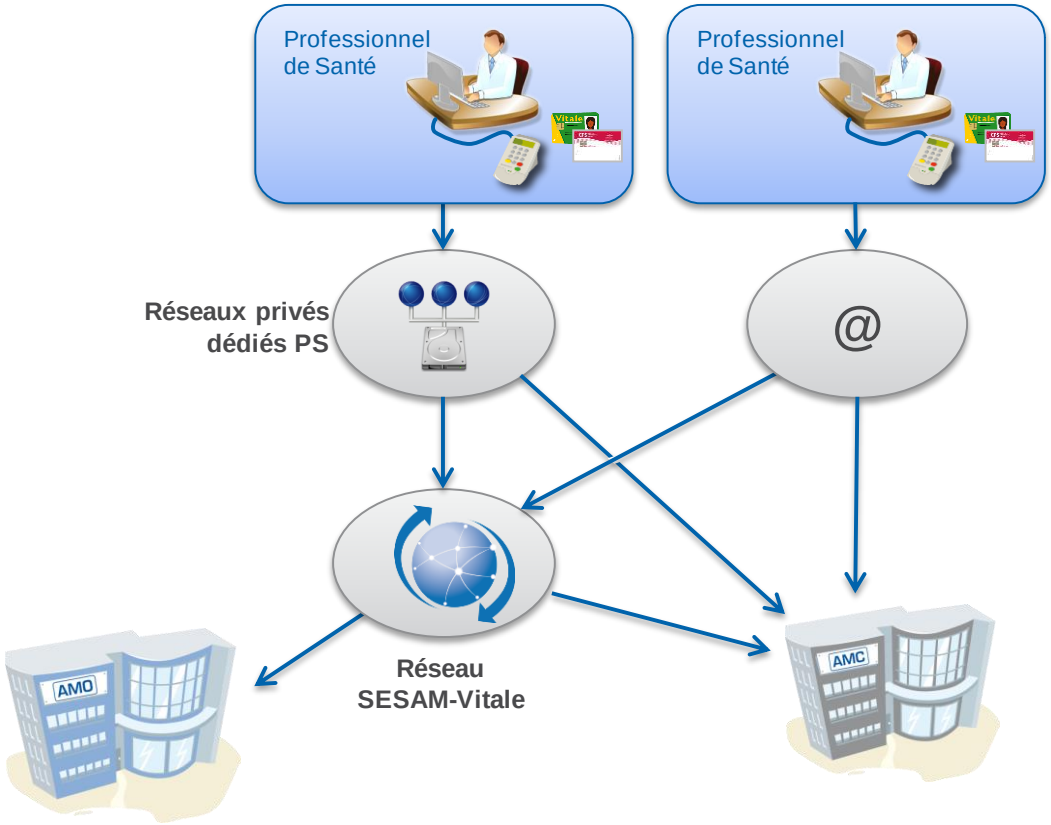
13.1 Profil des messages SMTP ... 70
13.2 Structure du message SMTP ... 71
13.3 Format des fichiers normés ... 74

14 Profil des messages de service SMTP de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation 75

14.1 Les messages SMTP indiquant une anomalie de structure SMTP ... 75
14.1.1 Profil des messages SMTP ... 75
14.1.2 Liste des codes rejets ... 76
14.1.3 Structure du message SMTP ... 77
14.2 Les messages SMTP indiquant un fichier rejeté ... 79
14.2.1 Profil des messages SMTP ... 79
14.2.2 Liste des codes rejets ... 79
14.2.3 Structure du message SMTP ... 80
14.3 Les messages SMTP indiquant une erreur de chiffrement ... 82
14.3.1 Profil des messages SMTP ... 82
14.3.2 Liste des codes rejets ... 82
14.3.3 Structure du message SMTP ... 83

1 Présentation

L'architecture globale de l'envoi et de la réception des flux de facturation du système SESAM-Vitale est illustrée par la figure ci-après.



Cette figure intègre les différentes possibilités pour un PS d'utiliser les réseaux existants.

Les Professionnels de Santé transmettent les Feuilles de soins Electroniques nécessaires au remboursement à destination des organismes d'Assurance Maladie Obligatoire via un réseau tiers[1] de messagerie qui est obligatoirement relié au Réseau SESAM-Vitale. Le Réseau SESAM-Vitale est un réseau de messagerie basé sur les protocoles SMTP et TCP/IP.

Les Professionnels de Santé transmettent les Demandes de Remboursements Electroniques nécessaires au remboursement à destination des organismes d'Assurance Maladie Complémentaire soit directement par un réseau tiers[1], soit via le Réseau SESAM-Vitale.

Le Poste de Travail du Professionnel de Santé peut récupérer dans sa boîte aux lettres des flux retour des organismes assurances Maladie qui sont non chiffrés (ARL, flux « Rejet/Signalement/Paiement » et messages de service correspondant à l'ensemble des factures du Professionnel de Santé, quel que soit le mode de saisie (Factures électroniques ou papier).

Les Professionnels de Santé transmettent les rapports de réclamation au CESI soit directement par un réseau tiers[1], soit via le Réseau SESAM-Vitale.

[1] Ce qui nécessite le paramétrage libre de la configuration d'accès au réseau et aux serveurs de FAI standards.

2 Architecture du réseau

En fonction du choix fait par le Professionnel de Santé, une boîte aux lettres peut être associée à chaque situation d'exercice et de facturation et à l'opposition incrémentale ou à toutes les situations d'exercice et de facturation et à l'opposition incrémentale.

La boîte aux lettres du Professionnel de Santé gérée par un réseau tiers (FAI).

3 Conformité aux standards Internet

Les réseaux s'appuient sur les standards Internet décrits dans des « Request For Comments ».

Le chiffrement de pièce jointe est conforme à la RFC 5652.

Les certificats de clé publique des organismes destinataires sont conformes au RFC 2459 (X509 V3).

A ce titre, le Poste de Travail du Professionnel de Santé devra être conforme notamment avec les standards TCP/IP, ESMTP, MIME, POP3 et S/MIME.

Le mécanisme d'avis de non remise est conforme aux RFC 1891, 1893 et 1894.

Cette spécification technique est basée sur les travaux de l'IETF relatifs au transport par messagerie des flux EDI (cf. RFC 1767).

4 Nature des flux

Les flux SESAM-Vitale entre les Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie sont actuellement constitués :

- des Feuilles de Soins Electroniques symbolisées par **FSE**,
- des Demandes de remboursements Electroniques symbolisées par **DRE**,
- des retours NOEMIE-PS comprenant les Accusés de Réception Logique (**ARL**) et les flux Rejet/Signalement/Paiement (**RSP**),
- des messages de service symbolisé par **SERVICE**.
- des rapports de réclamation symbolisés par **CESI**.

Seuls les flux de FSE et de DRE, ainsi que les rapports de réclamation, sont chiffrés, qu'il s'agisse de messages réels, de test ou de démonstration.

Les flux d'administration du système SESAM-Vitale sont actuellement constitués :

- des messages de fichiers de conventions et de regroupements normés, symbolisés par **CONV**,
- des fichiers concernant les incréments de la LOI, symbolisées par **dLOI**.

Le présent document présente les profils des messages réels, des messages test, des messages de démonstration et des messages de service.

- L'implémentation des spécifications relatives aux messages dits « réels », de « test », de « démonstration », et de « service » est requise pour l'obtention de l'agrément SESAM-Vitale.
- L'implémentation des spécifications relatives aux messages concernant les incréments dLOI est requise pour l'obtention de l'agrément SESAM-Vitale.

Les messages contenant la liste d'opposition ou les fichiers normés de conventions et de regroupement sont techniquement assimilés aux messages de services.

D'autres flux s'ajouteront à cette liste au fur et à mesure des évolutions du système SESAM-Vitale.

5 Compression

Le progiciel « Pharmacien » compresse obligatoirement les fichiers de factures (FSE et DRE) avant de les télétransmettre aux organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Pour les autres catégories de progiciel de santé, la compression est fortement conseillée.

Le progiciel compresse obligatoirement le rapport de réclamation avant de le télétransmettre au CESI.

De même, le progiciel accepte les fichiers retour compressés des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, car un Professionnel de santé qui télétransmet des flux compressés à une assurance maladie reçoit en retour de cet organisme des flux compressés. Mais le progiciel doit aussi savoir traiter la réception de flux non compressés.

Le principe de compression s'applique pour les flux à destination :

- Des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, les flux contenant les factures, qu'elles soient réelles, de tests ou de démonstrations.
- Des Professionnels de Santé, les flux contenant les ARL, les R/S/P et les incréments dLOI de la liste d'opposition incrémentale (LOI).
- Du CESI (pour les rapports de réclamation).

Impacts sur le profil des messages SMTP

Le champ « Content-Description » des messages SMTP possède un troisième sous-champ valorisé à « **Z** » qui indique la compression.

Exemple :

- Pour les flux à destination des organismes d'assurance maladie obligatoire, le champ « Content-Description » sera valorisé à « FSE/B2/**Z** ».

Impacts sur la structure des messages SMTP

L'algorithme de compression à utiliser est référencé dans la RFC 1952 « GZIP file format specification version 4.3 » ou supérieure. Il peut notamment être implémenté en utilisant les fonctions de compression au format GZIP présentes dans la librairie publique ZLIB 1.1.3 (ou supérieure) disponible sur multi-plateformes (cf. http://www.gzip.org/zlib/ pour disposer des spécifications techniques, des sources et des binaires pour les plateformes les plus utilisées).

Particularité pour les messages SMTP liés à la liste d'opposition incrémentale

- Le fichier de demande envoyé par le Professionnel de Santé ne doit pas être compressé.
- Par contre, le fichier des incréments de la liste d'opposition (LOI) reçu par le Professionnel de Santé est toujours compressé, le champ « Content-Description » sera valorisé à « REPONSE/dLOI/**Z** »

6 Chiffrement de pièce jointe

6.1 Présentation

Contexte

Les évolutions contenues dans ce chapitre ont pour objectif :

- De décrire la mise en œuvre du chiffrement de pièce jointe lors des échanges entre le PS et l'assurance maladie, chiffrement qui vient en remplacement du chiffrement de transport qui était optionnel dans les versions précédentes du cahier des charges SESAM-Vitale 1.40.
- D'assurer ainsi la confidentialité des données patients (en dehors des données déjà chiffrées) échangées entre le PS et l'assurance maladie, dont le NIR, en conformité avec les exigences de la CNIL, tout en permettant aux OCT d'assurer la continuité des services offerts à leurs clients.

NB : la transmission des rapports de réclamation se fait directement vers le CESI, sans passer par les OCT.

Principes généraux du chiffrement

Le chiffrement de la pièce jointe contenant le fichier de lots de FSE ou de DRE transmis par messagerie se fait en utilisant :

- une clé AMO pour chiffrer le fichier de FSE à destination des AMO,
- une clé AMC pour chiffrer le fichier de DRE à destination des AMC,
- une clé OCT pour chiffrer le fichier à destination d'un OCT

Ce principe de chiffrement est illustré par le schéma suivant :

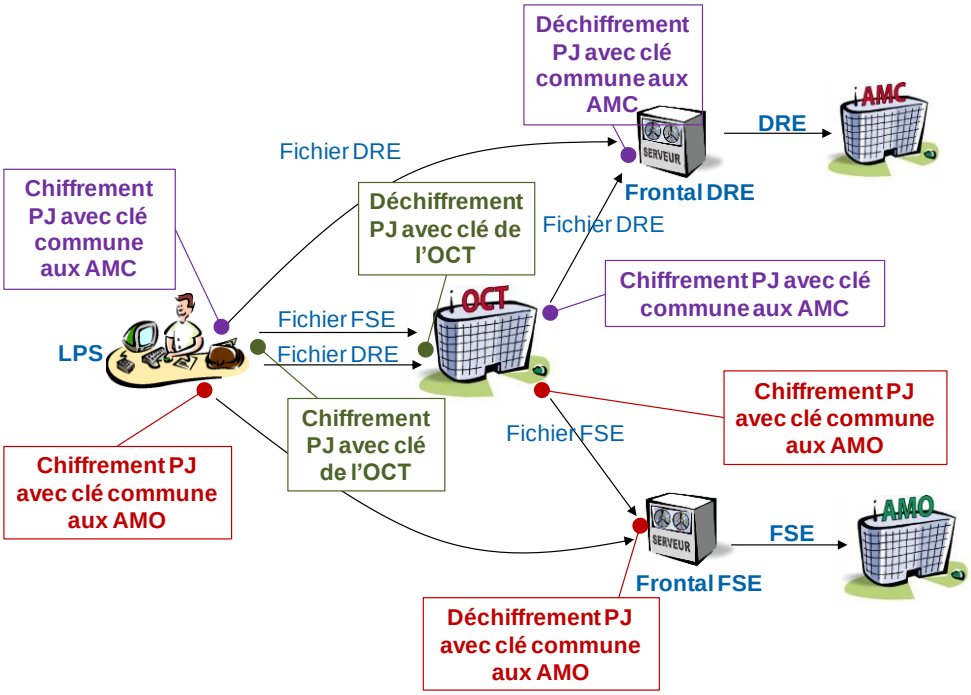


Figure 1 : Principe de chiffrement des pièces jointes

Le chiffrement de la pièce jointe s'applique également aux rapports de réclamation transmis par messagerie en utilisant une clé spécifique au CESI.

Nouvelles fonctionnalités

La mise en œuvre du chiffrement de pièce jointe introduit les nouvelles fonctionnalités suivantes :

- Chiffrement de pièces jointes, comprenant les points suivants :
  - Vérification de la validité des certificats avant usage.
  - Chiffrement des PJ des messages avec le certificat AMO de l'IGC OSI (pour les FSE).
  - Chiffrement des PJ des messages avec le certificat AMC de l'IGC OSI (pour les DRE).
  - Chiffrement des PJ des messages avec le certificat OCT de l'IGC de l'OCT pour les flux à destination des OCT.
  - Chiffrement des PJ des rapports de réclamation avec le certificat CESI de l'ICG OSI.
- Gestion de la sécurité, comprenant les points suivants :
  - Stockage (en général dans un magasin de certificats) des 2 et/ou 3 certificats (AMO/AMC/CESI et/ou OCT) et d'au moins 2 à 4 autorités de certification (pour gérer l'autorité de l'assurance maladie et de l'OCT, ainsi que la période de migration vers une nouvelle AC lors des renouvellements).
  - Accès à l'annuaire LDAP du GIE SV pour la récupération des certificats et des Listes de Révocation de Certificats (CRL).
- Gestion de nouveaux messages de service :
  - Nouveaux messages de services envoyés par les frontaux de l'AM dans le cas de renouvellements/problèmes de certificats.

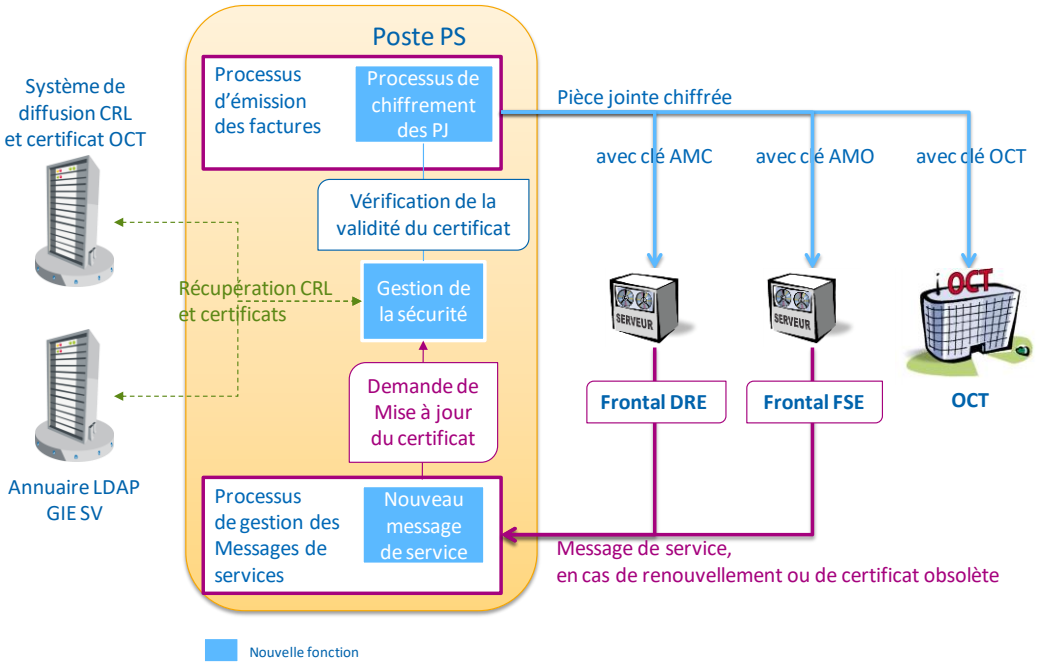


Figure 2 : Nouvelles fonctionnalités à mettre en œuvre

6.2 Chiffrement de la pièce jointe

6.2.1 Règles de gestion

L'émetteur chiffre le fichier logique ou la pièce jointe compressée en appliquant l'algorithme de chiffrement décrit ci-après (cf. §6.2.2).

Les certificats à utiliser doivent au préalable avoir été vérifiés selon la procédure décrite ci-après (cf. §6.2.3)

Les fichiers de FSE à destination des AMO doivent être chiffrés avec la clé AMO (certificat amo_pj.reel@reel.rss.fr)

Les fichiers de DRE à destination des AMC doivent être chiffrés avec la clé AMC (certificat amc_pj.reel@reel.rss.fr)

Les fichiers transmis à destination d'un OCT doivent être chiffrés avec la clé fournie par l'OCT destinataire.

Les fichiers de rapport de réclamation à destination du CESI doivent être chiffrés avec la clé du CESI (certificat cesi_pj.reel@reel.rss.fr).

Impacts sur le profil des messages SMTP

Le champ « Content-Description » des messages SMTP possède un troisième sous-champ valorisé à « **K** » qui indique le chiffrement de pièce jointe.

Exemple :

- Pour les flux à destination des organismes d'assurance maladie obligatoire, le champ « Content-Description » sera valorisé à « FSE/B2/**K** » ou « FSE/B2/**ZK** » si la pièce jointe est également compressée.

Cas particulier

[CP1] Flux de test ou flux de démonstration

Les fichiers de FSE à destination des AMO doivent être chiffrés avec la clé AMO de test (certificat amo_pj.test@test.rss.fr)

Les fichiers de DRE à destination des AMC doivent être chiffrés avec la clé AMC de test (certificat amc_pj.test@test.rss.fr)

Le rapport de réclamation à destination du CESI doit être chiffré avec la clé du CESI (certificat cesi_pj.test@test.rss.fr)

[CP2] CRL présente mais périmée (date de validité dépassée)

Le contrôle de non révocation des certificats se fait avec la CRL présente sur le poste et est non bloquant pour l'émission des flux SMTP.

Cas d'erreur

[CE1] Le certificat à utiliser est non valide

Le processus s'arrête et ne peut être repris qu'une fois le certificat mis à jour (cf. §6.2.3)

[CE2] Absence d'une CRL sur le poste émetteur

Le processus s'arrête et ne peut être repris qu'une fois la CRL installée sur le poste (cf. 6.3.3)

6.2.2 Modalité technique de chiffrement

Description

Le chiffrement d'un document possède les caractéristiques suivantes (basées sur la RFC 5652[2] - PKCS#7) :

1. le chiffrement du document s'effectue en utilisant l'algorithme AES 128 bits en mode CBC (clé de session de 128 bits) ;
2. la clé de session est chiffrée avec la clé publique RSA du destinataire du document (clé publique de 2048 bits) ;
3. les clés publiques sont certifiées, les certificats sont au format X509 V3.

Chaque document est chiffré à l'aide d'une clé de session qui elle-même est chiffrée à l'aide de la clé publique du destinataire du document. Cette clé publique est certifiée par une autorité de certification et est donc contenu dans le certificat correspondant.

Chaque résultat du chiffrement constitue le document sous forme « binaire » (pas d'encodage base 64 bits), auquel est ajoutée l'extension « .pkcs7 ».

Exemple

L'exemple ci-après illustre une possibilité de mettre en œuvre le chiffrement d'un document en utilisant le produit OpenSource OpenSSL.

Dans cet exemple :

- le document à chiffrer est indiqué sous « NomDuFichierAChiffrer »
- le certificat contenant la clé publique du destinataire est indiqué sous « Certificat.pem[3] »

La commande permettant d'obtenir le chiffrement du document est la suivante :

« *OpenSSL> cms -encrypt -in NomDuFichierAChiffrer* –binary *-aes-128-cbc -outform der -out NomDuFichierAChiffrer.pkcs7 Certificat.pem* »

6.2.3 Contrôle de validité des certificats

Certificats assurance maladie

Les certificats assurance maladie suivants sont utilisés pour chiffrer les fichiers transmis directement vers les frontaux de l'assurance maladie :

[2] http://datatracker.ietf.org/doc/rfc5652/

[3] Pour être utilisé avec OpenSSL, le certificat doit être mis au format « .pem »

- Un certificat AMO pour le chiffrement des fichiers de lots de FSE
- Un certificat AMC pour le chiffrement des fichiers de lots de DRE
- Un certificat CESI pour le chiffrement des fichiers de rapport de réclamation

L'AC utilisée est l'AC-FACTURATION de l'IGC OSI du GIE SESAM-Vitale.

Les certificats sont disponibles dans l'annuaire LDAP X500 à l'adresse suivante :

- ldap://annuaire.sesam-vitale.fr/cn=xxx_pj.reel@reel.rss.fr,ou=AC-FACTURATION,ou=AC-SESAM-VITALE-2034,o=sesam-vitale,c=fr?userCertificate;binary

où « xxx_pj.reel@reel.rss.fr» vaut :

- amo_pj.reel@reel.rss.fr pour le certificat AMO
- amc_pj.reel@reel.rss.fr pour le certificat AMC
- cesi_pj.reel@reel.rss.fr pour le certificat CESI

Le LPS doit vérifier que dans le certificat récupéré, l'extension « *SubjectAltName* » contient les libellés précédents.

Cas particulier

[CP1] Flux de test ou flux de démonstration

Les certificats de tests ont pour libellés :

- amo_pj.test@test.rss.fr pour le certificat AMO
- amc_pj.test@test.rss.fr pour le certificat AMC
- cesi_pj.test@test.rss.fr pour le certificat CESI
  - Le certificat CESI de tests est disponible à l'adresse suivante : ldap://annuaire.sesam-vitale.fr/cn=cesi_pj.test@test.rss.fr,ou=AC-FACTURATION-TEST,ou=AC-SESAM-VITALE-TEST-2034,o=sesam-vitale,c=fr

Cas des PS utilisant les services d'un OCT

Les fichiers doivent être chiffrés lors de leur transmission entre le PS et l'OCT avec un certificat fourni par l'OCT.

Les modalités de récupération de ce certificat et des éléments de sécurité associés (AC, CRL) sont de la responsabilité de l'OCT et ne sont pas décrites dans ce document.

Vérification du certificat

Les vérifications à effectuer par le LPS sur un certificat sont les suivantes :

- contrôle de parenté (chaine de confiance) du certificat[4]
- vérification de la validité de la chaîne de confiance (certificats des autorités intermédiaire et racine (ROOT))
- date de début et de fin de validité du certificat correcte (incluant la date du jour) ;
- certificat non révoqué (certificat non présent dans la liste de révocation des certificats) ;
- contrôle du nom du propriétaire du certificat.
- vérification du Key Usage (extension critique). Le Key Usage doit contenir
  - Digital Signature
  - KeyEncipherment
  - NonRepudiation

Gestion de la CRL

Le LPS vérifie que le certificat n'est pas dans la liste de révocation avant de chiffrer les documents.

En cas de liste de révocation non présente, le LPS doit considérer le certificat comme non valide.

En cas de liste de révocation périmée sur le poste PS, la vérification du certificat doit se faire à partir de la liste présente sur le poste PS.

6.3 Administration des éléments de sécurité

6.3.1 Gestion des autorités de certification

Il est recommandé que le Professionnel de Santé puisse s'assurer de la mise à jour des autorités de certification.

Le LPS doit être en mesure de gérer au moins deux autorités de certification en parallèle pour assurer les périodes de migration d'une autorité vers une autre ou pour gérer l'autorité d'un OCT en plus de l'autorité de l'assurance maladie.

Ces autorités peuvent être mises à jour au travers des procédures de mise à jour du LPS, soit directement par le PS au travers de l'IHM du LPS.

Les modalités de récupération et d'installation d'une nouvelle autorité de certification sur le poste PS sont laissées à la discrétion de l'éditeur.

Les autorités utilisées pour certifier les certificats de l'assurance maladie sont les suivantes :

- AC de production
  - Certificat de l'AC-FACTURATION : ldap://annuaire.sesam-vitale.fr/cn=AC-FACTURATION,ou=AC-FACTURATION,ou=AC-SESAM-VITALE-2034,o=sesam-vitale,c=fr?cACertificate;binary

[4] Le certificat est signé par un certificat « intermédiaire » lui-même signé par un certificat « ROOT ».

- Certificat de l'AC-SESAM-VITALE-2034 : ldap://annuaire.sesam-vitale.fr/cn= AC-SESAM-VITALE-2034,ou=AC-SESAM-VITALE-2034,o=sesam-vitale,c=fr?cACertificate;binary

6.3.2 Gestion des certificats

Récupération du certificat

A une clé publique est associé un certificat, qui atteste que la clé publique est bien liée au destinataire. Ce certificat permet la vérification de la propriété d'une clé publique pour prévenir la contrefaçon des clés.

Une connexion à un annuaire public est nécessaire pour récupérer un nouveau certificat et l'intégrer dans l'annuaire local sur l'équipement informatique du LPS[5]. La récupération d'un certificat est nécessaire dans les cas suivants :

- initialement lorsque le LPS met en place la solution de chiffrement,
- par la suite, lorsque le certificat est périmé : le LPS récupère le nouveau certificat environ 15 jours avant la date de fin de validité,
- par la suite, lorsque le certificat est révoqué (en cas de clé privée dévoilée),
- sur réception d'un message de service chiffrement 4005, 4015 ou 4025.

Recommandations

Il est recommandé que les certificats utilisés sur l'équipement informatique du LPS soient stockés dans un magasin local, ceci afin d'éviter de surcharger inutilement les annuaires publics disponibles sur Internet.

Les certificats doivent être vérifiés avant leur enregistrement dans le magasin local (cf. §6.2.3)

Lors de la mise à jour d'un certificat dans ce magasin local, les anciens certificats correspondant au même destinataire doivent être supprimés.

6.3.3 Gestion de la CRL

Récupération de la CRL

L'adresse de récupération de la liste de révocation des certificats de l'AC-FACTURATION est disponible dans le champ du certificat « point de distribution de la liste de révocation des certificats » et est du type :

- ldap://annuaire.sesam-vitale.fr/cn=AC-FACTURATION,ou=AC-FACTURATION,ou=AC-SESAM-VITALE-2034,o=sesam-vitale,c=fr/certificateRevocationList

Vérification de la CRL

Les vérifications à effectuer par le LPS sur la CRL sont les suivantes :

- Vérification de la signature de la CRL par la bonne autorité de certification (AC)

[5] Plusieurs certificats **valides** peuvent être disponibles dans l'annuaire pour un même destinataire. Dans ce cas, l'équipement informatique doit être capable de récupérer le plus récent.

- Vérification de la date de validité de la CRL

Recommandations

Les recommandations de récupération des CRLs reposent sur les principes suivants d'utilisation :

- **limitation du téléchargement** aux CRLs correspondant aux certificats susceptibles d'être acceptés par l'application ;
- **fréquence** de téléchargement des CRLs **en rapport avec la fréquence de publication** de celles-ci ;
- **variabilité des horaires de téléchargement** des CRLs lorsque celui-ci est automatisé (notamment pour que toutes les instances d'un même produit installé chez différents clients ne téléchargent pas les CRLs en même temps : prévoir par exemple un étalement de téléchargement « aléatoire » sur plusieurs heures) ;
- **limitation des durées de connexion** au temps nécessaire au téléchargement des CRLs (pas de maintien de session après un (ou une tentative de) téléchargement).

Le standard de référence décrivant le format des CRLs est le RFC 5280. Toutefois, la fréquence de publication est laissée libre à chaque IGC. Toute CRL contient obligatoirement la date/heure de la publication de la CRL suivante (extension nextUpdate) permettant ainsi à un vérificateur de récupérer la nouvelle CRL avant l'expiration de la CRL en cours.

La méthode suivante est recommandée pour assurer la bonne gestion de la CRL de l'AC-FACTURATION de l'assurance maladie sur l'équipement de l'émetteur des flux :

- Un chargement hebdomadaire est mis en place pour la CRL en exploitation. La CRL est publiée tous les jours approximativement à la même heure – vers 0h00. Le chargement peut donc commencer à partir de 2h00. La première requête doit être planifiée aléatoirement sur plusieurs heures (8 heures minimum) après 2h00 jusque 22h00 (algorithme intégré dans le logiciel par son éditeur devant garantir qu'il y a une répartition de charge chez ses clients).
- S'il se produit un problème lors du chargement *(problème technique ou chargement de la même CRL)* :
  - relancer le chargement tous les jours selon les mêmes règles que précédemment,
  - si le problème persiste toujours, afficher un message d'alerte au Professionnel de Santé lui demandant de contacter le fournisseur de sa solution avant l'expiration de la CRL. Ce dernier doit analyser la source du problème et contacter si besoin le centre de service du GIE SESAM-Vitale.

7 Profil des messages réels SMTP

Ces profils sont susceptibles d'évoluer lors de la prise en compte de nouveaux flux de données SESAM-Vitale.

Le progiciel de Santé détermine que le flux à transmettre est réel à l'aide des données restituées par les Services SESAM-Vitale lors de la constitution des lots qui seront intégrés dans le fichier joint au message à transmettre. La donnée Type de flux en sortie de la fonction Formater Lot est restituée avec la même valeur pour tous les lots du fichier à transmettre. Lorsque cette valeur est 'R', le fichier à transmettre est un flux réel (cf. annexe 1-A, § 4.1).

7.1 Les messages SMTP contenant les fichiers de factures

Les messages SMTP contenant les fichiers de factures sont transmis au format MIME.

7.1.1 Profil des messages SMTP

Les messages SMTP transmis par le Professionnel de Santé doivent respecter le format MIME.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- un message SMTP contient un seul fichier tel que généré par le progiciel du Professionnel de Santé en utilisant le Module des services SESAM-Vitale[6] ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse du Professionnel de Santé émetteur du message SMTP (fournie lors de l'abonnement du PS au RSS ou à un réseau d'accès tiers)
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse de l'organisme d'Assurance Maladie récepteur du message SMTP :
  - Pour les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire le champ destinataire ("To") est du type XXYYY@YYY.XX.rss.fr[7] où :
    - XX désigne le code grand régime ;
    - YYY désigne l'organisme destinataire (déduit à partir des règles spécifiées dans l'Annexe1-A0, groupe 1310) ;
  - Pour les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire les éléments d'adressage sont fournis en sortie de la fonction « mise en lot » des Services SESAM-Vitale (Cf. annexe 1.A).
    - Cette fonction donne la partie droite et la partie gauche de @ ;

[6] Tous les fichiers reçus par les organismes d'Assurance Maladie doivent être obligatoirement constitués d'une seule en-tête de fichier, d'un ou plusieurs lots de factures électroniques de même type (DRE ou FSE) et d'une seule fin de fichier.

[7] Il est recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de récupérer le couple XXYYY dans une donnée qui les contient déjà (ex : champ "numéro destinataire" de la fonction "Mise en forme en-tête et fin de fichier - cf. annexe 1-A).

- le champ relatif au sujet[8] du message SMTP ("Subject") contient la référence "SV**vvvvvv**[9] /exercice/compostage/nnnnn" pour les flux de FSE ou DR**vvvvvv**/exercice/compostage/nnnnn pour les flux de DRE, où :
  - SVvvvvvv (ou DRvvvvvv) est une chaîne de 8 caractères, où **vvvvvv** est représenté pour ce Cahier des Charges SESAM-Vitale par **140800**; La valeur **140800** est fournie par les API SSV en sortie de la fonction Formater Lot dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.
  - « exercice »[10] contient le numéro émetteur correspondant au fichier transmis (cf. annexe 1 - fonction "Mise en forme en-tête et fin de fichier) ;
  - « compostage » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)[11] ;
  - « nnnnn » est le nombre de FSE (ou de DRE) contenues dans le fichier inclus dans le message SMTP (chaîne de caractères numériques, format fixe aligné à droite ; par exemple : "00025") ;
  - le délimiteur entre chaque champ est le caractère "/" ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "FSE/B2" pour les flux de FSE ou DRE/DR pour les flux de DRE ;
- Un avis de non-remise du message SMTP est systématiquement demandé au réseau de messagerie (RFC 1891, 1893 et 1894).[12]

7.1.2 Constitution du message SMTP au format MIME à partir du fichier de factures

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- un message SMTP contient un seul fichier tel que généré par le progiciel du Professionnel de Santé en utilisant le Module des services SESAM-Vitale[13] ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse du Professionnel de Santé émetteur du message SMTP (fournie lors de l'abonnement du PS à l'opérateur de messagerie)

[8] En cas de dysfonctionnement lors de l'échange des messages SMTP, ce champ peut servir à l'opérateur du RSS et au Professionnel de Santé à retrouver les messages égarés ou sources de problèmes (traçabilité). Il est donc recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de le conserver et d'en permettre une restitution facile à l'utilisateur.

[9] Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

[10] Lorsque cette fonction existe, ce champ peut être utilisé pour le retrait sélectif des messages dans une boite aux lettres.

[11] En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

[12] Etant donné que le couple "Sujet du message" et "Champ expéditeur" identifie un message de façon unique sur le réseau, il est recommandé que les progiciels des Professionnels de Santé utilisent la valeur de l'attribut "Subject" pour l'attribut "ENVID".

[13] Tous les fichiers reçus par les organismes d'Assurance Maladie doivent être obligatoirement constitués d'une seule en-tête de fichier, d'un ou plusieurs lots de factures électroniques de même type (DRE ou FSE) et d'une seule fin de fichier.

- le champ destinataire ("To") contient l'adresse de l'organisme d'Assurance Maladie récepteur du message SMTP :
  - Pour les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire le champ destinataire ("To") est du type XXYYY@YYY.XX.rss.fr[14] où :
    - XX désigne le code grand régime ;
    - YYY désigne l'organisme destinataire (déduit à partir de la table de correspondance fournie par le manuel de programmation et les données contenues en carte Vitale) ;
  - Pour les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire les éléments d'adressage sont fournis en sortie de la fonction « mise en lot » des Services SESAM-Vitale (Cf. annexe 1.A).
    - Cette fonction donne la partie droite et la partie gauche de @ ;
- le champ relatif au sujet[15] du message SMTP ("Subject") contient la référence "SV**vvvvvv**[16]/exercice/compostage/nnnnn" pour les flux de FSE ou DR**vvvvvv**/exercice/compostage/nnnnn pour les flux de DRE, où :
  - SVvvvvvv (ou DRvvvvvv) est une chaîne de 8 caractères, où vvvvvv est représenté pour ce Cahier des Charges SESAM-Vitale par **140800**; La valeur **140800** est fournie par les API SSV en sortie de la fonction Formater Lot dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.
  - « exercice »[17] contient le numéro émetteur correspondant au fichier transmis (cf. annexe 1 - fonction "Mise en forme en-tête et fin de fichier) ;
  - « compostage » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)[18] ;
  - « nnnnn » est le nombre de FSE (ou de DRE) contenues dans le fichier inclus dans le message SMTP (chaîne de caractères numériques, format fixe aligné à droite ; par exemple : "00025") ;
  - le délimiteur entre chaque champ est le caractère "/" ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "FSE/B2" pour les flux de FSE ou DRE/DR pour les flux de DRE ;

[14] Il est recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de récupérer le couple XXYYY dans une donnée qui les contient déjà (ex : champ "numéro destinataire" de la fonction "Mise en forme en-tête et fin de fichier - cf. annexe 1-A).

[15] En cas de dysfonctionnement lors de l'échange des messages SMTP, ce champ peut servir à l'opérateur de messagerie et au Professionnel de Santé à retrouver les messages égarés ou sources de problèmes (traçabilité). Il est donc recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de le conserver et d'en permettre une restitution facile à l'utilisateur.

[16] Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

[17] Lorsque cette fonction existe, ce champ peut être utilisé pour le retrait sélectif des messages dans une boîte aux lettres.

[18] En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

- Un avis de non-remise du message SMTP est systématiquement demandé au réseau de messagerie (RFC 1891, 1893 et 1894).[19]

7.1.3 Structures du message SMTP MIME

La structure du message SMTP doit être conforme aux formats SMTP et MIME. Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

[19] Etant donné que le couple "Sujet du message" et "Champ expéditeur" identifie un message de façon unique sur le réseau, il est recommandé que les progiciels des Professionnels de Santé utilisent la valeur de l'attribut "Subject" pour l'attribut "ENVID".

