

# Annexe 1-A2

## Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

### Phase Part Complémentaire

**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

<b>1</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Contexte de facturation au regard de la part complémentaire .....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Périmètre fonctionnel des STS.....</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Évolution des STS .....</b>	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>Fonctionnement général des STS.....</b>	<b>8</b>
<b>6</b>	<b>Présentation des groupes STS.....</b>	<b>10</b>
6.1	3700 Groupe CONTEXTE TARIFICATION de la part Complémentaire.....	10
6.2	3710 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU ACTE .....	11
6.3	3715 Groupe LIBELLE DE LA FORMULE AMC AU NIVEAU ACTE.....	13
6.4	3720 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU FACTURE .....	14
6.5	3725 Groupe LIBELLE DE LA FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU FACTURE .....	15
6.6	3730 Groupe PARAMETRES DE CALCUL STS .....	16
6.7	3731 Groupe PARTICIPATION ASSURE .....	17
6.8	3740 Groupe PARAMETRES DE CALCUL CONTRATS RESPONSABLES .....	18
6.9	3750 Groupe DIAGNOSTIC STS.....	19
6.10	3760 Groupe DESCRIPTION DES FORMULES DE CALCUL .....	20
6.11	3770 Groupe ZONE TAMPON AMC.....	21
6.12	3790 Groupe TOPS AFFICHAGE ET MODIFICATION .....	22
6.13	Zone d'échange STS.....	23
<b>7</b>	<b>Appel à la fonction « Assistance à la tarification » .....</b>	<b>24</b>
<b>8</b>	<b>Appel à la fonction « Tarification » .....</b>	<b>25</b>
<b>9</b>	<b>Traitements sur l'interface .....</b>	<b>26</b>
9.1	Interface en entrée .....	26
9.2	Interface en sortie.....	29
9.2.1	Synthèse des informations fournies par les STS au progiciel en retour de la fonction « Assistance à la Tarification » et de la fonction « Tarification » .....	29
9.2.2	Détail des informations retournées par les STS.....	29
<b>10</b>	<b>Changement des éléments de facturation .....</b>	<b>33</b>

# 1

## Introduction

Ce document constitue la partie A2 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objectif de donner aux éditeurs de logiciel ~~une présentation du contexte de facturation au regard de la part complémentaire avec appel de l'Annuaire AMC et un descriptif fonctionnel~~ complet des éléments nécessaires à la mise en œuvre des Services de Tarification Spécifiques (STS) pour le calcul de la part complémentaire.

## 2

## Contexte de facturation au regard de la part complémentaire

La description fonctionnelle de l'acquisition du contexte de la part complémentaire niveau facture est réalisée dans le document CF – acquérir le contexte de facturation §4.

### 3

## Périmètre fonctionnel des STS

Les STS doivent aider le Professionnel de Santé dans l'application du tiers payant sur la part complémentaire.

Le périmètre fonctionnel des STS est le suivant :

- Calcul de la part complémentaire pour les organismes d'assurance maladie complémentaire pour lesquels des conventions de gestion ont été conclues avec un organisme d'Assurance Maladie Obligatoire. Ce calcul correspond à l'automatisation de l'annexe 8 du CdC SESAM-Vitale 1.31, et se situe désormais dans les STS-A8.
- Calcul de la part complémentaire pour les organismes servant des prestations complémentaires. Ce calcul est géré dans les STS-AMC.
- Calcul de la part complémentaire dans le cadre de la C2S et du dispositif « TPI ACS - Paiement coordonné par l'AMO ».. Ce calcul est géré dans les STS-CMU.

Afin de permettre toute évolution ultérieure des STS, il est nécessaire de prévoir que les STS pourront rendre des services en tiers payant et hors tiers payant, si une complémentaire est choisie par le Professionnel de Santé.

