



Avenant au Cahier des Charges SESAM-Vitale

EV65 - Tiers-Payant ACS - AMO et AMC

Systeme de facturation 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 doit être soumise au **consentement du GIE SESAM-Vitale**, quel que soit le média utilisé, y compris électronique. Il en est de même pour sa traduction, sa transformation ou son adaptation, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle



EV65 - Tiers-Payant ACS - AMO et AMC

Référence du document	<i>Version du document</i>	2.10
Avenant	<i>Date</i>	02/04/2015
	<i>Référence</i>	PDT-CDC-065
Vue générale	<i>Cahier des Charges SESAM-Vitale concerné</i>	1.40 Addendum 6 avec erratum de mars 2012
Evolutions apportées par cette nouvelle version du système	Tiers-Payant ACS - AMO et AMC	<i>Professionnels concernés</i> Tous
Légende	<p>Texte surligné en jaune</p> <p>Texte surligné en jaune foncé</p> <p>Texte surligné en gris</p> <p>Texte barré bleu suivant la couleur</p>	<p>Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale</p> <p>Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale par rapport à la précédente version de ce document</p> <p>Texte ajouté pour la partie corrective</p> <p>Texte supprimé du CDC SESAM Vitale</p>
Compatibilité avec les FSV	<p>Package d'agrément</p> <p>Package d'exploitation</p>	

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	5
1.1	CONTEXTE.....	5
1.2	IDENTIFICATION DU SOCLE FONCTIONNEL DE REFERENCE CIBLE	5
1.3	GUIDE DE LECTURE.....	6
2	EV65 : TIERS-PAYANT ACS - AMO ET AMC	8
2.1	PRESENTATION DE LA MESURE	8
2.2	SYNTHESE DES IMPACTS	12
2.2.1	<i>Liste des documents du CDC SESAM-Vitale impactés.....</i>	<i>12</i>
2.2.2	<i>Synthèse des impacts dans les documents du CDC SESAM-Vitale.....</i>	<i>12</i>
2.3	DETAIL DES IMPACTS PAR DOCUMENT	14
2.3.1	<i>Impacts Corps du Cahier des Charges SESAM-Vitale</i>	<i>14</i>
2.3.2	<i>Impacts Annexe 1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé »</i>	<i>25</i>
2.3.3	<i>Impacts Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture »</i>	<i>31</i>
2.3.4	<i>Impacts Annexe 1-A2 : «Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Phase part complémentaire ».....</i>	<i>33</i>
2.3.5	<i>Impacts Annexe 2 : « Réglementation et Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire »</i>	<i>37</i>

1 Introduction

1.1 Contexte

Ce document constitue un avenant au cahier des charges SESAM-Vitale 1.40.

Evolution

Cet avenant a pour objet de présenter les modifications au Cahier des charges SESAM-Vitale 1.40 pour la mise en œuvre de l'évolution :

EV65 : Tiers-Payant ACS - AMO et AMC

PS concernés

La mesure EV65 : « Tiers-Payant ACS - AMO et AMC » concerne les Professionnels de Santé suivants :

TOUS

CDC concernés

Les modifications du Cahier des Charges SESAM-Vitale sont réalisées sur la base de la version :

**1.40 – Addendum 6 avec erratum de mars
2012 et complément PC/SC**

1.2 Identification du socle fonctionnel de référence cible

Consigne d'implémentation

La version du socle fonctionnel de référence n'est pas modifiée par cet avenant.

Les éditeurs implémentent dans le champ 'sujet' du message SMTP transmis à l'organisme d'assurance maladie, la référence « **SV140600** » (ou « **DR140600** ») fournie par les API SSV en sortie de la fonction « Formater_Lot » dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.

1.3 Guide de lecture

Indications dans la marge

-  Les éléments importants et les remarques sont indiqués par une main dans la marge.
-  Les questions importantes sont indiquées par un point d'interrogation dans la marge.

Codes couleur

Les codes couleur suivants sont utilisés dans cet **avenant addendum n°6** et également dans les documents du cahier des charges SESAM-Vitale 1.40 afin de permettre la lecture par thèmes :

- Texte surligné en jaune** Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale
- Texte surligné en jaune foncé** Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale par rapport à la précédente version de ce document
- Texte surligné en gris** Texte ajouté pour des corrections mineures
- Texte barré suivant la couleur** Texte supprimé du CDC SESAM Vitale

Le titre du paragraphe est surligné en couleur dès lors que le paragraphe est modifié.