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur du PS*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire AMO ou AMC*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	• **SVvvvxxx/exercice/compostage/nnnnn pour les flux de FSE** • **DRvvvxxx/exercice/compostage/nnnnn pour les flux de DRE**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* : • **FSE** : *nature* = **FSE** • **DRE** : *nature* = **DRE** *norme* : • **FSE** : *norme* = **B2** • **DRE** : *norme*= **DR**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur du PS*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire OCT*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	• **SVvvvxxx/exercice/compostage/nnnnn pour les flux de FSE** • **DRvvvxxx/exercice/compostage/nnnnn pour les flux de DRE**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	*Type*/*Sous-type*;*paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature*/*norme*	*nature* : • **FSE** : *nature* = **FSE** • **DRE** : *nature* = **DRE** *norme* : • **FSE** : *norme* = **B2** • **DRE** : *norme*= **DR**
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

7.2 Les messages SMTP contenant les ARL

7.2.1 Profil des messages SMTP

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- un message contient un seul fichier NOEMIE-PS (une seule référence 930) comprenant un ou plusieurs Accusés de Réception Logique ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'organisme d'Assurance Maladie émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; l'adresse du Professionnel de Santé destinataire d'un message contenant un flux NOEMIE-PS est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le fichier traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), s'il est renseigné, contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le fichier, initialement émis par le Professionnel de Santé et éventuellement d'autres caractères. Il convient donc de rechercher la valeur du champ « subject » sans se limiter à une simple comparaison de leurs valeurs. Dans ce cas, un message SMTP contenant des ARL ne se rapporte qu'à un seul message SMTP contenant un fichier.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "SV/exercice/compostage" pour les flux émis par les AMO (ou DR/exercice/compostage pour les flux émis par les AMC) où le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est :
  - "ARL/NOEMIE" pour les flux non compressés émis par les AMO ;
  - ARLDRE/NOEMIE pour les flux non compressés émis par les AMC ;
  - "ARL/NOEMIE/**Z**" pour les flux compressés émis par les AMO ;
  - ARLDRE/NOEMIE/**Z** pour les flux compressés émis par les AMC ;

Il est recommandé que le progiciel du Professionnel de Santé contrôle tous les messages contenant des ARL afin de détecter tout doublon éventuel de messages SMTP.

7.2.2 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur AM*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-reply-to**	**Champ subject initial**	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**SV/exercice/compostage pour les flux émis par les AMO** **DR/exercice/compostage pour les flux émis par les AMC**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme (fichier non compressé)* *nature/norme/Z (fichier compressé)*	*nature* = **ARL ou ARLDRE,** *norme* = **NOEMIE**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur AM*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-reply-to**	**Champ subject initial**	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**SV/exercice/compostage pour les flux émis par les AMO** **DR/exercice/compostage pour les flux émis par les AMC**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme (fichier non compressé)* *nature/norme/Z (fichier compressé)*	***nature* = ARL ou ARLDRE,** ***norme* = NOEMIE**

LIGNE VIDE			O		
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER	

7.3 Les messages SMTP contenant les flux de Rejet / Signalement / Paiement

7.3.1 Profil des messages SMTP

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- un message contient un seul fichier NOEMIE-PS de Rejet/Paiement/Signalement (une seule référence hors référence 930) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'organisme d'Assurance Maladie émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; l'adresse du Professionnel de Santé destinataire d'un message contenant un flux Noémie-PS est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le fichier traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "SV/exercice/compostage" pour les flux émis par les AMO (ou DR/exercice/compostage pour les flux émis par les AMC) où le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est :
  - "RSP/NOEMIE" pour les flux non compressés émis par les AMO ;
  - "RSPDRE/NOEMIE" pour les flux non compressés émis par les AMC ;
  - "RSP/NOEMIE/**Z**" pour les flux compressés émis par les AMO ;
  - "RSPDRE/NOEMIE/**Z**" pour les flux compressés émis par les AMC.

Il est recommandé que le progiciel du Professionnel de Santé contrôle tous les messages contenant des fichiers "Rejet/Signalement/Paiement" afin de détecter tout doublon éventuel de messages SMTP.

7.3.2 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur AMO*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**SV/exercice/compostage pour les flux émis par les AMO** **DR/exercice/compostage pour les flux émis par les AMC**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme (fichier non compressé)* *nature/norme/Z (fichier compressé)*	*nature* = **RSP ou RSPDRE** *norme* = **NOEMIE**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur AMO*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**SV/exercice/compostage pour les flux émis par les AMO** **DR/exercice/compostage pour les flux émis par les AMC**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme (fichier non compressé)* *nature/norme/Z (fichier compressé)*	***nature*** **= RSP ou RSPDRE** ***norme*** **= NOEMIE**
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

7.4 Les messages SMTP contenant les rapports de réclamation

7.4.1 Profil des messages SMTP

Les messages SMTP transmis par le Professionnel de Santé doivent respecter le format MIME.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- un message SMTP contient un seul fichier de rapport de réclamation ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse du Professionnel de Santé émetteur du message SMTP pour les rapports de réclamation,
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI, récepteur du message SMTP : "cesi.rXX@cesi.rss.fr", où XX est égal au code région du lieu d'exercice du PS. Exemple : "cesi.r01@cesi.rss.fr". Les codes régions sont définis dans le Code Officiel Géographique de l'INSEE 2016. Pour les flux de test, l'adresse est la suivante : "cesi.test@cesi.rss.fr".
- le champ relatif au sujet[20] du message SMTP ("Subject") contient la référence "RRvvvvvv[21] /exercice/compostage" où :
  - RRvvvvvv est une chaîne de 8 caractères, où **vvvvvv** est représenté pour ce Cahier des Charges SESAM-Vitale par **140800** ; La valeur **140800** est fournie par les API SSV en sortie de la fonction Formater Lot dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.
  - « exercice »[22] contient le Numéro de facturation du Professionnel de Santé ;
  - « compostage » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)[23] ;
  - le délimiteur entre chaque champ est le caractère "/" ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est " CESI/XML/ZK" ;

[20] En cas de dysfonctionnement lors de l'échange des messages SMTP, ce champ peut servir à l'opérateur du RSS et au Professionnel de Santé à retrouver les messages égarés ou sources de problèmes (traçabilité). Il est donc recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de le conserver et d'en permettre une restitution facile à l'utilisateur.

[21] Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

[22] Lorsque cette fonction existe, ce champ peut être utilisé pour le retrait sélectif des messages dans une boite aux lettres.

[23] En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

- Un avis de non-remise du message SMTP est systématiquement demandé au réseau de messagerie (RFC 1891, 1893 et 1894).[24]

[24] Etant donné que le couple "Sujet du message" et "Champ expéditeur" identifie un message de façon unique sur le réseau, il est recommandé que les progiciels des Professionnels de Santé utilisent la valeur de l'attribut "Subject" pour l'attribut "ENVID".

7.4.2 Structures du message SMTP MIME

La structure du message SMTP doit être conforme aux formats SMTP et MIME. Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**`Date:`**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**`From:`**	*Adresse SMTP du PS pour la gestion des rapports de réclamation*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**`To:`**	*Adresse destinataire*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**`Message ID`**		
		Objet du message	O	**`Subject:`**	**`RRvvvvvv/exercice/compostage`**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**`Mime-Version:`**	***version***	*version* = **`1.0`**
		Type du contenu	O	**`Content-Type:`**	**`multipart/mixed;boundary=`**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	`--DELIMITEUR`		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**`Content-Type:`**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **`Application`** *Sous-type* = **`EDI-consent`**
		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*nature/norme*	*nature* : • **`CESI`** *norme* : • **`XML`** *compression / chiffrement* : • ZK
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	`--DELIMITEUR--`		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**`Date:`**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**`From:`**	*Adresse SMTP du PS pour la gestion des rapports de réclamation*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**`To:`**	*Adresse destinataire*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**`Message ID`**		
		Objet du message	O	**`Subject:`**	**`RRvvvvvv/exercice/compostage`**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**`Mime-Version:`**	***version***	*version* = **`1.0`**
		Type du contenu	O	**`Content-Type:`**	*Type*/*Sous-type*;*paramètre*	*Type* = **`Application`** *Sous-type* = **`EDI-consent`**
		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*nature*/*norme*	*nature* : • **`CESI`** *norme* : • **`XML`** *compression / chiffrement* : • ZK
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

7.5 Les messages SMTP d'accusé de réception des rapports de réclamation

7.5.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- un message ne contient aucune pièce jointe ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil[25] émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; cette adresse est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le rapport de réclamation traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le rapport de réclamation, initialement émis par le Professionnel de Santé.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "RR/exercice/compostage" où
  - le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
  - le champ compostage contient la date et l'heure de création du message de retour au format "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5) ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "ARLRR".

[25] des rapports de réclamation à destination du CESI.

7.5.2 Structures du message SMTP MIME

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**`Date:`**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**`From:`**	*Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**`To:`**	*Adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**`Message ID`**		
		Objet du message	O	**`Subject:`**	**`RRvvvvvv/exercice/compostage`**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**`Mime-Version:`**	***version***	*version* = **`1.0`**
		Type du contenu	O	**`Content-Type:`**	**`multipart/mixed;boundary=`**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**`Content-Type:`**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **`Application`** *Sous-type* = **`EDI-consent`**
		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*nature*	*ARLRR*
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**`Date:`**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**`From:`**	*Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**`To:`**	*Adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**`Message ID`**		
		Objet du message	O	**`Subject:`**	**`RRvvvvvv/exercice/compostage`**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**`Mime-Version:`**	***version***	*version* = **`1.0`**
		Type du contenu	O	**`Content-Type:`**	*Type*/*Sous-type*;*paramètre*	*Type* = **`Application`** *Sous-type* = **`EDI-consent`**
		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*nature*	*ARLRR*
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

8 Profil des messages test SMTP

Les progiciels des Professionnels de Santé devront obligatoirement être capables de générer des flux de tests ayant les caractéristiques définies ci-dessous.

Ce mode test correspond à l'élaboration de factures électroniques à partir de support Vitale et CPS de test.

Les profils des messages test se différencient des profils des messages réels par le contenu du champ "Content-Description".

Le progiciel de santé détermine que le flux à transmettre est de test à l'aide des données restituées par les Services SESAM-Vitale lors de la constitution des lots qui seront intégrés dans le fichier joint au message à transmettre. La donnée Type de flux en sortie de la fonction Formater Lot est restituée avec la même valeur pour tous les lots du fichier à transmettre. Lorsque cette valeur est 'T', le fichier à transmettre est un flux de test (cf. annexe 1-A, § 4.1).

Les messages SMTP dits de « test » différent des flux dits « réels » par le contenu du champ "Content-Description" qui contient la nature et la norme de l'objet transporté selon les règles suivantes :

- Pour les flux à destination ou émis par les organismes d'assurances maladies obligatoires :

Type de message SMTP de test	Champ « Content-Description »	
	Pas de compression	Compression
Message SMTP de test contenant un fichier de lots de FSE	"FSETEST/B2**/K** " ;	"FSETEST/B2/**ZK**" ;
Message SMTP de test contenant les flux ARL	"ARLTEST/NOEMIE"	"ARLTEST/NOEMIE/**Z**"
Message SMTP de test contenant les flux R/S/P	"RSPTEST/NOEMIE"	"RSPTEST/NOEMIE/**Z**"

- Pour les flux à destination des organismes d'assurances maladies complémentaires :

Type de message SMTP de test	Champ « Content-Description »	
	Pas de compression	Compression
Message SMTP de test contenant un fichier de lots des DRE	"DRETEST/DR**/K** " ;	"DRETEST/DR/**ZK**" ;
Message SMTP de test contenant les flux ARL	"ARLDRETEST/NOEMIE"	"ARLDRETEST/NOEMIE/**Z**"
Message SMTP de test contenant les flux R/S/P	"RSPDRETEST/NOEMIE"	"RSPDRETEST/NOEMIE/**Z**"

- Pour les flux à destination du CESI :

Type de message SMTP de test	Champ « Content-Description »
Message SMTP de test contenant un fichier de rapport de réclamation	CESITEST/XML/ZK

Type de message SMTP de test	Champ « Content-Description »
Message SMTP de test contenant les flux d'accusé de réception des rapports de réclamation	ARLRRTEST

9 Profil des messages de démonstration SMTP

Les progiciels des Professionnels de Santé devront obligatoirement être capables de générer des flux de démonstration ayant les caractéristiques définies ci-dessous.

Lors de l'utilisation d'un support Vitale de démonstration avec une CPS réelle, le progiciel du Professionnel de Santé doit reconnaître le support Vitale de démonstration sur la base des informations « code régime » et « code caisse » (01 et 999) et doit afficher au Professionnel de Santé qu'il est en train d'effectuer un flux de démonstration.

Les profils des messages utilisés dans le cadre de démonstration se différencient des profils des messages réels par le contenu du champ "Content-Description".

Le progiciel de santé détermine que le flux à transmettre est de démonstration à l'aide des données restituées par les Services SESAM-Vitale lors de la constitution des lots qui seront intégrés dans le fichier joint au message à transmettre. La donnée Type de flux en sortie de la fonction Formater Lot est restituée avec la même valeur pour tous les lots du fichier à transmettre. Lorsque cette valeur est 'D', le fichier à transmettre est un flux de démonstration (cf. annexe 1-A, § 4.1).

Les messages SMTP dits de « démonstration » diffèrent des flux dits « réels » par le contenu du champ "Content-Description" qui contient la nature et la norme de l'objet transporté selon les règles suivantes :

- Pour les flux à destination ou émis par les organismes d'assurances maladies obligatoires :

Type de message SMTP de démonstration	Champ « Content-Description »	
	Pas de compression	Compression
Message SMTP de démonstration contenant un fichier de FSE	"FSEDEMO/B2**/K** " ;	"FSEDEMO/B2/**ZK**" ;
Message SMTP de démonstration contenant les flux ARL	"ARLDEMO/NOEMIE"	"ARLDEMO/NOEMIE/**Z**"

- Pour les flux à destination ou émis par les organismes d'assurances maladies complémentaires :

Type de message SMTP de démonstration	Champ « Content-Description »	
	Pas de compression	Compression
Message SMTP de démonstration contenant un fichier de DRE	"DREDEMO/DR**/K** " ;	"DREDEMO/DR/**ZK**" ;
Message SMTP de démonstration contenant les flux ARL	"ARLDREDEMO/NOEMIE"	"ARLDREDEMO/NOEMIE/**Z**"

10 Profil des messages de service SMTP du réseau

Les règles définies ci-dessous ne s'appliquent que pour les messages en provenance de l'opérateur du réseau de messagerie.

10.1 Les messages SMTP indiquant un AR_P

Le message de service dit « AR_P » sera émis par l'opérateur de messagerie sur demande de l'assurance maladie lors d'une indisponibilité temporaire des serveurs de l'assurance maladie (cas de blocages exceptionnels).

Les messages SMTP respectent les formats SMTP et MIME.

10.1.1 Profil des messages SMTP

- Il y a autant de messages SMTP que de fichiers générés
- Le champ expéditeur ("FROM") contient l'adresse du système de messagerie émetteur ;
- Le champ destinataire ("TO") contient l'adresse du Professionnel de Santé (ou de l'OCT) à l'origine du flux sauvegardé. (champ from du message d'origine)
- Le champ sujet ("subject ") contient la référence "AR_P/XX/DDDDDDDDDDDDDDDDDDDDD"

  Où

  - AR_P : est une chaîne constante
  - XX : contient la valeur **SV** dans le cas d'un message initial de FSE et **DR** dans le cas d'un message initial de DRE (premier sous champ du subject d'origine)
  - DDDDDD : est une chaîne, de longueur variable, contient l'adresse du destinataire du message d'origine (organisme AMO ou AMC).
- Le champ ("In-Reply-To ") contient le champ subject du message d'origine et éventuellement d'autres caractères. Il convient donc de rechercher la valeur du champ « subject » sans se limiter à une simple comparaison de leurs valeurs.
- Le champ relatif au type de contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est ("Application/EDI-consent").
- Le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est :

SERVICE/AR_PROVISOIRE

10.1.2 Structure des messages SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP (single part)

EN-TETES	Dates	Date	O	**`Date:`**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**`From:`**	*adresse émetteur*	adresse du système de messagerie
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**`To:`**	*adresse destinataire*	Adresse PS OCT
	Autres champs	Identifiant du message	O	**`Message ID`**		
		Objet du message	O	**`Subject:`**	`AR_P/XX/DDD(n)`	cf description ci-dessus
		Référence du message d'origine	O	**`In-Reply-To`**		Champ subject du message d'origine
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**`Mime-Version:`**	***version***	*version* = **`1.0`**
		Type du contenu	O	**`Content-Type:`**	***`Type/sous-Type`***	Application/EDI-consent
		Encodage du contenu	O	`Content-Transfer-Encoding:`	*Encodage*	*Encodage* = BASE64
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*nature/norme*	*nature* = **`SERVICE`** *norme* = AR_PROVISOIRE
Ligne vide			O			

11 Profil des messages de service SMTP de l'Assurance Maladie

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

Un message de service sera envoyé par les régimes d'Assurance Maladie, si dans le champ 'sujet' du message allé, est indiqué la référence « SV***vvvvvv***[26]/.. » pour les flux à destination des AMO ou « DR***vvvvvv***[27]/.. » pour les flux à destination des AMC. La valeur de la référence **vvvvvv** est fournie par les API SSV en sortie de la fonction « Formater_Lot » dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.

Un fichier trace[28] détaillant le motif du rejet est systématiquement joint aux messages de service. Ce fichier peut permettre aux éditeurs de progiciel de santé d'analyser l'incident avec l'aide du support technique du GIE SESAM-Vitale.

11.1 Les messages SMTP indiquant une anomalie de structure SMTP

11.1.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillée de l'incident) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'organisme d'Assurance Maladie émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de santé récepteur du message SMTP ; l'adresse du Professionnel de santé destinataire d'un message signalant une anomalie SMTP est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message initialement transmis par ce même Professionnel de santé ;
- le champ relatif au sujet du message ("Subject") contient la référence "SV/exercice[29]/compostage/**code rejet**" pour les flux émit par les AMO et DR/exercice[30]/compostage/**code rejet**" pour les flux émit par les AMC ;
- le champ relatif à l'identifiant original ("In-Reply-To") contient le champ sujet du message initialement transmis par le Professionnel de Santé et éventuellement d'autres caractères. Il convient donc de rechercher la valeur du champ « subject » sans se limiter à une simple comparaison de leurs valeurs ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;

[26] Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

[27] Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

[28] Le descriptif complet de ce fichier trace est inclus dans la documentation des Fournitures SESAM-Vitale.

[29] Si ce champ est renseigné dans le message aller correspondant.

[30] Si ce champ est renseigné dans le message aller correspondant.

- le champ relatif à la description du contenu (« Content-Description ») contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « SERVICE/REJET_SMTP ».

11.1.2 Liste des codes rejets générés par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et complémentaire[31]

Code Rejet	Libellés
1010	*Le fichier pièce jointe déclaré n'existe pas*
1020	*Pas de pièce jointe*
1030	*Plus d'une pièce jointe*
1031	*Mauvais format de compression pour la pièce jointe*
1032	*Chiffrement PJ : Content-Description indiquant un flux chiffré qui ne l'est pas*
1040	*Content- Type différent de "APPLICATION/EDI-consent"*
1050	*Content- Description inconnu ou non autorisé*
1060	*Sujet non conforme*
1061	*1er sous-champ inconnu ou non autorisé*
1062	*2 ième sous-champ du sujet absent ou de longueur différente de 14 caractères*
1063	*3 ème sous-champ du sujet absent ou de longueur différente de 19 caractères*
1064	*Date et heure compostage non valides*
1065	*4 ième sous-champ du sujet absent ou de longueur différente de 5 caractères*
1066	*4 ième sous-champ non numérique ou incohérent*
1070	*Sujet identique (message déjà transmis)*
9999	*autre erreur*

11.1.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

[31] La liste des erreurs est non exhaustive.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur AMO*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	Champ *subject initial*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**SV/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMO** **DR/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMC**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* = **SERVICE** *norme* = **REJET_SMTP**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur AMO*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	Champ *subject initial*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**SV/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMO** **DR/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMC**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**

		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*nature/norme*	*nature* = **`SERVICE`** *norme* = **`REJET_SMTP`**
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

11.2 Les messages SMTP indiquant un fichier rejeté

11.2.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillé de l'incident) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'organisme d'Assurance Maladie émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de santé récepteur du message SMTP ; l'adresse du Professionnel de santé destinataire d'un message contenant un fichier rejeté est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le fichier traité, initialement transmis par ce même Professionnel de santé ;
- le champ relatif au sujet du message ("Subject") contient la référence "SV/exercice/compostage/**code rejet**" pour les flux émit par les AMO et DR/exercice/compostage/**code rejet**" pour les flux émit par les AMC ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à l'identifiant original ("In-Reply-To") contient le champ sujet du message initialement transmis par le Professionnel de Santé et éventuellement d'autres caractères. Il convient donc de rechercher la valeur du champ « subject » sans se limiter à une simple comparaison de leurs valeurs ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "SERVICE/REJET_FICHIER".

11.2.2 Liste des codes rejets générés par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et complémentaire[32]

Code Rejet	Libellés
2010	*incohérence du marquage des flux*
2011	*flux réel contenant un numéro de facturation de test*
2012	*Marquage du type de facture et/ou du type de lot erroné*
2020	*marquage des flux incorrect*
2030	*erreur de séquencement dans les types B2*
2040	*Incohérence sur le numéro AMC*
2110	*T000 : type émetteur différent de TP,TE, SI ou OT*
2111	*T000 : numéro d'émetteur non numérique*
2112	*T000 : numéro d'émetteur différent du champ exercice*
2113	*T000 : type+numéro de destinataire inconnu pour ce frontal*

[32] La liste des erreurs est non exhaustive.

Code Rejet	Libellés
2114	*Pour FSE : T000 : application différente de TR et TO* *Pour DRE : T000 : application différente de 98 et 99*
2115	*T000 : identification du fichier non renseignée*
2116	*T000 : date de création du fichier pas au format date*
2117	*T000 : norme différente de IF, MK, OO, OY, PE, TA, LB, PH, FR, ER, CP, CS ou CT*
2118	*Pour FSE : T000 : version norme différente de B2* *Pour DRE : T000 : version norme différente de DR*
2119	*T000 : compactage différent de 0 et espace*
2120	*T000 : cryptage différent de 0 ,1 ou 1 espace*
2121	*T000 : champ longueur différent de 128*
2122	*T000 : numéro de destinataire non numérique*
2123	*T000 : Zone Mise en Œuvre Sécurité différent de 3 espaces*
2124	*T000 : incohérence de l'adresse destinataire avec le numéro destinataire renseigné dans le fichier B2*
2210	*T999 : type émetteur différent du type 000*
2211	*T999 : numéro émetteur différent du type 000*
2212	*T999 : type destinataire différent du type 000*
2213	*T999 : numéro destinataire différent du type 000*
2214	*T999 : application différente de celle du type 000*
2215	*T999 : identification du fichier différente de celle du type 000*
2216	*T999 : nombre d'enregistrements incorrect*
2217	*T999 : nombre de lots incorrect*
2218	*T999 : nombre d'enregistrement non numérique*
2219	*T999 : nombre de lots non numérique*
2300	*Pour la FSE : nombre de FSE incorrect par rapport au sous champ du sujet du message SMTP* *Pour la DRE : nombre de DRE incorrect par rapport au sous champ sujet du message SMTP*
3004	*date de création du lot non conforme*
9999	*autre erreur*

11.2.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur AMO*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	Champ *subject initial*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**SV/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMO** **DR/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMC**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* = **SERVICE** *norme* = **REJET_FICHIER**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur AMO*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	Champ *subject initial*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**SV/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMO** **DR/exercice/compostage/code rejet pour les flux émis par les AMC**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**

		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*nature*/*norme*	*nature* = **`SERVICE`** *norme* = **`REJET_FICHIER`**
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

11.3 Les messages SMTP indiquant une erreur de chiffrement

11.3.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillée de l'incident) ;
- le champ expéditeur (« *From* ») contient l'adresse de l'organisme d'assurance maladie émettrice du message SMTP ;
- le champ destinataire (« *To* ») contient l'adresse Professionnel de Santé destinataire du message SMTP ; l'adresse du destinataire d'un message signalant une erreur de chiffrement est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message initialement transmis par ce Professionnel de Santé ;
- le champ relatif au sujet du message (« *Subject* ») contient la référence « SV/exercice[33]/compostage/code rejet » pour les flux émit par les AMO et DR/exercice/compostage/code rejet " pour les flux émit par les AMC ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« *In-Reply-To* ») contient le champ sujet du message initialement transmis par le Professionnel de Santé et éventuellement d'autres caractères. Il convient donc de rechercher la valeur du champ « subject » sans se limiter à une simple comparaison de leurs valeurs ;
- le champ relatif au type du contenu (« *Content-Type* ») contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « Application/EDI-consent ».
- le champ relatif à la description du contenu (« Content-Description ») contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « SERVICE/REJET_FICHIER ».

11.3.2 Liste des codes rejets générés par les organismes d'Assurance Maladie[34]

Code Rejet	Libellés
4005	*Pièce jointe chiffrée en erreur*
4015	*Pièce jointe chiffrée warning*
4025	*Pièce jointe non chiffrée*

Remarques importantes :

Le message 4005 indique la raison pour laquelle le flux n'a pas été déchiffré, le flux est donc rejeté.

Le système d'accueil des flux de l'organisme d'assurance maladie n'arrive pas à déchiffrer le flux : en particulier, le certificat peut être révoqué au niveau du frontal de l'AM.

[33] Si ce champ est renseigné dans le message aller correspondant.

[34] La liste des erreurs est non exhaustive.

=> Le Professionnel de Santé doit réémettre le flux à l'identique en utilisant le bon certificat.

Le message 4015 indique que le flux a été déchiffré mais qu'il existe un certificat plus récent.

Le système d'accueil des flux de l'organisme d'assurance maladie a déchiffré le flux, mais le certificat est périmé. Ce message de service est un avertissement.

=> Le Professionnel de Santé devra utiliser le nouveau certificat dans ses prochaines télé-transmissions à l'organisme d'assurance maladie.

Le message 4025 indique que le flux reçu n'était pas chiffré alors qu'il devait l'être obligatoirement.

=> Le Professionnel de Santé doit réémettre le flux à l'identique en chiffrant la pièce jointe.

Avant toute intégration d'un nouveau certificat dans l'annuaire local, il convient de vérifier la validité du certificat (cf. §6.2.3), notamment en cas de changement d'autorité de certification, la nouvelle autorité devra être installée sur le poste (cf. §6.3.1) en préalable à toute intégration d'un nouveau certificat issu de cette autorité.

11.3.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date :**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From :**	*adresse émetteur caisse gestionnaire*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To :**	*adresse destinataire Professionnel de Santé*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	*champ subject initial*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject :**	**SV/exercice/compostage/code rejet ou DR/exercice/compostage/code rejet**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version :**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type :**	**multipart/mixed ;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type :**	*Type/Sous-type ;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding :**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Disposition du contenu	O	**Content-Disposition:**		*nature* = **SERVICE** *norme* = **REJET_FICHIER**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date :**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From :**	*adresse émetteur caisse gestionnaire*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To :**	*adresse destinataire Professionnel de Santé*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	*champ subject initial*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject :**	SV/exercice/compostage/code rejet Ou DR/exercice/compostage/code rejet	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version :**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type :**	*Type/Sous-type ;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding :**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Disposition du contenu	O	**Content-Disposition :**		*nature* = **SERVICE**

					norme = **REJET_FICHIER**
LIGNE VIDE			O		
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER	

11.4 Description et format de la pièce jointe dans le cas d'anomalie de structure SMTP, de fichier rejeté ou d'erreur de chiffrement

11.4.1 Description du contenu du fichier joint

Ce fichier est au format ASCII, et comporte plusieurs rubriques, chacune de ces rubriques étant délimitée par un en-tête entre crochets.

Chacun des éléments d'une rubrique est composé d'une ligne constituée de 3 champs :

- Nom de l'élément.
- Séparateur : le signe égal =
- Le contenu proprement dit de l'élément.

Selon la cause du rejet, tous les champs ne sont pas renseignés. Dans ce cas, les champs vides sont absents du fichier de diagnostic du rejet.

11.4.2 Composition du fichier joint

Le fichier joint est composé des rubriques :

- 1 rubrique Fichier ;
- 1 rubrique Diagnostic.

Rubrique Fichier

Libellé	Signification	Présence pour rejet PS
[FICHIER]		O
DATE_REC	Date de réception	O
HEURE_REC	Heure de réception	O

Rubrique Diagnostic

Libellé	Signification	Présence pour rejet PS
[DIAG]		O
DATE_REJET	Date du rejet	O
HEURE_REJET	Heure du rejet	O
CODE_REJET	Tableau liste des codes rejets	O
LIB_REJET	Tableau liste des codes rejets	O
DESC_CHAMP	Description du champ erroné	O
VAL_CHAMP	Valeur du champ erroné	O
OFFSET	Position du champ erroné	O
TYPE_ENR	Type de l'enregistrement erroné	O

Libellé	Signification	Présence pour rejet PS
MOTIF	Motif de l'erreur : • non numérique • absent • incorrect • non au format • incohérent	O

11.4.3 Exemple de pièce jointe vers le PS

```
[FICHIER]
DATE_REC=10/03/1999
HEURE_REC=15:25:12

[DIAG]
DATE_REJET=10/03/1999
HEURE_REJET=15:25:15
CODE_REJET=2110
LIB_REJET= T000: type émetteur différent de TP,TE,SI,CP ou OT
DESC_CHAMP=TypeEmet.
VAL_CHAMP=RE
OFFSET=1223
TYPE_ENR=000
MOTIF=incorrect
```

12 Profil des messages SMTP concernant les incréments DLOI

Ce chapitre s'adresse aux éditeurs développant des progiciels destinés aux catégories de Professionnels de Santé concernées par la liste d'opposition (cf. chapitre 4.2.6.3. relatif à la liste d'opposition dans ce Cahier des Charges SESAM-Vitale).

Dans le cas ou le Professionnel de santé a recours à un organisme tiers (ex : Organisme Concentrateur Technique), les messages SMTP concernant les incréments dLOI de la liste d'opposition incrémentale seront transmis par cet organisme tiers.

Le Professionnel de Santé recevra le fichier des incréments de la liste d'opposition incrémentale obligatoirement compressé.

12.1 Messages SMTP de demande d'incrément de dLOI

Le progiciel envoie automatiquement et chaque jour une demande d'incrément (dLOI) dans un message SMTP signé.

12.1.1 Profil des messages SMTP

Ces messages SMTP respectent le format MIME et l'extension S/MIME.

Le progiciel doit également respecter ce format lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une seule pièce jointe (la demande de dLOI) ;
- le champ expéditeur (« *From* ») contient l'adresse du Professionnel de Santé émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire (« *To* ») contient l'adresse de l'organisme destinataire du message SMTP (le distributeur d'opposition) ;
- le champ relatif au sujet du message (« *Subject* ») contient : « LOI/compostage »
  - « compostage » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)[35] ;
- le champ relatif au type du contenu (« *Content-Type* ») contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « Application/EDI-consent ».
- le champ relatif à l'encodage du contenu (« *Content-Transfer-Encoding* ») contient l'encodage : la valeur de ce champ est « BASE64 » ;
- le champ relatif à la description du contenu (« Content-Description ») contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « DEMANDE/dLOI ».
  - *Nature : DEMANDE*
  - *Norme : dLOI*

[35] En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

12.1.2 Constitution du message SMTP signé

Il existe deux formats de signature S/MIME.

Suivant les outils de signature utilisés sur le progiciel, l'un ou l'autre de ces formats peut être utilisé. Cf. RFC 2633.

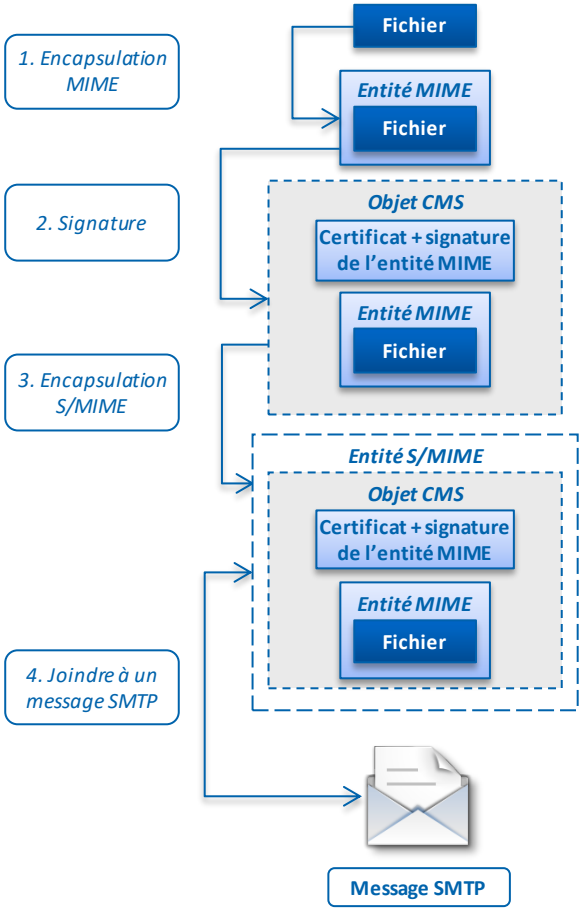
12.1.2.1 Premier format de signature S/MIME

(1) Le fichier de demande dLOI est encapsulé dans une entité MIME.

(2) L'entité MIME est signée conformément à la RFC 2633 suivant le format application/pkcs7-mime with SignedData ; l'entité MIME signée (Algorithme de hachage SHA-1 et Algorithme de signature RSA) ainsi que le certificat de signature X509 sont regroupés dans un objet CMS.

(3) L'objet CMS est encapsulé dans une entité S/MIME ; cette entité S/MIME a une structure « single part ».

(4) L'entité S/MIME est attachée à un message SMTP. **Le message SMTP contient une et une seule entité S/MIME.**



- le champ relatif au type du contenu (« *Content-Type* ») contient le type et le sous-type de l'objet transporté et les paramètres nécessaires ; les valeurs de ce champ sont :
  - *Content-Type* = application/pkcs7-mime
  - *smime-type* = signed-data
  - *name* = smime.p7m
- le champ relatif à l'encodage du contenu (« *Content-Tranfer-Encoding* ») contient l'encodage : la valeur de ce champ est « BASE64 » ;

- le champ relatif à la disposition du contenu (« *Content-Disposition* ») contient :
  - *Content-Disposition* = attachment.
  - *Filename* = smime.p7m

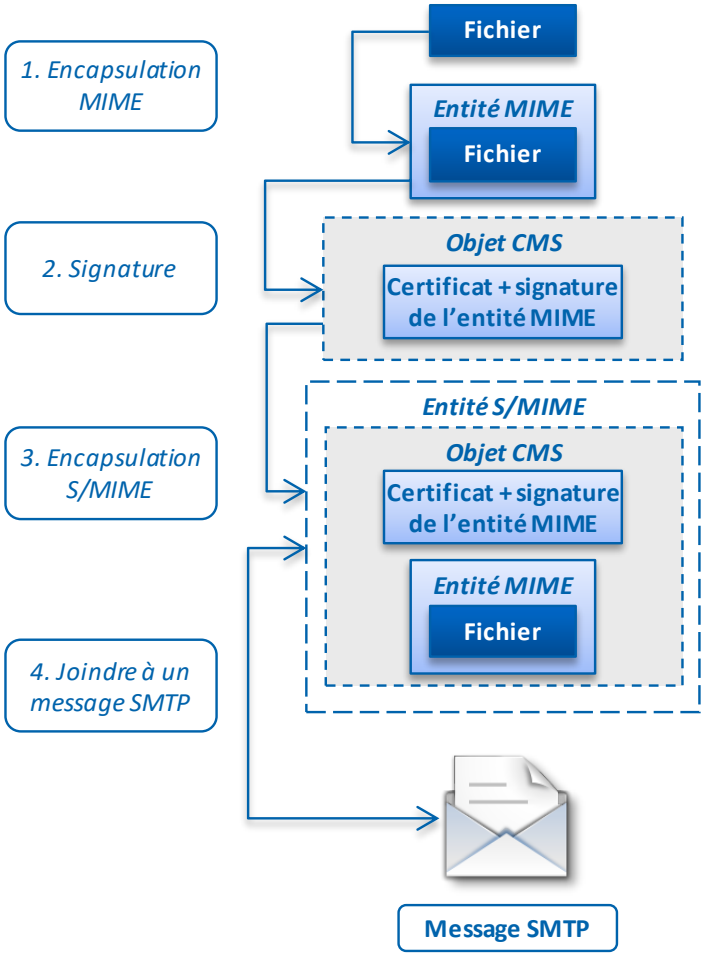
12.1.2.2 Deuxième format de signature S/MIME

(1) Le fichier de demande dLOI est encapsulé dans une entité MIME.

(2) L'entité MIME est signée conformément à la RFC 2633 suivant le format Signing Using the multipart/signed ; la signature (Algorithme de hachage SHA-1 et Algorithme de signature RSA) ainsi que le certificat de signature X509 sont regroupés dans un objet CMS.

(3) L'objet CMS est encapsulé dans une entité S/MIME avec le fichier de demande dLOI au format MIME ; cette entité S/MIME a une structure « multipart ».