---

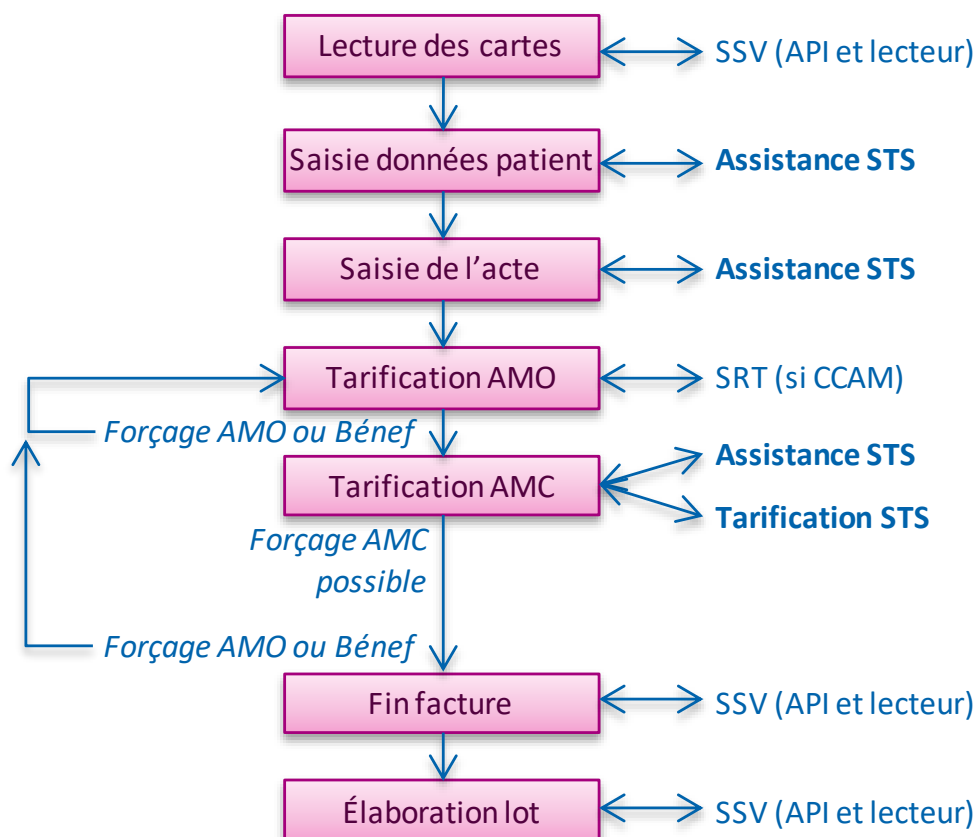
## 4 Évolution des STS

Les STS régissent la tarification complémentaire et seuls les organismes d'assurance maladie gérant la part complémentaire (gestionnaires de STS) peuvent faire évoluer ces services.

Ces services sont bâtis sur un principe de modules et de tables paramètres qui peuvent évoluer indépendamment. Quand un gestionnaire de STS décide de modifier ses paramètres, une nouvelle version de table est mise à disposition des Editeurs ou Professionnels de santé pour activer un téléchargement et donc une utilisation immédiate.

Quand ce gestionnaire de STS décide de faire évoluer son module, il développe ou sous-traite la réalisation d'une nouvelle version des STS. Cette dernière sera mise à disposition des Editeurs pour vérification du bon fonctionnement du logiciel et diffusion chez ses clients.

## 5 Fonctionnement général des STS



### Les STS disposent essentiellement de deux fonctions :

- Assistance à la tarification : fonction d'aide à la tarification complémentaire.
- Tarification : calcul de la part complémentaire au niveau acte et au niveau facture.

### Le progiciel doit :

- faire appel au module Interface STS en précisant quelle fonction doit être mise en œuvre au niveau STS (assistance à la tarification, tarification),
- transmettre toutes les données dont il dispose à l'appel de la fonction (données issues de la lecture de la CPS, données issues de la lecture de la carte Vitale ou de la saisie à partir d'un autre support de droits, facture, versions des Services SESAM-Vitale, données supplémentaires spécifiques aux STS) ;
- récupérer les résultats et les intégrer dans la facture et/ou les afficher,
- restituer au Professionnel de Santé les résultats des fonctions activées, en fonction du top « affichage » transmis avec les données,
- permettre de forcer les données restituées en fonction du top « Modification » transmis avec les données.



### **L'interface STS :**

- Transmet toutes les informations disponibles au moment de l'appel au module STS. Cet appel, en assistance, peut se faire à tout moment de la procédure de facturation : juste après remontée des données carte, après saisie des données issues d'un autre support de droits, avant et pendant la facturation.

### **Les services de tarification :**

- Reçoivent la demande transmise par le module d'interface STS.
- Activent la fonction demandée (assistance à la tarification, tarification).
- Rendent le résultat de la fonction activée et /ou des diagnostics qui indiquent des erreurs ou des avertissements (ex : informations manquantes).

### **Fonctionnement des STS en mode asynchrone**

Les traitements effectués par les STS sont susceptibles de durer un temps important. Il est recommandé que le progiciel appelle les fonctions des STS en mode asynchrone, c'est-à-dire que l'interface homme-machine du progiciel ne soit pas bloquée pendant que les traitements STS s'exécutent.

## 6 Présentation des groupes STS

### 6.1 3700 Groupe CONTEXTE TARIFICATION de la part Complémentaire

#### Règles

Ce groupe précise si la tarification est réalisée par le STS-CMU ou si la prestation est réalisée par un médecin référent.

#### En entrée de l'interface

- Règles de valorisation du Top CMU

Le Top CMU est obligatoire. Le progiciel valorise systématiquement cette donnée.

#### **Identification des bénéficiaires dont la tarification est réalisée par le STS-CMU**

L'accès au STS-CMU est subordonné à l'identification préalable du bénéficiaire des soins comme bénéficiant de la C2S gérée par un AMO ou par un AMC (EF\_BS08\_01).

- Règles de valorisation du Médecin référent :

Ce top est conservé dans le système de facturation mais n'est plus utilisé du fait de la suppression du médecin référent.

Ce top est donc valorisé systématiquement à « N » : Médecin non référent,

#### En sortie de l'interface

Ce groupe peut être restitué par les STS en retour.

3700	Groupe Contexte tarification de la part Complémentaire		
• Top CMU	Indiquer si le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de la C2S	obligatoire	
• Top Médecin référent	Indiquer si le Professionnel de Santé est médecin référent	facultatif	

## 6.2 3710 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU ACTE

### Règles

Ce groupe indique la formule et les paramètres appliqués pour un acte.