Pour des besoins de commodités de lecture, lorsque le texte du paragraphe est entièrement nouveau, le texte n'est pas surligné en jaune, seuls les titres de paragraphes sont surlignés en jaune.

Légende des tableaux

Nom des documents

Les tableaux des impacts sur les documents du CDC SESAM-Vitale, contiennent dans la 1^{ère} colonne l'abréviation du nom du document du cahier des charges SESAM-Vitale.

<i>Abréviation</i>	<i>Nom du document du CDC SESAM-Vitale</i>
Corps	Corps du cahier des charges
A1-A	Annexe A1-A : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Flux allers de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé
A1-A0	Annexe A1-A0 : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Zone d'échange de la facture
A1-A1	Annexe A1-A1 : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Phase part obligatoire

Abréviation	Nom du document du CDC SESAM-Vitale
A1-A2	Annexe A1-A2 : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Phase part complémentaire
A1-A3	Annexe A1-A3 : Finalisation d'une facture SMG - Phase Part Obligatoire
A1-B	Annexe A1-B : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Principes de Traitement des retours et Gestion des ARL
A1-C	Annexe A1-C : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Fonctions d'administration
A1-D	Annexe A1-D : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Récapitulatif
A1bis	Annexe A1bis : Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif
A2	Annexe A2 : Réglementation et Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire
A3	Annexe A3 : Format d'échange des référentiels des conventions
A4	Annexe A4 : Télécommunications (sur Réseau IP) et Chiffrement de transport des messages SMTP
A5	Annexe A5 : Transmission des flux SESAM-vitale via les Organismes Concentrateurs Techniques (Annexe informative)
A6	Annexe A6 : Liste d'opposition Incrementale
A7	Annexe A7 : Architecture et Sécurité
DICO	Dictionnaire des données

Qualification de l'impact

La dernière colonne « Q » indique la qualification de l'impact :

Q	Qualification de l'impact
M	Modification du paragraphe (ajout ou modification de texte)
N	Nouveau paragraphe
S	Suppression du paragraphe
D	Re-numérotation des paragraphes

2 EV65 : Tiers-Payant ACS - AMO et AMC

2.1 Présentation de la mesure

Contexte de la mesure

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

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

Mise en œuvre

Contrats complémentaires ACS encadrés

Trois types de contrats spécifiques à l'ACS ont été définis et sont prévus dans le décret. Ils présentent trois niveaux de garanties :

- *Contrat A ;*
- *Contrat B ;*
- *Contrat C.*

Situations des bénéficiaires de l'ACS possibles

Trois situations de bénéficiaire de l'ACS sont possibles :

- Bénéficiaire ACS n'ayant pas souscrit de complémentaire santé,
- Bénéficiaire ACS ayant souscrit un contrat complémentaire non encadré,
- Bénéficiaire ACS ayant souscrit un contrat complémentaire ACS encadré.

L'identification de la situation du bénéficiaire de soins au regard de l'ACS est effectuée :

- Soit avec la carte Vitale via les valeurs du code service AMO bénéficiaire ou à partir des informations contenues dans la zone mutuelle,
- Soit avec une attestation AMO.

Dispense d'avance des frais pour les soins de ville au 1^{er} juillet 2015 pour les bénéficiaires de l'ACS :

- Tiers-payant sur la part obligatoire :

Pour les bénéficiaires de l'ACS, le tiers-payant sur la part obligatoire reste appliqué chez les **médecins**, et ce quel que soit le contexte d'adhésion (ou non) à un contrat complémentaire.

Pour les bénéficiaires de l'ACS ayant souscrit un contrat ACS encadré, le tiers-payant sur la part obligatoire doit être proposé par **tous les Professionnels de Santé** conventionnés.

Dans les autres cas, les dispositifs de tiers-payant sur la part obligatoire existants (tiers-payant réglementaire dans les centres de santé, ou à la discrétion du Professionnel de Santé, ...) restent applicables.