(4) L'entité S/MIME est attachée à un message SMTP. **Le message SMTP contient une et une seule entité S/MIME.**



12.1.3 Signature du message

Le progiciel doit signer le message de demande d'incrément à partir de la carte CPS seule du Professionnel de Santé. (seules les cartes CPS sont acceptées).

Pour cela, il est possible d'utiliser des outils OSM homologués par le GIP-CPS ou la librairie crypto (PKCS#11) du GIP CPS associée à une librairie de gestion des formats S/MIME (exemple en Java, librairie « bouncy castle, site web : http://www.bouncycastle.org/).

12.1.4 Structure du message SMTP signé

La structure du message SMTP signée doit être conforme aux formats SMTP et S/MIME. Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Entité MIME contenant le fichier de demande de dLOI

Type de contenu	O	**Content-Type :**	*Type/Sous-type ;paramètre*	*Type* = **text** *Sous-type* = **plain**
Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding :**	*Encodage*	*Encodage* = **7bit**
	O			
Contenu du message	O	FICHIER		*Description de la demande*

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date :**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From :**	*adresse émetteur Professionnel de Santé*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To :**	*adresse destinataire du distributeur d'opposition*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject :**	**dLOI/compostage**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version :**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type :**	*Type/Sous-type ;paramètre*	*Content-Type* = **application/pkcs7-mime** *smime-type* = **signed-data** *name* = **smime.p7m**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding :**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description :**	*nature/norme*	*nature* = **DEMANDE** *norme* =**dLOI**
		Disposition du contenu	O	**Content-Disposition :**		*Content-Disposition* = **attachment** *Filename* = **smime.p7m**
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	OBJET signé (CMS) contenant le fichier demande de dLOI		

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date :**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From :**	*adresse émetteur Professionnel de Santé*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To :**	*adresse destinataire du distributeur d'opposition*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject :**	**dLOI/compostage**	

	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version :**	***Version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type :**	**multipart/signed;** *protocol*= application/pkcs7-signature; *micalg* = sha1;**boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type :**	*Type/Sous-type ;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding :**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description :**	*nature/norme*	*nature* = **DEMANDE** *norme* =**dLOI**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		*Description de la demande*
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR--		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type :**	*Type/Sous-type ;paramètre*	*Content-Type* = **application/pkcs7-signature** *name* = **smime.p7s**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding :**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Disposition du contenu	O	**Content-Disposition:**		*Content-Disposition* = **attachment** *Filename* = **smime.p7s**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	OBJET signé (CMS) contenant la signature du fichier de demande de dLOI		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

12.2 Message SMTP contenant le fichier d'incrément dLOI signé

Le fichier d'incrément fourni en pièce jointe est signé par le distributeur d'opposition. Par contre, le message n'est pas signé par le distributeur d'opposition. Le fichier de dLOI est compressé.

La description du format du fichier est décrite dans l'annexe 6.

12.2.1 Profil des messages SMTP

Ces messages SMTP respectent le format MIME.

Le progiciel doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une seule pièce jointe (la dLOI) ;
- le champ expéditeur (« *From* ») contient l'adresse du distributeur d'opposition ;
- le champ destinataire (« *To* ») contient l'adresse[36] du Professionnel de Santé émetteur du message de demande de dLOI ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« *In-Reply-To* ») contient le champ sujet du message initialement transmis par le Professionnel de Santé ;
- le champ relatif au sujet du message (« *Subject* ») contient la référence « dLOI/compostage »
  - « compostage » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)[37] ;
- le champ relatif au type du contenu (« *Content-Type* ») contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « Application/EDI-consent ».
- le champ relatif à l'encodage du contenu (« *Content-Tranfer-Encoding* ») contient l'encodage : la valeur de ce champ est « BASE64 » ;
- le champ relatif à la description du contenu (« Content-Description ») contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « REPONSE/dLOI».
  - *Nature : REPONSE*
  - *Norme : dLOI*

Pour émettre des flux compressés, le champ « Content-Description » des messages SMTP possède un troisième sous-champ valorisé à « **Z** » qui indique la compression. « REPONSE/dLOI/**Z** ».

  - *Compression : Z*

[36] L'adresse du destinataire du message est identique à l'adresse contenue dans le champ [bal_LOI] du fichier de demande joint au message de demande initialement transmis par ce Professionnel de Santé.

[37] En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

12.2.2 Structure du message SMTP

La structure du message SMTP doit être conforme aux formats SMTP et S/MIME. Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur du distributeur d'opposition*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire du PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	*Champ subject du message du PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**dLOI/compostage**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme/compression*	*nature* : REPONSE *norme* : dLOI *compression* =**Z** *(obligatoire)*
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER de dLOI signé		

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur du distributeur d'opposition*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire du PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	*Champ subject du message du PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**dLOI/compostage**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme/compression*	*nature* : REPONSE *norme* : dLOI *compression* =**Z** *(obligatoire)*
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER de dLOI signé		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

12.3 Message SMTP indiquant une impossibilité fonctionnelle (ARAN)

Cette réponse est appelée «accusé de réception applicatif négatif».

12.3.1 Profil des messages SMTP

Ces messages SMTP respectent le format MIME.

Le progiciel doit également respecter la réception de ces formats lors de la procédure d'agrément.

Les règles suivantes s'appliquent à ces messages SMTP :

- le champ expéditeur (« *From* ») contient l'adresse de l'organisme destinataire du message SMTP (soit le distributeur d'opposition)
- le champ destinataire (« *To* ») contient l'adresse[38] du Professionnel de Santé destinataire du message SMTP ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« *In-Reply-To* ») contient le champ sujet du message initialement transmis par le Professionnel de Santé ;
- le champ relatif au sujet du message (« *Subject* ») contient notamment « dLOI/compostage/code »
  - « compostage » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)[39] ;
  - « Code »: le format est xxxx, la liste des codes retour est donnée dans le paragraphe suivant ;
- le champ relatif au type du contenu (« *Content-Type* ») contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « Application/EDI-consent ».
- le champ relatif à l'encodage du contenu (« *Content-Tranfer-Encoding* ») contient l'encodage : la valeur de ce champ est « BASE64 » ;
- le champ relatif à la description du contenu (« Content-Description ») contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « REPONSE/ARAN ».
  - *Nature : REPONSE*
  - *Norme : ARAN*

12.3.2 Liste des codes retour générés

Code	Libellé
0100	Le délai est dépassé (nb de dLOI à envoyer trop important)

En cas de réception d'un code inconnu, le Poste de Travail doit le signaler au Professionnel de Santé.

[38] L'adresse du destinataire du message est identique à l'adresse contenue dans le champ [bal_LOI] du fichier de demande joint au message de demande initialement transmis par ce Professionnel de Santé.

[39] En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

Remarque :

D’autres cas fonctionnels d’impossibilité pourront être ajoutés dans l’avenir.

12.3.3 Structure du message SMTP

La structure du message SMTP doit être conforme aux formats SMTP et S/MIME. Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur du distributeur d'opposition*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire du PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	*Champ subject du message du PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**dLOI/compostage/code**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* :REPONSE *norme* :ARAN
LIGNE VIDE			O			

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur du distributeur d'opposition*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire du PS*	
	Champ référence	Identifiant du message initial	O	**In-Reply-To**	*Champ subject du message du PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**dLOI/compostage/code**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* :REPONSE *norme* :ARAN
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O			
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

13 Profil du message de service SMTP contenant les fichiers normés

Les messages SMTP transportant les fichiers de conventions et de regroupements normés respectent les formats SMTP et MIME ainsi que les règles suivantes.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

13.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques s'appliquent à ce message SMTP :

- Ce message SMTP contient un seul fichier ;
- le champ expéditeur ("**From**") contient l'adresse de l'émetteur du message SMTP
- le champ destinataire ("**To**") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP :
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence " **CONV/exercice/compostage/n**" où :
  - " **compostage** " est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSS" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2) ;
  - " **exercice** " ce champ est le même que celui utilisé dans les messages de factures et les ARL. Il permet ici d'identifier le Professionnel de Santé dans le cas ou plusieurs Professionnels de Santé partagent la même BAL, il contient soit :
    - pour un Professionnel de Santé ou un établissement ou un centre de soins, le numéro d'identification facturation Professionnel de Santé et sa clé (9 caractères)[40],
    - pour autres (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens), le N° est attribué par l'organisme d'assurance maladie, de préférence le numéro SIRET),
  - "**n**" est un champ qui peut prendre les valeurs suivantes :
  - "C ": cette valeur signifie qu'il y a un fichier de **convention** normé
  - "R ": cette valeur signifie qu'il y a un fichier de **regroupement** normé
  - le délimiteur entre chaque champ est le caractère "/" ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "**SERVICE/FICHIER_NORME**" pour les flux de fichiers normés ;

[40] Le champ « exercice » est défini sur 14 caractères dans tous les autres profils des messages de service SMTP. Dans un souci d'harmonisation des formats, le numéro d'identification du Professionnel de Santé est aussi cadré à droite du champ et complété sur 14 caractères avec des zéro à gauche :
Exemple : CONV/00000123456789/20080417070012/C

- le corps du message contient en pièce jointe un fichier.
  - Soit un fichier de convention normé seul,
  - Soit un fichier de regroupement normé seul.

13.2 Structure du message SMTP

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**CONV/Exercice/Compostage/n**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-Consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* = **SERVICE** *norme* = **FICHIER_NORME**
		Disposition du contenu	O	**Content-Disposition:**	*Type ;paramètre*	*Type* = **attachment** *paramètre* = **Filename="***nom du fichier de convention normé***"**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		*- Fichier de convention normé*
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP (single part)

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*adresse émetteur*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*adresse destinataire*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**CONV/Exercice/Compostage/n**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	*TypeISous-type;paramètre*	*Type* = **Application**

						Sous-type = **`EDI-Consent`**
		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*natureInorme*	*nature* = **`SERVICE`** *norme* = **`FICHIER_NORME`**
		Disposition du contenu	O	**`Content-Disposition:`**	*Type ;paramètre*	*Type* = **`attachment`** *paramètre* = **`Filename="`***nom du fichier normé***`"`**
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	**FICHIER**		*- Fichier de convention normé* *- Ou Fichier de regroupement normé*

13.3 Format des fichiers normés

Le format des fichiers normés est spécifié dans l'annexe 3 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

Le format du nom des fichiers normés est également spécifié dans l'annexe 3 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

L'extension du fichier normé est « **.**csv ».

14 Profil des messages de service SMTP de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation

L'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation renvoie un message de service en cas d'alerte ou de rejet d'un message STMP dont le champ 'sujet' contient la référence « RRvvvvvv[41]/.. ».

Une fiche détaillée de l'incident détaillant le motif de l'alerte ou du rejet est systématiquement jointe aux messages de service. Ce fichier peut permettre aux éditeurs de progiciel de santé d'analyser l'incident avec l'aide du support technique du GIE SESAM-Vitale. Une description de cette fiche est disponible dans le chapitre 11.4.

Pour les messages SMTP indiquant un AR_P, cf. chapitre 10.

14.1 Les messages SMTP indiquant une anomalie de structure SMTP

14.1.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillée de l'incident) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil[42] émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; cette adresse est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le rapport de réclamation traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le rapport de réclamation, initialement émis par le Professionnel de Santé.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "RR/exercice/compostage/code rejet" où
  - le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
  - le champ compostage contient la date et l'heure de création du message de retour au format "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5) ;
  - le champ code rejet contient un code « ERR-SMTP-XXX » ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "SERVICE/REJET_SMTP".

[41] Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

[42] des rapports de réclamation à destination du CESI.

14.1.2 Liste des codes rejets

Code Rejet	Libellés
1010	Le message reçu ne comporte aucune pièce jointe
1030	Le message reçu comporte plus d'une pièce jointe
1050	Champ de l'entête du message SMTP non conforme
1060	Champ de l'entête du message SMTP non conforme

NB : le code 1060 concerne le champ « subject » et le code 1050 concerne le champ « content-description ».

14.1.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*Adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* = **SERVICE** *norme* = **REJET_SMTP**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**`Date:`**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**`From:`**	*Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**`To:`**	*Adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**`Message ID`**		
		Objet du message	O	**`Subject:`**	**`RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet`**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**`Mime-Version:`**	***version***	*version* = **`1.0`**
		Type du contenu	O	**`Content-Type:`**	*Type*/*Sous-type*;*paramètre*	*Type* = **`Application`** *Sous-type* = **`EDI-consent`**
		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*nature*/*norme*	*nature* = **`SERVICE`** *norme* = **`REJET_SMTP`**
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

14.2 Les messages SMTP indiquant un fichier rejeté

14.2.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillée de l'incident) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil[43] émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; cette adresse est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le rapport de réclamation traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le rapport de réclamation, initialement émis par le Professionnel de Santé.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "RR/exercice/compostage/code rejet" où
  - le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
  - le champ compostage contient la date et l'heure de création du message de retour au format "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5) ;
  - le champ code rejet contient un code « ERR-… » (sauf « ERR-SMTP… » décrit dans le chapitre 14.1 et « ERR-CHIFR » décrit dans le chapitre 14.3) ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "SERVICE/REJET_FICHIER".

14.2.2 Liste des codes rejets

Code Rejet	Libellés
1031	La pièce jointe n'a pas pu être décompressée
5000	La taille du rapport de réclamation transmis est trop grande
5001	Le rapport de réclamation transmis n'est pas au format XML
5002	Le format du rapport de réclamation transmis n'est pas conforme aux schémas XML (XSD) acceptés
5003	Le service CESI n'est pas ouvert pour la spécialité du PS émetteur
5004	Le rapport de réclamation n'a pas pu être converti au format PDF
5010	Le rapport de réclamation n'a pas pu être retransmis vers le CESI

[43] des rapports de réclamation à destination du CESI.

14.2.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**Date:**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**From:**	*Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**To:**	*Adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**Message ID**		
		Objet du message	O	**Subject:**	**RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**Mime-Version:**	***version***	*version* = **1.0**
		Type du contenu	O	**Content-Type:**	**multipart/mixed;boundary=**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**Content-Type:**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **Application** *Sous-type* = **EDI-consent**
		Encodage du contenu	O	**Content-Transfer-Encoding:**	*Encodage*	*Encodage* = **BASE64**
		Description du contenu	O	**Content-Description:**	*nature/norme*	*nature* = **SERVICE** **norme = REJET_FICHIER**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**`Date:`**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**`From:`**	*Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**`To:`**	*Adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**`Message ID`**		
		Objet du message	O	**`Subject:`**	**`RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet`**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**`Mime-Version:`**	***version***	*version* = **`1.0`**
		Type du contenu	O	**`Content-Type:`**	*Type*/*Sous-type*;*paramètre*	*Type* = **`Application`** *Sous-type* = **`EDI-consent`**
		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*nature*/*norme*	*nature* = **`SERVICE`** **`norme = REJET_FICHIER`**
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

14.3 Les messages SMTP indiquant une erreur de chiffrement

14.3.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillée de l'incident) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil[44] émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; cette adresse est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le rapport de réclamation traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le rapport de réclamation, initialement émis par le Professionnel de Santé.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "RR/exercice/compostage/code" où
  - le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
  - le champ compostage contient la date et l'heure de création du message de retour au format "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5) ;
  - le champ code contient un code rejet « ERR-CHIFR » ou un code d'alerte « WARN-CHIFR » ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "SERVICE/REJET_FICHIER".

NB1 : le code rejet « ERR-CHIFR » indique un rejet du fichier.

NB2 : le code d'alerte « WARN-CHIFR » indique que le fichier est accepté.

14.3.2 Liste des codes rejets

Code Rejet	Libellés
4005	La pièce jointe n'a pas pu être déchiffrée
4015	Le rapport de réclamation est correct et a bien été transmis. La pièce jointe a été chiffrée avec un certificat obsolète (il existe un certificat plus récent à utiliser)

[44] des rapports de réclamation à destination du CESI.

14.3.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	**`Date:`**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**`From:`**	*Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**`To:`**	*Adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**`Message ID`**		
		Objet du message	O	**`Subject:`**	**`RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet ou code d'alerte`**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**`Mime-Version:`**	***version***	*version* = **`1.0`**
		Type du contenu	O	**`Content-Type:`**	**`multipart/mixed;boundary=`**délimiteur	
LIGNE VIDE			O			

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	[En-têtes]	Type de contenu	O	**`Content-Type:`**	*Type/Sous-type;paramètre*	*Type* = **`Application`** *Sous-type* = **`EDI-consent`**
		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*nature/norme*	*nature* = **`SERVICE`** **`norme = REJET_FICHIER`**
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		

Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	**`Date:`**		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	**`From:`**	*Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI*	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	**`To:`**	*Adresse destinataire PS*	
	Autres champs	Identifiant du message	O	**`Message ID`**		
		Objet du message	O	**`Subject:`**	**`RRvvvvvv/exercice/compostage/ code rejet ou code d'alerte`**	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	**`Mime-Version:`**	***version***	*version* = **`1.0`**
		Type du contenu	O	**`Content-Type:`**	*Type*/*Sous-type*;*paramètre*	*Type* = **`Application`** *Sous-type* = **`EDI-consent`**
		Encodage du contenu	O	**`Content-Transfer-Encoding:`**	*Encodage*	*Encodage* = **`BASE64`**
		Description du contenu	O	**`Content-Description:`**	*nature*/*norme*	*nature* = **`SERVICE`** **`norme = REJET_FICHIER`**
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		

(Page laissé intentionnellement vide.)

Annexe 5

Transmission des flux SESAM-Vitale via les Organismes Concentrateurs Techniques

Intégrant l'Addendum n°8

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1 Introduction 4

2 Principes 5

2.1 Principe 1 : réversibilité entre le mode d'échange direct et le mode d'échange via OCT 5
2.2 Principe 2 : libre choix de l'OCT 5

3 Architecture 6

4 Émission des flux aller de facturation SESAM-Vitale vers un OCT 7

4.1 Éclatement des flux à la source 7
4.1.1 Description des flux 7
4.1.2 Message 7
4.2 Transmission d'un fichier unique 8
4.2.1 Description du flux 8
4.2.2 Traitement : Regroupement des lots en fichier 8
4.2.2.1 Critères de constitution du fichier spécifique pour acheminement via l'OCT 8
4.2.2.2 Valeurs des champs du fichier envoyé à l'OCT 9
4.2.3 Message 9
4.3 Extension du mode 1.31 (FSE enrichie) 9
4.3.1 Description du flux 9
4.3.2 Traitement : renseignement des données de la FSE enrichie 10
4.3.3 Message 10
4.4 Remarque générale 11

5 Réception des flux retours de facturation SESAM-Vitale venant de l'OCT 12

5.1 Description du flux retour SESAM-Vitale OCT - PS 12
5.2 Les fichiers d'ARL 12
5.3 Les fichiers RSP 12
5.4 Les fichiers texte 12

6 Gestion des autres flux SESAM-Vitale 13

6.1 Fichier de la liste d'opposition incrémentale (LOI) 13
6.2 Fichier de demande d'incréments dLOI 13
6.3 Fichier des incréments de la liste d'opposition incrémentale (dLOI) 13

7 Profil des messages SMTP 14

7.1 Profil des messages du PS vers l'OCT 14
7.1.1 Nouveau profil de message contenant des lots sécurisés de FSE sécurisées et des lots sécurisés de DRE sécurisées 14
7.2 Profil des messages de l'OCT vers le PS 15
7.2.1 Les fichiers textes 15

Tables des illustrations

FIGURE 1 : ARCHITECTURE AVEC UN ORGANISME CONCENTRATEUR TECHNIQUE 6
FIGURE 2 : ÉCLATEMENT DES FLUX A LA SOURCE 7
FIGURE 3 : TRANSMISSION D'UN FICHIER UNIQUE 8
FIGURE 4 : EXTENSION DU MODE EXISTANT 10

1 Introduction

Cette annexe définit les règles de constitution des flux aller de factures électroniques SESAM-Vitale lorsque le Professionnel de Santé, disposant d'un progiciel de facturation agréé SESAM-Vitale, opte pour une télétransmission via un Organisme Concentrateur Technique. Elle définit également les flux retour SESAM-Vitale transmis via l'Organisme Concentrateur Technique.

Cette annexe ne décrit pas le support de télétransmission entre le Professionnel de Santé et l'Organisme Concentrateur Technique. En revanche, elle donne des informations complémentaires concernant les Organismes Concentrateurs Techniques intégrant un mode d'échange avec le progiciel conforme à l'annexe 4 (messagerie SMTP) du présent Cahier des Charges.

2 Principes

2.1 Principe 1 : réversibilité entre le mode d'échange direct et le mode d'échange via OCT

Le progiciel de santé doit permettre au Professionnel de Santé, de passer d'un mode d'échange via un Organisme Concentrateur Technique (PS => OCT => AM) à un mode d'échange direct (PS => AM) et vice-versa.

Ceci implique que :

- le progiciel de santé soit en conformité avec l'annexe 4 de ce Cahier des Charges.
- l'installation ou la suppression sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé des produits nécessaires à l'Organisme Concentrateur Technique n'interfère pas sur les modules de connexion au réseau de messagerie fournis lors de l'installation du progiciel de facturation agréé SESAM-Vitale.

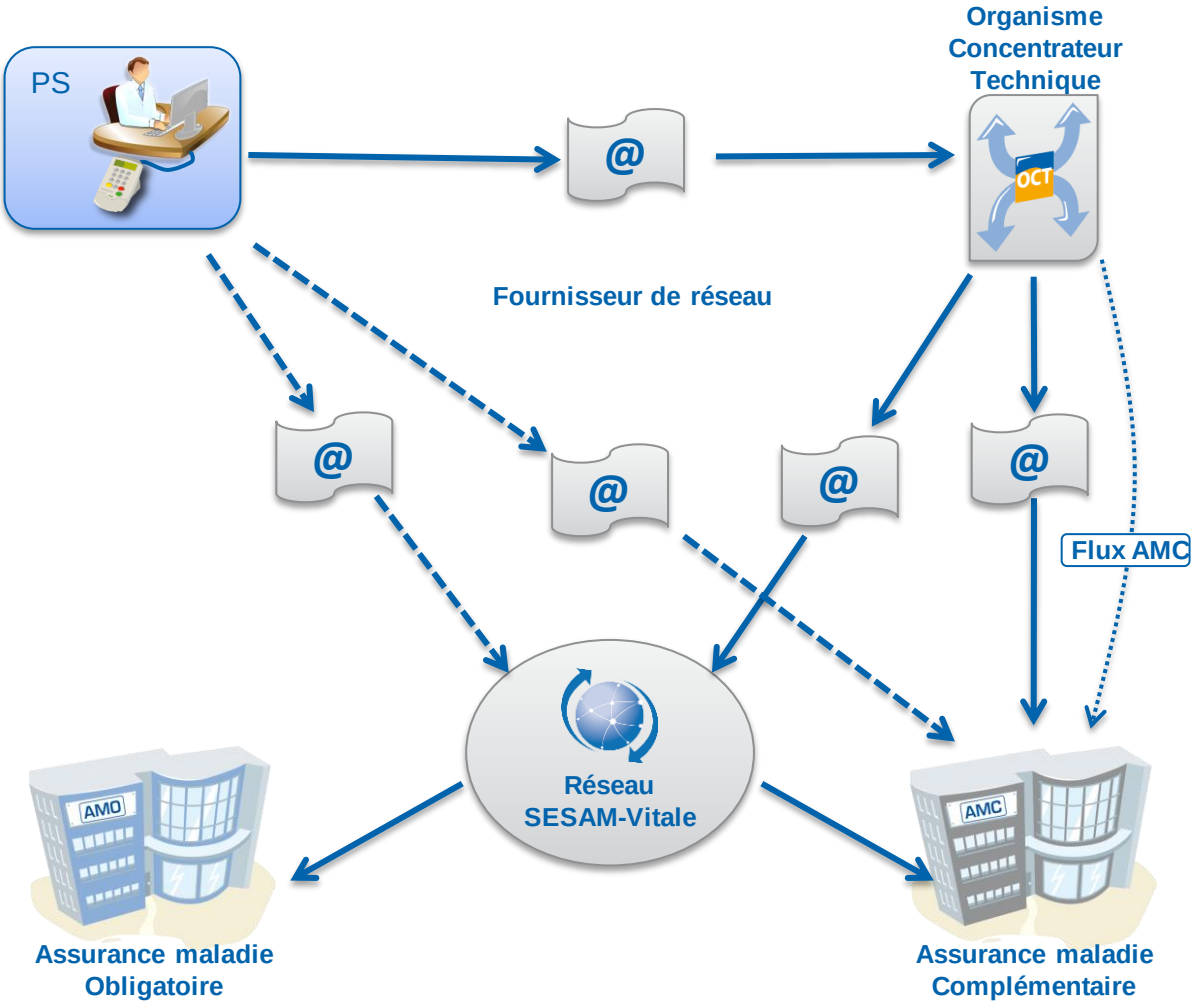
2.2 Principe 2 : libre choix de l'OCT

Le progiciel de santé doit laisser la possibilité technique au Professionnel de Santé de changer librement et facilement d'Organisme Concentrateur Technique.

Ceci nécessite, s'il utilise un mode d'échange avec l'OCT conforme à l'annexe 4 du présent Cahier des Charges (messagerie SMTP), la libre configuration de l'adresse de messagerie de l'Organisme Concentrateur Technique.

3 Architecture

L'architecture globale du système SESAM-Vitale incluant les Organismes Concentrateurs Techniques est illustrée par la figure ci-dessous.



Un trait plein indique un flux SESAM-Vitale passant par un OCT.

Un trait pointillé indique les autres flux SESAM-Vitale qui sont échangé en dehors des OCT.

Un trait en pointillé fin indique un flux AMC hors du périmètre SESAM-Vitale.

Figure 1 : Architecture avec un Organisme Concentrateur Technique

Les fournisseurs de réseaux sont soit :

- un réseau privé dédié ;
- un fournisseur Internet.

4 Émission des flux aller de facturation SESAM-Vitale vers un OCT

Le Professionnel de Santé a 3 possibilités pour envoyer ses flux à l'Organisme Concentrateur Technique.

- Éclatement des flux à la source ;
- Transmission d'un fichier unique ;
- Extension du mode 1.31 (FSE enrichie).

4.1 Éclatement des flux à la source

4.1.1 Description des flux

Le Professionnel de Santé choisit d'envoyer les fichiers de DRE et les fichiers de FSE à son Organisme Concentrateur Technique en suivant les mêmes critères de regroupement fichier donnés par les API SESAM-Vitale.

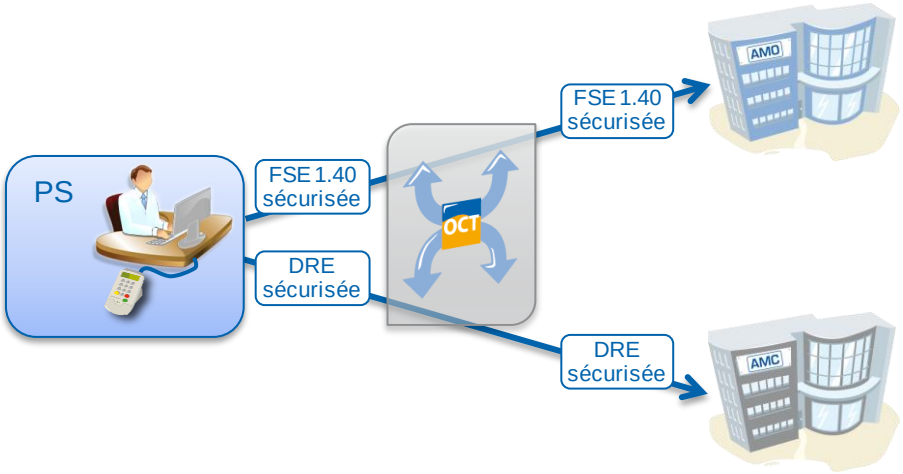


Figure 2 : Éclatement des flux à la source

Dans ce cas la certification des FSE, des DRE et des lots correspondants est effectuée sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé conformément aux spécifications de ce Cahier des Charges.

4.1.2 Message

Ces messages sont structurés selon le protocole SMTP. Les autres protocoles n'ont pas lieu d'être explicités dans ce document.

Les messages sont spécifiés dans l'annexe 4 du Cahier des Charges SESAM-Vitale, la seule différence est au niveau du champ destinataire où il faut spécifier l'adresse électronique de l'Organisme Concentrateur Technique et au niveau du certificat de chiffrement pièce jointe qui est fourni par l'OCT.

4.2 Transmission d'un fichier unique

4.2.1 Description du flux

Le Professionnel de Santé choisit d'envoyer un fichier unique et suivant les cas fonctionnels ce fichier peut contenir des lots de FSE ou des lots de DRE ou les deux.

L'Organisme Concentrateur Technique procédera à un éclatement du fichier.

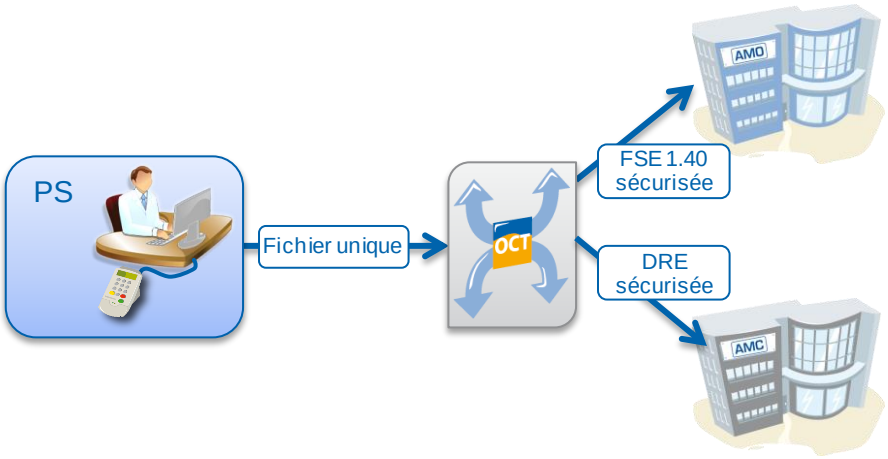


Figure 3 : Transmission d'un fichier unique

Dans ce cas la certification des FSE, des DRE et des lots correspondants est effectuée sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé conformément aux spécifications de ce Cahier des Charges.

4.2.2 Traitement : Regroupement des lots en fichier

4.2.2.1 Critères de constitution du fichier spécifique pour acheminement via l'OCT

Le regroupement des lots de FSE et des lots de DRE peut être réalisé par concaténation de l'ensemble des lots effectués par le Professionnel de Santé. Le fichier ainsi constitué doit être encadré par un enregistrement d'en-tête et de fin de fichier unique et spécifique à l'OCT.

- Constitution et sécurisation de tous les lots.
- Concaténation de tous les lots en un même fichier sans tenir compte du CRF (critère de regroupement en fichier) obtenu en sortie de la fonction SSV_FormaterLot.
- Appel de la fonction SSV_FormaterFichier afin de déterminer l'en-tête et la fin devant encadrer le fichier de lots ainsi constitué.

Certains paramètres en entrée de la fonction sont identiques à ceux définis pour un progiciel issu du Cahier des Charges :

  - la date du fichier
  - le nombre de lots
  - la taille des lots
  - le type émetteur fichier qui doit être égal au type émetteur issu de l'appel à SSV_FormaterLot

  - le numéro émetteur fichier qui doit être égal au numéro de l'émetteur issu de l'appel à SSV_FormaterLot

D'autres paramètres ci-dessous sont spécifiques à cette procédure et définis en accord avec l'OCT :

  - n'importe quel CRF issu d'un appel à SSV_FormaterLot
  - le nom du fichier
  - l'application
  - le type destinataire
  - le numéro du destinataire fichier
  - la zone de message fichier

- Mise à jour du fichier de lots en l'encadrant avec l'en-tête et la fin de fichier issus de la fonction SSV_FormaterFichier
- Envoi de ce fichier en pièce jointe dans un message dont l'adresse de destination est celle de l'OCT (paramétrage dans le progiciel).

4.2.2.2 Valeurs des champs du fichier envoyé à l'OCT

Le tableau ci-dessous indique les valeurs de l'en-tête du fichier créé par le progiciel de santé que recevra l'Organisme Concentrateur Technique.

Les autres valeurs restant inchangées, elles sont déterminées par le progiciel agréé SESAM-Vitale du Professionnel de Santé.

Paramètre	Groupe	Champ	Valeur / proposition
Nom du fichier	12	2	**différent de l'un à l'autre**
Application	12	5	**TO.**
Type destinataire	12	6	**OT** pour Organisme Concentrateur Technique
Numéro destinataire	12	7	**N° d'identifiant unique basé sur le SIREN**, ou N° d'association
Zone de message	14	3	à l'initiative du progiciel

4.2.3 Message

Ces messages sont structurés selon le protocole SMTP. Les autres protocoles n'ont pas lieu d'être explicité dans ce document.

Une enveloppe spécifique pour le message du fichier unique est définie dans le chapitre 6.1 de cette annexe.

4.3 Extension du mode 1.31 (FSE enrichie)

4.3.1 Description du flux

Le Professionnel de Santé choisit d'envoyer une FSE enrichie des données complémentaires à son Organisme Concentrateur Technique. Le fichier envoyé sera constitué dans ce cas de lots de FSE enrichies.

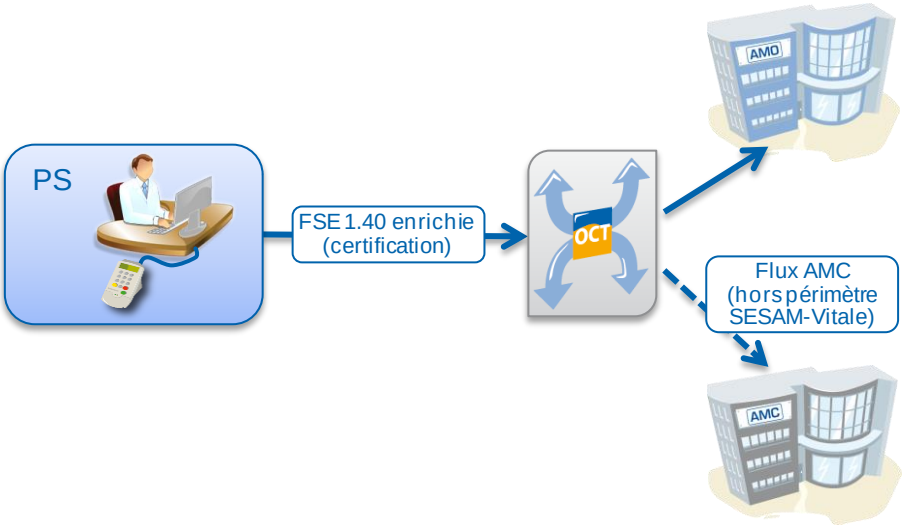


Figure 4 : Extension du mode existant

Dans ce cas la signature des feuilles de soins électroniques et des lots correspondants est effectuée sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé conformément aux spécifications de ce Cahier des Charges.

4.3.2 Traitement : renseignement des données de la FSE enrichie

Si le Professionnel de Santé souhaite que l'Organisme Concentrateur Technique modifie la FSE enrichie et crée un flux complémentaire, dans ce cas il doit transmettre à l'Organisme Concentrateur Technique son autorisation (type de contrat).

- Type de contrat à '99', qui est le champ 1 du groupe 1321 (données complémentaire facture).

Ce cas est possible lorsqu'il n'existe pas de convention de gestion entre l'Assurance Maladie Obligatoire et l'Assurance Maladie Complémentaire (cf. chapitre « Détermination du contexte de facturation au regard de la complémentaire » du corps du Cahier des Charges).

Dans le cas d'une FSE enrichie les seules valeurs possibles pour le groupe 1410 (cadre de remboursement) sont « pas de tiers payant » ou « tiers payant sur part AMO ». L'information de « tiers payant sur part complémentaire » peut être uniquement renseignée dans le groupe 1321 champ 4 et 5.

Pour la transmission des lots de FSE du Poste de Travail du Professionnel de Santé vers les Organismes Concentrateurs Techniques, deux possibilités sont offertes au Professionnel de Santé :

- Soit concaténation de l'ensemble des lots effectués par le Professionnel de Santé et encadrement de la totalité par un enregistrement d'en-tête et de fin de fichier unique et spécifique à l'OCT, les valeurs sont données au § 4.2.2.1.
- Soit regroupement de lot et mise en fichier par caisse destinataire, tel qu'indiquer dans ce Cahier des Charges.

4.3.3 Message

Ces messages sont structurés selon le protocole SMTP. Les autres protocoles n'ont pas lieu d'être explicités dans ce document.

Les messages sont spécifiés dans l'annexe 4 du Cahier des Charges SESAM-Vitale, la seule différence est au niveau du champ destinataire où il faut spécifier l'adresse électronique de l'Organisme Concentrateur Technique et au niveau du certificat de chiffrement pièce jointe qui est fourni par l'OCT.

4.4 Remarque générale

Le Progiciel du Professionnel de Santé ne peut pas en même temps donner l'autorisation à l'OCT d'éclater (type de contrat à 99) et pratiquer l'éclatement à la source sur le PDT (le type de contrat à 99 interdit la création d'une FSE et d'une DRE simultanément et vice-versa).

5 Réception des flux retours de facturation SESAM-Vitale venant de l'OCT

5.1 Description du flux retour SESAM-Vitale OCT - PS

Ce flux correspond à un message SMTP contenant soit :

1. un fichier d'ARL ;
2. un fichier de RSP ;
3. un fichier texte.

