

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



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	<i>Acquisition des informations relatives au Professionnel de Santé à partir de la carte CPS..</i>	<i>7</i>
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	<i>Données paramétrées sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé</i>	<i>9</i>
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	<i>Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins</i>	<i>11</i>
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	<i>Le parcours coordonné de soins</i>	<i>22</i>
2.1.5	<i>Principes pour la gestion des AT dans SESAM-Vitale.....</i>	<i>25</i>
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	27
2.3.2	<i>Schémas d'enchaînement des règles de l'annexe 1 et de l'annexe 2</i>	<i>27</i>
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 :

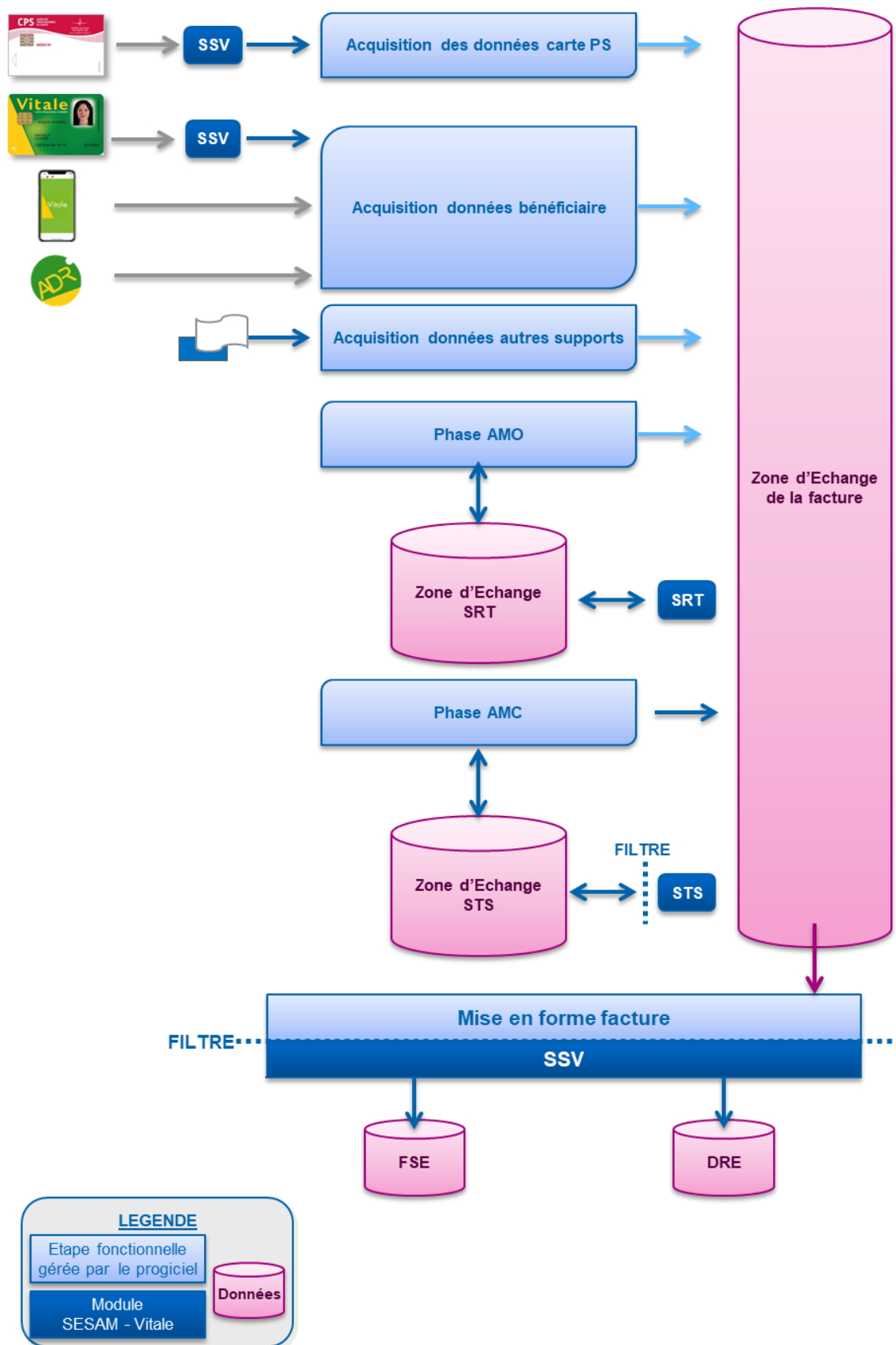
- La première concerne la zone d'échange de la facture : celle-ci est enrichie au fur et à mesure du processus de facturation et est transmise à la fonction « Mise en forme facture » pour la génération des flux à transmettre : FSE et DRE. Ces 2 flux sont donc constitués à partir des mêmes données.
- 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.