- Tiers-payant sur la part complémentaire :

Les différentes situations de tiers-payant au regard de la part complémentaire sont présentées dans le tableau ci-après :

Professionnels de Santé	Situation du bénéficiaire au regard de l'ACS	Application du TP sur la part complémentaire
Tous PS	Bénéficiaire de l'ACS ayant souscrit un contrat complémentaire non encadré	Le TP sur la part complémentaire peut être proposé selon le contexte conventionnel 1.40
Tous PS hors opticiens et audioprothésistes	Bénéficiaire de l'ACS ayant souscrit un contrat complémentaire ACS encadré	Le TP sur la part complémentaire doit être proposé, au choix du PS : -Tiers-Payant coordonné par l'AMO : dispositif « TPi ACS : Paiement coordonné par l'AMO » (système analogue à la CMU-C) (1) ou - selon le contexte conventionnel 1.40 : dispositif « TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale »
Opticiens et audioprothésistes		Le TP sur la part complémentaire doit être proposé selon le contexte conventionnel 1.40 : dispositif « TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale »

(1) Pour les prestations d'optique ou d'audioprothèse, le paiement coordonné par l'AMO n'est pas autorisé

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

~~ne prend pas en charge le tiers-payant~~

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

Choix du dispositif de Tiers-Payant intégral ACS par le Professionnel de Santé

Pour les Professionnels de Santé, à l'exception des opticiens et audioprothésistes, le choix du dispositif de Tiers-Payant intégral ACS (choix modifiable à tout moment) est proposé via le paramétrage initial du poste de travail suivant :

- TPi ACS : Procédure standard SESAM-Vitale
 - La part complémentaire est élaborée au regard du support de droit complémentaire présenté par le bénéficiaire des soins.
 - Le tiers-payant sur la part complémentaire est appliqué selon le contexte conventionnel.
- TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO
 - La part complémentaire est élaborée au regard du support de droit AMO présenté par le bénéficiaire des soins. ~~(attestation de droit « Tiers-Payant Intégral – Aide pour une complémentaire santé (ACS) »)~~
 - Le tiers-payant sur les parts obligatoire et complémentaire est coordonné par l'AMO.

Le paramétrage initial ne doit pas être positionné à une valeur par défaut.

Contexte d'application du tiers-payant

Les dispenses d'avance des frais (AMO et AMC) sont proposées si :

- ~~le bénéficiaire est dans le parcours de soins (ou non concerné par le parcours)~~
- la nature d'assurance de la facture est « Maladie » ou « Maternité ».

Participation forfaitaire 18€ :

Pour un bénéficiaire ayant souscrit un contrat ACS encadré, la participation forfaitaire de 18€ (pour les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120€, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60), est prise en charge par l'organisme complémentaire.

Par conséquent, dans le cadre du dispositif « TPi ACS », le montant remboursable AMO est diminué du montant de la participation forfaitaire de 18€ et le montant remboursable AMC est augmenté du même montant.

2.2 Synthèse des impacts

2.2.1 Liste des documents du CDC SESAM-Vitale impactés

Corps Corps du cahier des charges

A1-A Annexe A1-A : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Flux allers de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé

A1-A0 Annexe A1-A0 : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Zone d'échange de la facture

A1-A2 Annexe A1-A2 : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Phase part complémentaire

A2 Annexe A2 : Réglementation et Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire

2.2.2 Synthèse des impacts dans les documents du CDC SESAM-Vitale

Documents CDC	§	Partie impactée	Nature de l'impact	Q
<i>Corps</i>	§2.2	Architecture générale de SESAM-Vitale	Modification pour prise en compte des spécificités du dispositif « TPi ACS » (attestations)	M
	§2.3.1	Les apports fonctionnels	Ajout d'une précision concernant le dispositif ACS	M
	§3.2.2.6.3	Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire	Modification pour prise en compte des spécificités dispositif « TPi ACS »	M
	§4.1.2	Architecture logicielle	Ajout de l'appel au STS CMU pour les bénéficiaires du dispositif « TPi ACS – Paiement coordonné par l'AMO »	M
	§4.2.1.3.2.3	Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire	Modification pour prise en compte des spécificités du dispositif « TPi ACS »	M
	§4.2.1.4	Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire	Modification pour prise en compte des nouvelles spécificités ACS	M
	§4.2.1.5.1	Détermination du contexte conventionnel au regard de la complémentaire / Introduction	Modification pour prise en compte des spécificités du dispositif « TPi ACS » (recherche contexte conventionnel)	M
	§4.2.1.5.2	Détermination du service ouvert pour l'assuré par la complémentaire	Modification pour prise en compte des spécificités du dispositif « TPi ACS » (indicateur de traitement)	M