5.2 Les fichiers d'ARL

La gestion des ARL doit être effectuée par celui qui a constitué le lot.

5.3 Les fichiers RSP

Rappel concernant les RSP, le progiciel du PS doit être capable de traiter les données constituant la référence 580 de la Norme NOEMIE ainsi que les références 576 et 900 (sauf pour les pharmaciens), ce qui se traduit par la capacité du progiciel à afficher ces données[1]. La gestion des autres références NOEMIE est laissée à la discrétion des éditeurs de progiciel de santé (dans le cas où l'accord entre le Professionnel de Santé et la caisse prévoit une autre référence NOEMIE celle-ci prévaut sur la référence 576).

Les flux de paiement et de rejet en provenance des AMC sont ceux actuellement transmis dans les échanges existant hors du périmètre SESAM-Vitale.

5.4 Les fichiers texte

Afin de limiter les répercussions sur le progiciel du Professionnel de Santé, il a été défini avec les Organismes Concentrateurs Techniques une enveloppe standard pour l'échange des fichiers texte entre l'OCT et le Professionnel de Santé.

Les fichiers texte sont créés, gérés et envoyés par l'Organisme Concentrateur Technique.

[1] L'automatisation de ce traitement est fortement encouragée.

6 Gestion des autres flux SESAM-Vitale

6.1 Fichier de la liste d'opposition incrémentale (LOI)

Les principes et règles concernant l'administration de la liste d'opposition incrémentale sur le progiciel sont donnés dans l'annexe 6 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

6.2 Fichier de demande d'incréments dLOI

Le message contenant la demande d'incrément dLOI est envoyé par Professionnel de Santé à l'OCT. La description de ce message est définie dans l'annexe 4 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

6.3 Fichier des incréments de la liste d'opposition incrémentale (dLOI)

Le message contenant le fichier des incréments (dLOI) de la liste d'opposition incrémentale est envoyé par l'OCT au Professionnel de Santé. La description de ce message est définie dans l'annexe 4 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

7 Profil des messages SMTP

7.1 Profil des messages du PS vers l'OCT

En plus des profils de messages définis dans le chapitre 7 de l'annexe 4 du présent document, il peut exister un autre profil de message.

Lorsque le Professionnel de Santé choisit d'envoyer dans un même fichier des lots de FSE et des lots de DRE vers l'Organisme Concentrateur Technique, si le mode d'échange est conforme à l'annexe 4 (messagerie SMTP), le progiciel utilisera le profil de message décrit ci-dessous.

Le chiffrement de pièce jointe s'applique à la transmission de ces messages conformément à l'annexe 4 en utilisant le certificat de chiffrement de pièce jointe fourni par l'OCT destinataire.

7.1.1 Nouveau profil de message contenant des lots sécurisés de FSE sécurisées et des lots sécurisés de DRE sécurisées

- un message SMTP contient un seul fichier de factures
- le champ expéditeur « **From** » contient l'adresse du Professionnel de Santé émetteur du message SMTP (fournie lors de l'abonnement du PS à son fournisseur de réseau)
- le champ destinataire « **To** » contient l'adresse de l'Organisme Concentrateur Technique récepteur du message SMTP
- le champ relatif au sujet[2] du message SMTP « **Subject** » contient la référence suivante :

  « **SVvvvvvv/exercice/compostage/nnnnn** »

où :

  - SVvvvvvv est une chaîne de 8 caractères, dans laquelle **vvvvvv** représente la version du Cahier des Charges SESAM. Pour ce Cahier des Charges SESAM-Vitale 1.40 addendum n°7 la valeur est **140700**. La valeur **140700** est fournie par les API SSV en sortie de la fonction Formater Lot dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.
  - « exercice »[3] contient le numéro émetteur correspondant au fichier de factures transmis,
  - « compostage » format fixe « AAAAMMJJHHMMSSxxxxx » constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)[4],
  - « nnnnn » est le **nombre total de factures** contenues dans le fichier de factures (chaîne de caractères numériques, format fixe aligné à droite ; par exemple : "00025").
- le délimiteur entre chaque champ est le caractère "/" ;

[2] En cas de dysfonctionnement lors de l'échange des messages SMTP, ce champ peut servir à l'opérateur du RSS et au Professionnel de Santé à retrouver les messages égarés ou sources de problèmes (traçabilité). Il est donc recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de le conserver et d'en permettre une restitution facile à l'utilisateur.

[3] Lorsque cette fonction existe, ce champ peut être utilisé pour le retrait sélectif des messages dans une boite aux lettres.

[4] En cas de retransmission du même fichier de factures, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.

- le champ relatif au type du contenu « **Content-Type** » contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est « **Application/EDI-consent** » ;
- le champ relatif à la description du contenu « **Content-Description** » contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est : « **FACTURE/SV** » ;

  Pour rappel (cf. Annexe 4), lorsque la pièce jointe du message est chiffrée, le champ « **Content-Description** » possède un troisième sous-champ valorisé à « **K** » qui indique le chiffrement de pièce jointe. La valeur de ce champ sera alors « **FACTURE/SV/K** » pour un message contenant une pièce jointe chiffrée ou « **FACTURE/SV/ZK** » pour un message contenant une pièce jointe compressée et chiffrée.

7.2 Profil des messages de l'OCT vers le PS

Le Professionnel de Santé peut recevoir en plus des profils de messages définis dans le chapitre 7 de l'annexe 4 du présent document, un autre profil de message.

Ce message comporte un fichier texte. Le progiciel du Professionnel de Santé édite au minimum le message texte.

7.2.1 Les fichiers textes

Le format de l'en-tête SMTP dit de texte est le suivant :

- champ « *Subject* » : **ART/numéro PS**, cadré à droite avec des zéros à gauche **/horodatage** (aaaammjjhhmm)
- champ « *Content-type* » : **Application/EDI-consent**
- champ « *Name* » : <nom du fichier>**.txt** (longueur libre pour le nom du fichier)
- champ « *Content-Transfer-Encoding* » : **BASE64**
- champ « *Content-Description* » : **ART/XX** (2 caractères – « XX » devenant la valeur par défaut pour tout type de PS)

<u>Les différentes valeurs de XX /</u>

IF	infirmiers
MK	masseurs-kinésithérapeutes
OO	orthophonistes
OY	orthoptistes
PE	pédicures
LB	laboratoires de biologie
PH	pharmaciens
FR	produits de la LPP délivrés par professionnel agréé
ER	médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens dentistes et sages-femmes
CP	cliniques privées et hôpitaux
CS	centres de santé (centres de soins infirmiers, cliniques dentaires,…)
CT	centres thermaux (à ne pas utiliser pour les assurés du régime agricole)

Il a donc été convenu d'une enveloppe unique quel que soit l'Organisme Concentrateur Technique pour l'accusé de réception technique des OCT appelé ART.

Annexe 6

Liste d'Opposition Incrémentale

Intégrant l'Addendum n°8

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1 Introduction 5

2 Présentation générale 6

2.1 L'installation de la liste d'opposition incrémentale (LOI) sur le poste du Professionnel de Santé 6
2.2 Synthèse des actions 6
2.2.1 Synthèse des actions lors d'une installation de LOI 6
2.2.2 Synthèse des actions pour mettre à jour quotidiennement la LOI 6
2.2.3 Synthèse des actions pour administrer la LOI 7
2.2.4 Synthèse des actions pour la consultation de la LOI 7
2.3 Recommandations pour le Professionnel de Santé 7
2.4 Informations complémentaires aux Professionnels de Santé et aux éditeurs 7

3 Les formats des fichiers 8

3.1 Format du fichier des incréments de la liste d'opposition incrémentale – dLOI 8
3.2 Format du fichier de la liste d'opposition incrémentale – LOI 10
3.3 Format du fichier de Demande de dLOI 11
3.3.1 Description fonctionnelle du fichier de Demande de dLOI 11
3.3.2 Composition du fichier de Demande 11
3.3.3 Exemple de fichier de demande de dLOI 12

4 Description de la mise à jour de la Liste d'Opposition Vitale Incrémentale (LOI) sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé 13

4.1 Diagramme 13
4.2 Charger les incrément(s) dLOI 14
4.2.1 Détection d'un problème dans le destinataire du message SMTP 15
4.2.2 Vérification que le message SMTP contenant un incrément dLOI est bien une réponse à une demande d'incrément dLOI 15
4.2.3 Ordonner les incréments 15
4.2.4 Supprimer les éventuels incréments non applicables 15
4.3 Intégrer incrément(s) dLOI 16
4.3.1 Règle de décompression d'un incrément dLOI 16
4.3.2 Vérification de la signature 16
4.3.3 Appliquer un incrément dLOI sur une liste LOI 17
4.3.3.1 Les principes de l'application d'un incrément 17
4.3.3.2 Code source exemple 18
4.4 Demander incrément(s) dLOI 19
4.4.1 Message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI 19
4.4.2 Signature du message SMTP de la demande d'incrément(s) dLOI 19
4.4.3 Nombre de demande par jour 19
4.4.4 Remplir la liste des demandes d'incrément(s) dLOI 19
4.5 Traiter le message ARAN 20
4.5.1 Vérifier que le message ARAN est bien une réponse à une demande d'incrément dLOI 20
4.5.2 Vérifier le code mentionné dans le message SMTP ARAN 20

5 Description de l'administration de la Liste d'Opposition Incrémentale (LOI) 21

5.1 Administrer quotidiennement le Poste de Travail du Professionnel de Santé 21
5.1.1 Récupérer la liste des Certificats Serveurs Révoqués 21
5.1.2 Contrôler le nombre de non-réponse quotidiennes aux différentes demandes d'incrément(s) dLOI 22
5.1.3 Informer en cas de non mise à jour de la LOI au début de chaque mois 22
5.1.4 Sauvegarde/Archive 23
5.2 Administrer ponctuellement le poste de travail du Professionnel de Santé 23
5.2.1 Paramétrer les informations liées à l'opposition sur le poste du Professionnel de Santé 24
5.2.1.1 Configurer la BAL Opposition 24
5.2.1.2 Paramétrer l'adresse du Distributeur d'Opposition 24
5.2.1.3 Paramétrer le nombre maximum de jours acceptable sans réception de dLOI 24

5.2.2 Installer et Renouveler la chaîne de Certification sur le progiciel du Professionnel de Santé 24
5.2.3 Mettre au point l'opposition incrémentale 25
5.2.4 Visualiser la référence de la LOI active 25
5.3 Synthèse des fonctions débrayables 25

6 Description de la consultation de la LOI 26

6.1 Principe de la consultation 26
6.2 Code source exemple 26

7 Définitions techniques des paramètres spécifiques à la LOI 28

Tables des illustrations

FIGURE 1 : PROCESSUS DE MISE A JOUR DES DLOI 14

1 Introduction

Ce document constitue l'annexe 6 du Cahier des Charges SESAM-Vitale 1.40.

Cette annexe dédiée à la liste d'opposition incrémentale (LOI), a pour objet de décrire :

- les règles de mise à jour de la liste d'opposition incrémentale à partir des incréments dLOI, fournis par un distributeur d'opposition ;
- les formats des fichiers (LOI et dLOI) utilisés ;
- les règles d'administration de la liste d'opposition incrémentale sur le progiciel ;
- les règles de consultation de la liste d'opposition incrémentale.

2 Présentation générale

2.1 L'installation de la liste d'opposition incrémentale (LOI) sur le poste du Professionnel de Santé

La gestion de l'opposition par le progiciel devient incrémentale et quotidienne. Une liste d'opposition incrémentale (LOI) des cartes Vitale est donc créée quotidiennement et remplace la liste d'opposition électronique (LOE) dont la fréquence était mensuelle.

Cette liste LOI est mise à jour par le progiciel de manière incrémentale, seul le delta (dLOI) de la liste d'opposition est envoyé quotidiennement au poste du Professionnel de Santé. Le progiciel doit être capable de reconstituer la liste d'opposition incrémentale à partir du ou des incrément(s) (dLOI) reçu(s).

Par ailleurs, l'éditeur doit définir une procédure de mise à disposition de la LOI pour les Professionnels de Santé utilisateurs de son progiciel.

Cette procédure est utilisée uniquement dans les cas :

- de nouvelle installation logicielle ;
- de réception d'un message applicatif négatif SMTP dit ARAN ;
- ou de corruption du fichier LOI sur le Poste de Travail.

La procédure de diffusion de la LOI n'est pas décrite dans le Cahier des Charges SESAM-Vitale, chaque éditeur peut proposer le moyen de son choix pour la mise à disposition de la LOI au Professionnel de Santé.

2.2 Synthèse des actions

2.2.1 Synthèse des actions lors d'une installation de LOI

Lors d'une (première) installation de la nouvelle version du logiciel supportant la LOI et plus généralement lors d'une installation de LOI, l'éditeur doit fournir au Professionnel de Santé la version de LOI la plus récente qu'il détienne.

L'éditeur doit mettre en place une procédure pour sélectionner un fichier LOI préalablement transféré sur le Poste de Travail et le rendre actif, après avoir obligatoirement vérifié sa signature (cf. § 4.3.2).

Le progiciel doit automatiquement envoyer une demande d'incrément afin de mettre à jour sa LOI et ainsi constituer la dernière LOI.

2.2.2 Synthèse des actions pour mettre à jour quotidiennement la LOI

A partir de la LOI active présente sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé, le progiciel doit être capable :

- d'émettre quotidiennement un message SMTP signé non compressé de demande de dLOI vers son distributeur d'opposition *(soit le GIE SESAM-Vitale ou soit un OCT). (Cette fonction doit être débrayable)* ;
- de récupérer les fichiers d'incrément (dLOI) dans sa BAL opposition ;
- de vérifier la concordance entre sa demande de dLOI et le message SMTP de réponse contenant le dLOI reçu du distributeur *(Cette fonction doit être débrayable)* ;
- de décompresser chaque fichier d'incrément (dLOI) ;

- de vérifier la signature de chaque fichier d'incrément ;
- d'ordonner les fichiers d'incrément par rapport au rang inscrit dans le fichier au niveau de la référence de la dLOI ou mentionné dans le nom du fichier ;
- d'intégrer chaque incrément à la LOI active pour reconstituer la nouvelle LOI ;
- de consulter la LOI active, et avertir le cas échéant le Professionnel de Santé que la carte est en opposition ;
- de continuer le processus de facturation avec la liste LOI (n-1) s'il n'arrive pas à intégrer le dernier incrément dLOI. (c'est à dire à reconstituer la liste LOI (n)) ;
- de traiter et de vérifier la concordance entre sa demande de dLOI et le message d'Accusé Réception Applicatif Négatif (ARAN), *(Cette fonction doit être débrayable)*.

2.2.3 Synthèse des actions pour administrer la LOI

Le progiciel doit être capable :

- d'avertir le Professionnel de Santé qu'il n'a pas reçu d'incrément dLOI depuis un certain nombre de jours (ce nombre [NB_JOUR_Max] étant paramétrable) ;
- de paramétrer le nombre maximum de jours sans réponse avant l'avertissement au Professionnel de Santé, [NB_JOUR_Max] ;
- d'avertir le Professionnel de Santé si la liste LOI active possède une date de référence antérieure au 18 du mois précédent ;
- de récupérer la liste quotidienne des certificats serveurs révoqués ;
- de configurer la BAL opposition ;
- de spécifier l'adresse du distributeur d'opposition ;
- d'installer et de renouveler la chaîne de certification servant à vérifier la signature de la LOI et des dLOI;
- de visualiser la référence de la liste d'opposition.

2.2.4 Synthèse des actions pour la consultation de la LOI

Pour la consultation de la liste d'opposition incrémentale, le progiciel exécute les fonctions décrites au § 6 « Description de la consultation de la LOI » basées sur le n° de série de la carte Vitale.

La consultation de la liste d'opposition ne doit pas être effectuée sur les cartes Vitale de démonstration.

2.3 Recommandations pour le Professionnel de Santé

Il est conseillé d'utiliser une BAL opposition distincte de la BAL facturation afin de ne pas perturber les flux financiers.

2.4 Informations complémentaires aux Professionnels de Santé et aux éditeurs

Dans un souci de ne pas surcharger le Distributeur d'Opposition et le réseau de messagerie, il a été décidé de ne pas créer de messages de services indiquant une anomalie de structure SMTP, une anomalie de fichier ou de signature lors d'une demande d'incrément dLOI.

3 Les formats des fichiers

3.1 Format du fichier des incréments de la liste d'opposition incrémentale – dLOI

Description du fichier dLOI

Champ	Format	Valeur	Observation
En-tête			
Taille en-tête	4D		Taille en octets de l'en-tête
Application	20 AN	DLOI	Cadré à gauche complété par des espaces
Version d'application	2D	01	
Référence : Date et rang	12D	AAAAMMJJXXXX	Où AAAAMMJJ représente une date et XXXX un rang.
Format de la liste	4AN	BTMP	Tableau bitmap
Référence de la LOI (n-1)	12D	AAAAMMJJXXXX	Référence de la LOI (n – 1) à laquelle s'applique l'incrément
Référence de la LOI (n)	12D	AAAAMMJJXXXX	Référence de la LOI (n) obtenue après application de l'incrément
Taille signature LOI(n)	4D		Taille (m) en octets de la signature de la LOI(n)
Signature LOI(n)	m O		Signature de la LOI (n) obtenue après application de l'incrément
Liste			
Taille du bitmap	8D		Taille (x) en octets du bitmap

bitmap	x O	Tableau bitmap	Le numéro de série de la carte sert d'index dans le tableau bitmap. L'opposition est codée sur un bit : Valeur 1 : changement d'état de la carte entre la liste LOI(n-1) et la liste LOI(n) Valeur 0 : pas de changement d'état de la carte (cf. 4.3.1 pour les modalités d'application d'un incrément)

Contrôle

Taille contrôle	4D		Taille en octets de la zone contrôle
Taille signature dLOI	4D		Taille (y) en octets de la signature de la dLOI
Signature dLOI	y O		Signature SHA-1/RSA portant sur l'ensemble « en-tête + liste » de la dLOI au format PKCS#1 (cf. 4.4.2 pour les modalités de signature de la liste).
Taille certificat	4D		Taille (z) en octets du certificat
Certificat	z O		Certificat X509 contenant la clé publique permettant de vérifier la signature de l'incrément et de la liste reconstituée.

Avec :

- AN : Alphanumérique (caractères 20h à 7Fh)
- D : Numérique décimal (caractères 30h à 39h)
- O : Octet (caractères 00h à FFh, i.e. quelconque)

3.2 Format du fichier de la liste d'opposition incrémentale – LOI

Description du fichier LOI

Champ	Format	Valeur	Observation
En-tête			
Taille en-tête	4D		Taille en octets de l'en-tête
Application	20 AN	LOI	Cadré à gauche complété par des espaces
Version d'application	2D	01	
Référence : Date et rang	12D	AAAAMMJJXXXX	Où AAAAMMJJ représente une date et XXXX un rang.
Format de la liste	4AN	BTMP	Tableau bitmap
Liste			
Taille du bitmap	8D		Taille (n) en octets du bitmap
bitmap	n O	Tableau bitmap	Le numéro de série de la carte sert d'index dans le tableau bitmap. L'opposition est codée sur un bit : Valeur 1 : la carte est en opposition Valeur 0 : la carte n'est pas en opposition
Contrôle			
Taille contrôle	4D		Taille en octet de la zone contrôle
Taille signature LOI	4D		Taille (m) en octets de la signature
Signature LOI	m O		Signature SHA-1/RSA portant sur l'ensemble « en-tête + liste » au format PKCS#1.
Taille certificat	4D		Taille (x) en octets du certificat
Certificat	x O		Certificat X509 contenant la clé publique permettant de vérifier la signature de la liste.

Avec :

- AN : Alphanumérique (caractères 20h à 7Fh)
- D : Numérique décimal (caractères 30h à 39h)
- O : Octet (caractères 00h à FFh, i.e. quelconque)

3.3 Format du fichier de Demande de dLOI

3.3.1 Description fonctionnelle du fichier de Demande de dLOI

Le fichier joint au message de demande doit contenir les informations fonctionnelles suivantes :

- la référence de la liste (LOI) présente sur le poste du Professionnel de Santé.

  La référence de la liste LOI présente sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé va permettre au distributeur d'opposition de déterminer combien d'incréments dLOI sont nécessaires sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé pour obtenir la LOI à jour : la LOI (n).

- le nom de la Boîte aux lettres dans laquelle le Professionnel de Santé veut recevoir les dLOI.

  Le Poste de Travail du Professionnel de Santé doit permettre une configuration distincte pour une BAL opposition et pour une BAL de facturation. C'est pourquoi, il est nécessaire de fournir cette information dans le fichier joint au message de demande.

- le code du résultat de l'application de l'incrément précédent.

  Ce code permet d'indiquer si le Professionnel de Santé a rencontré des soucis pour l'intégration du précédent incrément.

3.3.2 Composition du fichier de Demande

Ce fichier est écrit en langage XML.

Le fichier joint est composé des rubriques suivantes :

- Une rubrique ou technique ;
- Une rubrique fonctionnelle.

Rubrique technique

Libellé	Signification	Type	Présence
<date_envoi>	Date d'envoi (JJ/MM/AAAA)	Date	Obligatoire
<heure_envoi>	Heure d'envoi (HH:MM)	Date	Obligatoire

Rubrique fonctionnelle

Libellé	Signification	Type	Présence
<ref_LOI>	La référence de la liste (LOI) présente sur le poste du Professionnel de Santé.	Numérique	Obligatoire

Libellé	Signification	Type	Présence
<bal_LOI>	Le nom de la Boîte aux lettres dans laquelle le Professionnel de Santé veut recevoir les dLOI. Remarque : seul ce champ fera foi pour le nom de la BAL apte à recevoir la dLOI. Il ne faut donc pas faire référence automatiquement à la valeur du champ from du message SMTP.	Alphanumérique	Obligatoire
<code_resultat_incr_prec>	Le code du résultat de l'application de l'incrément précédant. Si le Professionnel de Santé a rencontré aucun problème, ce champ est valorisé à : 0 Si le Professionnel de Santé a rencontré un problème, ce champ est valorisé à : 1	Numérique	Obligatoire

3.3.3 Exemple de fichier de demande de dLOI

Fichier donné à titre d'exemple.

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<demande_dLOI xmlns="http://test.GIESESAM-VITALE.fr"
xmlns:xs="http://www.w3org/2001/XMLSchema-instance"
xs:schemaLocation="http://test.GIESESAM-VITALE.fr/schema/message.xsd">
<!--Rubrique technique-->
      <date_envoi>12/07/2007</date_envoi>
      <heure_envoi>14:54</heure_envoi>
<!--Rubrique fonctionnelle-->
      <ref_LOI>200707121001</ref_LOI>
      <bal_LOI>PS.nomfournisseur@domainefournisseur.fr</bal_LOI>
      <code_resultat_incr_prec>0</code_resultat_incr_prec>
</demande_dLOI>
```

4 Description de la mise à jour de la Liste d'Opposition Vitale Incrémentale (LOI) sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé

Le progiciel télécharge de sa BAL Opposition l'ensemble des messages SMTP contenant un incrément dLOI et le récupère.

Ces incréments sont ensuite ordonnés par ordre croissant de leur rang.

Le progiciel intègre les incréments dLOI consécutifs dans la LOI active, en prenant soin de vérifier les signatures associées.

Dès lors qu'il y a un incrément manquant ou bien un problème d'intégration, le progiciel arrête l'intégration des incréments dLOI. Les incréments n'ayant pas été intégrés sont rejetés.

Le progiciel fait une nouvelle demande d'incréments au distributeur d'Opposition à la fin de cette procédure.

Cas particuliers

Si le nombre d'incréments dLOI est jugé trop important par le distributeur d'opposition, un message ARAN est envoyé par le distributeur d'opposition au Poste de Travail du Professionnel de Santé.

Si une demande d'incrément est reçue par le distributeur d'opposition de la part d'un Poste de Travail qui a déjà une LOI active « **à jour** » (i.e. la LOI active est la LOI (n)), aucun message n'est renvoyé au Poste de Travail du Professionnel de Santé.

Cas d'erreurs

Si aucun incrément dLOI n'est disponible chez le distributeur d'opposition pour cause technique, aucun message n'est renvoyé au Poste de Travail.

Si la BAL opposition du Professionnel de Santé contient à la fois des incréments dLOI et un message ARAN, le message ARAN est ignoré et supprimé par le progiciel.

4.1 Diagramme

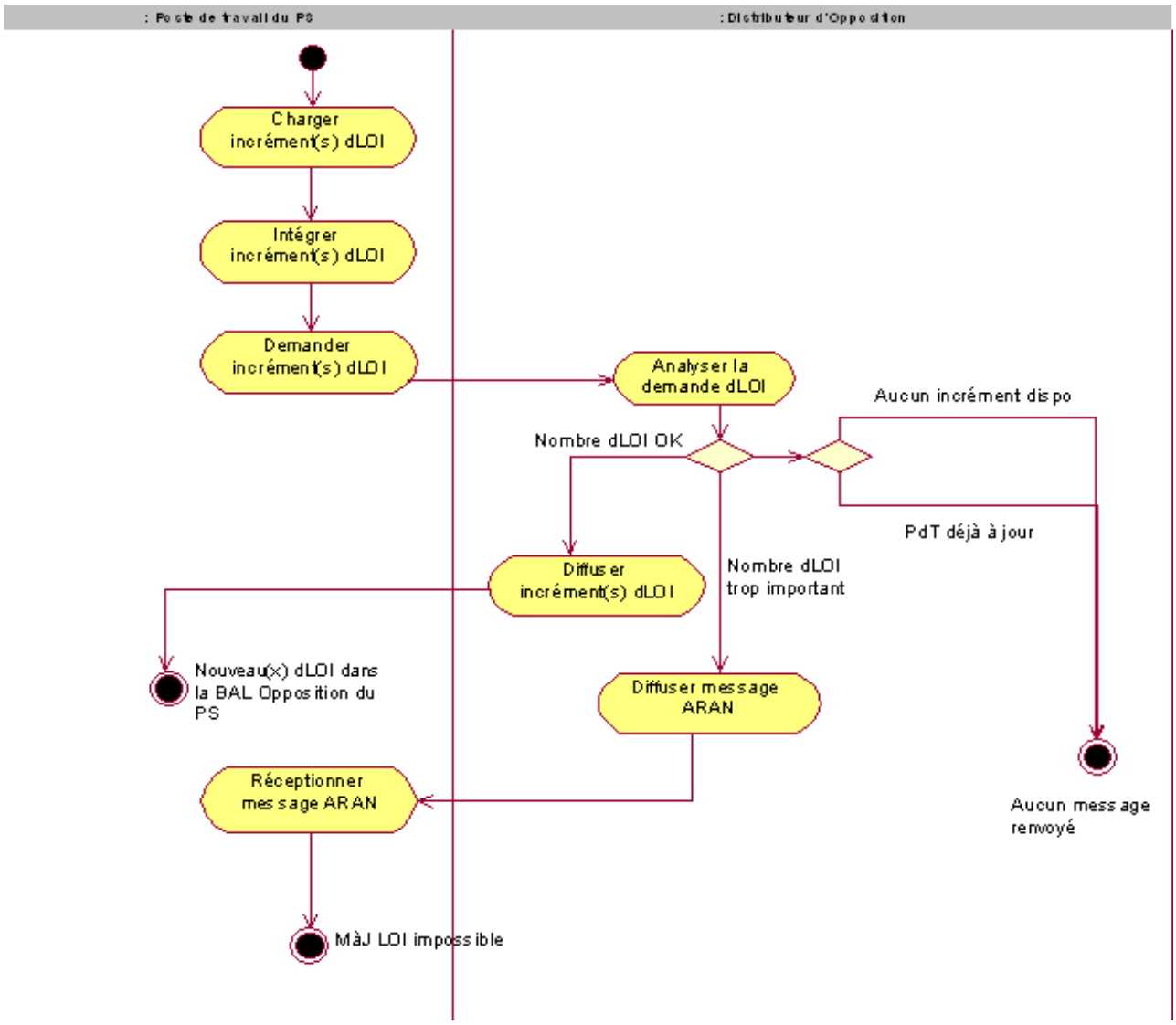


Figure 1 : Processus de mise à jour des dLOI

L'ordonnancement des fonctions de cette fonctionnalité correspond à une situation terrain où le Professionnel de Santé ouvre une session sur son poste et active son progiciel. Son progiciel commence par analyser ses BAL.

4.2 Charger les incrément(s) dLOI

Le progiciel lit la BAL Opposition afin de télécharger l'ensemble des messages SMTP reçu.

Pour chaque message SMTP contenant un incrément dLOI, le progiciel doit vérifier que ce n'est pas un message d'erreur à propos du destinataire d'un des messages de demande d'incrément(s) dLOI (i.e. mauvaise adresse mail du Distributeur d'Opposition).

Si ce n'est pas le cas, il doit vérifier que le message SMTP contenant un incrément dLOI est bien une réponse à une demande d'incrément(s) dLOI. (débrayable)

Le ou les fichier(s) dLOI ainsi obtenu(s) sont alors ordonnés par ordre croissant.

Les éventuels incréments non applicables sont alors supprimés.

4.2.1 Détection d'un problème dans le destinataire du message SMTP

Dans le cas où le progiciel reçoit un mail d'erreur SMTP (i.e. mauvaise adresse mail du Distributeur d'Opposition), il en informe le Professionnel de Santé.

4.2.2 Vérification que le message SMTP contenant un incrément dLOI est bien une réponse à une demande d'incrément dLOI

Le progiciel récupère du message SMTP reçu le champ relatif à l'identifiant original de la demande de dLOI (champ « In-Reply-To »). Il parcourt ensuite la liste des demandes d'incrément(s) dLOI et vérifie si l'une des références de message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI est contenue dans le champ de l'identifiant original. Si oui, alors le progiciel continue son traitement.

Cette vérification doit être implémentée par chaque Éditeur mais doit pouvoir être débrayable sur le progiciel.

Cas d'erreurs

Si le message SMTP reçu contenant un incrément dLOI est la réponse à aucune demande d'incrément(s) dLOI.

Le message reçu est rejeté.

4.2.3 Ordonner les incréments

Le nom du fichier compressé dLOI est formaté comme suit :

<référence LOI(n-1)>_<référence LOI(n)>.dloi.gz.

Les références sont de la forme AAAAMMJJXXXX, où AAAAMMJJ représente une date et XXXX un rang.

Le progiciel ordonne les incréments dLOI par ordre croissant, c'est à dire par ordre alphabétique des noms de fichiers.

4.2.4 Supprimer les éventuels incréments non applicables

- Le progiciel supprime tous les incréments dont la référence LOI(n-1) est inférieure à la référence de la LOI active.
- Le progiciel supprime les éventuels incréments reçus en doublon.
- Le nom du fichier du premier incrément de la liste ainsi obtenue étant de la forme <référence LOI(n-1)>_<référence LOI(n)>.dloi.gz, le progiciel doit s'assurer que référence LOI(n-1) = référence de la LOI active sur le Poste de Travail.
- Le progiciel vérifie ensuite la continuité des incréments reçus en s'assurant que leurs références sont consécutives.
- C'est à dire que pour deux incréments ordonnés de type referenceA_referenceB.dloi.gz et referenceC_referenceD.dloi.gz on doit avoir referenceB = referenceC.

  Par exemple :

- Les incréments 200801221001_**200801231002**.dloi.gz et **200801231002**_200801241003.dloi.gz sont consécutifs.
- Les incréments 200801221001_**200801231002**.dloi.gz et **200801241003**_200801251004.dloi.gz ne sont pas consécutifs.

- En cas de rupture de continuité, tous les incréments au-delà du dernier incrément vérifiant les règles ci-dessus sont supprimés.

Ces suppressions sont transparentes pour le Professionnel de Santé et ne doivent pas faire l'objet d'un message d'erreur.

4.3 Intégrer incrément(s) dLOI

Les incréments ordonnés et sélectionnés au § 4.2 sont intégrés séquentiellement de la façon suivante :

- Décompression
- Vérification de signature
- Application de l'incrément

Si l'intégration de l'incrément dLOI s'est bien passée :

  - l'incrément dLOI est effacé,
  - la variable [code_resultat_incr_prec] est positionnée à '0',
  - la LOI obtenue devient active sur le progiciel,
  - Toutes les demandes d'incréments peuvent être supprimées. (cf. § 5.1.4)

Cas d'erreurs

Si l'intégration d'un des incréments n'a pu se réaliser, erreur au § 4.3.1 ou au § 4.3.2 ou au § 4.3.3, alors :

- Les incréments non intégrés dLOI ne sont pas conservés,
- la variable [code_resultat_incr_prec] est positionnée à '1',
- Le progiciel doit avertir le Professionnel de Santé afin qu'il puisse contacter son éditeur et/ou OCT afin de corriger le problème.

Une fois l'ensemble des incréments dLOI intégrés, la liste LOI sur le progiciel est la LOI (n). Il est laissé toute liberté à l'Éditeur d'exploiter la liste LOI (n) telle quelle (format « BITMAP ») ou de la convertir en tout autre format.

Cependant, si l'Éditeur décide d'exploiter la LOI (n) sous un format « différent », il est nécessaire de conserver la LOI (n) format « BITMAP » afin de pouvoir intégrer le prochain incrément dLOI (n+1).

4.3.1 Règle de décompression d'un incrément dLOI

C'est le même algorithme de décompression que celui utilisé pour les fichiers de facturation (cf. Annexe 4 du Cahier des Charges SESAM-Vitale).

4.3.2 Vérification de la signature

Les principes des étapes de la vérification de la signature de la LOI ou des dLOI sont les suivants :

- récupération du certificat contenant la clé publique du bi-clé ayant servi à signer la LOI ou la dLOI dans la zone de contrôle,
- vérification de la validité du certificat :
  - vérification de la date de validité du certificat vis à vis de la date du jour,

  - vérification de la signature du certificat vis à vis de l'autorité de certification (pré-requis, disposer du certificat racine et de l'autorité intermédiaire de l'autorité de certification),
  - vérification de la disponibilité et de la validité de la CRL correspondant à la classe du certificat utilisée : CRL présente sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé et date de validité postérieure ou égale à la date du jour,

  La vérification de la validité du certificat doit se faire sur la chaîne complète, i.e. pour chaque certificat.

  Dans le cas où la CRL est disponible et valide :

  - vérification de la signature de la CRL (cf. document RFC 2459),
  - vérification de la non révocation du certificat : vérifier la non présence du certificat dans la CRL,

  Dans le cas où la CRL n'est pas disponible ou n'est pas valide :

  - la vérification de non révocation du certificat n'est pas faite et n'est pas bloquante pour la suite des opérations,

- récupération de la signature dans la zone de contrôle,
- déchiffrement de la signature avec la clé publique en utilisant l'algorithme RSA. Le résultat est une chaîne de 20 octets,
- calcul d'un condensât sur les zones en-tête et liste avec l'algorithme de hachage SHA-1. Le résultat est une chaîne de 20 octets,
- comparaison des deux chaînes de 20 octets : si égalité, la signature est correcte, sinon la liste ou le fichier dLOI vérifié est corrompu,

Les précisions pour la récupération de la CRL correspondant au certificat utilisé pour la signature des listes sont indiquées au § 5.1.1.

Cet algorithme est également applicable pour la vérification d'un fichier LOI.

4.3.3 Appliquer un incrément dLOI sur une liste LOI

Ce paragraphe décrit comment reconstituer une liste d'opposition LOI(n) à partir de la version précédente LOI(n-1) et l'incrément dLOI(n).

4.3.3.1 Les principes de l'application d'un incrément

- vérification de la signature de l'incrément dLOI reçu,
  - vérification que l'incrément reçu s'applique bien à la liste présente sur le poste :
  - lire la référence de la liste LOI (n-1) dans l'entête de l'incrément,
  - lire la référence de la liste présente sur le poste dans l'entête de celle-ci,
  - si égalité, l'incrément est applicable,
- copier la liste LOI(n-1) dans une nouvelle liste LOI(n),
- dans l'entête de la liste LOI(n), recopier la référence de la LOI(n) depuis l'incrément dLOI(n),
- pour chaque octet du bitmap de la LOI(n), appliquer un XOR (ou logique exclusif) avec l'octet correspondant du bitmap de l'incrément,

- recopier la signature de la LOI(n) dans la zone de contrôle depuis l'entête de l'incrément dLOI(n),
- recopier le certificat de l'incrément dLOI(n) dans la zone de contrôle de la LOI(n),
- vérifier la signature de la LOI(n) ainsi obtenue (cf. § 4.3.2),
- Cette nouvelle liste devient la liste active, la liste LOI(n-1) peut être supprimée.

4.3.3.2 Code source exemple

Ci-après un code source Java exemple illustrant l'implémentation de l'application du XOR sur les bitmaps :

```
////////////////////////////////////////////////////////////////////
/// fonction application d'un XOR entre liste n - 1 et incrément
////////////////////////////////////////////////////////////////////
static final int    BUFFER_SIZE   = 2048;

public static void XOR(File f_in, File f_diff, File f_out)
           throws Exception {
    // ouverture fichier f_in et f_diff en lecture
    // création fichier f_out en écriture
    FileInputStream in = new FileInputStream(f_in);
    FileInputStream dest = new FileInputStream(f_diff);
    RandomAccessFile out = new RandomAccessFile(f_out, "rw");