#### En entrée de l'interface

Indique la formule que le Professionnel de Santé veut utiliser pour le calcul de la part complémentaire de la ligne acte.



RG\_VF367

Ce groupe est également renseigné par le progiciel après le choix par le Professionnel de Santé d'une formule à appliquer dans la liste des formules (à partir des groupes 3760).

#### En sortie de l'interface

Indique que le STS a appliqué ou tenté d'appliquer cette formule pour le calcul de la part complémentaire. Le progiciel peut afficher ce groupe au Professionnel de Santé.

3710	Groupe Formule AMC appliquée au niveau acte (RG_VF367)		
	• N° de prestation (de rattachement)	Indiquer le numéro de prestation	obligatoire
	• N° de formule AMC	Indiquer le numéro de formule (EF_VF07_01)	obligatoire
	• Nombre de paramètres	Indiquer le nombre de paramètres	obligatoire
Pour chaque paramètre	• N° du paramètre	Indiquer le numéro de paramètre (EF_VF08_01)	obligatoire
	• Valeur du paramètre	Indiquer la valeur du paramètre (EF_VF08_02)	obligatoire

NB : Le nombre maximum de paramètres n'est pas limité.



~~Cas particulier pour le bénéficiaire du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »~~

~~Lors d'une prestation dispensée à un bénéficiaire du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO », le paramétrage et le choix de la formule appliquée dans la tarification complémentaire sont liés au type de prestation.~~

~~Dans ce cas, le progiciel renseigne la formule et les paramètres en conséquence.~~

Dans le cas de soins dentaires :

La formule 02A « % TR — MRO » est proposée au Professionnel de Santé, celui-ci renseigne alors le paramètre %TR.

Ce paramètre correspond à la prise en charge totale (part régime obligatoire et complémentaire), exprimé en % de la BR (ou tarif de base) pour la garantie soins dentaires prévu dans le décret<sup>1</sup>.

Par exemple, si le contrat complémentaire prévoit une couverture à 225% (cf. contrat ACS B dans l'exemple ci-dessous), le paramètre « 225 » sera renseigné pour la formule 02A.

Exemple de tableau de garanties prises en charge par la Complémentaire pour les soins dentaires dans le cadre des contrats ACS :

Prestations		ACS A	ACS B	ACS C
<b>Soins dentaires (en ville ou en Centre de Santé)</b>	Prothèses (céramo-métallique ; céramique)	125% de la BR	225% de la BR	300% de la BR
	Prothèses (acier)	125% de la BR	225% de la BR	300% de la BR
	Prothèses mobiles	125% de la BR	225% de la BR	300% de la BR
	Orthodontie remboursable	125% de la BR	225% de la BR	300% de la BR

Dans le cas de la pharmacie PM2, PH2 (et HD2, HG2 associées) :

La pharmacie PM2, PH2 (et HD2, HG2 associés) est remboursée à 0% du TM par les complémentaires. Dans ce cas, la formule 050 « % TM » est proposée au Professionnel de Santé, celui-ci renseigne alors le paramètre %TM avec la valeur zéro.

Et pour toute autre prestation :

Le logiciel de santé utilise la formule 052 « 100%TM » (aucun paramètre).

Pour rappel

Dans le cadre du dispositif « TPi ACS — Paiement coordonné par l'AMO », le tiers-payant est limité aux niveaux de garanties fixés dans le décret.

Si le contrat complémentaire ACS encadré prévoit des garanties supérieures, alors le tiers-payant coordonné AMO ne pourra être réalisé que sur la base des niveaux prévus dans le décret. Dans ce cas, le Reste à Charge (RAC) à l'assuré est calculé à partir des garanties à minima du contrat A, B ou C fixées dans le décret, et non à partir du niveau de garanties précisé sur le support de droits AMC.

<sup>1</sup> Extrait décret 2014-1144. Art.R 863-11 Chap.II : « — Le cahier des charges précise les caractéristiques des trois contrats correspondant à des niveaux minima de prise en charge que doit comporter chaque offre ... Pour les frais d'honoraires des chirurgiens-dentistes, respectivement pour les contrats A, B et C, à 125 %, 225 % et 300 % du tarif de responsabilité pour les actes d'orthopédie dento-faciale et pour les prothèses dentaires »

## 6.3 3715 Groupe LIBELLE DE LA FORMULE AMC AU NIVEAU ACTE

### Règles

Ce groupe indique la formule et les paramètres appliqués pour un acte sous la forme d'un libellé affichable par le progiciel.



AP06.03

Le libellé peut être identique pour tous les actes de la facture.

3715	Groupe <i>Libellé de la formule AMC appliquée au niveau acte</i>	
	• N° de prestation (de rattachement)	<i>Afficher le numéro de prestation</i>
	• Libellé de la formule AMC (avec ses paramètres valorisés)	<i>Afficher le libellé de la formule appliquée</i>

## 6.4 3720 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU FACTURE

### Règles

#### En entrée de l'interface

Ce groupe indique la formule à appliquer pour une facture (cas d'un plafond pour une facture) pour calculer le total de la part complémentaire pour la facture.