	§4.2.1.5.3. 5	Choix d'une convention par le Professionnel de Santé	Modification pour prise en compte des spécificités du dispositif « TPi ACS » (assimilation gestion unique si pas de convention)	M
	§4.2.1.9.2	Tarification de la part complémentaire par le module de tarification complémentaire	Modification pour prise en compte des spécificités dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO » (appel STS CMU)	M
	6	Glossaire	Ajout du terme ACS	M
<i>AI-A</i>	§2.1.2.5	Type de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS	Ajout du § pour le paramétrage du progiciel	A
	§2.1.3.3.3	Identification d'un bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire	Modification pour prise en compte des codes services spécifiques au dispositif « TPi ACS »	M
	§2.1.3.4	Détermination du mode de gestion	Modification pour prise en compte des codes services spécifiques du dispositif « TPi ACS »	M
<i>AI-A0</i>	1321	1321 Groupes ORGANISME COMPLEMENTAIRE	Ajout des spécificités pour le dispositif « TPi ACS »	M
<i>AI-A2</i>	§2	Périmètre fonctionnel des STS	Ajout des spécificités pour le dispositif « TPi ACS »	M
	3700	Groupe CONTEXTE TARIFICATION de la part Complémentaire	Ajout de l'appel au STS CMU pour le dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »	M
	3710	Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU ACTE	Modification pour prise en compte des spécificités du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »	M
	8	Interface en entrée	Modification pour prise en compte des spécificités du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO » (top CMU et formules et paramètres)	M
<i>A2</i>	R29	Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire	Modification pour prise en compte des spécificités du dispositif « TPi ACS »	M
	Table 1	Table des codes prestations	Spécification des prestations d'audio prothèse	M
	Table 14	Table de détermination de « diminution TAUX » hors parcours de soins	Ajout des bénéficiaires de l'ACS	

2.3 Détail des impacts par document

2.3.1 Impacts Corps du Cahier des Charges SESAM-Vitale

§2.2 Architecture générale de SESAM-Vitale

.../...

D'autres éventuels supports peuvent être utilisés :

- le support AMC, reflet de la situation d'un assuré / bénéficiaire vis à vis d'un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire,
- l'attestation papier justifiant des droits à la CMU complémentaire délivrée par l'AMO,
- l'attestation papier justifiant des droits des sortants de CMU complémentaire délivrée par l'AMO.
- l'attestation papier **délivrée par l'AMO** justifiant des droits dans le cadre des dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire **(ACS)** :
 - **attestation de droit « Aide pour une complémentaire santé (ACS) - Attestation de tiers payant pour la part obligatoire (hors part complémentaire) »¹ « ACS TP Social AMO »**
 - **attestation de droit « Aide pour une complémentaire santé (ACS) - Attestation de tiers payant pour la part obligatoire et la part complémentaire » « Tiers Payant Intégral – Aide pour une complémentaire santé (ACS) »**
- l'attestation papier justifiant d'une exonération du Ticket Modérateur (ALD,...),
- le protocole de soins ALD (remplace et étend le PIREs),

.../...

§2.3.1 Les apports fonctionnels

.../...

- la gestion des Soins Médicaux Gratuits (SMG).
- la gestion des bénéficiaires disposant d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire **(dispositifs « ACS TP Social AMO » et « TPi ACS »)**.

.../...

¹ Tiers payant social

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

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

L'avenant n° 8 à la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signé le 12 janvier 2005 introduit une dispense d'avance de frais pour les personnes et leurs ayants-droits exonérés ou non du ticket modérateur, pouvant prétendre au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire.

Cette dispense d'avance de frais est réalisée sur la seule part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'Assurance Maladie Obligatoire.