    //Lecture des infos bitmaps f_in et f_diff
    Lire_InfoBitmap (f_in, bitmap);
    Lire_InfoBitmap (f_diff, bitmap_diff)

    // on "saute" les entêtes de fichiers
    dest.skip(bitmap_diff.offset);
    in.skip(bitmap.offset);

    /// application d'un XOR entre le fichier in et
    /// le fichier diff par bloc
    for (int j = 0;; ++j) {

           /// Création de buffer et initialisation à 0 du contenu
           byte[] i_buf = new byte[BUFFER_SIZE];
           byte[] d_buf = new byte[BUFFER_SIZE];
           byte[] buf = new byte[BUFFER_SIZE];

           // lecture des buffers
           int size = 0;
           int i_offset = in.read(i_buf);
           int d_offset = dest.read(d_buf);

           // si fin des deux fichiers atteint, fin du traitement
           if (i_offset == -1 && d_offset == -1) {
                  break;
           }


           // application du XOR sur chacun des octets des buffers lus
           int max_read = Math.max(d_offset, i_offset);
           for (int i = 0; i < max_read; ++i) {
                  buf[i] = (byte) (i_buf[i] ^ d_buf[i]);

           }

           // écriture du buffer dans le fichier out liste n
           out.seek(bitmap.offset + BUFFER_SIZE * j);
           out.write(buf, 0, max_read);
     }
```

```
    out.close();
}
```

4.4 Demander incrément(s) dLOI

Pour constituer son fichier de demande de dLOI, le progiciel récupère :

- le champ « Référence : Date et rang » de l'en-tête de la liste LOI active ;
- ainsi que le nom de la BAL dans laquelle il souhaite recevoir les dLOI ;
- et le code résultat de l'application de l'incrément précédent [code_resultat_incr_prec],

Il réalise un message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI dans le but de remettre à jour sa liste LOI et donc d'avoir la LOI (*n*).

Une fois le message constitué, le progiciel :

- **signe le message** à l'aide de la carte CPS du Professionnel de Santé
- et remplit la liste des demandes d'incrément(s) dLOI.

Cette fonction doit être débrayable, ce qui signifie que le Poste de Travail du Professionnel de Santé peut recevoir un dLOI sans avoir envoyé un message de demande.

Cas d'erreurs

Si, à la suite de l'envoi du message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI, un message d'erreur est reçu dans la BAL Opposition, le progiciel en informe le Professionnel de Santé.

4.4.1 Message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI

La description du message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI est décrite dans le § 12 de l'annexe 4 du CdC SESAM-Vitale.

4.4.2 Signature du message SMTP de la demande d'incrément(s) dLOI

Le calcul de la signature du message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI est décrit dans le § 12 de l'annexe 4 du CdC SESAM-Vitale.

4.4.3 Nombre de demande par jour

Le progiciel doit réaliser une demande d'incrément(s) dLOI par jour, même s'il consulte sa BAL Opposition plusieurs fois par jour.

Exception : dans un souci de mise au point de l'opposition incrémentale le Professionnel de Santé peut, manuellement, outrepasser cette règle et forcer le progiciel à faire d'autres demandes dans la même journée.

4.4.4 Remplir la liste des demandes d'incrément(s) dLOI

Le progiciel complète la liste des demandes par :

- la date du jour,
- la référence du message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI.

4.5 Traiter le message ARAN

A la réception d'un message SMTP ARAN, le progiciel contrôle que le message ARAN reçu est bien une réponse à une demande d'incrément(s) dLOI. Si oui, alors il analyse le code retour mentionné dans le message.

Si ce code est valide et qu'il indique que la mise à jour de la liste LOI active sur le progiciel est impossible (nombre d'incrément dLOI nécessaire à la mise à jour de la LOI active est trop grand) alors le progiciel :

- informe le Professionnel de Santé du problème,
- conseille au Professionnel de Santé de contacter son Opérateur de diffusion LOI afin de récupérer la LOI *(n)*.

4.5.1 Vérifier que le message ARAN est bien une réponse à une demande d'incrément dLOI

Le progiciel récupère du message ARAN reçu le champ relatif à l'identifiant original « In-Reply-To ». Il parcourt ensuite la liste des demandes d'incrément(s) dLOI et vérifie si l'une des références de message SMTP de demande d'incrément(s) dLOI est contenue dans le champ de l'identifiant original. Si oui, le progiciel supprime la ligne dont la référence est incluse dans l'identifiant original.

Un seul message ARAN est possible pour un message de demande.

Cette vérification doit être implémentée par chaque Éditeur mais doit pouvoir être débrayable sur le progiciel.

Cas d'erreurs

Le message ARAN reçu n'est la réponse d'aucune demande d'incrément(s) dLOI.

Dans ce cas le message ARAN reçu est rejeté.

4.5.2 Vérifier le code mentionné dans le message SMTP ARAN

Le progiciel récupère le code retour mentionné dans le message SMTP ARAN et contrôle que ce code est bien dans la liste des codes ARAN (ex :'0100' signifiant « nombre de dLOI à envoyer trop important »).

Cas d'erreurs

Le code retour mentionné dans le message SMTP ARAN est différent de la liste des codes ARAN (ex :'0100').

En cas de réception d'un code inconnu, le Poste de Travail doit le signaler au Professionnel de Santé.

5 Description de l'administration de la Liste d'Opposition Incrémentale (LOI)

5.1 Administrer quotidiennement le Poste de Travail du Professionnel de Santé

Cette fonctionnalité regroupe les actions qui doivent être réalisées quotidiennement sur le progiciel :

- Récupérer la liste des Certificats Serveurs Révoqués ;
- Contrôler le nombre de non-réponse aux différentes demandes d'incrément(s) dLOI ;
- Informer en cas de non mise à jour de la LOI au début de chaque mois.

5.1.1 Récupérer la liste des Certificats Serveurs Révoqués

Annuaire LDAP

Le GIE SESAM-Vitale a choisi de mettre à disposition les listes de révocation (CRL) dans un annuaire basé sur le protocole LDAP. Ces CRL sont émis par l'IGC OSI du GIE SESAM-Vitale et sont relatifs aux autorités de certification « AC-FACTURATION », « AC_SERVEUR » et « AC-SERVICES-APPLICATIFS ».

Récupération de la CRL

L'adresse de récupération de la liste de révocation des certificats est disponible dans le champ du certificat « **point de distribution de la liste de révocation des certificats** ».

Vérification de la CRL

Les vérifications à effectuer par le LPS sur la CRL sont les suivantes :

- Vérification de la signature de la CRL par la bonne autorité de certification (AC)
- Vérification de la date de validité de la CRL

Recommandations

Les recommandations de récupération des CRLs reposent sur les principes suivants d'utilisation :

- **limitation du téléchargement** aux CRLs correspondant aux certificats susceptibles d'être acceptés par l'application ;
- **fréquence** de téléchargement des CRLs **en rapport avec la fréquence de publication** de celles-ci ;
- **variabilité des horaires de téléchargement** des CRLs lorsque celui-ci est automatisé (notamment pour que toutes les instances d'un même produit installé chez différents clients ne téléchargent pas les CRLs en même temps : prévoir par exemple un étalement de téléchargement « aléatoire » sur plusieurs heures) ;

- **limitation des durées de connexion** au temps nécessaire au téléchargement des CRLs (pas de maintien de session après un (ou une tentative de) téléchargement).

Le standard de référence décrivant le format des CRLs est le RFC 5280. Toutefois, la fréquence de publication est laissée libre à chaque IGC. Toute CRL contient obligatoirement la date/heure de la publication de la CRL suivante (extension nextUpdate) permettant ainsi à un vérificateur de récupérer la nouvelle CRL avant l'expiration de la CRL en cours.

La méthode suivante est recommandée pour assurer la bonne gestion de la CRL :

- Un chargement quotidien est mis en place pour la CRL en exploitation. La CRL est publiée tous les jours approximativement à la même heure – vers 0h00. Le chargement peut donc commencer à partir de 2h00. La première requête doit être planifiée aléatoirement sur plusieurs heures (8 heures minimum) après 2h00 jusque 22h00 (algorithme intégré dans le logiciel par son éditeur devant garantir qu'il y a une répartition de charge chez ses clients).
- S'il se produit un problème lors du chargement *(problème technique ou chargement de la même CRL)* :
  - relancer le chargement tous les jours selon les mêmes règles que précédemment,
  - si le problème persiste toujours, afficher un message d'alerte au Professionnel de Santé lui demandant de contacter le fournisseur de sa solution avant l'expiration de la CRL. Ce dernier doit analyser la source du problème et contacter si besoin le centre de service du GIE SESAM-Vitale.

5.1.2 Contrôler le nombre de non-réponse quotidiennes aux différentes demandes d'incrément(s) dLOI

Quotidiennement, le progiciel contrôle le nombre de jours maximum écoulés sans avoir reçu de message d'incrément dLOI en comparant la date du jour avec la date de référence de la LOI active.

Si ce nombre est supérieur à [NB_JOUR_Max], le poste de travail informe le Professionnel de Santé qu'il n'a pas reçu d'incrément dLOI depuis [NB_JOUR _Max] jours.

Le progiciel invite le Professionnel de Santé à contacter son distributeur d'opposition afin de connaître l'origine du problème et ensuite, si nécessaire, son opérateur de diffusion LOI afin de récupérer la liste LOI (n).

5.1.3 Informer en cas de non mise à jour de la LOI au début de chaque mois

Cette sous fonction doit être implémentée par chaque Éditeur mais doit pouvoir être débrayable sur le progiciel afin de suivre les éventuelles évolutions conventionnelles.

Tous les jours, le progiciel contrôle que la liste LOI active possède une date de référence postérieure au 18 du mois précédent.

Pour ce faire, le progiciel lit le champ « Référence : Date et rang » de l'**En-tête** du fichier de la liste LOI active. Ce champ étant au format **AAAAMMJJ**XXXX, le progiciel ne prend que les 8 premiers digits AAAAMMJJ pour obtenir la date de référence.

Il compare cette date de référence AAAAMMJJ avec aaaayy18,

où : aaaayy18 = 18e jour précédent la date du contrôle.

Si la date de référence est postérieure alors le progiciel considère que la LOI active est régulièrement mise à jour.

Si ce n'est pas le cas, le progiciel :

- informe le Professionnel de Santé que sa liste LOI active n'est pas à jour,
- invite le Professionnel de Santé à prendre contact avec son Opérateur de diffusion LOI afin de récupérer la LOI (n).

Par exemple : Prenons la date de référence au 20070319.

- Si la date de contrôle se trouve entre le 20070320 et le 20070431, le contrôle s'effectuera par rapport à la date 20070318.

  La date de référence étant postérieure au 20070318, le contrôle sera passant.

  En effet :

  Une LOI du 19 mars = > date de référence = 19 mars

  Le jour du contrôle est **le 31 avril** => date de contrôle est le 18 mars

  La date de référence est postérieure à la date de contrôle donc **la LOI du 19 mars est suffisamment à jour.**

- Si la date de contrôle est le 20070501 et après, le contrôle s'effectuera par rapport à la date 20070418.

  La date de référence étant antérieure au 200704718, le contrôle aboutira à un avertissement.

  En effet :

  Une LOI du 19 mars ➔ date de référence = 19 mars.

  Le jour du contrôle est le 1er mai ➔ date de contrôle est le 18 avril.

  La date de référence n'est pas postérieure à la date de contrôle donc **la LOI du 19 mars n'est pas suffisamment à jour.**

  L'écart maximum est de 1 mois et demi.

5.1.4 Sauvegarde/Archive

Le poste doit conserver ses demandes de dLOI tant qu'il n'a pas reçu de réponses correspondantes.

5.2 Administrer ponctuellement le poste de travail du Professionnel de Santé

Cette fonctionnalité regroupe les fonctions d'administration qui doivent être faites sur le progiciel :

- Paramétrer les informations liées à l'opposition sur le progiciel ;
- Installer et renouveler la chaîne de Certification sur le progiciel ;
- Mettre au point l'opposition incrémentale sur le poste de travail ;

- Visualiser la référence de la LOI active sur le poste de travail.

5.2.1 Paramétrer les informations liées à l'opposition sur le poste du Professionnel de Santé

Sur son poste de travail, le Professionnel de Santé peut avoir besoin de configurer :

- l'adresse de sa BAL Opposition,
- l'adresse du Distributeur d'opposition,
- le nombre maximum de jour [NB_JOUR_Max] que le progiciel peut accepter avant d'alerter le Professionnel de Santé.

5.2.1.1 Configurer la BAL Opposition

Le Professionnel de Santé est libre de choisir son fournisseur de messagerie électronique. L'adresse de sa BAL Opposition doit être une adresse valide.

5.2.1.2 Paramétrer l'adresse du Distributeur d'Opposition

Le progiciel spécifie pour le distributeur d'Opposition l'adresse mail suivante :

oppv-loi@opposition.sesam-vitale.rss.fr, dans le cas où le Professionnel de Santé utilise le distributeur du GIE SESAM-Vitale.

5.2.1.3 Paramétrer le nombre maximum de jours acceptable sans réception de dLOI

Le Professionnel de Santé paramètre [NB_JOUR_Max] à la valeur qu'il souhaite.

Cette valeur pourra être choisie en fonction des recommandations faites par son Distributeur d'Opposition ou de son Éditeur.

La valeur par défaut donnée au paramètre [NB_JOUR_Max] est 7.

5.2.2 Installer et Renouveler la chaîne de Certification sur le progiciel du Professionnel de Santé

Les autorités de certification permettent de vérifier la validité des certificats utilisés. Ces autorités doivent donc être obligatoirement installées et mises à jour sur le poste utilisateur. Cette opération d'installation ou de mise à jour doit être réalisée par une « personne de confiance » sous le contrôle de l'utilisateur final du poste de travail.

Le système d'exploitation du poste de travail ou les navigateurs Internet mettent à jour automatiquement les « autorités commerciales reconnues » sur le marché. Pour les autorités spécifiques, comme celles de l'IGC OSI du GIE SESAM-Vitale, celles-ci doivent être installées par le progiciel ou le Professionnel de Santé utilisateur de la solution :

- Cette installation peut être prise en charge automatiquement par l'éditeur du progiciel qui récupèrera l'AC auprès du GIE SESAM-Vitale et pourra mettre à jour son parc de clients en même temps que son offre logicielle ;
- Une procédure manuelle doit également être mise à disposition du Professionnel de Santé pour que celui-ci puisse réaliser cette opération sans passer par l'éditeur du progiciel.

Le progiciel doit pouvoir gérer plusieurs chaînes de certification en parallèle sur le poste de travail pour assurer les périodes de migration d'une autorité vers une autre (minimum 2).

A titre d'information, les AC suivantes sont ou seront utilisées pour signer les LOI et dLOI :

- AC IGC OSI / AC_SERVEUR à compter de novembre 2019
- AC IGC OSI / AC-SERVICES-APPLICATIFS

D'autres AC pourront être mises en œuvre ultérieurement en fonction des évolutions des recommandations de sécurité issues du référentiel général de sécurité (RGS) ou des dates de fin de vie des AC utilisées.

Le canal de transmission de ces certificats autorités sur le progiciel est laissé libre à l'éditeur de logiciel de santé.

5.2.3 Mettre au point l'opposition incrémentale

Pour des raisons de mise au point de l'opposition incrémentale, le Professionnel de Santé peut, manuellement, forcer son progiciel à faire une demande d'incrément dLOI.

Le recours à ces demandes manuelles d'incréments dLOI doit rester marginal, surtout si ces demandes sont faites dans la même journée.

5.2.4 Visualiser la référence de la LOI active

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de visualiser la référence de la LOI active sur son poste.

5.3 Synthèse des fonctions débrayables

Dans la liste des fonctions pour la mise à jour ou l'initialisation de la LOI, certaines fonctions peuvent être débrayables. Le tableau ci-dessous indique les fonctions débrayables qui sont liées entre elles.

1	**Corps du CdC §3.2.3.2**	**Activation de la LOI**	✓		
2	**Annexe 6 § 2.2.2**	**Fonction de demande SMTP quotidienne de dLOI**		✓	
3	**Annexe 6 § 2.2.2**	**Fonction de contrôle de la concordance entre la demande de dLOI et la réponse de dLOI reçue**		✓	
4	**Annexe 6 § 2.2.2**	**Fonction de contrôle de la concordance entre la demande de dLOI et le ARAN**		✓	
5	**Annexe 6 § 5.1.3**	**Fonction pour informer en cas de non mise à jour de la LOI au début de chaque mois**			✓

Les fonctions 2, 3, 4 sont liées entre elles. Elles sont donc soit activées, soit désactivées en même temps.

Si le Professionnel de Santé n'active pas ou désactive la LOI (fonction n°1) aucune des fonctions de l'annexe 6 ne sont mises en œuvre.

6 Description de la consultation de la LOI

Ce paragraphe décrit comment, à partir du numéro de série d'une carte Vitale, déterminer si cette dernière est en opposition ou non à partir des données contenues dans la LOI.

6.1 Principe de la consultation

Les étapes du principe de la consultation d'une LOI sont les suivantes :

- lecture de la carte Vitale, récupération du numéro de série et du type de carte (REELLE, TEST ou DEMONSTRATION),
- Si la carte Vitale est de type « DEMONSTRATION » alors la consultation de la liste est abandonnée, sinon :
- effectuer une division euclidienne par 8 du numéro de série,
- lire dans le fichier contenant la LOI l'octet contenant les informations relatives à cette carte (positionnement dans le fichier à l'octet n° (quotient de la division précédente + taille de l'en-tête) les index débutant à la valeur 0),
- appliquer un masque sur l'octet lu correspondant au bit de la carte correspondant au reste de la division. La construction du masque et le test du bit se font de la façon suivante :
  - initialiser le masque à la valeur 01h,
  - décaler le masque de n position vers la gauche, n correspondant au reste de la division euclidienne (modulo) du n° de série de la carte par 8,
  - effectuer un ET logique entre le masque obtenu et l'octet lu dans la LOI,
  - si le résultat de l'opération est égal à 0, la carte n'est pas en opposition, sinon, la carte est en opposition,
- si le numéro de série de la carte est en dehors de la plage des numéros de série gérée par la LOI, la carte doit être considérée comme en opposition.

6.2 Code source exemple

Ci-après un code source Java exemple illustrant l'implémentation du principe :

```
////////////////////////////////////////////////////////////////////
/// Fonction de consultation d'une carte en opposition depuis un
/// fichier bitmap


private static boolean Consulter(File f_in, long cardNum)
        throws Exception {

    // Ouverture du fichier en lecture
    FileInputStream in = new FileInputStream(f_in);

    // Lecture des infos relatives au bitmap : taille + offset
    // stockage dans une structure bitmap (taille, offset)
    Lire_InfoBitmap (f_in, bitmap) ;

    // Calcul de l'index de l'octet à lire dans le fichier
    // = n° série carte / 8  + offset
    long pos = (int) ((cardNum) / 8);

    // test si l'index n'est pas hors-limite
    // (taille du bitmap indiqué dans l'entête)
    // => numéro série invalide, donc en opposition
```

```
    if (pos > bitmap.taille) {
          return true
    }

    // positionnement sur le fichier et lecture de l'octet
    in.skip(pos + bitmap.offset);
    int b = in.read();