Ce groupe est renseigné par le progiciel après le choix par le Professionnel de Santé d'une formule à appliquer.

#### En sortie de l'interface

Indique que le STS a appliqué ou tenté d'appliquer cette formule pour le calcul du total de la part complémentaire pour une facture.

3720	Groupe Formule AMC appliquée au niveau facture (RG_VF367)		
Pour chaque paramètre	• N° de la formule AMC	Indiquer le numéro de formule (EF_VF07_01)	obligatoire
	• Nombre de paramètres	Indiquer le nombre de paramètres	obligatoire
	• N° du paramètre	Indiquer le numéro de paramètre (EF_VF08_01)	obligatoire
	• Valeur du paramètre	Indiquer la valeur du paramètre (EF_VF08_02)	obligatoire

## 6.5 3725 Groupe LIBELLE DE LA FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU FACTURE

### Règles

Ce groupe indique la formule et les paramètres appliqués pour une facture sous la forme d'un libellé affichable par le progiciel.



AP06.03

3725	Groupe <i>Libellé de la formule AMC appliquée au niveau facture</i>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Libellé de la formule AMC (avec ses paramètres valorisés)</li></ul>		Afficher le libellé

## 6.6 3730 Groupe PARAMETRES DE CALCUL STS

### Règles

Ce groupe est transmis systématiquement lors des appels aux fonctions STS. Il contient des paramètres de calcul de la part complémentaire.

✱ RG\_VF352

3730	Groupe <i>Paramètres de calcul STS</i> (Cf. RG_VF352)		
• PMSS		Indiquer le montant du PMSS (EF_VF96_01)	obligatoire



## 6.7 3731 Groupe PARTICIPATION ASSURE

### Règles

Ce groupe est facultatif.

 RG\_VF362

3731	Groupe <i>Participation Assuré</i> (Cf. RG_VF362)		
• Montant de la participation assuré		Montant de la Participation Assuré « 18 euros » fixé par décret. (EF_VF96_02)	Obligatoire

## 6.8 3740 Groupe PARAMETRES DE CALCUL CONTRATS RESPONSABLES

### Règles

Ce groupe est obligatoire pour la famille prescripteur sauf sages femmes et chirurgiens dentistes.



RG\_VF353

3740	Groupe Paramètres de calcul Contrats Responsables (RG_VF353)	
• Taux conventionnel du DA	Indiquer le taux conventionnel du Dépassement Autorisé (EF_VF97_01)	Obligatoire
• Taux conventionnel maximum du DM	Indiquer la valeur zéro. (EF_VF97_02)	Obligatoire
• CS en métropole	Indiquer la valeur de la CS en métropole (EF_VF97_03)	Obligatoire
• MPC en métropole	Indiquer la valeur de la MPC en métropole (EF_VF97_04)	Obligatoire
• MCS en métropole	Indiquer la valeur de la MCS en métropole (EF_VF97_05)	Obligatoire
• MCC en métropole	Indiquer la valeur de la MCC en métropole Obligatoire pour les spécialités concernées (cardiologues...) (EF_VF97_06)	Facultatif
• MPC hors métropole	Indiquer la valeur de la MPC du lieu d'exercice du Professionnel de Santé Obligatoire si le Professionnel de Santé exerce hors métropole (EF_VF97_07)	Facultatif
• MCC hors métropole	Indiquer la valeur de la MCC du lieu d'exercice du Professionnel de Santé Obligatoire si le Professionnel de Santé exerce hors métropole (EF_VF97_08)	Facultatif
• MCS hors métropole	Indiquer la valeur de la MCS du lieu d'exercice du Professionnel de Santé Obligatoire pour les spécialités concernées (cardiologues...) si le Professionnel de Santé exerce hors métropole (EF_VF97_09)	Facultatif

## 6.9 3750 Groupe DIAGNOSTIC STS

### Règles

Ce groupe est restitué après exécution d'une fonction.

Le premier caractère indique le niveau de diagnostic :

- « 1 » : Commentaire
- « 2 » : Signalement
- « 3 » : Message bloquant le processus de tarification complémentaire
- « 4 » : Message bloquant, le progiciel a l'obligation d'appeler la fonction « Assistance à la Tarification »

Un diagnostic sans n° de prestation renseigné concerne la facture. Un diagnostic avec n° de prestation renseigné concerne un acte.

Il est recommandé au progiciel d'afficher le code diagnostic complet et son libellé. L'affichage d'un diagnostic est obligatoire s'il est de niveau supérieur ou égal à 2, et paramétrable par le Professionnel de Santé s'il est de niveau 1.

Il peut y avoir plusieurs diagnostics pour une même facture ou pour un même acte et donc autant de groupes 3750 que de diagnostics.

3750	Groupe <i>Diagnostic STS</i>	
• Code diagnostic STS	Afficher le code	
• Libellé diagnostic STS	Afficher le libellé	
• N° de prestation (de rattachement)	Afficher le n° de prestation	

## 6.10 3760 Groupe DESCRIPTION DES FORMULES DE CALCUL

### Règles

Ce groupe permet de constituer une liste de formules de calcul proposée au Professionnel de Santé.