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 – Procédure 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 réservée 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 <i>Service AMO Famille</i>	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 <i>Données Accident du Travail</i>	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.
(ce champ n'est pas renseigné pour ce premier bloc)

Bloc 1

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 <i>Données Bénéficiaire</i>	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 <i>Période de droits AMO</i>	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 <i>Période de code couverture</i>	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 <i>Données Mutuelle</i>	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 <i>Période de droits mutuelle</i>	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 <i>Données Complémentaire</i>	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 <i>Zone Commune Complémentaire</i>	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 ADR 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 :

N°	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 2 (groupe 107)	zone AMC 2 (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 logiciel 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		NON	
		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.

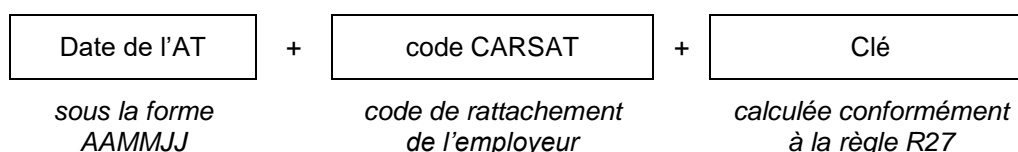
2.1.5.2.2 Support AT



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 :



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

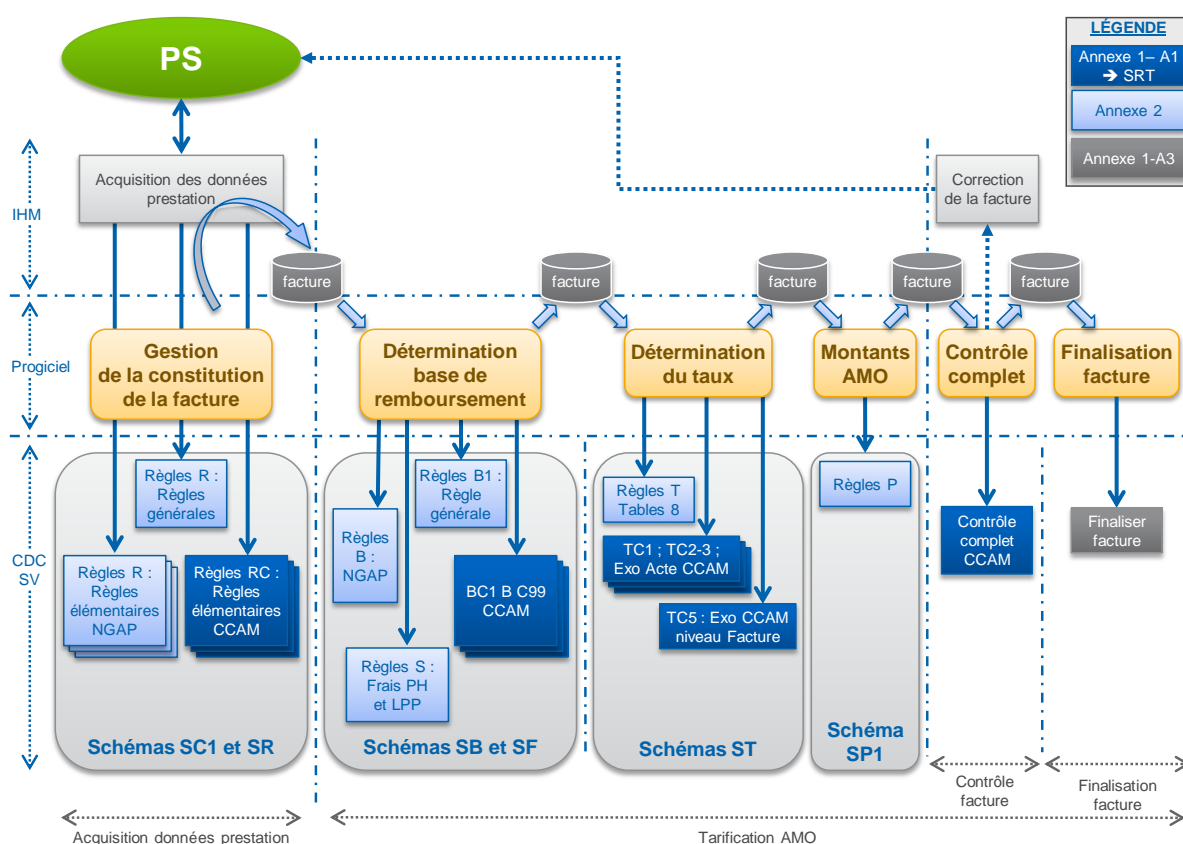
2.3.1 Règles



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

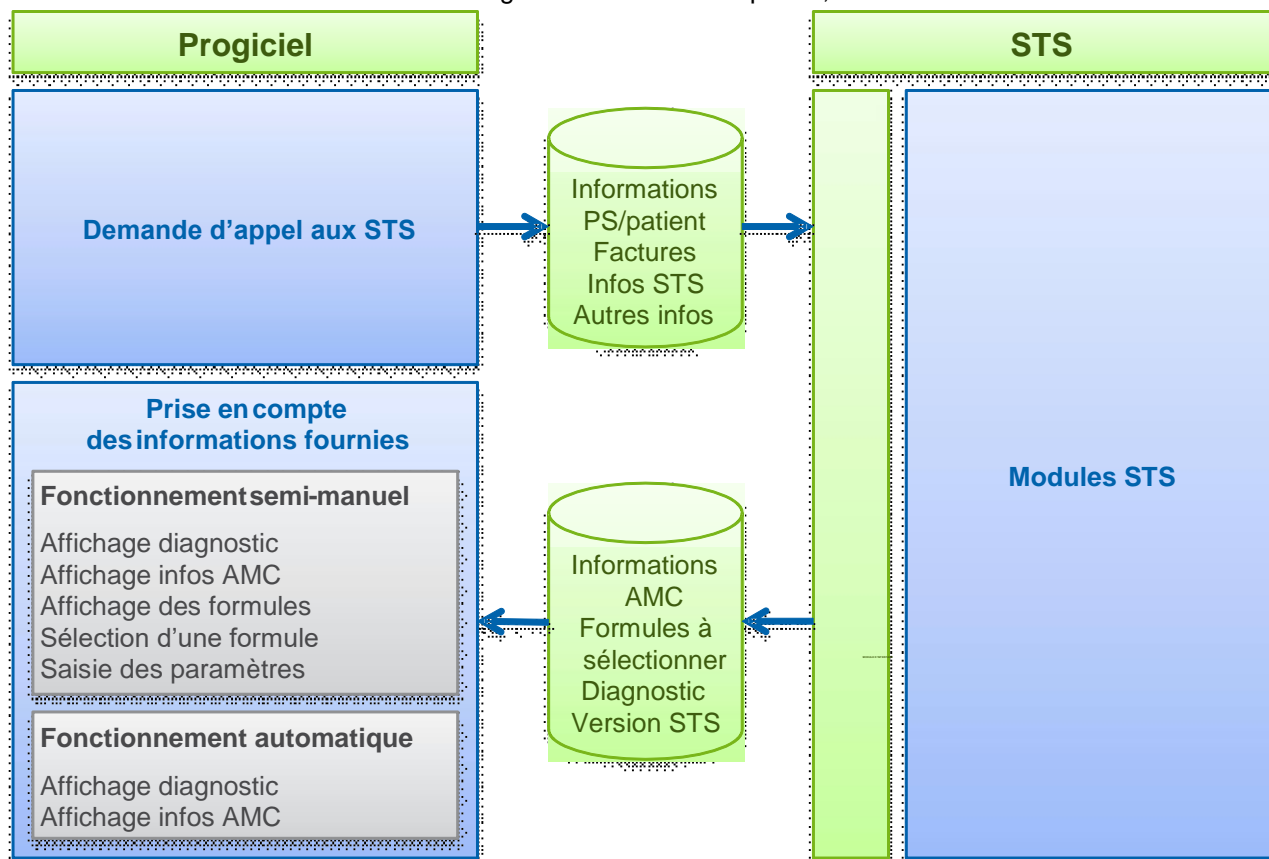


SC_VF03

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...