    // test du bit correspondant au n° de série de la carte testée
    // bit = 1 : carte en oppo, bit = 0 carte non en oppo
    return (b & (1 << ((cardNum) % 8))) != 0;
}
```

7 Définitions techniques des paramètres spécifiques à la LOI

En général, le glossaire est inscrit dans le corps du Cahier des Charges SESAM-Vitale. Cependant, lorsque qu'il existe des paramètres spécifiques à un sujet (ex. : LOI), ils sont inscrits dans l'annexe de celle-ci si elle existe. D'où la création de ce chapitre dans l'annexe 6.

Définitions	
Cas d'erreur	Arrêt du fonctionnement du système.
Cas particulier	Déroulement ponctuel hors cas nominal.
Code_resultat_incr_prec	Code résultat de l'intégration d'un incrément dLOI sur une liste LOI.
NB_JOUR_Max	Nombre maximum de jours sans réponse que le progiciel pourra accepter avant d'alerter son PS.

Annexe 7

Architecture et Sécurité

Intégrant l'Addendum n°8

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie et Alexandre Oyon – 72 019 LE MANS Cedex 2
www.sesam-vitale.fr

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1 Introduction 5

2 Acronymes, définitions et références 6

3 Biens et fonctions sensibles à protéger 9

3.1 Biens liés aux bénéficiaires de soins et aux PS 9
3.2 Biens liés à la création, certification et télétransmission des FSE/DRE 10
3.3 Fonctions liées à la création, certification et télétransmission des FSE/DRE 10

4 Objectifs de Sécurité 12

5 Exigences de sécurité 14

5.1 Introduction 14
5.2 Gestion de la Sécurité 15
5.2.1 Règles de gestion de la sécurité 15
G1 : Analyse de risques 15
G2 : Gestion des biens sensibles 15
G3 : Audit de la solution : 16
G4 : Formation et sensibilisation du personnel 16
G5 : Cryptographie 16
G6 : Gestion des correctifs de sécurité 16
G7 : Supervision et gestion des incidents de sécurité 16
G8 : Guide d'installation et conditions d'utilisation 17
5.3 Protéger l'environnement local 17
5.3.1 Règles d'autoprotection logique des équipements de l'environnement local 17
EL1 :Traçabilité des événements de sécurité 17
EL2 :Renforcement du Système d'Exploitation 18
EL3 :Effacement sécurisé des données sensibles 18
5.4 Protéger les données et fonctions sensibles 18
5.4.1 Règles de protection des données 18
SP1 : Intégrité des données 18
SP2 : Confidentialité des données 18
SP3 : Contrôle d'accès, habilitation 19
SP4 : Mémorisation du code porteur de la CPS 19
5.4.2 Règles de protection des fonctions 19
SA1 : Contrôle d'accès, habilitation 19
SA2 : Journalisation et traçabilité 19
SA3 : Politique de mots de passe 20
SA4 : Durée des sessions utilisateur 20
5.5 Protéger les communications 20
5.5.1 Règles de protection des communications 20
C1 : Contrôle des flux 20
C2 : Authentification mutuelle et chiffrement 21
C3 : Protocoles sans fil 21
C4 : Validation par l'utilisateur des accès distants à l'équipement 21
5.6 Protéger l'environnement distant 21
5.6.1 Règles de protection physique de l'environnement distant 21
DO1 : Accès à /aux salle(s) d'hébergement 22
5.6.2 Règles d'autoprotection logique de l'environnement distant 22
DL1 : Cloisonnement réseau 22
DL2 : Renforcement des configurations 22
DL3 : Intégrité des composants logiciels de l'environnement distant 23
DL4 : Protection des sauvegardes et archives 23
DL5 : Effacement sécurisé des données 23

6 Les architectures du Poste de Travail 24

6.1 L'analyse sécuritaire dans le cadre de la procédure d'agrément 24
6.2 Les architectures « environnement local » 25
6.2.1 Généralités 25
6.2.2 Configuration 1 : Poste de Travail seul 25

6.2.3 Configuration 2 : Réseau local 25
6.2.4 Configuration 3 : Grappe de Postes de Travail en réseau local 26
6.2.5 Configuration : Configurations « réseau local » mixtes....26
6.3 Les architectures « environnements local et distant » 27
6.3.1 Généralités 27
6.3.2 Configuration 6 : TLA(s) distant(s) 27
6.3.3 Configuration 7 : Gestion multiserveurs distants et multi Postes de Travail distants 28
6.3.4 Configurations 8 : Autres configurations 29

1 Introduction

La présente annexe a pour but de :

- Spécifier les exigences sécuritaires applicables aux solutions agréées.
- Décrire les différentes configurations et architectures techniques du Poste de Travail du Professionnel de Santé autorisées dans le cadre de l'agrément SESAM-Vitale.
- Définir parmi les configurations autorisées celles devant faire l'objet d'un dossier de sécurité soumis à l'agrément et celles devant faire l'objet d'une déclaration des fonctions de sécurités mises en œuvre sur la solution présentée :
  - Dans le premier cas (réalisation d'un dossier de sécurité), le dossier sera examiné lors de la phase d'agrément pour vérifier la conformité de la solution proposée aux présentes exigences de sécurité.
  - Dans le second cas (déclaration des fonctions de sécurités mises en œuvre), la déclaration est fournie à titre informatif et n'a pas d'incidence sur l'obtention de l'agrément de la solution.

2 Acronymes, définitions et références

Tableau 1 : acronymes

Terme	Définition
API	Application Programming Interface
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPS	Carte Professionnel de Santé
DAM	Domaine Assurance Maladie
DRE	Demande de Remboursement Electronique
FSE	Feuille de soins électronique
FSV	Fournitures SESAM-Vitale
GIE S/V	GIE SESAM-Vitale
HSM	Hardware Security Module
LAN	Local Area Network (Réseau local utilisant typiquement une connectivité Ethernet ou Wi-Fi)
LV	Lecture Vitale (services de pré-lecture des données Vitale)
NCC	Numéro de Certificat de Conformité
OCT	Organisme Concentrateur Technique
OS	Operating Systeme (Système d'exploitation)
OWASP	Open Web Application Security Project, https://www.owasp.org
PAN	Personal Area Network (Réseau « personnel », utilisant typiquement une connectivité de type Bluetooth)
PS	Professionnel de Santé
RAC	Référentiel Accès cartes
RGS	Référentiel Général de Sécurité
SV	SESAM-Vitale
TL	Terminal Lecteur
TLA	Terminal Lecteur Application (TL déporté)
TLS	Transport Layer Security
WAN	Wide Area Network (Réseau couvrant une région très étendue, typiquement de type réseau de téléphonie mobile ou internet)

Tableau 2 : définitions

Termes	Définition
Composant	Ensemble des éléments logiciels ou matériel nécessaires à l'exécution des fonctions SESAM-Vitale de l'équipement (facturation, certification des factures, lecture ou écriture d'une carte) et des fonctions de sécurité de la solution. Selon l'architecture de la solution, cela peut par exemple inclure des applications, l'OS et également l'espace mémoire des données applicatives liées à ces composants.
Environnement physique	Décrit l'ensemble des locaux et/ou bâtiments (distant et/ou local) hébergeant tout ou partie de la solution. L'environnement physique d'un Professionnel de Santé sera par exemple un cabinet ou une pharmacie. L'environnement physique d'un service distant sera par exemple un « data center ».
Équipement	L'équipement est le composant physique de la solution manipulé par l'utilisateur comprenant le matériel (dont le lecteur de carte) et le logiciel associé.
Lecteur	Le lecteur désigne le dispositif permettant d'accéder aux cartes Vitale et CPS. Celui-ci peut aussi comporter un clavier, un afficheur, une connectique,...
Opérateur de la solution	Ensemble des acteurs chargés de l'exploitation ou de la maintenance de tout ou partie de la solution et de son infrastructure, y compris les sous-traitants éventuels.
Editeur	Acteur faisant la demande d'agrément de la solution auprès du CNDA. L'éditeur n'est pas nécessairement l'opérateur de la solution.
Utilisateur de la solution	Acteur final « client » de la solution agréée à qui elle est destinée. Il s'agit en général d'un Professionnel de Santé.
Solution	La solution désigne le système informatique global répondant au présent cahier des charges. Il inclut typiquement : Un ou plusieurs *équipements* client, pouvant éventuellement être interconnectés sous forme d'un ou plusieurs *environnements locaux* ; Un ou plusieurs *environnements distants*
Environnement Distant	L'environnement distant désigne un système informatique situé hors de l'environnement physique de l'utilisateur, offrant un service au travers d'une connexion réseau.
Environnement local	L'environnement local désigne le système informatique situé dans l'environnement physique de l'utilisateur.

Tableau 3 : références externes

Référence	Titre
CNIL	Commission Informatique et Liberté : http://www.cnil.fr/
ANSSI-RGS	Référentiel Générale de sécurité (RGS) : http://www.ssi.gouv.fr/fr/reglementation-ssi/referentiel-general-de-securite/
ANSSI-NOTES	Bonnes pratiques à destinations des industriels : http://www.ssi.gouv.fr/entreprise/bonnes-pratiques/
RFC-TLS	TLS désignera dans ce document la dernière version disponible du protocole Transport Layer Security. A date de rédaction de ce document, il s'agit de la version 1.2 (https://tools.ietf.org/html/rfc5246)
DECRET-2007-960	Ministère de la santé et de la solidarité : Décret n°2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique
ASIP-PGSSIS	Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé (PGSSI-S), http://esante.gouv.fr/services/referentiels/securite/pgssi
ANSSI-MDP	Recommandations de sécurité relatives aux mots de passe, http://www.ssi.gouv.fr/guide/mot-de-passe/
ANSSI-SYSTEME	Recommandations de configuration d'un système GNU/Linux, DAT-NT-28/ANSSI/SDE/NP, http://www.ssi.gouv.fr/guide/recommandations-de-securite-relatives-a-un-systeme-gnulinux/
ANSSI-PASSERELLE	Guide de définition d'une architecture de passerelle d'interconnexion sécurisée, 3248/ANSSI/ACE, http://www.ssi.gouv.fr/guide/definition-dune-architecture-de-passerelle-dinterconnexion-securisee/
HDS	Référentiel hébergeur de données de santé : http://esante.gouv.fr/services/referentiels/securite/le-referentiel-de-constitution-des-dossiers-de-demande-d-agrement-des

Tableau 4 : Documents de référence

Référence	Titre
GUIDE	Guide de rédaction du dossier de sécurité (PDT-GU-009)
FORMULAIRE	Déclaration des fonctions de sécurité mises en œuvre (PDT-GU-010)

3 Biens et fonctions sensibles à protéger

Le chapitre suivant décrit les biens sensibles à protéger par la solution soumise au présent référentiel d'exigences.

Ce référentiel d'exigence de sécurité ne traite pas de données de santé, il n'y a donc pas de données sensibles associées. En revanche, le référentiel identifie des biens à protéger parmi les données médico-administratives et les données sensibles de la solution elle-même (par exemple les éléments cryptographiques servant à protéger ces données sensibles).

Les biens sensibles identifiés ci-après sont classifiés en termes d'intégrité et de confidentialité de la façon suivante :

Classification	Intégrité	Confidentialité
Moyen	Simple contrôle d'intégrité et de syntaxe des données	Diffusion restreinte aux personnes ayant besoin d'en connaître le contenu
Fort	Authenticité et intégrité de la donnée garanties	Informations spécifiques (données médicales, fort impact sécurité)

3.1 Biens liés aux bénéficiaires de soins et aux PS

Dénomination	Biens sensibles
Données sensibles bénéficiaire	Données sensibles administratives et médico-administratives stockées dans le support Vitale du bénéficiaire ou tout autre support. • Sont considérées comme sensibles « Moyen » en confidentialité : ○ Le NIR, nom et prénom du bénéficiaire ○ Le code couverture du bénéficiaire de soins ○ Les périodes de droits AMO et AMC • Sont considérées comme sensibles « Moyen » en intégrité : ○ Toutes les données issues du support Vitale
Données sensibles PS	Données sensibles administratives et médicaux-administratives stockées dans la carte CPS ou tout autre support. • Sont considérées comme sensibles « Moyen » en confidentialité : ○ DAM – Informations nécessaires à la facturation ○ L'identifiant du PS • Sont considérées comme sensibles « Moyen » en intégrité : ○ Toutes les données issues de la carte CPS

Dénomination	Biens sensibles
Données cryptographiques CPS	Code porteur CPS (code authentifiant le PS sur la carte) : « Fort » en confidentialité et intégrité.

3.2 Biens liés à la création, certification et télétransmission des FSE/DRE

Dénomination	Biens sensibles
Données de facturation	Ces données incluent : • Les données sensibles du bénéficiaire et du PS issues du support Vitale et de la CPS • Les FSE et DRE dans leur ensemble Sont considérés comme sensibles « Moyen » en intégrité : ○ tous Sont considérés comme sensibles « Moyen » en confidentialité : ○ Les données des FSE/DRE faisant l'objet d'un chiffrement applicatif
Données d'authentification PS	Les données d'authentification PS incluent : • Les données d'authentification pour accéder à l'environnement distant, si la solution inclut un environnement distant : « Fort » en confidentialité et intégrité.
Applications et données hors SESAM Vitale	Cette catégorie recouvre les applications et données résidant dans la solution hors SESAM-Vitale, mais pouvant impacter les biens SESAM-Vitale, notamment : • Les clés propres à l'industriel, certificats, autorités de confiance. • Le système de mise à jour de la solution et les clés associées • Système de contrôle d'accès et clés associées

3.3 Fonctions liées à la création, certification et télétransmission des FSE/DRE

Dénomination	Biens sensibles
Acquisition des données bénéficiaires	Fonction permettant l'acquisition dans la solution des données bénéficiaires de soins en provenance du support Vitale ou tout autre support

Dénomination	Biens sensibles
Acquisition des données PS	Fonction permettant l'acquisition dans la solution des données d'identification du PS
Réalisation des factures	Fonction permettant l'acquisition des données constitutives des factures, leur formatage et leur sécurisation.
Transmission des factures	Fonction permettant la transmission des factures réalisées vers l'assurance maladie.

4 Objectifs de Sécurité

Le référentiel est structuré en fonction des besoins de sécurité principaux des solutions :

- La protection des biens liés aux bénéficiaires de soins et au PS
- La protection des biens et fonctions liés à la création, certification et télétransmission des FSE/DRE

De ces deux besoins principaux découlent les objectifs présentés dans le tableau suivant. Ces objectifs sont déclinés en exigences dans la suite du document.

Gestion de la sécurité L'éditeur doit mettre en œuvre une organisation permettant la gestion de la sécurité de sa solution. Cette gestion doit être effective tout au long de la durée de vie du produit (phases de conception, développement, déploiement, fonctionnement, mise au rebut).
Protéger l'environnement local • *Autoprotection logique des équipements de la solution* L'éditeur doit s'assurer de la protection logique des équipements de la solution, principalement au travers de mesures permettant de : ○ minimiser la surface d'attaque logicielle de sa plate-forme. ○ assurer l'intégrité et l'authenticité de ses composants ○ assurer un contrôle d'accès et une traçabilité des opérations sensibles
Protection des données et fonctions sensibles Les données sensibles stockées et traitées par la solution doivent être protégées. La solution doit implémenter divers mécanismes afin que seules les personnes autorisées et les applications authentiques SESAM-Vitale puissent manipuler les informations et fonctions sensibles. Les principaux biens et fonctions sensibles à protéger sont listés au chapitre 3.
Protéger les communications La solution et ses composants ne doivent accepter que les flux nécessaires et autorisés. Les données transitant par ces flux doivent être protégées. La solution ne doit utiliser que des protocoles de communication à l'état de l'art de la sécurité (conformes RGS) garantissant la confidentialité, l'intégrité et l'authenticité des données pendant leur transmission. Toutes les communications entre composants passant par un réseau ou par une liaison sans fil sont concernées

Protéger l'environnement distant

L'éditeur doit s'assurer de la protection logique et physique de l'environnement distant.

- *Autoprotection physique de l'environnement distant*

Une gestion des accès à la ou aux salle(s) hébergeant l'environnement distant doit être réalisée.

- *Autoprotection logique de l'environnement distant*

Des mesures de sécurité logiques couvrant les architectures et composants doivent être mises en place.

- *Contrôle d'accès à l'environnement distant*

Un contrôle d'accès et une gestion des habilitations doivent être mis en place.

Tableau 5 : objectifs de sécurité

5 Exigences de sécurité

5.1 Introduction

Ce chapitre a pour objectif la définition des exigences de sécurité applicables à toute solution répondant au présent cahier des charges. Ces exigences de sécurité sont des exigences contractuelles demandées par le GIE SESAM-Vitale.

Certaines des exigences peuvent être issues des bonnes pratiques *ANSSI-NOTES* émises par l'Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Informations (ANSSI).

Ce référentiel ne reprend pas les exigences générales relatives au respect de la législation française et internationale en vigueur, qui doivent par ailleurs être respectées par les éditeurs.

On notera ainsi que les exigences de sécurité ne se substituent en aucun cas aux exigences d'autres référentiels tels que, par exemple :

- Décret N°2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique,
- Décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 pour l'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel.
- Décret n° 98275 du 9 avril 1998 relatif à la carte d'assurance maladie.
- Décret 98-271 du 9 avril 1998 relatif à la carte de professionnel de santé (CPS).
- La PGSSI-S de l'ASIP Santé

Les exigences de ce référentiel couvrent :

- la solution dans son ensemble couvrant l'environnement local et les environnements distants,
- des processus organisationnels mis en place par l'éditeur.

Toute solution élaborée par un éditeur doit être conforme à l'ensemble des exigences listées dans ce chapitre.

Enfin, il est rappelé que l'usage du support Vitale et de la CPx implique de respecter une colocalisation du support et de son porteur :

- La carte CPx doit rester sous le contrôle de son porteur tant au niveau physique que logique.
- Le support Vitale doit rester sous le contrôle de son porteur tant au niveau physique que logique.

5.2 Gestion de la Sécurité

L'éditeur doit mettre en œuvre une organisation permettant la gestion de la sécurité de sa solution. Cette gestion doit être effective tout au long de la durée de vie de la solution (phases de conception, développement, déploiement, fonctionnement, mise au rebut).

5.2.1 Règles de gestion de la sécurité

G1 : ANALYSE DE RISQUES

L'éditeur doit conduire une analyse des risques de sa solution. L'éditeur doit identifier les biens sensibles et les risques associés, permettant d'identifier les mesures de sécurité à mettre en œuvre dans la solution.

Le processus mis en place doit être décrit dans le dossier sécurité.

G2 : GESTION DES BIENS SENSIBLES

L'éditeur doit décrire la gestion des biens sensibles dans sa solution. Cette description comprend a minima :

- l'ensemble des biens sensibles de la solution,
- l'usage et l'utilisation de chacun de ces biens,
- les mécanismes de protection de ces biens.
- les évènements de sécurité donnant lieu à un effacement de certains biens sensibles.

Bien cryptographiques :

L'éditeur doit recenser les biens cryptographiques utilisés (clés, certificats - y compris les clés remises par le GIE SESAM-Vitale), ainsi que leurs usages (algorithmes, protocoles).

Protection des clés :

L'éditeur décrira les moyens mis en œuvre pour assurer la confidentialité, l'authenticité et l'intégrité des biens cryptographiques utilisées tout au long du cycle de vie de celles-ci. Cela comprend :

- La génération,
- Le transport,
- Le chargement dans l'équipement,
- Le stockage,
- Le traitement,
- L'effacement

En cas d'atteinte à la confidentialité de clé cryptographique secrète (perte ou vol), celle-ci doit faire l'objet d'une révocation.

La description des biens sensibles doit figurer dans le dossier de sécurité.

G3 : **AUDIT DE LA SOLUTION :**

Audit de l'équipement :

L'éditeur doit présenter son plan d'assurance visant à vérifier la bonne mise en œuvre et l'efficacité des mesures de sécurité mises en place dans l'équipement (audit de configuration, audit de code, etc.).

L'éditeur décrira le processus de vérification sécuritaire mis en œuvre et précisera les composants audités

Audits de l'environnement distant :

L'éditeur doit mener des audits techniques (y compris tests d'intrusion) et organisationnels afin d'identifier et corriger les éventuelles vulnérabilités et tester l'efficacité des mesures de sécurité mises en place.

Ces audits devront donner lieu à l'élaboration de plans d'actions devant être mis en œuvre par l'éditeur.

Le processus mis en place doit être décrit dans le dossier sécurité.

G4 : **FORMATION ET SENSIBILISATION DU PERSONNEL**

Le personnel intervenant dans les phases de conception, développement, déploiement, maintenance doit être formé et sensibilisé à la sécurité de l'information et aux bonnes pratiques de sécurité.

Le processus mis en place doit être décrit dans le dossier sécurité.

G5 : **CRYPTOGRAPHIE**

L'éditeur ne doit mettre en œuvre dans sa solution que des algorithmes et des protocoles conformes au RGS.

L'ensemble des algorithmes utilisés ainsi que leurs usages doivent être listés dans le dossier sécurité.

G6 : **GESTION DES CORRECTIFS DE SECURITE**

L'éditeur doit décrire son processus de gestion des correctifs de sécurité : il doit mettre en œuvre des mesures organisationnelles et techniques permettant de garantir le maintien de la sécurité de la solution, incluant à minima :

- Une veille relative aux vulnérabilités de l'ensemble des composants logiciels et matériels de la solution,
- La mise en œuvre des correctifs de sécurité (développement des correctifs, déploiement, assistance aux utilisateurs),
- La notification du GIE SESAM-Vitale en cas de faille identifiée.

Le processus mis en place doit être décrit dans le dossier sécurité.

G7 : **SUPERVISION ET GESTION DES INCIDENTS DE SECURITE**

L'éditeur met en place l'organisation et les outils lui permettant de réaliser une supervision des anomalies et événements de sécurité liés à la solution et à son système d'information.

Il s'appuie sur les journaux des systèmes d'infrastructure (pare-feu, outils de détection d'intrusions, contrôle d'intégrité, etc.) et des services liés à la solution.

L'éditeur dispose d'un processus de gestion des incidents. Il informe le GIE SESAM-Vitale de tous les incidents de sécurité dont il a eu connaissance portant atteinte aux données sensibles.

Le processus mis en place doit être décrit dans le dossier sécurité.

G8 : GUIDE D'INSTALLATION ET CONDITIONS D'UTILISATION

L'éditeur doit mettre à disposition des guides et conditions d'utilisation afin de permettre une bonne intégration et un usage dans de bonnes conditions de sécurité de sa solution au sein du système d'information du professionnel de santé.

Le guide doit rappeler les bonnes pratiques et besoins de sécurité ainsi que les conditions d'utilisation de la solution au niveau du SI PS (mises à jour de sécurité du système, présence d'un anti-virus, etc.). Il doit également indiquer la responsabilité de l'utilisateur vis-à-vis de la sécurisation de son système d'information et notamment de son réseau local (filaire, wifi…).

Ces éléments doivent figurer dans le contrat de mise à disposition de la solution aux clients / utilisateurs ou dans une de ces annexes (CGU…). Le guide doit être fourni en annexe du dossier sécurité.

5.3 Protéger l'environnement local

5.3.1 Règles d'autoprotection logique des équipements de l'environnement local

L'éditeur doit s'assurer de la protection logique des équipements de l'environnement local, principalement au travers de mesures permettant de :

- minimiser la surface d'attaque logicielle de sa plateforme.
- assurer un contrôle d'accès et une traçabilité des opérations sensibles
- assurer l'intégrité et l'authenticité de ses composants

EL1 : Traçabilité des événements de sécurité

La solution doit conserver une trace des opérations sensibles et des événements de sécurité.

La solution doit tracer au minimum les éléments suivants :

- Modification du firmware/système d'exploitation/noyau
- Chargement/suppression d'éléments cryptographiques
- Modification de certificat
- Modification de chaine de confiance
- Ajout/mise à jour/suppression d'application

Les traces ne doivent pas contenir de données sensibles.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

EL2 : Renforcement du Système d'Exploitation

La configuration des composants logiciels de la solution doit être sécurisée, notamment :

- désactivation des services réseaux inutiles,
- restriction du code présent dans la solution : présence uniquement des applications et bibliothèques nécessaires au fonctionnement de la solution,
- désactivation des fonctions de debug logicielles,
- désactivation des comptes inutiles,
- configuration des systèmes de fichier selon le principe de moindres privilèges,
- protection contre l'exploitation de vulnérabilité (ASLR, etc.)

Les mécanismes mis en place pour renforcer la sécurité de l'équipement doivent être décrits dans le dossier sécurité.

Recommandation : dans le cas de systèmes d'exploitation standards, l'industriel pourra s'appuyer sur des guides de bonnes pratiques de renforcement de la sécurité publiés par l'ANSSI tel que ANSSI-SYSTEME.

EL3 : Effacement sécurisé des données sensibles

La solution doit mettre en œuvre un mécanisme d'effacement sécurisé, couvrant notamment l'effacement après usage.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

5.4 Protéger les données et fonctions sensibles

5.4.1 Règles de protection des données

Les données sensibles stockées et traitées par la solution doivent être protégées en confidentialité et en intégrité selon leur classification. La solution doit protéger la confidentialité des biens sensibles en implémentant divers mécanismes et en assurant que seules les personnes autorisées et les applications SESAM-Vitale peuvent manipuler les informations sensibles.

Les principaux biens sensibles à protéger sont listés au chapitre 3.

SP1 : Intégrité des données

La solution doit garantir et contrôler l'intégrité des données sensibles classées « Fort » à l'aide de mécanismes cryptographiques conformes au RGS.

En cas d'altération, la solution doit être rendue inutilisable.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

SP2 : Confidentialité des données

La confidentialité des données sensibles classées « Fort » de la solution doit être assurée à l'aide de mécanismes cryptographiques conformes au RGS.

La confidentialité des éléments sensibles doit être garantie pendant les opérations d'administration (mise à jour des logiciels, clefs, etc.).

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

SP3 : Contrôle d'accès, habilitation

Les actions ayant un impact sur les données sensibles ou les mécanismes de sécurité de la solution doivent faire l'objet d'une authentification et d'une vérification des droits par la solution.

Un mécanisme d'habilitation doit être mis en œuvre selon le principe du moindre privilège.

Pour les utilisateurs de la solution : utilisation de la CPS ou d'une authentification double facteur.

Pour les opérations d'administrateurs ou de maintenance : carte à puce ou authentification double facteur.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

SP4 : Mémorisation du code porteur de la CPS

La mémorisation du code porteur de la Carte du Professionnel de Santé (CPS) est interdite sauf sur des équipements Lecteur autonomes, mobiles et alimentés par batterie. Dans ce cas, la donnée doit être protégée en confidentialité et en intégrité selon les exigences définies ci-dessus.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

5.4.2 Règles de protection des fonctions

Un contrôle d'accès et une gestion des habilitations sur les fonctions sensibles, qu'elles soient sur l'environnement local ou sur l'environnement distant, doivent être mis en place.

SA1 : Contrôle d'accès, habilitation

Des mécanismes de contrôle d'accès et de gestion d'habilitation des utilisateurs doit être mise en œuvre.

Les accès doivent être gérés à l'aide de comptes individuels, et se limiter aux opérations autorisées pour le rôle ou groupe auquel appartient l'utilisateur.

L'organisation et les mécanismes de contrôle d'accès mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

SA2 : Journalisation et traçabilité

Le système doit être en mesure de conserver :

- l'historique des accès à son système d'information,
- l'établissement de sessions avec les équipements afin de permettre de vérifier le non-détournement des connexions au sein de la solution,
- les actions d'exploitation (administration, configuration, etc.) des systèmes.

Ces traces doivent être horodatées et doivent contenir les informations d'identification du correspondant distant. Ces informations doivent être conservées pendant une période de 12 mois au minimum.

Ces traces ne doivent pas contenir d'informations sensibles.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

SA3 : Politique de mots de passe

Une politique de mots de passe doit être mise en œuvre pour permettre un contrôle d'accès robuste. Celle-ci doit prévoir de limiter le nombre de tentatives et identifier les cas provoquant le blocage des comptes.

Dans le cas d'un blocage de compte, un administrateur doit réinitialiser le mot de passe et le transmettre à l'utilisateur de manière sécurisée, c'est-à-dire après vérification de son identité.

La politique de mots de passe doit être décrite dans le dossier sécurité.

SA4 : Durée des sessions utilisateur

Les sessions doivent expirer après un temps d'inactivité. Passé ce délai, le système doit fermer ou verrouiller la session.

Pour reprendre alors la session, l'utilisateur doit s'authentifier à nouveau.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

5.5 Protéger les communications

5.5.1 Règles de protection des communications

La solution et ses composants ne doivent accepter que les flux nécessaires et autorisés. Les données transitant par ces flux doivent être protégées.

La solution ne doit utiliser que des protocoles de communication à l'état de l'art de la sécurité (conformes RGS) garantissant la confidentialité, l'intégrité et l'authenticité des données pendant leur transmission.

Toutes les communications entre composants passant par un réseau ou par une liaison sans fil sont concernées.

C1 : Contrôle des flux

La solution et ses composants ne doivent accepter que les flux nécessaires et autorisés.

- L'ensemble des flux autorisés et interdits doivent être identifiés,
- Un filtrage des flux doit être mis en œuvre.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

C2 : **Authentification mutuelle et chiffrement**

Pour toutes les communications entre deux composants de la solution, des algorithmes cryptographiques conformes au RGS doivent être utilisés.

- Un chiffrement de bout en bout est requis,
- Une authentification mutuelle des deux parties doit être mise en œuvre :
  - Entre l'utilisateur et les environnements distants : l'authentification de l'utilisateur doit se faire par carte CPS ou par une authentification forte double facteur.
  - Entre deux composants de la solution : l'authentification doit être effectuée à partir de certificats.

  Dans le cas où des certificats sont utilisés, la vérification de ces derniers doit porter sur :
  - la parenté (autorité de confiance)