De plus, elle est possible à compter de la remise par la caisse de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire et ceci pour une durée de 18 mois que l'assuré choisisse ou non d'exercer ce droit auprès d'un organisme complémentaire.

La justification du droit à cette modalité de dispense d'avance de frais est fournie au médecin consulté par la carte Vitale de l'assuré et/ou par la présentation du document papier attestant du droit au tiers payant de l'assuré dans le cadre de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire.

Ce dispositif s'applique dès lors que le bénéficiaire n'est pas dans la situation « hors parcours de soins ».

Le Professionnel de Santé médecin doit :

- identifier que le bénéficiaire des soins est bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire à partir des éléments fournis par celui-ci (carte Vitale, attestation AMO),
- appliquer le tiers payant sur la part obligatoire si les soins sont réalisés dans le respect du parcours coordonné de soins ou non concernés par le parcours. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

Suite au décret 2014-1144 du 8 octobre 2014 :

Paramétrage initial du dispositif

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

Le Professionnel de Santé doit :

- identifier la situation du bénéficiaire de soins au regard de l'ACS, à partir des éléments fournis par celui-ci (carte Vitale, attestations AMO, ...), c'est-à-dire:
 - soit le bénéficiaire de l'ACS n'a pas souscrit de contrat complémentaire ;
 - soit le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat complémentaire non encadré ;
 - soit le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat complémentaire encadré (ACS A, ACS B, ACS C).
- appliquer le Tiers-payant sur la part Obligatoire et/ou sur la part Complémentaire en fonction :
 - de sa spécialité ;
 - des prestations délivrées ;
 - de la situation du bénéficiaire au regard de l'ACS.

Le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais.

Spécialité du Professionnel de Santé	Prestations	Situation du bénéficiaire au regard de l'ACS	Part Obligatoire	Part Complémentaire	
			TP AMO	TP AMC	Dispositif de TPi, selon paramétrage initial
Médecin	Toutes	Bénéficiaire de l'ACS n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire	Le PS doit proposer le TP Social AMO (1)	Sans objet	Sans objet
Tous PS hors médecin			Le PS peut proposer le TP AMO		
Médecin		Bénéficiaire de l'ACS ayant souscrit un contrat complémentaire non encadré	Le PS doit proposer le TP Social AMO (1)	Le PS peut proposer le TP AMC, selon la convention 1.40	Sans objet
Tous PS hors médecin			Le PS peut proposer le TP AMO		
Tous PS hors opticien et audioprothésiste	Hors prestations d'optique et d'audioprothèse	Bénéficiaire de l'ACS, ayant souscrit un contrat complémentaire ACS encadré	Le PS doit proposer le TP AMO (1)	Le PS doit proposer le TP AMC (1)	TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale Ou TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO
	Prestations d'optique et d'audioprothèse		Le PS doit proposer le TP AMO (1)	Le PS doit proposer le TP AMC, selon la convention 1.40 (1)	TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale
Opticien et audioprothésiste	Toutes		Le PS doit proposer le TP AMO (1)	Le PS doit proposer le TP AMC, selon la convention 1.40 (1)	Sans objet

(1) si les soins sont réalisés dans le respect du parcours coordonné de soins ou non concernés par le parcours et si la facture est élaborée avec la nature d'assurance « Maladie » ou « Maternité ».

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

ne prend pas en charge le tiers-payant

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

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

§4.1.2 Architecture logicielle

.../...

La répartition des modules STS est la suivante :

- une interface STS unique, entre le progiciel et les différents modules de tarification STS qui suivent,
- les services de tarification de la part complémentaire spécifiques par famille ou groupe de familles de complémentaires :
 - CTIP (STS-CTIP),
 - FFSA (STS-FFSA),
 - FNMF (STS-FNMF),
 - AMO (STS-A8) en convention de gestion et AMC délégataires de gestion,
- le service de tarification complémentaire pour la CMU-C. Ce STS-CMU est unique et gère la tarification de la même façon pour tous les bénéficiaires de la CMU-C. Les garanties et les forfaits sont définis par l'Etat. Ce même service de tarification STS-CMU est également utilisé lorsque la facture est élaborée dans le cadre du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO ».

.../...