✱ RG\_VF367\_CP2

✱ RG\_VF374

3760	Groupe <i>Description formule de calcul</i> AMC (RG_VF367)	
• N° de la prestation (de rattachement)		
• N° de formule AMC		Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé (EF_VF10_01)
• Libellé de formule AMC		Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé (EF_VF10_02)
• Calcul théorique		Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé (EF_VF10_03)
• Nombre de paramètres		Utilisé pour faciliter l'affichage des paramètres de la formule
<i>Pour chaque paramètre</i>	• N° du paramètre	Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé (EF_VF11_01)
	• Libellé du paramètre	Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé (EF_VF11_02)
	• Type du paramètre	Utilisé pour faciliter la saisie des paramètres. (EF_VF11_03)
	• Valeur par défaut du paramètre	Affiché par le progiciel au Professionnel de Santé. (EF_VF11_04)

NB : Le nombre maximum de paramètres n'est pas limité.

## 6.11 3770 Groupe ZONE TAMPON AMC

### Règles

Le progiciel doit transmettre cette zone en entrée des STS si elle lui a été restituée en sortie.

<b>3770</b>	<b>Groupe Zone Tampon AMC</b>	
• Tampon		facultatif

## 6.12 3790 Groupe TOPS AFFICHAGE ET MODIFICATION

### Règles

Les STS restituent avec chaque groupe un autre groupe (3790) contenant les règles d'affichage des données par le progiciel et de leur modification par le Professionnel de Santé. Ces règles sont matérialisées sous la forme de deux tops : « Affichage » et « Modification ».

Les valeurs possibles sont les suivantes :

- **si Top affichage**
  - « O », le champ doit être affiché au Professionnel de Santé
  - « F », le champ peut être affiché au Professionnel de Santé
  - « N », le champ ne doit pas être affiché au Professionnel de Santé
- **si Top Modification (RG\_VF367 CP4)**
  - « F », le champ peut être modifié par le Professionnel de Santé
  - « N », le champ ne doit pas être modifié par le Professionnel de Santé

3790	Groupe <i>Tops Affichage et Modification</i> (RG_VF367)	
• Nombre de champs	Nombre de champs du groupe « topé »	Obligatoire
• Tops affichage et modification	Tops affichage et modification du premier champ. Les tops sont non renseignés si le champ n'est pas restitué par les STS. (EF_VF13)	Facultatif
• Tops affichage et modification	Tops affichage et modification du deuxième champ. (EF_VF13)	Facultatif
• ...	...	...

## 6.13 Zone d'échange STS

Cette partie a pour objet de synthétiser liste des groupes constituant la zone d'échange STS.

Groupe	Libellé
3700	Contexte tarification AMC
3710	Formule AMC appliquée au niveau acte
3715	Libellé de la formule AMC appliquée au niveau acte
3720	Formule AMC appliquée au niveau facture
3725	Libellé de la formule AMC appliquée au niveau facture
3730	Paramètres de calcul STS
3731	Participation Assuré
3740	Paramètres de calcul Contrats Responsables
3750	Diagnostic STS
3760	Description formule de calcul AMC
3770	Zone tampon AMC
3780	Version des STS
3790	Tops Affichage et Modification

## 7 Appel à la fonction « Assistance à la tarification »

Il s'agit d'une fonction d'aide à la tarification complémentaire qui peut être appelée dès qu'un organisme complémentaire a été identifié. Elle retourne au progiciel des informations qui serviront à la tarification AMC. L'activation du service par le Professionnel de Santé est optionnelle.

Le Professionnel de Santé peut faire appel à la fonction d'assistance à la tarification des STS, seulement après la recherche de la convention applicable :

- afin de consulter les informations de tarification fournies automatiquement par le module
- éventuellement renseigner les informations complémentaires nécessaires à la tarification
- suite à un échec de la fonction tarification.

Le progiciel doit permettre l'accès à la fonction « Assistance », mais son utilisation par le Professionnel de Santé n'est pas obligatoire.

### Conditions d'appel

Le progiciel peut appeler la fonction d'Assistance à la tarification si un organisme complémentaire est identifié et si le top CMU a été valorisé.

Il s'agit des données minimales que le progiciel doit connaître à l'appel à la fonction.

### Fonction à utiliser

**STS\_Assistance**

### Les paramètres en entrée

#### Motif de l'appel

Obligatoire

Cette information indique le contexte d'appel à la fonction d'Assistance à la tarification.

« P » - L'Assistance à la tarification est appelée avant tout appel à la Tarification (pour cette facture).

« E » - L'Assistance à la tarification est appelée suite à un échec de la tarification pour un acte ou pour la facture, c'est-à-dire si un diagnostic de niveau 3 ou de niveau 4 est restitué.

#### Niveau de l'assistance demandé

Facultatif

Cette information indique au module STS si l'appel est réalisé au niveau acte ou au niveau facture. S'il s'agit d'une demande au niveau acte, il est renseigné du numéro de prestation correspondant.

Les groupes d'entrée sont cités au paragraphe 8.1 9.1 : Interface d'entrée

### Les paramètres en sortie

Les groupes de sortie sont cités au paragraphe 8.2 9.2 : Interface en sortie



---

## 8 Appel à la fonction « Tarification »

Il s'agit d'une fonction de tarification complémentaire qui doit être appelée par le Professionnel de Santé pour calculer les montants de la part AMC de chaque acte et de la facture dans sa globalité. Le résultat de cette fonction sera intégré à la facture.