  - la validité (date début et de fin)
  - l'usage (authentification ou authentification serveur)
  - La révocation éventuelle du certificat (CRL ou requête OCSP)
- Les suites de chiffrement activées doivent être listées

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

C3 : **Protocoles sans fil**

Les protocoles sans fil doivent être configurés de manière à fournir une couche d'authentification, d'intégrité et de chiffrement conforme au RGS.

Pour les solutions n'offrant pas en natif une implémentation conforme au RGS (solution Bluetooth par exemple), le GIE-SESAM-Vitale exige une protection applicative conforme au RGS (par exemple TLS).

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

C4 : **Validation par l'utilisateur des accès distants à l'équipement**

L'établissement d'une connexion entre un équipement et un service distant doit toujours être à l'initiative de l'utilisateur de l'équipement.

Toute connexion entrante doit être validée par l'utilisateur.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

5.6 Protéger l'environnement distant

5.6.1 Règles de protection physique de l'environnement distant

Remarque : Si la solution n'intègre pas d'environnement de ce type, cette section est non applicable.

Une gestion des accès à la ou aux salles hébergeant l'environnement distant doit être réalisé.

DO1 : Accès à /aux salle(s) d'hébergement

La ou les salles hébergeant l'environnement distant de la solution doit être équipée d'un système de contrôle d'accès. Seuls les personnels habilités doivent pouvoir y accéder.

Une revue des accès doit être effectuée périodiquement pour s'assurer que tout accès obsolète soit bien supprimé.

L'organisation et les moyens de contrôle d'accès mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

5.6.2 Règles d'autoprotection logique de l'environnement distant

Des mesures de sécurité logiques couvrant les architectures et composants doivent être mises en place.

DL1 : Cloisonnement réseau

L'isolation des composants de l'environnement distant doit être assurée vis-à-vis :

- Du réseau local
- D'internet
- Du réseau de communication entre environnement distant et équipement (si distinct d'internet)

Un incident en provenance d'un des réseaux utilisés par la solution ne doit pas pouvoir se propager à un autre réseau. Le serveur d'application et les serveurs de données associés doivent être protégés en recourant à une ou plusieurs zones réseau dédiées.

La cartographie de l'environnement distant doit être décrite dans le dossier sécurité.

DL2 : Renforcement des configurations

La configuration des composants de l'infrastructure (serveurs, routeurs, etc.) doit être sécurisée :

- Changement des mots de passe par défaut,
- Suppression des services/daemons inutiles,
- Fichiers de configuration,
- Durcissement des droits d'accès sur le système de fichiers,
- utilisation de protocoles sécurisés (SSH, SFTP, etc.)
- utilisation d'un anti-virus sur les systèmes,
- Etc.

La configuration des composants doit être décrite dans le dossier sécurité

DL3 : **Intégrité des composants logiciels de l'environnement distant**

L'intégrité des composants logiciels de l'environnement distant doit être régulièrement vérifiée et supervisé.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

DL4 : **Protection des sauvegardes et archives**

La confidentialité des données sensibles stockées dans les sauvegardes et archives doit être assurée.

Les mécanismes mis en place doivent être décrits dans le dossier sécurité.

DL5 : **Effacement sécurisé des données**

Les données sensibles doivent être effacées de façon sécurisée.

L'industriel décrira dans le dossier de sécurité les techniques employées.

6 Les architectures du Poste de Travail

6.1 L'analyse sécuritaire dans le cadre de la procédure d'agrément

Les configurations du poste de travail acceptées dans le cadre de l'agrément SESAM-Vitale se classe en deux catégories :

- Les configurations hébergées dans un unique environnement local constitué de l'environnement physique de l'utilisateur de la solution soumise à agrément.
- Les configurations hébergées sur de multiples environnements locaux ou distants ou les configurations comprenant des équipements utilisant spécifiquement des liaisons sans fil[1].

La procédure à suivre pour tout éditeur souhaitant présenter un produit à l'agrément SESAM-Vitale est la suivante :

- lors de la conception de sa solution, l'éditeur doit identifier sur quelle catégorie de configuration sa solution se base ;
- en fonction de la configuration adoptée, l'éditeur doit s'assurer que sa solution respecte bien les exigences de sécurité fournies dans le présent document ;
- lors de la signature du protocole d'agrément avec le CNDA, l'éditeur doit déclarer sur quelle configuration ou combinaison de configurations sa solution présentée se base.

Si l'architecture de la solution est conforme à une des configurations « environnement local », le questionnaire relatif à la déclaration des fonctions de sécurité mises en œuvre sur la solution présentée (cf. FORMULAIRE) doit être rempli et fourni au CNDA.

Pour tout autre type d'architecture, un dossier de sécurité doit être transmis au CNDA (cf. *GUIDE*) qui s'assurera de la validité des fonctions de sécurité proposées par l'éditeur en effectuant une analyse dudit dossier. Celui-ci doit impérativement répondre à chacune des exigences de sécurité présentes dans ce document.

Il est également à noter que le CNDA se réserve le droit de vérifier par toute méthode de son choix la conformité des solutions agréées par rapport aux exigences de sécurité par exemple via un audit de la solution.

[1] Les équipements sans fil servant à l'acquisition des données issues de l'ApCV n'entrent pas dans cette catégorie et peuvent être utilisés dans un environnement local.

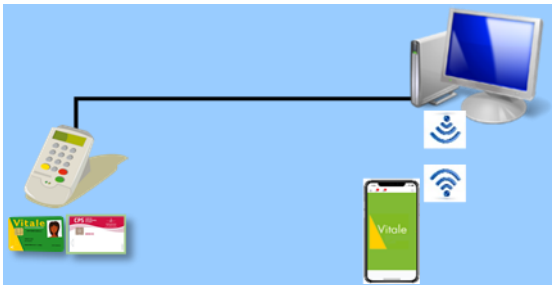
6.2 Les architectures « environnement local »

6.2.1 Généralités

Le présent chapitre décrit les différentes configurations acceptées dans le cadre de l'agrément se situant dans un unique environnement local constitué de l'environnement physique de l'utilisateur final de la solution présentée à l'agrément.

Pour ces configurations, il est demandé uniquement de remplir le questionnaire relatif aux fonctions de sécurité implémentée dans la solution (cf. FORMULAIRE)

6.2.2 Configuration 1 : Poste de Travail seul



Dans le cas d'un lecteur homologué, la liaison entre le poste de travail et le lecteur est obligatoirement une des liaisons pour laquelle le lecteur utilisé a été homologué.

Dans le cas d'un lecteur PC/SC, seules les liaisons série et USB (filaire) sont autorisées.

Les équipements sans fil permettant l'acquisition des données de l'ApCV sont autorisés.

6.2.3 Configuration 2 : Réseau local

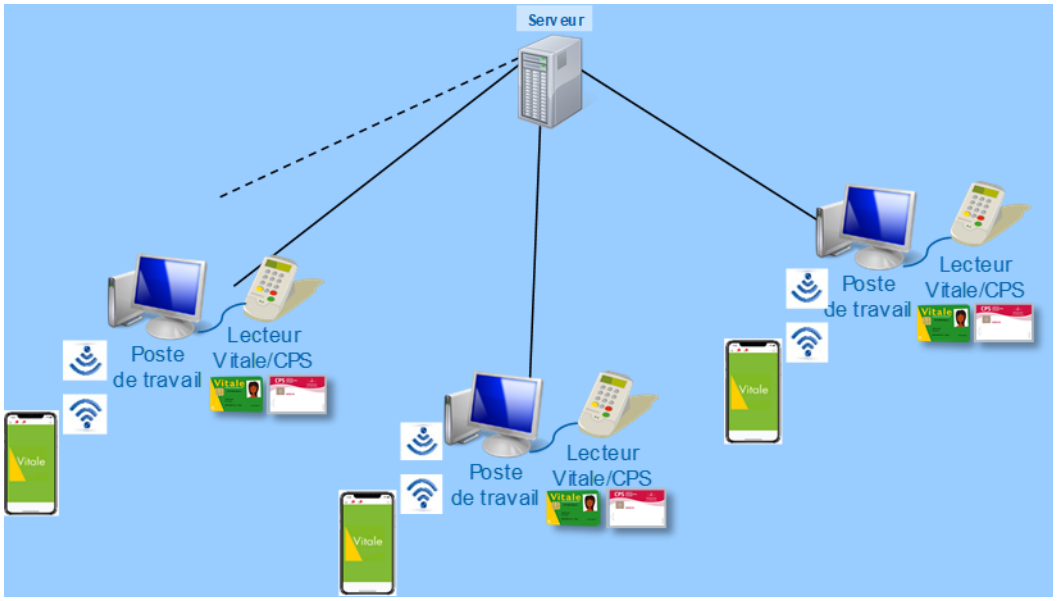
Les Postes de Travail sont connectés les uns aux autres mais restent dans un réseau local.

Dans le cas d'un lecteur homologué, la liaison entre le poste de travail et le lecteur est obligatoirement une des liaisons pour laquelle le lecteur utilisé a été homologué.

Dans le cas d'un lecteur PC/SC, seules les liaisons série et USB (filaire) sont autorisées.

Les équipements sans fil permettant l'acquisition des données de l'ApCV sont autorisés.

6.2.4 Configuration 3 : Grappe de Postes de Travail en réseau local



Dans le cas d'un lecteur homologué, la liaison entre le poste de travail et le lecteur est obligatoirement une des liaisons pour laquelle le lecteur utilisé a été homologué.

Dans le cas d'un lecteur PC/SC, seules les liaisons série et USB (filaire) sont autorisées.

Les Postes de Travail sont connectés à un serveur mais l'ensemble des composants de la solution reste dans l'environnement local.

Les équipements sans fil permettant l'acquisition des données de l'ApCV sont autorisés.

6.2.5 Configuration : Configurations « réseau local » mixtes

Chaque Poste de Travail défini dans la configuration 3 peut être un des postes décrits dans la configuration 1, indépendamment des autres postes du réseau local.

Les configurations 2 et 3 peuvent être regroupées dans un même réseau local, le serveur de postes de la configuration 3 étant obligatoirement un serveur sur le réseau local. Le serveur de stockage est accessible par les Postes de Travail réalisant les factures et les lots.

6.3 Les architectures « environnements local et distant »

6.3.1 Généralités

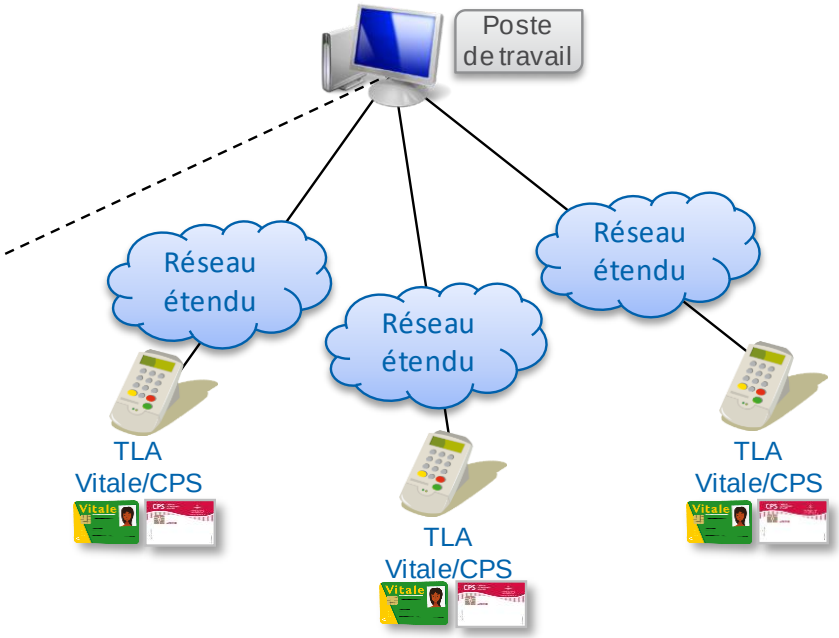
Le présent chapitre décrit les différentes configurations acceptées dans le cadre de l'agrément pour lesquelles il existe au moins un environnement distant ou au moins un équipement utilisant obligatoirement une liaison sans fil[2].

L'éditeur doit déposer au CNDA un dossier sécurité décrivant l'architecture technique et sécuritaire de sa solution. Ce dossier doit être rédigé sur la base des exigences fournies dans le présent document (cf. *GUIDE*).

6.3.2 Configuration 6 : TLA(s) distant(s)

Toute configuration proposant la connexion distante entre un TLA et un Poste de Travail entre dans cette catégorie. Dans cette configuration, le « Poste de Travail » peut être soit utilisé dans le cabinet du Professionnel de Santé soit géré par l'opérateur fournissant la solution de facturation.

NB : dans cette configuration, seules les fonctionnalités TLA peuvent être utilisées de manière distante.



Gestion de la sécurité, Protéger les données et fonctions sensibles	Ces exigences s'appliquent à l'ensemble de la configuration.
Protéger l'environnement local	Ces exigences s'appliquent à l'ensemble des lecteurs TLA
Protéger les communications	Ces exigences s'appliquent à l'ensemble des connexions entre le Poste de Travail et les lecteurs TLA
Protéger l'environnement distant	Ces exigences s'appliquent au Poste de Travail distant.

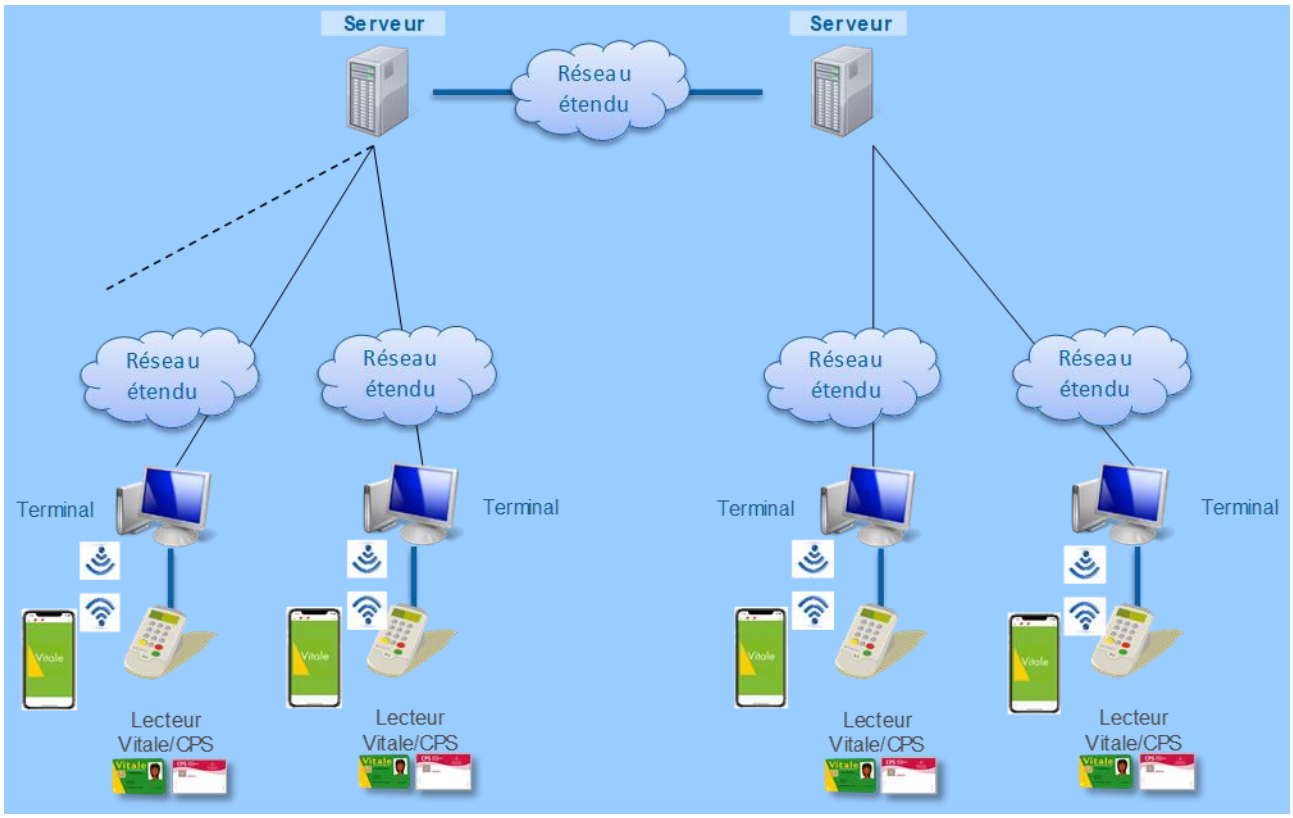
[2] Les équipements sans fil servant à l'acquisition des données issues de l'ApCV n'entrent pas dans cette catégorie et peuvent être utilisés dans un environnement local.

6.3.3 Configuration 7 : Gestion multiserveurs distants et multi Postes de Travail distants

Cette configuration décrit la connexion multipostes de travail à de multiples serveurs distants.

Pour cette configuration :

- le nombre de serveurs est supérieur ou égal à 1 ;
- des Postes de Travail peuvent être connectés à un serveur dans un même réseau local ;
- deux serveurs au moins peuvent être connectés dans un même réseau local ;
- au moins une des connexions « serveur – Poste de Travail » ou « inter serveurs » opère sur un réseau étendu.



Les exigences sécurité applicables sont les suivantes :

Gestion de la sécurité, **Protéger les données et fonctions sensibles**	Ces exigences s'appliquent à l'ensemble de la configuration.
Protéger l'environnement local	Ces exigences s'appliquent à l'ensemble des Postes de Travail
Protéger les communications	Ces exigences s'appliquent à : • l'ensemble des connexions distantes entre les Postes de Travail et les serveurs • l'ensemble des connections distantes entre les serveurs distants s'il y a plusieurs serveurs.
Protéger l'environnement distant	Ces exigences s'appliquent à l'ensemble des serveurs

NB : les progiciels opérant sous Citrix™ ou sous TSE™ entrent dans cette configuration.

6.3.4 Configurations 8 : Autres configurations

Cette configuration regroupe toutes les configurations qui ne rentrent dans aucune des configurations de 1 à 7 définies dans le présent document. L'éditeur doit malgré tout déposer au CNDA un dossier sécurité décrivant l'architecture technique et sécuritaire de sa solution. Ce dossier doit être rédigé sur la base des exigences fournies dans le présent document (cf. GUIDE).

Cette configuration comporte notamment les cas d'utilisation d'équipements spécifiques connectés au SI PS par une liaison sans fil (par exemple lecteur de carte embarquant une partie du logiciel soumis à l'agrément) ou des lecteurs de cartes non homologué RAC[3] connectés au SI PS avec une liaison autre qu'une liaison filaire USB ou série.

[3] L'utilisation d'un lecteur homologué RAC pour accéder aux cartes Vitale et CPS entre dans la configuration 1

Annexe 8

Dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste

Intégrant l'Addendum n°8

GIE SESAM-Vitale
5, boulevard Marie & Alexandre Oyon - 72 019 LE MANS CEDEX 2 - www.sesam-vitale.fr
SIRET : 391 722 881 00052 - APE : 6202A - RCS LE MANS : 391 722 881 - N° TVA : FR 753 917 22881

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Sommaire

1 Introduction 4

1.1 Présentation du document 4
1.2 Abréviations 4
1.3 Documents de référence 5
1.4 Texte réglementaire 5
1.5 Guide de lecture 6

2 Cadrage fonctionnel 8

3 Spécifications des traitements 16

3.1 Transmettre l'enveloppe des éléments à l'ophtalmologiste 18
3.1.1 Informer le bénéficiaire de soins 20
3.1.2 Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins 20
3.1.3 Récupérer les données de contexte de facturation 22
3.1.4 Créer le fichier des données administratives 25
3.1.5 Créer l'enveloppe des éléments 25
3.1.6 Transmettre l'enveloppe des éléments à l'ophtalmologiste 26
3.2 Réceptionner l'enveloppe des éléments transmise par un orthoptiste libéral 28
3.3 Facturer l'acte de lecture différée de rétinographie 31
3.3.1 Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins 33
3.3.2 Récupérer les données utiles à la détermination du contexte de facturation 34
3.3.3 Récupérer les droits du bénéficiaire de soins en interrogeant le téléservice ADR 36
3.3.4 Déterminer les données pour facturer 37
3.3.5 Elaborer la FSE 38

4 Description des entités fonctionnelles composant le fichier des données administratives (EF_RD97) 41

5 Eléments techniques 44

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Une nouvelle modalité de dépistage de la rétinopathie diabétique reposant sur une coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste est mise en place.

Elle consiste en :

- la réalisation de rétinographies par un orthoptiste
- puis une lecture différée des rétinographies par l'ophtalmologiste, sans la présence du bénéficiaire des soins.

Elle contribue au développement de la coopération entre professionnels de santé et constitue une prise en charge d'un premier acte de télémédecine.

Dans ce cadre, le système de facturation :

- de l'orthoptiste doit mettre à disposition de l'ophtalmologiste les informations du bénéficiaire des soins nécessaires à sa facturation,
- de l'ophtalmologiste doit récupérer les informations du bénéficiaire des soins transmises par l'orthoptiste et les utiliser pour facturer son acte de lecture différée.

Ce document a pour objet de décrire les traitements spécifiques relatifs au dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste

1.2 Abréviations

Abréviations	
ADR	Acquisition des droits
MP	Médecin prescripteur
RD	Rétinopathie Diabétique
MSSanté	Messagerie sécurisée de santé de l'ASIP Santé (http://www.mssante.fr)

1.3 Documents de référence

Les documents de référence sont à consulter dans la dernière version applicable.

Appellation	Type et titre	Référence
[ASIP-CRRTN]	ASIP Santé - Cadre d'interopérabilité des Systèmes d'Information, de Santé (CI-SIS) couche contenu – volet de compte rendu rétinographie (CRRTN)	CI-SIS-CONTENU-VOLET_COMPTE_RENDU_RETINOGRAPHIE
[ASIP-CI-SIS-ECHANGE]	ASIP Santé - Cadre d'interopérabilité des Systèmes d'Information, de Santé (CI-SIS) - couche service – volet échange de documents de santé	CI-SIS-SERVICE_VOLET-ECHANGE-DOCUMENTS-SANTE
[ASIP-DST-CLIENT-MSSANTE]	ASIP Santé - Dossier des spécifications techniques des interfaces d'accès au système de Messagerie Sécurisées de Santé (MSSanté) des Clients de messagerie	MSS_FON_DST_interfaces_Clients_MSSanté_v1.0.0_140704
[CI]	GIE SV - Cadre d'interopérabilité des téléservices intégrés	CI-CNAMTS-DC
[SFG ADR]	GIE SV - Ouverture de la facturation à ADR	FACT-SFG-038
[GI ADR]	GIE SV - Guide d'intégration d'Acquisition des droits V1	SEL-MP-021 WS_ADR
~~[TPI ACS]~~	~~GIE SV - Avenant au cahier des charges SESAM-Vitale – EV65 - Tiers payant intégral ACS~~	~~PDT-CDC-065 Avenant CDC-EV65_TP ACS AMO et AMC~~

1.4 Texte réglementaire

Décret n°2014-1523 du 16 décembre 2014 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel pour le dépistage de la rétinopathie diabétique.

1.5 Guide de lecture

Les spécifications de l'annexe RD sont présentées sous la forme d'un enchaînement d'opérations, chaque opération étant un enchaînement de sous-opérations, composées elles-mêmes éventuellement de sous-opérations, etc…, constituées au final d'un enchaînement de règles.

Opérations

Présentation

La présentation de chaque opération ou sous-opération comprend :

- une description de l'opération,
- les données d'entrées et de sorties utilisées dans cette opération,
- éventuellement un schéma d'enchaînement,
- la liste des règles utilisées.

Chaque opération ou sous-opération est référencée par 2 lettres suivies d'un numéro.

Règles

Présentation

Chaque règle est référencée sous la forme RG_RD_XXxxx

Avec XX : 2 lettres

xxx : un numéro

Pour chaque règle est présenté un cartouche indiquant les familles de Professionnel de Santé concernées.

Exemple

[RG_RD_XXxxx] <Le titre de la règle>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description de la règle>

Cas particuliers

[CP1] <Titre du premier cas particulier>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description du premier cas particulier>

…

[CPn] <Titre du n^{ième} cas particulier>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description du n^{ième} cas particulier>

Familles de PS concernées

Un cartouche de description des familles et sous-familles de professionnels de santé concernées par la règle est présent en en-tête des règles.

Les sigles utilisés dans ce cartouche ont la signification suivante :

Pour les familles de Professionnel de Santé :

- Réservé pour utilisation future
- **FR** : Fournisseurs
- **PH** : Pharmacie
- **LB** : Laboratoire
- **AM** : Auxiliaires Médicaux
- **PR** : Prescripteurs

[RG_RD_XXxxx] <Le titre de la règle>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les sous-familles de Professionnel de Santé :

- **M** : Médecins
- **CD** : Chirurgiens-Dentistes
- **SF** : Sages-Femmes

Les familles ou sous-familles **concernées** apparaissent en texte noir.

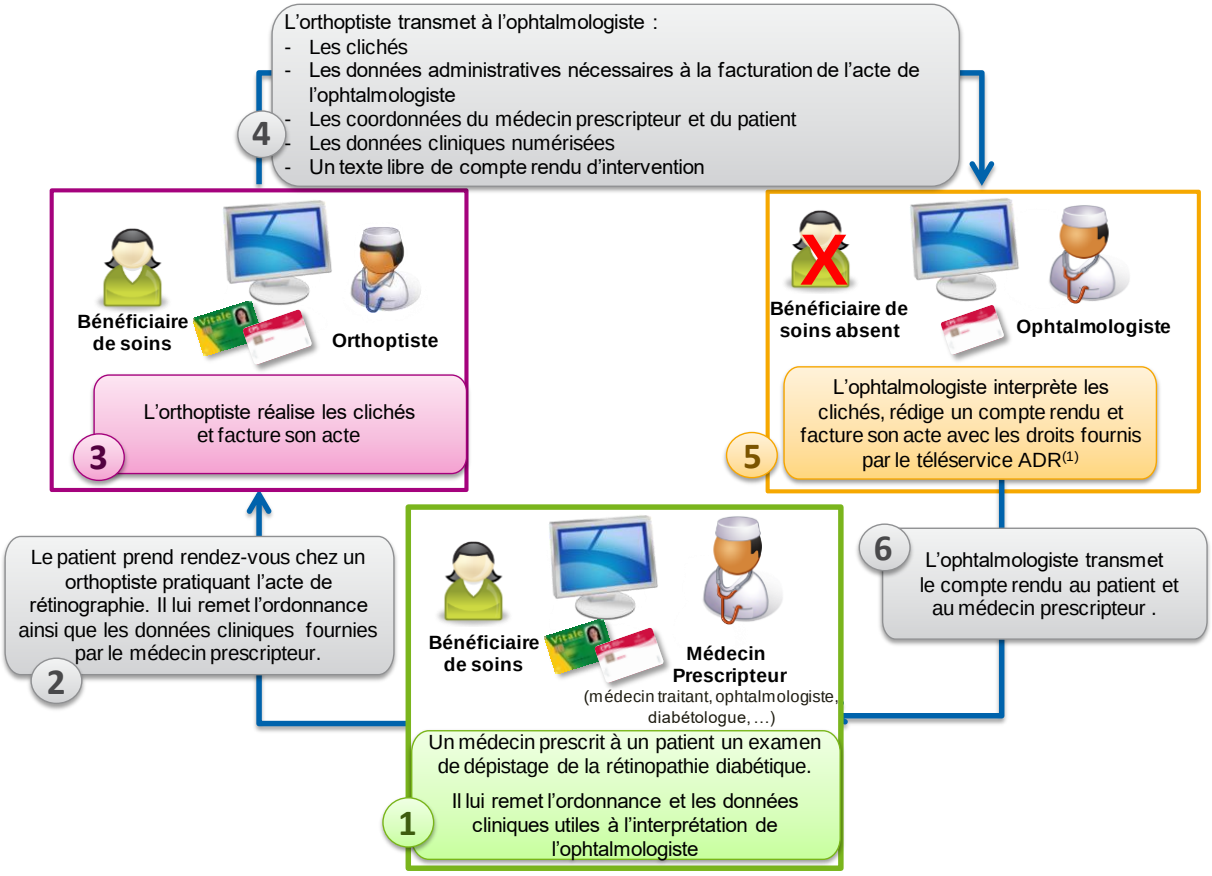
Les familles ou sous-familles **non concernées** apparaissent en texte gris.

2 Cadrage fonctionnel

Contexte

La rétinopathie diabétique (RD) est une des causes principales de malvoyance et de cécité évitable en France. Actuellement, son dépistage est réalisé, dans la plupart des cas, par les ophtalmologistes à leur cabinet avec parfois l'aide d'un orthoptiste salarié. La pratique actuelle du dépistage de la RD ne permet pas d'atteindre les objectifs du dépistage tels qu'ils sont recommandés par la Haute Autorité de Santé.

Un nouveau processus organisationnel est mis en place pour faciliter ce dépistage. Il se décompose en 6 étapes, qui sont décrites dans le schéma ci-dessous.



(1) ADR : téléservice de consultation des droits de l'Assurance Maladie, intégré au logiciel SESAM-Vitale, permettant de disposer des droits nécessaires à la facturation à partir du NIR et de l'organisme d'affiliation de l'assuré, et du NIR (optionnel), de la date de naissance et du rang de naissance du bénéficiaire de soins

Figure 1 : Processus organisationnel

L'inscription des actes de dépistage de la RD avec lecture différée aux nomenclatures ophtalmologistes (CCAM) et orthoptistes (NGAP) doit permettre d'améliorer ce dépistage et la prise en charge des patients diabétiques.

Cas de l'orthoptiste

Deux nouveaux actes sont insérés au titre III « actes portant sur la tête », Chapitre II « Orbite-Œil », dans l'article 2 « Orthoptie : actes avec enregistrements » de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

La facturation de ces nouveaux actes est différente selon le type de transmission électronique des données du patient entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste :

	Nouvel acte NGAP coté	Description	Résultat
Cas d'usage 1 – « Transmission distante »	**AMY 6.7** – Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec **télétransmission** au médecin lecteur	« Transmission distante » du fichier échangé entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste depuis l'environnement technique de l'orthoptiste vers celui de l'ophtalmologiste en utilisant la messagerie MSSanté	Le système de facturation de l'orthoptiste **doit générer** le fichier [ASIP-CRRTN] qui contient notamment le fichier des données administratives du bénéficiaire de soins nécessaires à la facturation de l'ophtalmologiste.
Cas d'usage 2 – « Transmission locale » Rétinographie réalisée par un **orthoptiste salarié** d'un ophtalmologiste	**AMY 6.1** – Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec **transmission par autre moyen que la télétransmission** au médecin lecteur	« Transmission locale » des informations au sein de l'environnement technique de l'ophtalmologiste	Le système de facturation de l'orthoptiste **n'a pas à générer** le fichier selon le document [ASIP-CRRTN]

Le cas d'usage 1 couvre les cas d'usage suivants :

- la rétinographie réalisée par l'orthoptiste libéral dans son cabinet, chez un ophtalmologiste ou dans un autre lieu,
- la rétinographie réalisée par l'orthoptiste salarié d'un centre de santé, dont la lecture différée est effectuée par un ophtalmologiste libéral,
- la rétinographie réalisée par l'orthoptiste salarié d'un centre de santé, dont la lecture différée est effectuée par ophtalmologiste salarié d'un autre centre de santé
- la rétinographie réalisée par l'orthoptiste libéral, dont la lecture différée est effectuée par ophtalmologiste salarié d'un centre de santé.

Le cas d'usage 2 couvre les cas d'usage suivants :

- la rétinographie réalisée par l'orthoptiste salarié d'un ophtalmologiste,
- la rétinographie réalisée par l'orthoptiste salarié d'un centre de santé, dont la lecture différée est effectuée par un ophtalmologiste salarié de ce même centre de santé.

Par convention de lecture, dans la suite du document, il faut comprendre que :

- Les fonctionnalités applicables à l'orthoptiste libéral sont applicables à toutes les situations du cas d'usage n°1.
- Les fonctionnalités applicables à l'orthoptiste salarié sont applicables à toutes les situations du cas d'usage n°2.

Cas de l'ophtalmologiste

Un nouvel acte est inséré au livre II de la CCAM, à la subdivision 02.01.04 « Photographie de l'oeil » : « **BGQP140 »** - Lecture différée d'une rétinographie en couleur, sans la présence du patient.

L'ophtalmologiste facture systématiquement ce nouvel acte dans ce contexte de dépistage de rétinopathie diabétique.

Son système de facturation doit avoir intégré les évolutions de cet avenant pour utiliser les données transmises par un orthoptiste libéral.

La FSE est sécurisée en mode SESAM sans Vitale dès lors que l'ophtalmologiste facture un acte « **BGQP140 »** et que les conditions sont réunies.

Les ophtalmologistes exerçant en centre de santé sont également prévus dans le dispositif de dépistage de rétinopathie diabétique.

Objet du document

L'objet de ce document est de décrire :

- le fichier des données administratives nécessaires à la facturation de l'ophtalmologiste (données d'identification du bénéficiaire de soins et de contexte de facturation), échangé entre les systèmes de facturation de l'orthoptiste libéral et de l'ophtalmologiste (étape n°4 du processus de Figure 1 : Processus organisationnel),
- l'alimentation **automatisée** des données de ce fichier par le système de facturation de l'orthoptiste libéral,
- l'utilisation des données de ce fichier par le système de facturation de l'ophtalmologiste, **sans contrainte d'automatisation du processus** :
- pour interroger le téléservice ADR, en référence aux documents [GI ADR] et [SFG ADR] et en fonction des données d'identification du bénéficiaire de soins,
- pour réaliser une FSE, en fonction des données de contexte de facturation.

L'enveloppe de transmission des éléments échangés entre les deux systèmes de facturation contenant :

- les 4 clichés des yeux,
- les données administratives nécessaires à la facturation de l'ophtalmologiste,
- les coordonnées du médecin prescripteur et du bénéficiaire de soins,
- les données cliniques d'orientation numérisées si fournies par le médecin prescripteur,
- un texte libre optionnel de compte-rendu d'intervention de l'orthoptiste est décrit dans le document [ASIP-CRRTN].

Processus

Le processus est différent selon que la rétinographie est réalisée par un orthoptiste libéral ou un orthoptiste salarié.

Orthoptiste libéral

Le schéma ci-après décrit le processus de dépistage coordonné de la RD dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral.

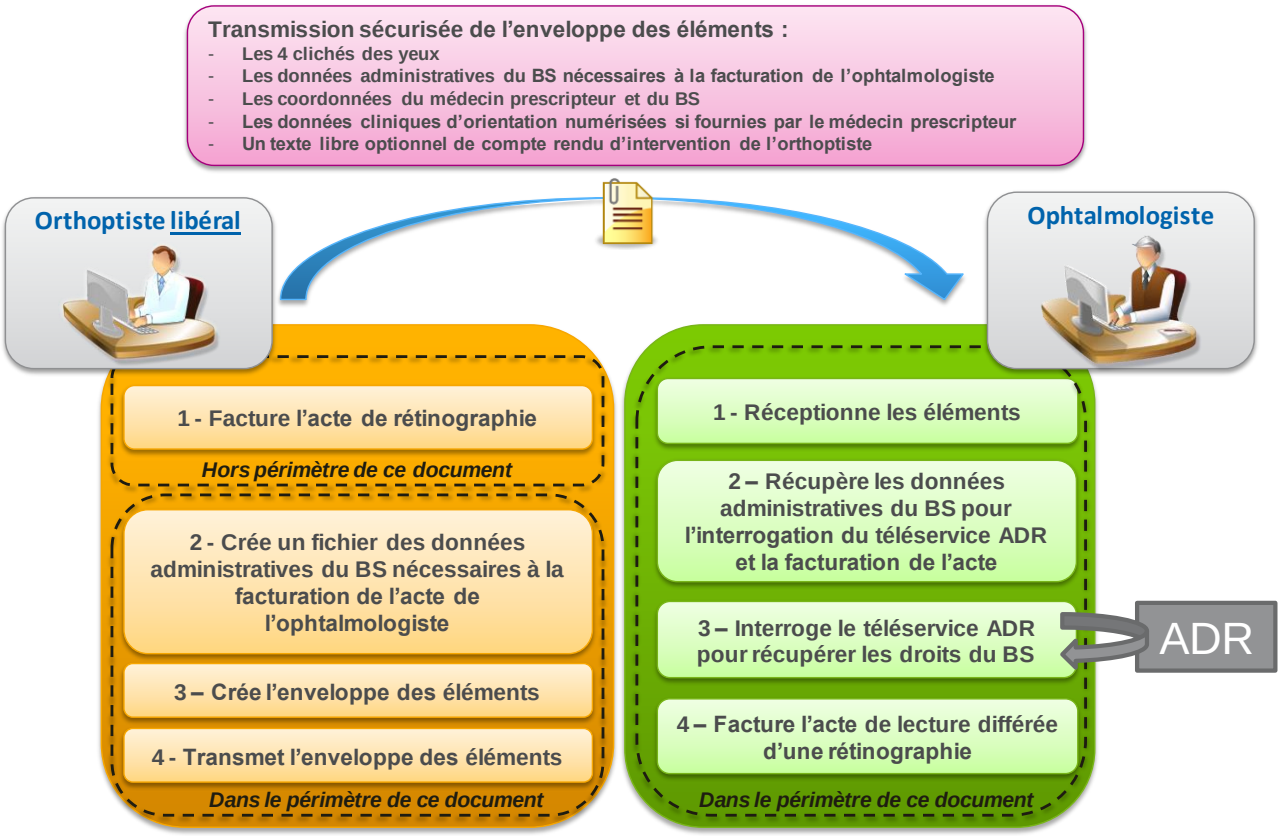


Figure 2 : Présentation générale du processus de dépistage coordonné de la RD dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral

Le processus doit suivre les étapes suivantes :

1. Le système de facturation de l'orthoptiste libéral
   - 1.1. facture un acte de rétinographie **AMY 6.7**,
   - 1.2. créé le fichier des données administratives du bénéficiaire de soins nécessaires à la facturation de l'acte de l'ophtalmologiste,
   - 1.3. crée l'enveloppe des éléments (cf. document [ASIP-CRRTN]),
   - 1.4. transmet les éléments via la messagerie MSSanté.
2. Le système de facturation de l'ophtalmologiste
   - 2.1. réceptionne l'enveloppe des éléments via la messagerie MSSanté,
   - 2.2. récupère les données administratives du bénéficiaire de soins pour la facturation de l'acte,

2.3. interroge le téléservice ADR et récupère les droits du bénéficiaire de soins,

2.4. facture l'acte de lecture différée d'une rétinographie **BGQP140**.

L'ophtalmologiste réalise son acte sans la présence du bénéficiaire de soins et peut le facturer en mode SESAM sans Vitale.

L'acte est pris en charge dans son intégralité par l'Assurance Maladie.

Orthoptiste salarié

Le schéma ci-après décrit le processus de dépistage coordonné de la RD dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarie de l'ophtalmologiste.

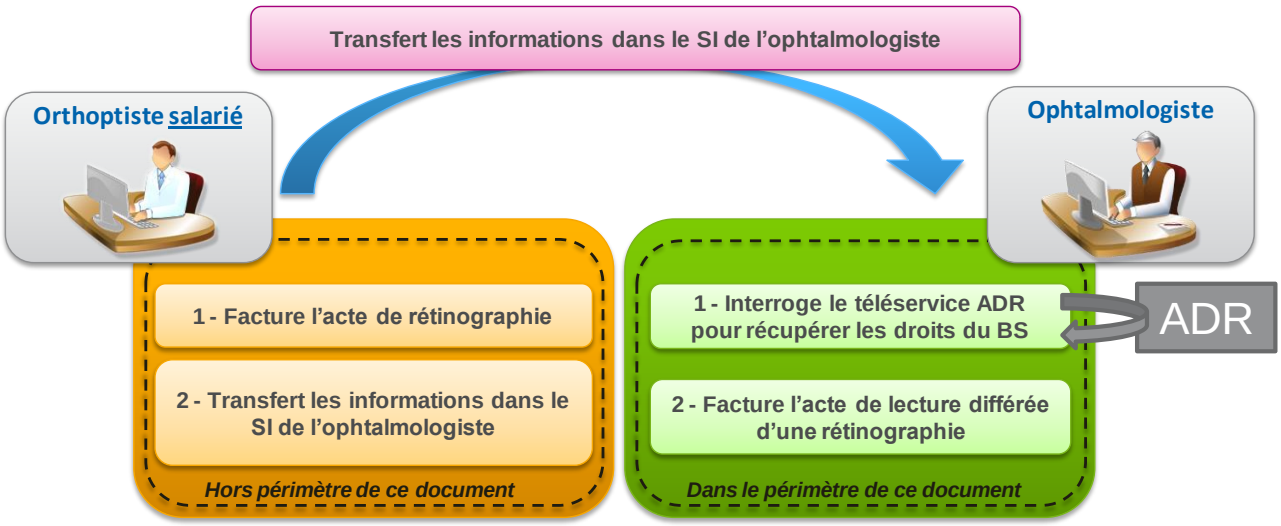


Figure 3 : Présentation générale du processus de dépistage coordonné de la RD dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié de l'ophtalmologiste

Le processus doit suivre les étapes suivantes :

1. Le système de facturation de l'orthoptiste salarié

   1.1. facture un acte de rétinographie **AMY 6.1**,

   1.2. transfert dans le SI de l'ophtalmologiste les données d'identification du bénéficiaire de soins et de contexte de facturation nécessaires à la facturation de l'acte de l'ophtalmologiste. Ces informations correspondent à celles spécifiées dans le fichier des données administratives.

2. Le système de facturation de l'ophtalmologiste

   2.1. interroge le téléservice ADR et récupère les droits du bénéficiaire de soins,

   2.2. facture l'acte de lecture différée d'une rétinographie **BGQP140**.

L'ophtalmologiste réalise son acte sans la présence du bénéficiaire de soins et peut le facturer en mode SESAM sans Vitale.

L'acte est pris en charge dans son intégralité par l'Assurance Maladie.

Illustration des cas d'usage

Orthoptiste libéral

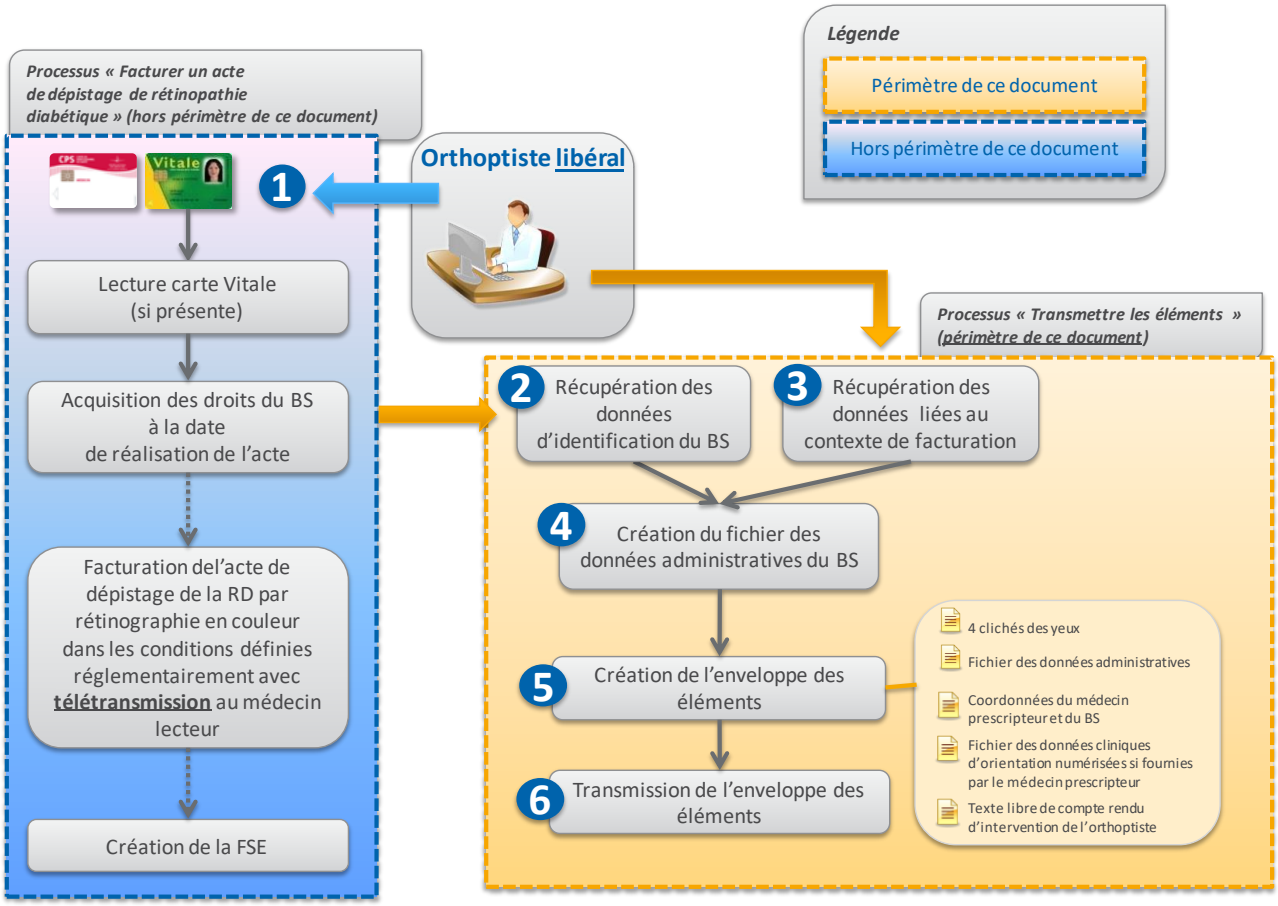


Figure 4 : Illustration du cas d'usage chez un orthoptiste libéral

Orthoptiste salarié

La facturation de l'acte et la transmission des informations du bénéficiaire de soins sont traitées par le système de facturation de l'ophtalmologiste et ne sont pas décrites dans ce document.

Ophtalmologiste

Deux cas d'usage sont possibles chez l'ophtalmologiste :

1. Cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral.
2. Cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié.

Dans les deux cas, il réalise une FSE en mode SESAM sans Vitale.

Dans les deux cas, lorsque l'utilisation du téléservice ADR est demandé :

- L'ophtalmologiste s'appuie sur les droits du bénéficiaire de soins issus du téléservice ADR dès lors que ce service est proposé par le régime dont dépend le bénéficiaire de soins. Il s'appuie également sur les données de contexte de facturation récupérées par l'orthoptiste.

- Dans le cas où le téléservice ADR n'est pas proposé par le régime dont dépend le bénéficiaire de soins, ou l'appel au téléservice ADR est en échec, l'ophtalmologiste doit s'appuyer sur les données d'identification du bénéficiaire de soins et de contexte de facturation :
  - soit du fichier des données administratives dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral,
  - soit de son SI dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié.

1 - Cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral.

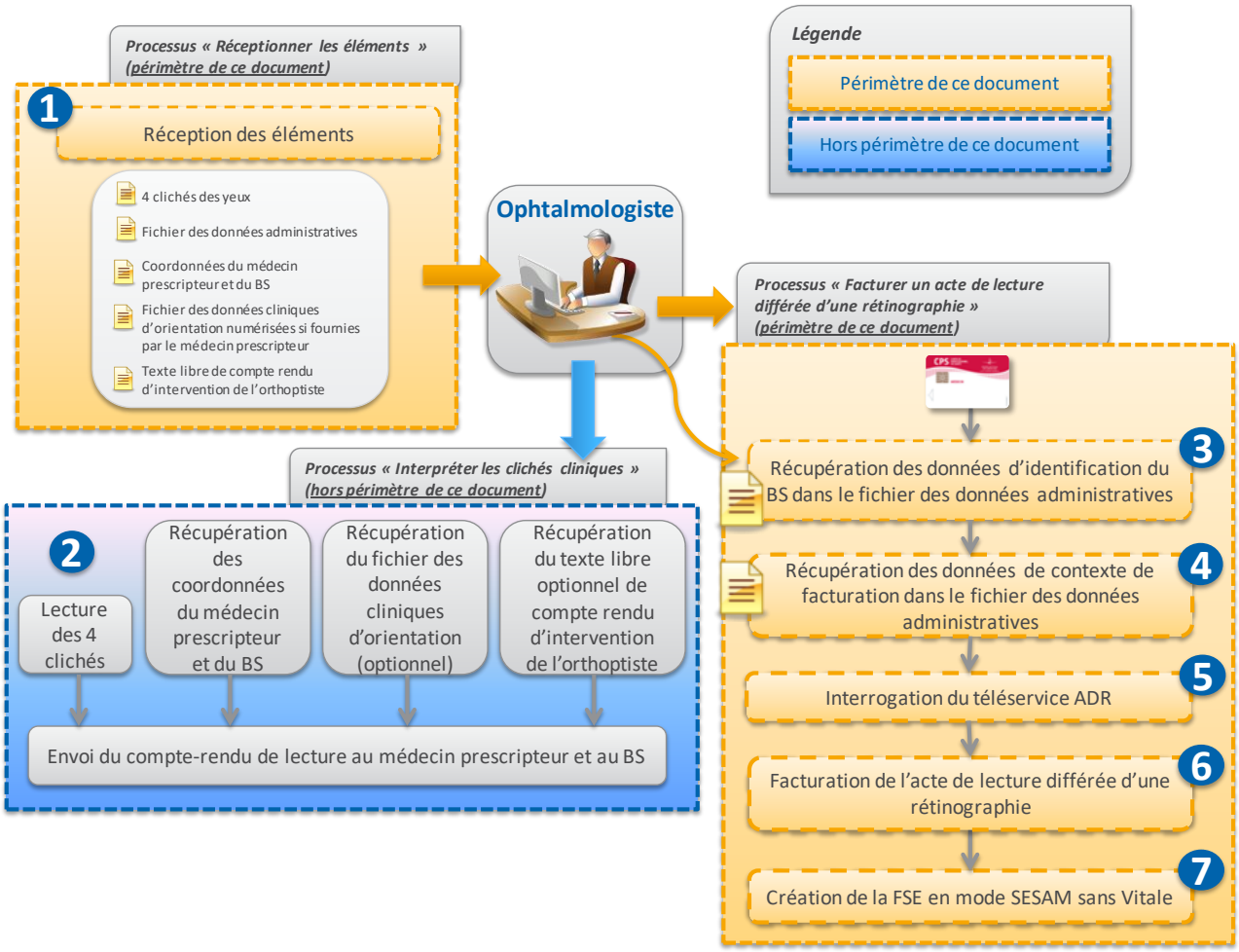


Figure 5 : Illustration du cas d'usage chez l'ophtalmologiste dans le cas d'une rétinographie réalisée par orthoptiste libéral

2 - Cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié.

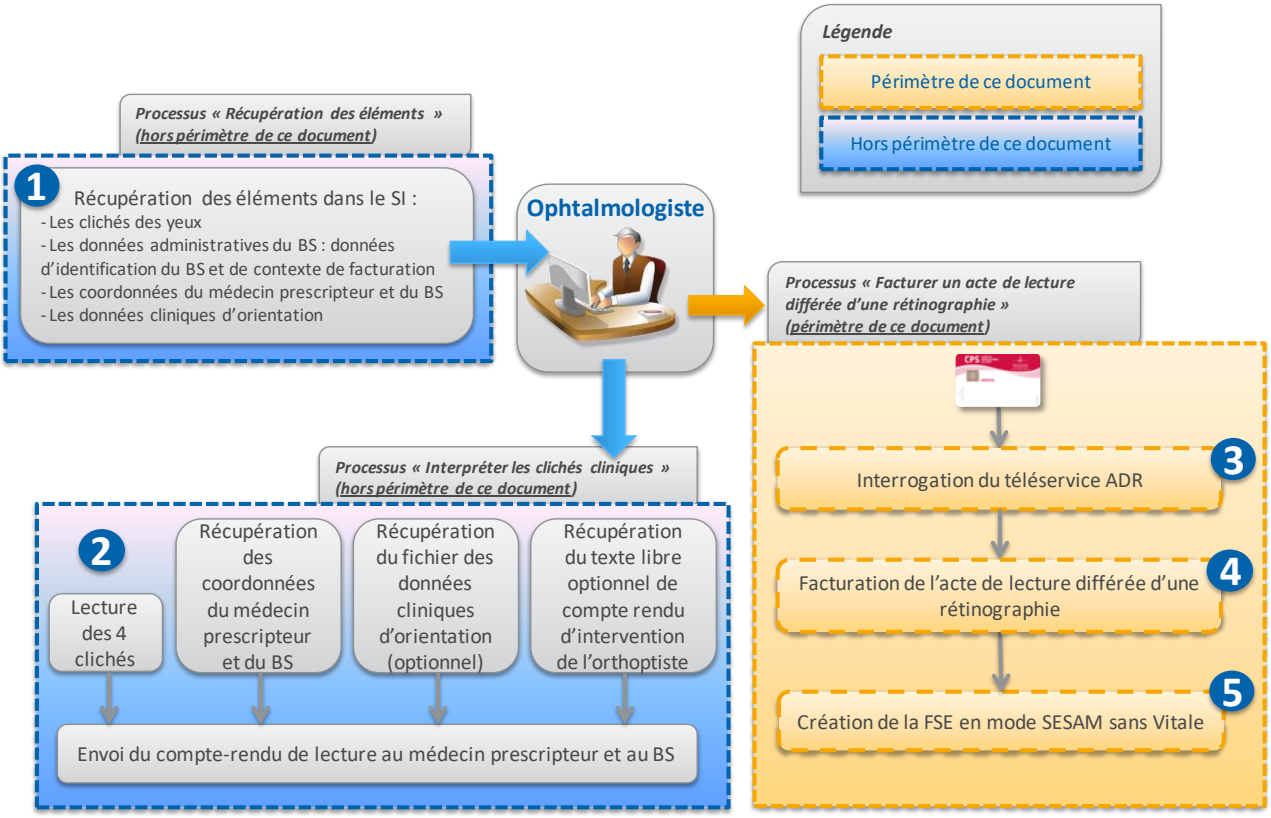


Figure 6 : Illustration du cas d'usage chez l'ophtalmologiste dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié

3 Spécifications des traitements

Préambule

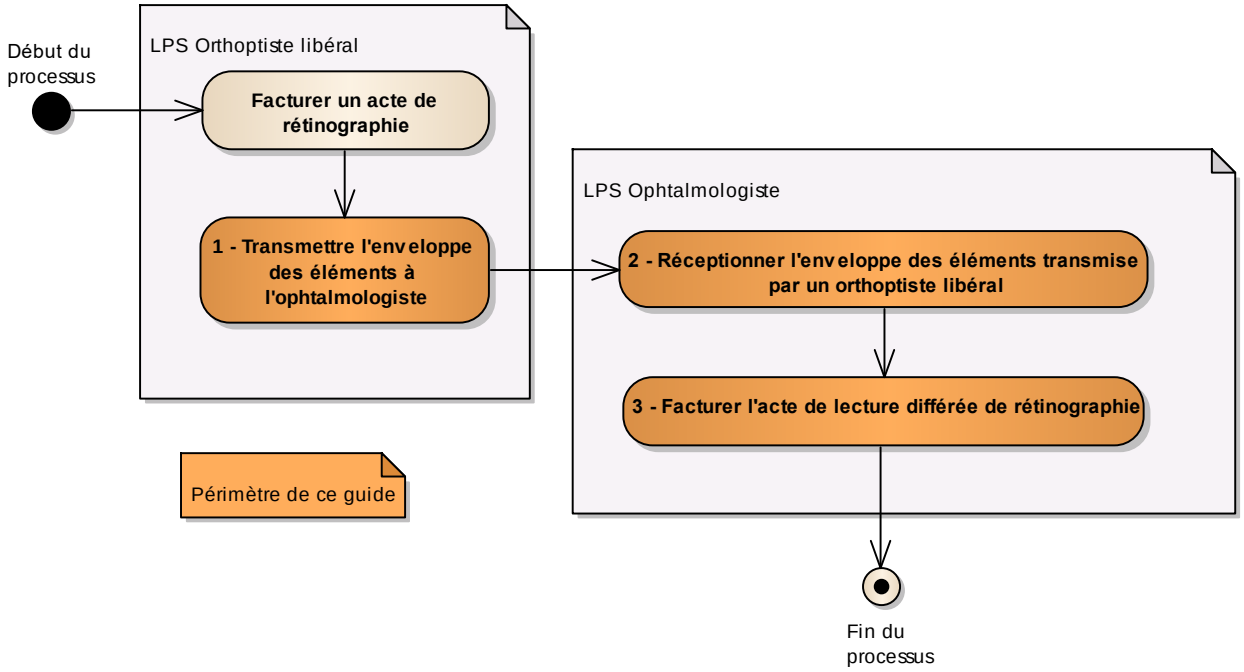


Figure 7 : Enchaînement du processus de dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste

Chez l'orthoptiste libéral, il s'agit de la transmission de l'enveloppe des éléments **à l'ophtalmologiste**.

Chez l'ophtalmologiste, il s'agit de :

- La réception de l'enveloppe des éléments transmise par un orthoptiste libéral.
- La facturation de l'acte de lecture différée de rétinographie.

Synthèse des impacts

Le tableau présente les impacts des traitements sur les systèmes de facturation :

- de l'orthoptiste libéral
- de l'ophtalmologiste, selon qu'il s'agisse d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral ou salarié.

Fonctionnalité	Système de facturation d'un orthoptiste libéral	Système de facturation d'un ophtalmologiste pour une rétinographie réalisée par un orthoptiste	
		libéral	salarié
§3.1.6 - Transmettre l'enveloppe des éléments à l'ophtalmologiste	X		
§3.2 - Réceptionner l'enveloppe des éléments transmise par un orthoptiste libéral		X	
§3.3 - Facturer l'acte de lecture différée de rétinographie			
§3.3.1 - Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins		X	
§3.3.2 - Récupérer les données utiles à la détermination du contexte de facturation		X	
§3.3.3 - Récupérer les droits du bénéficiaire de soins en interrogeant le téléservice ADR		X	X
§3.3.4 - Déterminer les données pour facturer		X	X
§3.3.5 Elaborer la FSE		X	X

3.1 Transmettre l'enveloppe des éléments à l'ophtalmologiste

Ces traitements concernent uniquement le système de facturation de **l'orthoptiste libéral**.

Vue générale

Evènement déclencheur

L'orthoptiste libéral lance le processus de mise à disposition des éléments à destination de l'ophtalmologiste s'il a réalisé une **FSE** dans le cadre d'un acte de dépistage de la RD par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec **télétransmission** au médecin lecteur (AMY 6.7).

Le système de facturation permet l'extraction des données administratives lorsque la FSE est sécurisée, en mode SESAM Vitale ou en mode dégradé.

Description

L'orthoptiste informe le bénéficiaire de soins que ses données médico administratives et médicales vont être transmises à un ophtalmologiste et sollicite son accord pour cette transmission.

A l'issue de la facturation de l'acte de rétinographie, le système de facturation prépare un fichier des données administratives [EF_RD97] avec les données du bénéficiaire de soins nécessaires à la facturation de l'ophtalmologiste.