§4.2.1.3.2.3 Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits et la situation du bénéficiaire des soins au regard du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire. ~~alors le progiciel affiche à l'écran la mention « Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire » :~~

Il doit afficher à l'écran la mention suivante, en fonction de la situation du bénéficiaire de soins au regard de l'ACS :

Mention à afficher	Situation du bénéficiaire au regard de l'ACS
« ACS TP Social AMO »	Dans le cas d'un bénéficiaire d'ACS TP Social AMO -Bénéficiaire du dispositif ACS n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire -Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire non encadré
« TPI ACS A »	Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS A
« TPI ACS B »	Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS B
« TPI ACS C »	Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS C

Les règles d'identification sont décrites dans l'annexe 1-A « Lecture Droits Vitale » du Cahier des Charges.

Si le bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire est identifié à partir des informations en carte Vitale, la période de validité des droits est déterminée à partir des dates début et fin service AMO bénéficiaire.

En l'absence de « code service AMO bénéficiaire », la situation est identifiée à partir des informations contenues dans la zone mutuelle. La période de validité des droits est déterminée à partir des dates mentionnées dans cette zone.

4.2.1.4 Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire

.../...

- Bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS)

Dans le cas où le progiciel identifierait un bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire, il doit proposer au ~~Professionnel de Santé médecin~~ l'application du tiers payant sur la part obligatoire :

- au Professionnel de Santé **médecin**, en situation de TP Social AMO, quelle que soit la situation au regard de la complémentaire (pas de contrat, contrat non encadré, contrat ACS encadré).
- à tous les Professionnels de Santé, dès lors que le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat ACS encadré (A, B, C) auprès d'une complémentaire (TP AMO)

La situation du bénéficiaire permet l'application du tiers payant sur la part obligatoire qui est conditionnée par :

- les dates de validité lues en zone service AMO bénéficiaire **ou en zone Mutuelle** de la carte Vitale ou lues sur l'attestation AMO ;
- le contexte de la **facture prestation** : celle-ci doit être réalisée **dans le cadre de prestations réalisées dans le respect du parcours coordonné de soins ou non concernés par le parcours coordonné de soins, et pour les natures d'assurance « Maladie » et « Maternité ».**

.../...

§4.2.1.5 Détermination du contexte conventionnel au regard de la complémentaire**§4.2.1.5.1 Introduction**

Un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire, un organisme d'Assurance Maladie Obligatoire ou un organisme mandaté par un ou plusieurs AMC peuvent signer des conventions d'échanges pour la complémentaire avec les Professionnels de Santé ou leurs représentants. Dans certains cas, une même convention concerne plusieurs organismes d'Assurance Maladie Complémentaire, il est question de « regroupement » ou de « convention groupée ».

Une convention est signée par « l'organisme signataire de la convention » et fixe notamment le cadre des échanges.

Le progiciel du Professionnel de Santé, pour les flux SESAM-Vitale du présent Cahier des charges, ne doit permettre la prise en compte de la complémentaire que s'il existe une convention passée avec la complémentaire du bénéficiaire et que si cette convention est applicable à son contexte de facturation.

.../...

Bénéficiaires de l'ACS

Pour les factures élaborées selon le dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO », le système de facturation ne recherche pas le contexte conventionnel.

Dans les autres cas, le progiciel suit le processus de recherche du contexte conventionnel.

.../...

§4.2.1.5.2 Détermination du service ouvert pour l'assuré par la complémentaire

Le progiciel identifie les services que l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire propose dans le cadre de SESAM-Vitale au bénéficiaire des soins, par l'analyse de l'indicateur de traitement renseigné sur le support utilisé ou par l'interprétation d'une mention indiquant le service ouvert pour l'assuré.

L'indicateur de traitement permet de préciser les traitements possibles acceptés par l'AMC pour cet assuré : tiers payant seul, hors tiers payant seul, tiers payant ou hors tiers payant.

.../...

CMU-C

Le progiciel doit proposer le tiers payant sur la part complémentaire.

Dans un contexte de CMU-C, le Tiers Payant Coordonné doit toujours être possible.

En Tiers Payant Coordonné, le progiciel doit renseigner l'indicateur de traitement à « 62 ».

Bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire

Lorsque le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat ACS encadré (A, B, C), si la facture est élaborée selon le dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO » chez un Professionnel de Santé hors opticien et audioprothésiste et hors prestations d'optique et d'audioprothèse, le progiciel doit renseigner l'indicateur de traitement à « 62 ». Les prestations d'optique ou d'audioprothèse sont identifiées par leur groupe fonctionnel général valorisé à « optique » ou « audioprothèse » cf. Table 1 de l'annexe2.

Dans tous les autres cas, le service ouvert pour l'assuré par la complémentaire est déterminé selon le processus standard SESAM-Vitale.

.../...

§4.2.1.5.3.5 Choix d'une convention par le Professionnel de Santé

.../...

CMU-C

En gestion séparée, si le Professionnel de Santé décide de ne pas sélectionner une convention parmi celle(s) proposée(s) (ou si le Professionnel de Santé n'a pas de convention de télétransmission), le Professionnel de Santé doit réaliser un flux Tiers Payant Coordonné qui peut être assimilé à un mode de gestion unique. Le progiciel doit permettre cette fonctionnalité au Professionnel de Santé.

Bénéficiaires du dispositif « TPi ACS »

Pour les factures élaborées selon le dispositif « TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale », si le Professionnel de Santé (hors opticien et audioprothésistes) décide de ne pas sélectionner une convention parmi celle(s) proposée(s) (ou si le Professionnel de Santé n'a pas de convention de télétransmission), le Professionnel de Santé doit réaliser un flux Tiers Payant Coordonné qui peut être assimilé à un mode de gestion unique (dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »). Le progiciel doit permettre cette fonctionnalité au Professionnel de Santé sauf pour les prestations d'optique et d'audioprothèse. Les prestations d'optique ou d'audioprothèse sont identifiées par leur groupe fonctionnel général valorisé à « optique » ou « audoprothèse » cf. Table 1 de l'annexe2

.../...

§4.2.1.9.2 Tarification de la part complémentaire par le module de tarification complémentaire

.../...

- Cas particulier pour la tarification de la part complémentaire en cas de CMU-C ou dans le cadre du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'appeler le STS-CMU et éventuellement, de renseigner le paramètre associé à chaque prestation de la facture.

- Information au Professionnel de Santé

En fin de Tarification SESAM-Vitale, c'est-à-dire après valorisation de la part obligatoire et de la part complémentaire si les conditions suivantes sont réunies :

- la facture est en Tiers Payant sur la part complémentaire,
- les STS sont débrayés,
- les données complémentaires sont issues de la carte Vitale,

alors le progiciel doit informer le Professionnel de Santé selon les termes suivants :

"Attention, les montants de la part complémentaires proposés ne sont pas issus des moteurs de tarification SESAM-Vitale "

Il est à noter que cette information ne nécessite pas une validation de la part du Professionnel de Santé.

Ce message ne doit pas être affiché dans un contexte de CMU-C et de dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO ».

.../...

§6 Glossaire

.../...

Accident de la vie privée Dans le cadre du système de facturation SESAM-Vitale, le terme « accident de la vie privée » est utilisée pour tous les bénéficiaires non salariés du régime agricole et est équivalente à la notion « d'accident de droit commun » pour les autres régimes.

ACS Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé

Acte isolé Par opposition à un traitement en série, un acte isolé est un acte qui n'appartient pas à un traitement en série.
Un acte isolé est facturé généralement sans prescription
Un acte isolé peut faire suite à une prescription, mais il est en dehors d'un traitement en série.

.../...

2.3.2 Impacts Annexe 1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé »

§2.1.2 Données paramétrées sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé

§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 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 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.

§2.1.3.3.3 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 d'aide à l'acquisition d'une complémentaire ACS TP Social 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 Détermination du mode de gestion

Tableau de détermination de la situation de l'assuré et du mode de gestion de la complémentaire au regard des informations lues sur la carte ou sur un autre support

Cette détermination doit, dans certains cas, être complétée par des informations fournies sur un autre support (colonne action du PS).

Par ailleurs, les informations en provenance d'attestation papier ou autre support présentés par l'assuré peuvent venir en annule et remplace des informations acquises à partir de la carte.