VF11.02

---

Fonction à  
utiliser

**STS\_Tarification**

---

Les paramètres  
en entrée

**Pas de motif d'appel en tarification**

Les groupes d'entrée sont cités au paragraphe **8.1 9.1** : Interface d'entrée

---

Les paramètres  
en sortie

Les groupes de sortie sont cités au paragraphe **8.2 9.2** : Interface en sortie

## 9 Traitements sur l'interface

### 9.1 Interface en entrée

Le progiciel doit transmettre :

- **toutes les informations qu'il connaît** au moment de l'appel. Les groupes peuvent être partiellement renseignés s'il n'en connaît pas le contenu complet. (Cf. VF11.02 Appeler le service de tarification complémentaire)
- **Identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) = Identifiant de l'organisme complémentaire (n° AMC) (groupe 107-1)**

Lorsque l'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) prend la valeur par défaut de l'identifiant de l'organisme complémentaire (N°AMC) (voir RG\_BS330 CP1) et que celui-ci a une longueur de plus de 8 caractères, alors celui-ci est renseigné avec les 8 premiers caractères uniquement en entrée des STS.

Exemple : n° MUTNUM = 0012345678 devient MUTNUM = 00123456 en entrée des STS.

- **Les formules à appliquer au niveau acte** (groupe 3710)

Le groupe 3710 indique la formule et les paramètres appliqués pour un acte. (Cf. RG\_VF367)

Ce groupe représente aussi le choix du Professionnel de Santé lorsque les STS lui ont demandé de sélectionner une formule (n groupes 3760 en retour d'un appel), ou lorsque les STS ont proposé la formule à appliquer (1 groupe 3760 en retour). Le progiciel doit demander au Professionnel de Santé de compléter les paramètres avant l'appel aux modules STS. (Cf. RG\_VF367 CP2)

Le progiciel doit renseigner la formule à appliquer et les paramètres associés dans le cas de C2S ~~ou du dispositif « TPI ACS - Paiement coordonné par l'AMO »~~ (EF\_BS08\_01). (Cf. RG\_VF374 SP03)

- **La formule à appliquer au niveau facture** (groupe 3720) (Cf. RG\_VF374)
- **Les données lues à l'issue de la lecture de la carte CPS**

Il s'agit des groupes issus de la fonction « Lecture Carte CPS ». (Cf. PS01)

- **Les données lues à l'issu de la lecture de la carte Vitale ou saisies à partir d'un autre support de droits** (Cf. BS13 ou BS17)
- **Les données de la facture**

Tous les groupes sont facultatifs en entrée des modules STS, néanmoins le progiciel doit renseigner toutes les données de la facture connues. Le groupe 3700 « Contexte PS et Assuré » est obligatoire.

(Cf. Annexe 1-A0)

#### **Forçage des montants remboursables par l'AMC**

Il n'existe aucune interdiction au Professionnel de Santé de saisir les montants remboursables par l'AMC avant l'appel à la fonction tarification.

## Les paramètres en entrée

### Données liées aux STS

3700	Groupe Contexte tarification de la part Complémentaire
3710	Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte
3720	Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture
3730	Groupe Paramètres de calcul STS
3731	Groupe Participation Assuré
3740	Groupe Paramètres de calcul contrats responsables
3770	Groupe Zone tampon AMC

### Autres données

1	Groupe Titulaire Carte PS
2	Groupe Situation du PS
101	Groupe Données Assuré
102	Groupe Service AMO famille
103	Groupe Données Accident du travail
104	Groupe Données bénéficiaire
105	Groupe Période de droits AMO
106	Groupe Période de code couverture
107	Groupe Données Mutuelle
108	Groupe Période de droits mutuelle
109	Groupe Données Complémentaire



111	Groupe Zone Commune Complémentaire Si la zone commune complémentaire est vide ou renseignée à blanc, le groupe 111 ne doit pas être transmis aux STS.
3500	Groupe Données supplémentaires facture
60	Groupe Entête configuration

### **Contenu de la zone d'échange de la facture**

Le progiciel doit transmettre tous les groupes de données liées à la facture à calculer c'est-à-dire ceux constitués en fonction des règles mentionnées dans l'annexe 1-A1.

Des remarques sont à apporter pour les groupes suivants :

#### **1321 Groupe *Organisme Complémentaire***

Pour une complémentaire en flux direct, le type de service AMC (position 3 du champ « données AMC zone 2 ») est obligatoire. Ce champ doit être totalement valorisé avant sa transmission au STS. Le mode de tarification complémentaire doit être sélectionné par le Professionnel de Santé (tiers payant AMC, hors tiers payant AMC).

#### **1610 Groupe *Prestation***



Le montant théorique remboursable par l'AMC peut être préalablement renseigné soit parce qu'il a déjà été calculé soit parce qu'il a été renseigné par le Professionnel de Santé.

#### **1620 Groupe *Prestation IFD***

Le montant théorique remboursable par l'AMC peut être préalablement renseigné soit parce qu'il a déjà été calculé soit parce qu'il a été renseigné par le Professionnel de Santé.