Conformément au document de spécifications de l'ASIP Santé [ASIP-CRRTN], le système de facturation constitue l'enveloppe des éléments à télétransmettre au système de facturation de l'ophtalmologiste. Cette enveloppe contient :

- Les clichés des yeux,
- Le fichier des données administratives du bénéficiaire de soins,
- Les coordonnées du médecin prescripteur et du bénéficiaire de soins,
- Les données cliniques d'orientation du médecin prescripteur numérisées (si fournies par le médecin prescripteur),
- Un texte libre optionnel de compte rendu d'intervention de l'orthoptiste.

Tous ces éléments sont transmis à l'ophtalmologiste pour lui permettre la réalisation et la facturation de son acte sans la présence du patient.

Entrées

FSE en mode SESAM-Vitale ou FSE en mode SESAM-Vitale dégradé

Sorties

Enveloppe des éléments transmis

Schéma

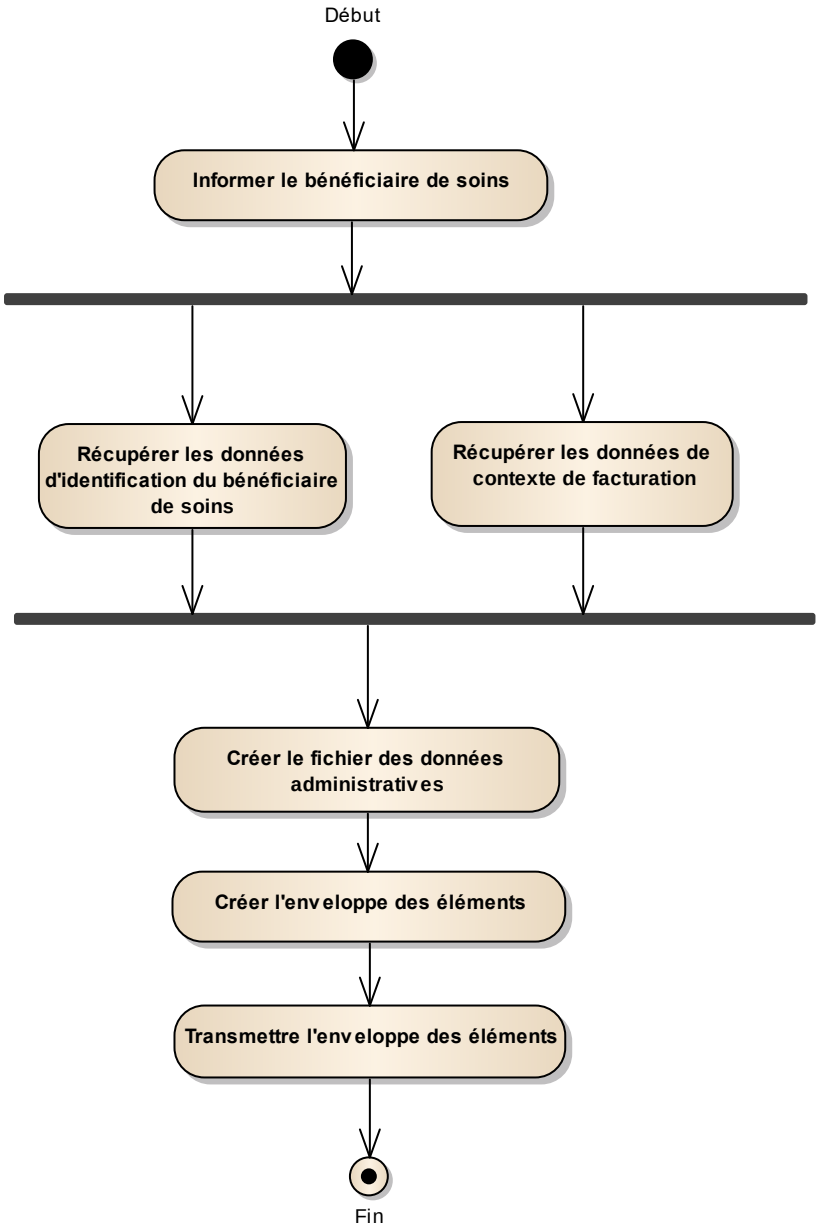


Figure 8 : Enchaînement général de la fonctionnalité « Transmettre l'enveloppe des éléments à l'ophtalmologiste »

3.1.1 Informer le bénéficiaire de soins

[RG_RD_MF600] Informer le bénéficiaire de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'orthoptiste informe le bénéficiaire de soins que ses données médico-administratives et médicales vont être transmises à l'ophtalmologiste et sollicite son accord pour cette transmission.

Le système de facturation affiche un message du type :

"Attention : pensez à informer votre patient que ses données médico administratives et médicales vont être transmises à un ophtalmologiste et à solliciter son accord pour cette transmission".

3.1.2 Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins

[RG_RD_MF601] Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère les données d'identification du bénéficiaire de soins nécessaires à la facturation de l'ophtalmologiste.

Le tableau ci-après décrit l'alimentation des données du fichier [EF_RD97] par la correspondance avec une donnée de groupe SSV du système de facturation de l'orthoptiste, suite à la lecture de la carte Vitale.

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]		←	Référence d'une donnée de groupe SSV
Données liées à l'identification du bénéficiaire de soins			
Bénéficiaire de soins	*EF_RD002*		
Nom usuel	*01*	←	104-01
Nom de famille	*02*	←	104-02
Prénom	*03*	←	104-03
NIR certifié	*04*	←	104-09
Clé du NIR certifié	*05*	←	104-10
Date de certification du NIR	*06*	←	104-11
Date de naissance	*07*	←	104-12
Situation administrative AMO	*EF_RD009*		
Rang de naissance	*01*	←	104-13
Assuré	*EF_RD003*		
NIR de l'assuré	*01*	←	101-08
Clé du NIR de l'assuré	*02*	←	101-09
Organisme AMO maladie	*EF_RD004*		
Code régime	*01*	←	101-10
Code caisse gestionnaire	*02*	←	101-11
Code centre gestionnaire	*03*	←	101-12

Cas particulier

[CP01] Absence de carte Vitale

En cas d'absence de la carte Vitale, les données liées à l'identification du bénéficiaire de soins, issues d'un autre support de droits, sont alimentées dans le fichier [EF_RD97] par les données du SI de l'orthoptiste et par la correspondance avec une donnée de groupe SSV du système de facturation de l'orthoptiste.

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]		**←**	**Référence d'une donnée de groupe SSV ou SI PS**
Données liées à l'identification du bénéficiaire de soins			
Bénéficiaire de soins	*EF_RD002*		
Nom usuel	*01*	←	SI de l'orthoptiste libéral
Nom de famille	*02*	←	SI de l'orthoptiste libéral
Prénom	*03*	←	SI de l'orthoptiste libéral
NIR certifié	*04*	←	Non renseigné
Clé du NIR certifié	*05*	←	
Date de certification du NIR	*06*	←	
Date de naissance	*07*	←	1130-04
Situation administrative AMO	*EF_RD009*		
Rang de naissance	*01*	←	1130-05
Assuré	*EF_RD003*		
NIR de l'assuré	*01*	←	1130-02
Clé du NIR de l'assuré	*02*	←	1130-03
Organisme AMO maladie	*EF_RD004*		Renseigné si la nature d'assurance est maladie ou maternité (code nature d'assurance = « 10 », « 13 » ou « 30 »).
Code régime	*01*	←	1310-01
Code caisse gestionnaire	*02*	←	1310-02
Code centre gestionnaire	*03*	←	1310-03

3.1.3 Récupérer les données de contexte de facturation

[RG_RD_MF602] Récupérer les données de contexte de facturation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère les données de contexte de la facturation.

Le tableau ci-après décrit l'alimentation des données du fichier [EF_RD97].

Contexte Facture

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]		←	**Référence d'une donnée de groupe SSV**	
Contexte facture	*EF_RD040*			
Code nature d'assurance	*01*	←	Indique la nature d'assurance renseignée dans la facture réalisée chez l'orthoptiste. Cette donnée peut prendre les valeurs :	
			Valeurs	**Si groupe SSV présent …**
			« 10 » - Risque Maladie	[1511] et le bénéficiaire de soins ne dépend pas du régime Alsace-Moselle (1)
			« 13 » - Risque Maladie	[1511] et le bénéficiaire de soins dépend du régime Alsace-Moselle (1)
			« 30 » - Risque Maternité	[1512]
			« 41 » - Risque AT/MP	[1513]
			« 22 » - Risque SMG	[1515]

(1) : Le système de facturation peut déterminer si le bénéficiaire de soins dépend du régime Alsace-Moselle à partir du code situation, en sortie de la lecture de la carte Vitale (donnée du groupe SSV [106-04]), selon la règle suivante :

- pour les régimes 01, 14, 15, 91 à 99, si le code situation est dans la liste {0105, 0106, 0107, 0108, 0109, 0110}
- pour le régime 02, si le code situation est dans la liste {0205, 0206, 0207, 0225, 0226, 0227}

Natures d'assurance

Ces informations viennent en complément de la nature d'assurance définie précédemment dans le contexte facture (EF_RD040.1) :

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]		←	Référence d'une donnée de groupe SSV
Nature d'assurance maladie	*EF_RD041*		
Date d'accident de droit commun	*01*	←	1511-01
Nature d'assurance maternité	*EF_RD042*		
Date de maternité	*01*	←	1512-01
Nature d'assurance AT_MP	*EF_RD043*		
Date de l'AT ou MP	*01*	←	1513-01
Identifiant de l'AT ou MP	*02*	←	1513-02
Clé du n° de l'AT ou MP	*03*	←	1513-03
Organisme AMO AT_MP	*EF_RD044*		Renseigné si la nature d'assurance est AT/MP (code nature d'assurance = « 41 »)
Code régime	*01*	←	1310-01
Code caisse gestionnaire	*02*	←	1310-02
Code centre gestionnaire	*03*	←	1310-03

Ces entités fonctionnelles sont présentes dans le fichier des données administratives uniquement lorsque la ou les données les composant sont renseignées.

Exonération du bénéficiaire de soins

Cette entité fonctionnelle est renseignée dans le fichier des données administratives uniquement lorsque le bénéficiaire de soins est en ALD : la valeur du code ALD, en sortie de la lecture de la carte Vitale (donnée du groupe SSV [106-03]) est égale à 1, 2 ou 3.

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]		←	Référence d'une donnée de groupe SSV
Contexte exonération du bénéficiaire de soins	*EF_RD050*		
Code conformité au protocole de soins ALD	*01*	←	Ce code prend la valeur « 1 », les soins sont en rapport avec l'ALD, si la donnée 1820-02 (code justification d'exonération du ticket modérateur) vaut « 4 ».

Complémentaire réglementaire

Ce code est créé spécifiquement dans le cadre de ce dispositif pour véhiculer l'information de présence d'une complémentaire règlementaire dans le fichier des données administratives.

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]		←	**Référence d'une donnée de groupe SSV**
Contexte complémentaire réglementaire	*EF_RD060*		
Code contexte complémentaire réglementaire	*01*	←	Ce code peut prendre les valeurs : • « 100 » : droits à la C2S, si la FSE a été élaborée au titre d'une C2S : la donnée [1321-01] - « Type de contrat » = « 89 » • ~~« 101 » : complémentaire ACS avec un contrat A si la donnée [1321-01] – « Type de contrat » = « 91 »~~ • ~~« 102 » : complémentaire ACS avec un contrat B si la donnée [1321-01] – « Type de contrat » = « 92 »~~ • ~~« 103 » : complémentaire ACS avec un contrat C si la donnée [1321-01] – « Type de contrat » = « 93 »~~ • « 104 » : droits à l'AME, si la donnée [1321-02] - « N° organisme complémentaire » = « 75500017 » **ET** la donnée [1610-7] - « Qualificatif de la dépense » = « N » (1)

(1) : règle de détermination uniquement dans le cadre de ce dispositif avec facturation d'un acte de rétinographie AMY 6.7 : [1610-04] = « AMY » et [1610-08] = « 6.7 ».

3.1.4 Créer le fichier des données administratives

[RG_RD_MF606] Créer le fichier des données administratives (EF_RD97)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation crée le fichier des données administratives [EF_RD97] à partir :

- des données d'identification du bénéficiaire de soins (description en RG_RD_MF601),
- des données de contexte de facturation (description en RG_RD_MF602).

Ce fichier est au format XML, les spécifications techniques sont décrites au §5 Eléments techniques.

Le fichier des données administratives est complété par les éléments non fonctionnels suivants :

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]		←	Règle d'alimentation
Données médico-administratives	*EF_RD100*		
Version du modèle	*01*	←	Permet de gérer l'interopérabilité en terme de version entre deux systèmes de facturation. Pour cette version d'avenant au CDC SV, cette donnée prend la valeur : « **1.0.0** ».
Date de création du fichier	*02*	←	Date de création du fichier des données administratives sur le poste de l'orthoptiste

3.1.5 Créer l'enveloppe des éléments

[RG_RD_MF608] Créer l'enveloppe des éléments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système crée l'enveloppe des éléments (cf. document [ASIP-CRRTN]) contenant :

- les clichés des yeux,
- le fichier des données administratives (EF_RD97),
- les coordonnées du médecin prescripteur et du bénéficiaire de soins (le système doit permettre l'acquisition de ces informations),
- le fichier des données cliniques d'orientation numérisées, si celles-ci ont été fournies par le médecin prescripteur,

un texte libre optionnel de compte rendu d'intervention de l'orthoptiste (le système doit permettre l'acquisition de ces informations).

3.1.6 Transmettre l'enveloppe des éléments à l'ophtalmologiste

[RG_RD_MF609] Transmettre l'enveloppe des éléments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système transmet à l'ophtalmologiste l'enveloppe des éléments avec la messagerie MSSanté dans une pièce jointe du courriel au format zip (cf. [ASIP-CI-SIS-ECHANGE]).

Les 5 règles de gestion ci-après précisent les exigences liées à la transmission de l'enveloppe pour le système.

[RG_RD_MF609.01] Interfacer le système avec la messagerie MSSanté

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système s'interface avec la messagerie MSSanté conformément au document [ASIP-DST-CLIENT-MSSANTE].

[RG_RD_MF609.02] Créer la pièce jointe au courriel

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système crée la pièce jointe au courriel au format zip comprenant l'enveloppe des éléments conformément au document [ASIP-CI-SIS-ECHANGE].

[RG_RD_MF609.03] Créer le courriel

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'objet et le corps du courriel sont libres en référence au document [ASIP-CI-SIS-ECHANGE].

L'objet du courriel du dispositif RD est structuré comme suit :

[CRRTN][*id*] *texte libre*

avec

- CRRTN : mnémonique imposé permettant d'identifier le dispositif RD, information placée entre [],
- *id :* identifiant du courriel sur cinq caractères numériques incrémenté de un à chaque nouveau courriel du dispositif RD, information placée entre [],
- *texte libre* : texte sans contrainte.

Exemple : [CRRTN][00123] dépistage rétinopathie diabétique

[RG_RD_MF609.04] Transmettre le courriel en demandant un accusé de réception

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système transmet le courriel en demandant un accusé de réception.

[RG_RD_MF609.05] Supprimer le courriel après réception de l'accusé de réception

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système supprime le courriel de la messagerie de l'orthoptiste après réception de l'accusé de réception de l'ophtalmologiste.

[RG_RD_MF610] Supprimer l'enveloppe des éléments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Conformément aux dispositions réglementaires (cf. §1.4 Texte réglementaire), le SI de l'orthoptiste conserve l'enveloppe des éléments et les éléments la constituant pendant une durée maximale de 30 jours après sa transmission à l'ophtalmologiste.

3.2 Réceptionner l'enveloppe des éléments transmise par un orthoptiste libéral

Ces traitements concernent uniquement le système de facturation de l'ophtalmologiste dans le cas d'une **rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral**.

Vue générale

Evènement déclencheur L'ophtalmologiste est sollicité pour une lecture de rétinographie.

Description Le système de facturation récupère l'enveloppe des éléments transmise par l'orthoptiste **libéral**.

Il effectue un contrôle de structure de l'enveloppe des éléments et du fichier des données administratives.

Entrées Réception de l'enveloppe des éléments transmise par l'orthoptiste

Sorties Eléments extraits et contrôlés

Règles de gestion

[RG_RD_BS400] Réceptionner l'enveloppe des éléments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système réceptionne la pièce jointe au format zip (cf. [ASIP-CI-SIS-ECHANGE]) du courriel transmis par un orthoptiste libéral avec la messagerie MSSanté et en extrait l'enveloppe des éléments.

Les 5 règles de gestion ci-après précisent les exigences liées à la réception de l'enveloppe par le système.

[RG_RD_BS400.01] Interfacer le système avec la messagerie MSSanté

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système s'interface avec la messagerie MSSanté conformément au document [ASIP-DST-CLIENT-MSSANTE].

[RG_RD_BS400.02] Identifier un courriel du dispositif RD

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'objet et le corps du courriel sont libres en référence au document [ASIP-CI-SIS-ECHANGE].

L'objet du courriel du dispositif RD est structuré comme suit :

[CRRTN][*id*] *texte libre*

avec

- CRRTN : mnémonique imposé permettant d'identifier le dispositif RD, information placée entre [],
- *id :* identifiant du courriel sur cinq caractères numériques incrémenté de un à chaque nouveau courriel du dispositif RD, information placée entre [],
- *texte libre* : texte sans contrainte.

Exemple : [CRRTN][00123] dépistage rétinopathie diabétique

[RG_RD_BS400.03] Réceptionner le courriel du dispositif RD en transmettant un accusé de réception

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le courriel réceptionné du dispositif RD demande un accusé de réception.

Le système transmet un accusé de réception.

[RG_RD_BS400.04] Extraire les fichiers de la pièce jointe au courriel

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La pièce jointe au courriel au format zip comprend l'enveloppe des éléments conformément au document [ASIP-CI-SIS-ECHANGE] :

[RG_RD_BS400.05] Supprimer le courriel après intégration dans le SI de l'ophtalmologiste

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système supprime le courriel de la messagerie de l'ophtalmologiste après prise en compte des éléments du courriel dans son SI.

[RG_RD_BS401] Contrôler l'enveloppe des éléments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système contrôle la structure de l'enveloppe des éléments en s'appuyant sur le schéma XML correspondant au document [ASIP-CRRTN].

En cas d'anomalie, l'ophtalmologiste se mettra en contact avec l'orthoptiste.

[RG_RD_BS402] Extraire les éléments de l'enveloppe

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation extrait les éléments de l'enveloppe (document [ASIP-CRRTN]) :

- les clichés des yeux,
- le fichier des données administratives (EF_RD97),
- les coordonnées du médecin prescripteur et du bénéficiaire de soins pour envoyer le compte rendu de lecture des clichés,
- le fichier des données cliniques d'orientation numérisées si celles-ci ont été fournies par le médecin prescripteur,
- un texte libre optionnel de compte rendu d'intervention de l'orthoptiste.

[RG_RD_BS403] Contrôler le fichier des données administratives (EF_RD97)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation contrôle la structure du fichier des données administratives (EF_RD97) en s'appuyant sur le schéma XML dans la bonne version (Donnée « EF_RD100.02 Version du modèle »).

En cas d'anomalie, l'ophtalmologiste se mettra en contact avec l'orthoptiste.

[RG_RD_BS404] Supprimer l'enveloppe des éléments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système supprime de son SI l'enveloppe des éléments à l'issue de l'extraction des éléments.

3.3 Facturer l'acte de lecture différée de rétinographie

Vue générale

Evènement déclencheur L'ophtalmologiste a effectué un acte de lecture d'une rétinographie.

Description Pour facturer l'acte de lecture différée d'une rétinographie, le système de facturation doit :

- Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins,
- Récupérer les données utiles à la détermination du contexte de facturation,
- Utiliser le téléservice ADR, pour récupérer les droits du bénéficiaire de soins (lorsque la nature d'assurance identifiée est maladie ou maternité),
- Constituer et sécuriser la FSE.

Seules les règles de facturation propres à cet acte sont spécifiées.

L'automatisation du processus est laissée au libre choix de l'éditeur.

Entrées Fichier des données administratives contrôlé

Sorties FSE créée

Schéma

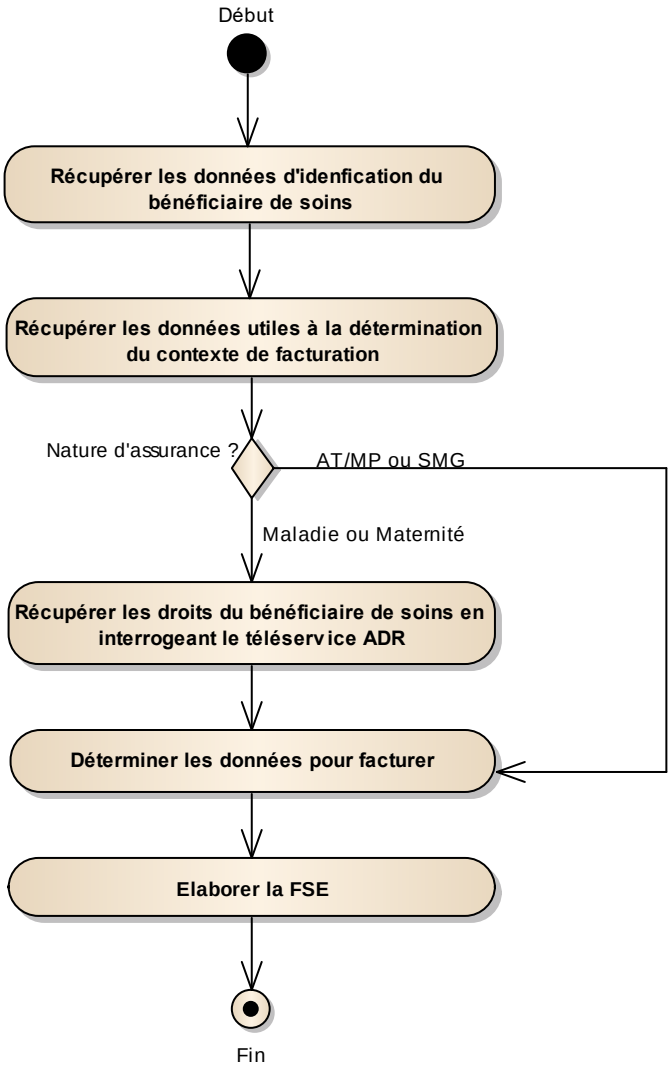


Figure 9 : Enchaînement générale de la fonctionnalité « Facturer l'acte de lecture différée de rétinographie »

3.3.1 Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins

Ces traitements concernent uniquement le système de facturation de l'ophtalmologiste dans le cas d'une **rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral**

Règles de gestion

[RG_RD_BS405] Récupérer les données d'identification du bénéficiaire de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère les données d'identification du bénéficiaire de soins à partir du fichier des données administratives (EF_RD97) :

Données issues du fichier des données administratives (EF_RD97) des entités		→	Correspondance avec une donnée du groupe SSV
Bénéficiaire de soins	*EF_RD002*	→	104
Assuré	*EF_RD003*	→	101
Organisme AMO maladie	*EF_RD004*	→	101
Situation administrative AMO	*EF_RD009*	→	104

[RG_RD_BS406] Afficher les données d'identification du bénéficiaire de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation affiche les données d'identification du bénéficiaire de soins.

3.3.2 Récupérer les données utiles à la détermination du contexte de facturation

Ces traitements concernent uniquement le système de facturation de l'ophtalmologiste dans le cas d'une **rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral**

Dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié, les informations de contexte de facturation sont issues du SI de l'ophtalmologiste.

Règles de gestion

[RG_RD_CF401] Récupérer les données de contexte de facturation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère les données de contexte de facturation à partir du fichier des données administratives (EF_RD97) transmis par le système de facturation de l'orthoptiste.

Il s'agit des entités suivantes :

Entités du fichier des données administratives (EF_RD97)	
Contexte facture	*EF_RD040*
Nature d'assurance maladie	*EF_RD041*
Nature d'assurance maternité	*EF_RD042*
Nature d'assurance AT/MP	*EF_RD043*
Organisme AMO AT/MP	*EF_RD044*
Contexte exonération du bénéficiaire de soins	*EF_RD050*
Contexte complémentaire réglementaire	*EF_RD060*

Domaine de valeur du code nature d'assurance (EF_RD040.1)

Valeur	Interprétation
10	Risque Maladie (le bénéficiaire de soins ne dépend pas du régime Alsace-Moselle)
13	Risque Maladie (le bénéficiaire de soins dépend du régime Alsace-Moselle)
22	Contexte SMG
30	Risque Maternité
41	Risque AT/MP

Domaine de valeur du code conformité au protocole de soins ALD (EF_RD050.1)

Valeur	Interprétation
01	les soins sont en rapport avec l'ALD

Domaine de valeur du code contexte complémentaire réglementaire (EF_RD060.1)

Valeur	Interprétation
100	C2S
~~101~~	~~Complémentaire ACS avec un contrat A~~
~~102~~	~~Complémentaire ACS avec un contrat B~~
~~103~~	~~Complémentaire ACS avec un contrat C~~
104	AME

Cas d'erreur

[CE01] Incompatibilité liée à des écarts de socle fonctionnel

Lorsque le système de facturation de l'ophtalmologiste ne reconnaît pas une donnée dans les informations liées au contexte de facturation (donnée inconnue sur le périmètre fonctionnel pour lequel le système est agréé), celle-ci doit être ignorée.

[RG_RD_CF402] Afficher les données de contexte de facturation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit afficher toutes les données de contexte de facturation pour permettre la facturation de l'acte.

L'ophtalmologiste peut identifier la nature d'assurance : maladie, maternité, AT/MP ou SMG.

3.3.3 Récupérer les droits du bénéficiaire de soins en interrogeant le téléservice ADR

Ces traitements concernent le système de facturation de l'ophtalmologiste dans le cas d'une **rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral ou salarié**.

Règles de gestion

[RG_RD_BS407] Interroger le téléservice ADR

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Condition : Nature d'assurance « Maladie » et « Maternité » (ie code nature d'assurance (EF_RD_040.01) vaut « 10 », « 13 » ou « 30 »).

Le système de facturation interroge le téléservice ADR à partir des données d'identification du bénéficiaire de soins :

- Cf. RG_RD_BS405 pour une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral
- ou issues du SI de l'ophtalmologiste pour une rétinographie réalisée par un orthoptiste salarié.

Les données nécessaires à l'interrogation du téléservice ADR et les modalités d'appel du service sont décrites :

- dans le document [SFG ADR],
- dans le guide d'intégration [GI ADR] au « §2.2.1 – Données en entrée du service » et au « §3.2 – Mise en œuvre » avec le détail des assertions et contextes à renseigner.

[RG_RD_BS408] Récupérer les informations de droits du bénéficiaire de soins issues de la réponse ADR

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère les informations de droits du bénéficiaire de soins à partir des données acquises avec le téléservice ADR.

Ces données, ainsi que leur utilisation par le système de facturation, sont décrites :

- dans le document [SFG ADR],
- dans le guide d'intégration [GI ADR] au « §2.2.2 – Données en sortie du service ».

3.3.4 Déterminer les données pour facturer

Règles de gestion

[RG_RD_BS409] Déterminer les données pour facturer

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le tableau ci-après détermine les données à utiliser en facturation pour les différentes natures d'assurance.

Différentes situations en fonction de la nature d'assurance (RD040.01) avec/sans ADR	Données issues du fichier des données administratives dans le cas d'une rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral ou du SI de l'ophtalmologiste dans le cas d'une rétinographie réalisée par orthoptiste salarié						Données issues du téléservice ADR
	Données d'identification du BS (EF_RD002, EF_RD003, EF_RD009 et EF_RD004)	Données de contexte de facturation					
		Maladie (EF_RD041)	Maternité (EF_RD042)	AT/MP (EF_RD043) & Organisme AT/MP (EF_RD044)	Exonération du bénéficiaire de soins (EF_RD050)	Complémentaire réglémentaire (EF_RD060)	
AT/MP	x			x			
SMG	x						
Maladie avec ADR		x			x		x
Maternité avec ADR			x				x
Maladie sans ADR	x	x			x	x	
Maternité sans ADR	x		x			x	

3.3.5 Elaborer la FSE

Ces traitements concernent le système de facturation de l'ophtalmologiste dans le cas d'une **rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral ou salarié**.

Préambule

L'acte **BGQP140** est pris en charge dans son intégralité par l'Assurance Maladie

- soit au titre d'une exonération du ticket modérateur :
  - exonérations liées à l'individu,
  - maternité,
  - AT/MP,
  - SMG,
- soit au titre d'une prise en charge du ticket modérateur :
  - Complémentaire Santé Solidaire,
  - ~~complémentaire ACS,~~
  - AME.

A défaut, cette prise en charge s'effectue dans le cadre de la prévention « Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention ».

Aucune spécificité sur le processus d'acquisition des informations relatives à la prestation n'est liée à l'acte **BGQP140.**

Facturer dans le cadre d'un AT/MP

Le Professionnel de santé a la possibilité de facturer sur le risque AT si et seulement si, l'information lui a été transmise par l'orthoptiste dans le fichier des données administratives : nature d'assurance (EF_RD040.01) = « 41 ».

Ces données sont fonctionnellement équivalentes aux données du support AT qui aurait été présenté au PS s'il avait été en présence du bénéficiaire de soins : « Nature d'assurance AT/MP » (EF_RD043) et « Organisme AMO AT/MP » (EF_RD044).

Facturer dans le cadre des SMG

Lorsque le code nature d'assurance (EF_RD040.01) vaut « 22 », le système de facturation informe le PS que les soins sont pris en charge dans le cadre des SMG.

Le contexte de rétinopathie n'ouvre pas de possibilité à dépassements SMG et le code CCAM n'est pas soumis à entente préalable.

Aucune demande de prise en charge auprès de la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale ne doit être réalisée et le montant total de la prise en charge SMG saisie par le Professionnel de Santé à partir de l'accord de prise en charge doit être non renseigné (cf §2.2 - CF99 de l'annexe 1-A3, RG_RD_CF405).

Règles de gestion

Valoriser la prestation

[RG_RD_VF400] Contrôler le reste à charge assuré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En fin de facture, le système de facturation calcule et affiche le reste à charge assuré, c'est-à-dire : le montant total de la facture ([1910-2]) déduit du montant total remboursable AMO ([1910-3]) et déduit du montant total de la part complémentaire ([1910-6]).

Cas particulier

[CP01] Présence d'un reste à charge assuré

Dans le cas d'un reste à charge différent de 0, le système de facturation doit laisser la possibilité à l'ophtalmologiste de reprendre le processus de facturation. La prise en charge doit alors s'effectuer dans le cadre de la prévention « Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention ».

Règles de gestion

Constituer et sécuriser la FSE

[RG_RD_CF313] Déterminer la nature de la pièce justificative AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation indique la nature de pièce justificative AMO utilisée correspondant au support de droits AMO pour facturer. Il s'agit :

- soit de la nature de pièce justificative issue du téléservice ADR,
- soit de la valeur « 2 » pour « L'assuré a présenté sa Carte d'assuré social ou le Professionnel de Santé a consulté le fichier patient par télématique » lorsque le support de droits utilisés est le fichier des données administratives.

[CP1] Nature d'assurance SMG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas particulier d'une facture en nature d'assurance SMG, la nature de pièce justificative AMO est renseignée à la valeur **1** : « L'assuré a présenté une attestation de droits… »

[RG_RD_MF003] Déterminer le mode de sécurisation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas spécifique du dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste, la FSE est créée en mode de sécurisation SESAM sans Vitale.

PR	AM	LB	PH	FR	TR

M	CD	SF					

[RG_RD_MF611] Supprimer les éléments

Conformément aux dispositions réglementaires (cf. §1.4 Texte réglementaire), le SI de l'ophtalmologiste conserve le fichier des données administratives et les données issues de ce fichier pendant une durée maximale de 90 jours.

4 Description des entités fonctionnelles composant le fichier des données administratives (EF_RD97)

Schéma

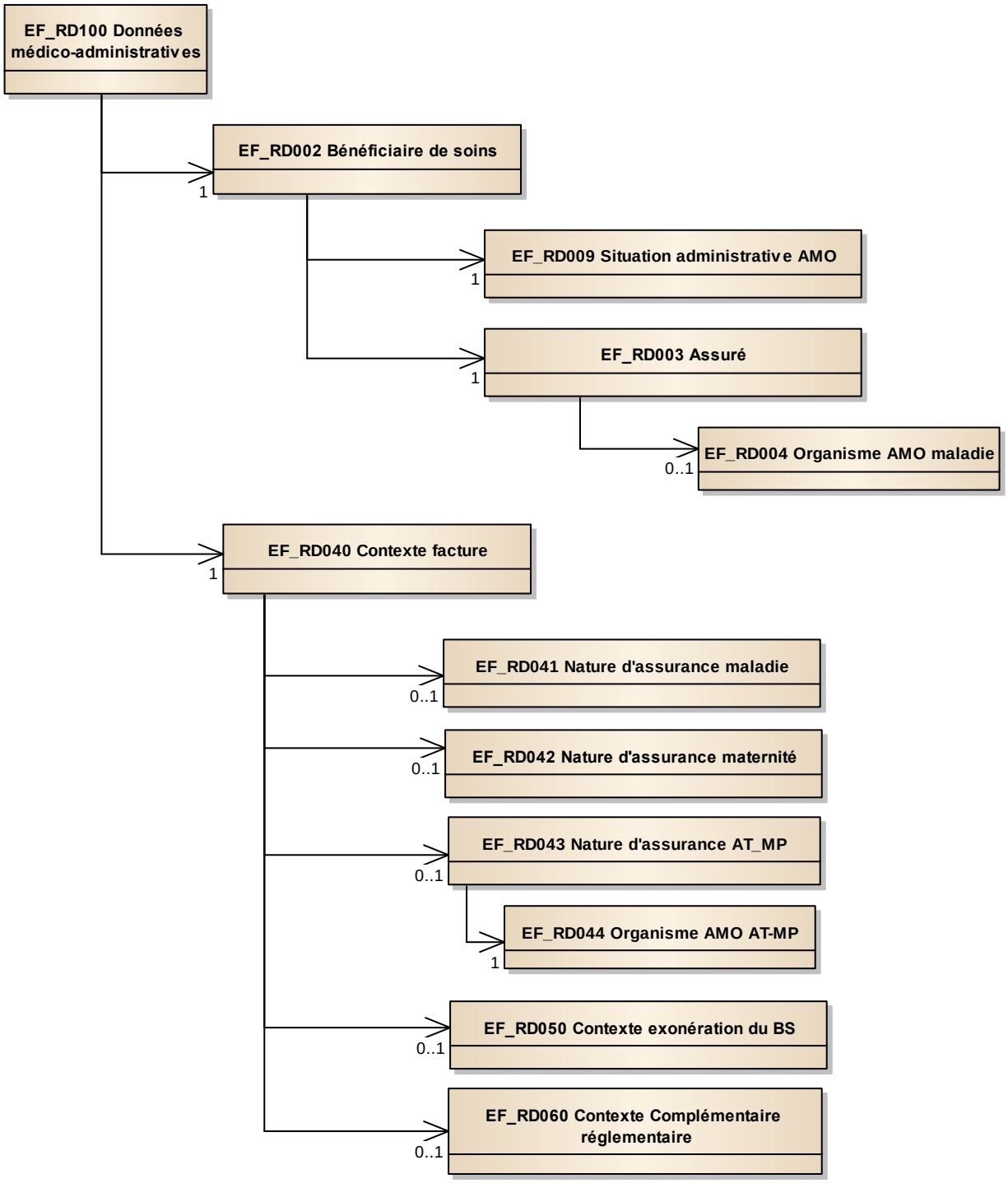


Figure 10 : Relations entre les entités fonctionnelles du fichier des données administratives

Format fonctionnel

Chaque donnée du modèle correspond à l'un des formats fonctionnels suivants :

Format fonctionnel	Lettre utilisée dans les tableaux présentant les données fonctionnelles
Clé	K
Code	C
Date	D
Libellé	L
Nombre	N

Données

Le tableau ci-après présente la liste des données contenues dans le fichier des données administratives.

		Nom	Occurence	Format
EF_RD100		**Données médico-administratives**	**1**	
	01	Version du modèle	1	D
	02	Date de création du fichier	1	N
EF_RD002		**Bénéficiaire de soins**	**1**	
	01	Nom usuel	0..1	L
	02	Nom de famille	0..1	L
	03	Prénom	0..1	L
	04	NIR certifié	0..1	L
	05	Clé du NIR certifié	0..1	K
	06	Date de certification du NIR	0..1	D
	07	Date de naissance	1	D
EF_RD003		**Assuré**	**1**	
	01	NIR de l'assuré	1	L
	02	Clé du NIR de l'assuré	1	K
EF_RD009		**Situation administrative AMO**	**1**	
	01	Rang de naissance	1	L
EF_RD004		**Organisme AMO maladie**	**0..1**	
	01	Code régime	1	C
	02	Code caisse gestionnaire	1	C
	03	Code centre gestionnaire	1	C
EF_RD040		**Contexte facture**	**1**	
	01	Code nature d'assurance	1	C

	Nom	Occurence	Format
EF_RD041	**Nature d'assurance maladie** [1]	**0..1**	
01	Date d'accident de droit commun	1	D
EF_RD042	**Nature d'assurance maternité**	**0..1**	
01	Date de maternité	1	D
EF_RD043	**Nature d'assurance AT/MP**	**0..1**	
01	Date de l'AT ou MP	1	D
02	Identifiant de l'AT ou MP	1	C
03	Clé du n° de l'AT ou MP	1	K
EF_RD044	**Organisme AMO AT/MP**	**1**	
01	Code régime	1	C
02	Code caisse gestionnaire	1	C
03	Code centre gestionnaire	1	C
EF_RD050	**Contexte exonération du bénéficiaire de soins**	**0..1**	
01	Code conformité au protocole de soins ALD	1	C
EF_RD060	**Contexte complémentaire réglementaire**	**0..1**	
	Code contexte complémentaire réglementaire	1	C

[1] L'entité fonctionnelle « Nature d'assurance maladie » est renseignée uniquement dans le cas où les soins sont dispensés dans le cadre d'un accident de droit commun. La donnée « Date d'accident de droits commun » (EF_RD041.01) est alors obligatoirement renseignée.

5 Eléments techniques

La section présente décrit le schéma XML du fichier des données administratives.

Balises XML **Gras : élément vide** *Italique : élément avec contenu*	**Occurence**	**Format**	**Données fonctionnelles**
DonneesMedicoAdministrative	1		EF_RD100
Version	1	AN	EF_RD100.01
DateCreation	1	D	EF_RD100.02
BeneficiaireDeSoins	1		EF_RD002
NomUsuel	0..1	AN	EF_RD002.1
NomDeFamille	0..1	AN	EF_RD002.2
Prenom	0..1	AN	EF_RD002.3
NIRCertifie	0..1		-
Num	1	AN	EF_RD002.4
Cle	1	AN	EF_RD002.5
DateCertificationDuNIR	0..1	D	EF_RD002.6
DateDeNaissance	1	DL	EF_RD002.7
SituationAdministrativeAMO	1		EF_RD009
RangDeNaissance	1	N	EF_RD009.1
Assure	1		EF_RD003
NIRAssure	1		-
Num	1	AN	EF_RD003.1
Cle	1	AN	EF_RD003.2
OrganismeAMOMaladie	0..1		EF_RD004
CodeRegime	1	AN	EF_RD004.1
CodeCaisseGestionnaire	1	AN	EF_RD004.2
CodeCentreGestionnaire	1	AN	EF_RD004.3
ContexteFacture	1		EF_RD040
CodeNatureAssurance	1	AN	EF_RD040.1
NatureAssuranceMaladie	0..1		EF_RD041
DateAccidentDroitCommun	1	D	EF_RD041.1

Balises XML **Gras : élément vide** *Italique : élément avec contenu*	**Occurence**	**Format**	**Données fonctionnelles**
NatureAssuranceMaternite	0..1		EF_RD042
DateMaternite	1	D	EF_RD042.1
NatureAssuranceATMP	0..1		EF_RD043
DateATMP	1	D	EF_RD043.1
IdentifiantATMP	1	AN	EF_RD043.2
CleATMP	1	AN	EF_RD043.3
OrganismeAMOATMP	1		EF_RD044
CodeRegime	1	AN	EF_RD044.1
CodeCaisseGestionnaire	1	AN	EF_RD044.2
CodeCentreGestionnaire	1	AN	EF_RD044.3
ContexteExonerationDuBS	0..1		EF_RD050
CodeConformiteAuProtocoleDeSoinsALD	1	AN	EF_RD050.1
ContexteComplementaireReglementaire	0..1		EF_RD060
CodeContexteComplementaire	1	AN	EF_RD060.1