- SSV_FormaterFactures
- SSV_ChiffrerFacture
- SSV_SignerFactureVitale
- SSV_CalculerHashFactureAssure
- ~~ApCV_SignerVitale (WS_ApCV11)~~
- SSV_AjouterSignatureAssureFacture
- SSV_SignerFactureCPS

et doivent être utilisées
systématiquement ...

quel que soit le mode de sécurisation

quel que soit le mode de sécurisation

en mode de sécurisation SESAM
Vitale si le support Vitale est la carte
Vitale

en mode de sécurisation SESAM
Vitale si le support Vitale est l'ApCV

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



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 : <ul style="list-style-type: none">les données bénéficiaires ont été modifiées : droits AMO (maternité, ALD) ou des données de la zone mutuelle. ou <ul style="list-style-type: none">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 créés.	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.

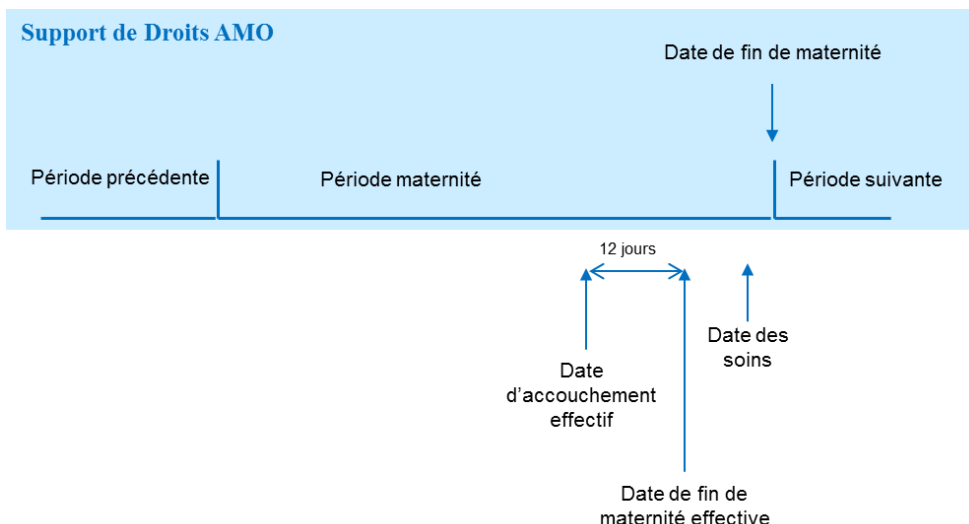
⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « M ».

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
<ul style="list-style-type: none"> la nature de prestation ou code de l'acte 	table 1	A
<ul style="list-style-type: none"> les caractéristiques du code prestation (type de prestation, type de nomenclature, groupe fonctionnel ou top codage affiné) <p>Attention : pour toute prestation de la table 1, la donnée « origine prestation » n'est pas une donnée forçable.</p>	table 1	C
<ul style="list-style-type: none"> la compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance 	table 4	C
<ul style="list-style-type: none"> la nécessité d'une prescription pour l'acte effectué 	table 4	C
<ul style="list-style-type: none"> la nécessité d'un coefficient et les valeurs minimale et maximale spécifiées pour ce coefficient 	table 4	C
<ul style="list-style-type: none"> la compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement 	table 4	C
<ul style="list-style-type: none"> la compatibilité de l'acte avec une majoration de nuit, dimanche ou férié 	table 4	C
<ul style="list-style-type: none"> le taux théorique de remboursement 	table 4	C
<ul style="list-style-type: none"> la compatibilité de l'acte avec la spécialité du Professionnel de Santé 	table 2	C
<ul style="list-style-type: none"> 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
<ul style="list-style-type: none"> la compatibilité de l'acte avec la qualité du bénéficiaire 	table 3	C
<ul style="list-style-type: none"> la compatibilité de l'acte avec l'âge du bénéficiaire 	table 3	C
<ul style="list-style-type: none"> 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 outrepassse 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 : <ul style="list-style-type: none"> • 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 tarifiant (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'AMO » (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'AMO ».



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 outrepassé 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	Éléments de tarification hors CCAM ou table des plafonds dentaires	Éléments liés aux codes regroupements CCAM	Éléments 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 formatées 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.