#### **1630 Groupe *Prestation IK***

Le montant théorique remboursable par l'AMC peut être préalablement renseigné soit parce qu'il a déjà été calculé soit parce qu'il a été renseigné par le Professionnel de Santé.

#### **1440 Groupe *Forçage niveau facture***

Compléter selon les règles de forçage décrites dans l'annexe 1-A.

#### **1450 Groupe *Module de tarification complémentaire***

Si le groupe a été restitué en sortie d'un premier appel, il doit alors être transmis en entrée lors d'un second appel...

#### **2000 Groupe *Forçage AMO niveau acte***

Compléter selon les règles de forçage décrites dans l'annexe 1-A.

#### **2010 Groupe *Forçage AMC niveau acte***

Compléter selon les règles de forçage décrites dans l'annexe 1-A.

#### **2020 Groupe *Base de remboursement theorique AMO***

Transmis au STS pour toutes les familles de Professionnel de Santé

## 9.2 Interface en sortie

### 9.2.1 Synthèse des informations fournies par les STS au progiciel en retour de la fonction « Assistance à la Tarification » et de la fonction « Tarification »

Les STS enrichissent les données fournies par le progiciel soit en ajoutant des informations de tarification soit en modifiant des informations transmises. Les données fournies par le progiciel et non modifiées par les STS ne sont pas restituées par les STS.

Le progiciel a trois réactions possibles :

- Prendre en compte les informations retournées par le STS en les intégrant au sein de son formulaire de facture.
- Créer un dialogue avec le Professionnel de Santé pour choisir la formule à activer et saisir les paramètres adéquats.
- Afficher les diagnostics et demander au Professionnel de Santé de corriger ou de compléter les données à transmettre.

Si le Professionnel de Santé remplit les montants AMC avant de déclencher les STS, le progiciel peut l'alerter de la perte possible des données.

### 9.2.2 Détail des informations retournées par les STS

Les informations susceptibles d'être restituées par les STS sont les suivantes :

- **Un diagnostic** indiquant les éléments manquant pour réaliser la tarification ou informant le Professionnel de Santé via un commentaire (groupe 3750).

La restitution d'un diagnostic peut provenir de l'absence de renseignement d'une valeur de paramètre par exemple.

➔ S'il n'y a pas d'erreur (pas de diagnostic ou diagnostic de niveau 1), le progiciel peut intégrer les données restituées et éventuellement permettre le forçage de certaines données, en fonction de l'indication restituée par l'Interface STS sur la possibilité de modification par le Professionnel de Santé.

➔ S'il y a un avertissement (diagnostic de niveau 2), le progiciel informe le Professionnel de Santé qui décide :

- soit de corriger les données de la facture (avec l'aide de l'assistance ou en modifiant les valeurs) et en ré-exécutant la fonction tarification ;
- soit de forcer directement les valeurs (le progiciel indique ce forçage dans l'indicateur AMC de forçage de niveau ligne d'acte)
- soit de « respecter » l'avertissement en conservant les STS.
- soit de passer outre l'avertissement (cas de forçage).

➔ S'il y a erreur (diagnostic de niveau 3), le progiciel informe le Professionnel de Santé qui décide :

- soit de persister dans le choix du tiers payant en complétant les informations manquantes (éventuellement au travers de l'assistance) ou en corrigeant et en ré-exécutant la fonction tarification.
- soit de basculer la part complémentaire en hors tiers payant
- soit de ne plus faire de facture vers la complémentaire.

- ➔ S'il y a erreur (diagnostic de niveau 4), le progiciel doit faire appel automatiquement à la fonction « Assistance à la Tarification » en fonction du contexte soit pour toute la facture, soit pour l'acte concerné (selon le diagnostic).
- ➔ S'il y a erreur (diagnostic de niveau 3 ou 4), le progiciel doit ignorer l'éventuel montant AMC calculé par les STS pour les actes concernés.
- **Une liste de formules** dans laquelle le Professionnel de Santé peut choisir celle qui permettra de réaliser le calcul de la part complémentaire (plusieurs groupes 3760) et en renseigner les paramètres.
  - ➔ Le progiciel crée un dialogue avec le Professionnel de Santé pour choisir la formule à activer et saisir les paramètres adéquats. Ce dialogue peut se situer au niveau facture (application de la formule et des paramètres saisis sur toutes les lignes de la facture) et au niveau ligne d'acte.
    - Si le Professionnel de Santé choisit la même formule pour une facture, le progiciel doit affecter cette formule à chaque ligne d'acte (groupe 3710), sauf au niveau des lignes où le Professionnel de Santé aurait déjà sélectionné une formule distincte.
  - ➔ Si une seule formule est restituée par les STS (un seul groupe 3760), la formule s'applique à l'acte concerné, le progiciel demande au Professionnel de Santé de compléter les paramètres manquants, renseigne la formule à appliquer (groupe 3710) et lui propose de rappeler la fonction Tarification afin d'appliquer cette formule.
- **Des informations qui servent à la tarification :**

Ces informations concernent les formules appliquées au niveau acte et facture (3710, 3715, 3720, 3725), les montants de la part complémentaires calculés (1610, 1620, 1630, 1910), les forçages au niveau acte et facture (1440, 2010).

  - ➔ Le progiciel peut dans ce cas les afficher au Professionnel de Santé, conformément aux règles d'affichage restituées.
- **Autres informations** concernant les données complémentaires (1321, 1330, 107, 108, 109 et 111)
  - ➔ Si ces informations sont différentes en sortie des modules STS, le progiciel doit les intégrer dans la facture.

NB : les groupes 107, 108, 109 et 111 sont réservés, ici, à un usage ultérieur.

En gestion séparée, un changement de type de service AMC (TP en HTP ou vice-versa) doit conduire le progiciel à refaire la recherche de la convention applicable.

En gestion unique, un passage de TP AMC en HTP AMC doit entraîner une mise en forme de la facture sans part complémentaire.
- **L'identifiant et le numéro de version** du module STS utilisé (groupe 1450).
  - ➔ Le progiciel doit l'intégrer dans la facture.
- **Les règles d'affichage et de modification des informations**

Les STS restituent avec chaque groupe un autre groupe (3790) contenant les règles d'affichage des données par le progiciel et de leur modification par le Professionnel de Santé. Ces règles sont matérialisées sous la forme de deux tops : « Affichage » et « Modification ».

  - ➔ Le progiciel doit dans ce cas les interpréter.

### **Forçage des montants remboursables par l'AMC (selon le Top Modification EF\_VF13)**

Il n'existe aucune interdiction au Professionnel de Santé de modifier les montants remboursables par l'AMC (selon le Top modification) sans repasser par la phase de tarification de sa facture. Dans ce cas, le progiciel doit vérifier qu'il n'y a pas d'enrichissement sans cause (Cf. RG\_VF399)., c'est-à-dire que le Montant AMO + le Montant AMC  $\leq$  est inférieur ou égal à la Dépense Réelle.

Le Professionnel de Santé pourra éventuellement modifier certaines autres données restituées par les STS (selon le Top modification).

Les spécifications liées au forçage sont décrites dans l'annexe 1-A §Forçage des informations relatives au domaine de la part complémentaire.

### **Archivage des groupes de sortie**



Cf. RG\_MF033

#### **Les paramètres en sortie**

##### **Données liées aux STS**

3700	Groupe Contexte tarification de la part Complémentaire
3750	Groupe Diagnostic STS
3710	Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte
3715	Groupe Libellé de la formule AMC appliquée au niveau acte
3720	Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture
3725	Groupe Libellé de la formule AMC appliquée au niveau facture
3760	Groupe Description formule de calcul AMC
3770	Groupe Zone tampon AMC
3790	Groupe Tops affichage et modification

**Contenu de la  
zone d'échange  
de la facture**

**1321**      **Groupe** *Organisme complémentaire*

**1330**      **Groupe** *Données Complémentaire Additionnelles*

**1610**      **Groupe** *Prestation*

**1620**      **Groupe** *Prestation IFD*

**1630**      **Groupe** *Prestation IK*

**1440**      **Groupe** *Forçage niveau facture*

**1450**      **Groupe** *Module de tarification complémentaire*

**2010**      **Groupe** *Forçage sur la part complémentaire niveau acte*

**1910**      **Groupe** *Total facture*

~~Le champ 4 « total participation assuré » avant participation AMC » du groupe 1910 est transmis dans les flux. Par contre, le reste à charge assuré après tarification AMC » est une information qui n'est pas transmise dans les flux et est uniquement affichée au Professionnel de Santé. Cette information est de la responsabilité du progiciel et non pas du ressort des STS. Il incombe par conséquent au progiciel de calculer cette information. Le total théorique et non théorique remboursable par l'AMC reste éventuellement à calculer à partir de la somme des montants théoriques remboursables des actes par l'AMC, en cas de montant AMC facture nul.~~



## 10

### Changement des éléments de facturation

Si le Professionnel de Santé utilise un autre support d'information AMC (attestation au lieu de la carte Vitale par exemple), le progiciel ne doit pas tenir compte des informations sur la part complémentaire précédemment acquises, le progiciel doit effacer les valeurs :

- des données des groupes 107 « mutuelle », 108 « Période de droits mutuelle »
- des données du groupe « 109 données complémentaire »,
- des données du groupe « 111 Zone Commune Complémentaire »
- des données du groupe « 1321 données complémentaires »,
- des données du groupe « 1322 données mutualiste »,
- des données du groupe « 1330 Données Complémentaire Additionnelles »
- des montants théoriques remboursables par l'AMC des groupes 1610-1620-1630,
- des données du groupe « 3710 formules AMC appliquée au niveau acte »,
- des montants AMC du groupe 1910,
- des données du groupe 2010 « forçage acte sur la part complémentaire »,
- de la donnée « indicateur de forçage facture AMC » du groupe 1440,
- des données du groupe 3720 « formule AMC appliquée au niveau facture »,
- des données du groupe « 1450 version STS »,
- des données du groupe « 3760 formule à choisir ».

Le progiciel doit reprendre le renseignement des données de la facture sur la partie complémentaire à partir du nouveau support de droits.

Ces changements sont effectués si la tarification complémentaire est terminée.