Tableau des différentes situations :

Cas	Remontée des SSV	Interprétation logiciel	Situation	Mode de gestion à partir de la carte Vitale	Action du PS
<i>Carte Vitale avec données AMO (Absence zone Mutuelle et absence zone AMC)</i>	Données AMO	Si code service AMO non renseigné	Pas de complémentaire en carte	Pas de déduction possible	Autre support possible
		Si code service AMO = 01	Bénéficiaire de CMU-C gérée par un AMO	Assimilation au mode de gestion unique	
		Si code service AMO = 02	Bénéficiaire de CMU-C gérée par un AMC en convention de gestion ou en délégation de gestion	Gestion unique	
		Si code service AMO = 03	Bénéficiaire de CMU-C gérée par un AMC	Pas de déduction possible	Consultation attestation papier AMC pour voir si mode de gestion séparée possible sinon assimilation au mode de gestion unique
		Si code service AMO = 10	Sortant de CMU-C	Pas de déduction possible	Autre support possible Consultation attestation papier pour voir si mode de gestion séparée ou unique
		Si code service AMO = 11	Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une	Pas de déduction possible	Autre support possible Consultation attestation papier pour voir si mode

Cas	Remontée des SSV	Interprétation logiciel	Situation	Mode de gestion à partir de la carte Vitale	Action du PS
			complémentaire		de gestion séparée ou unique
Carte Vitale avec zone Mutuelle (Présence zone Mutuelle – Groupes 107 et 108)	Données AMO Données zone Mutuelle	Si code service AMO non renseigné et zone mutuelle remplie hors CMU-C(99999997 et 88888888) et sortant CMU-C (55555551)	Complémentaire en carte	Gestion unique	Autre support possible
		Si code service AMO non renseigné et zone mutuelle = 99999997	Bénéficiaire de CMU-C gérée par un AMO	Assimilation au mode de gestion unique	
		Si code service AMO non renseigné et zone mutuelle = 88888888	Bénéficiaire de CMU-C gérée par un AMC	Pas de déduction possible	Consultation attestation papier AMC pour voir si mode de gestion séparée possible sinon assimilation au mode de gestion unique
		Si code service AMO non renseigné, avec zone mutuelle = 55555551	Sortant de CMU-C	Pas de déduction possible	Autre support possible
		Si code service AMO = 10, avec zone mutuelle différente de 55555551	Sortant de CMU-C avec complémentaire	Gestion unique	Autre support possible
		Si code service AMO = 11	Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire	Gestion unique	Autre support possible
Carte Vitale avec zone AMC (Présence zone AMC – Groupe 109)	Données AMO Données zone AMC	Si code service AMO non renseigné et zone AMC	Complémentaire en carte	Gestion séparée	Autre support possible
		Si code service AMO = 03	Bénéficiaire de CMU-C gérée par un AMC	Gestion séparée	"Possibilité d'accepter ou de refuser la transmission séparée, et dans ce dernier cas, faire du TP coordonné Hors période de droits AMC, faire du TP coordonné."
		Si code service AMO = 10	Sortant de CMU-C avec complémentaire	Gestion séparée	Autre support possible
		Si code service AMO = 11	Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire	Gestion séparée	Autre support possible

Cas particulier du bénéficiaire de l'ACS :

N°	Remontée du système de facturation. Carte Vitale avec :			Situation du bénéficiaire au regard de l'ACS	Mode de gestion à partir de la carte Vitale			Action du PS (2)
	données AMO (code service AMO)	zone Mutuelle ? (groupe 107)	zone AMC ? (Groupe 109)		PS sauf opticiens et audioprothésistes		Opticiens et audioprothésistes	
					Paramétrage initial = « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO » (1)	Paramétrage initial = « TPi ACS – Procédure Standard SESAM- Vitale » (1)		
1	11	-	-	ACS TP Social AMO	Pas de déduction possible			Autre support possible
2	11	Renseignée	-	ACS TP Social AMO	Gestion unique			
3	11	-	Renseignée	ACS TP Social 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 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 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 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 possible
14	13	-	Renseignée	ACS B				
15	14	-	Renseignée	ACS C				

(1) Choix du dispositif de tiers-payant complémentaire ACS par le Professionnel de Santé :

Le Professionnel de Santé, hors opticien et audioprothésiste, peut, à tout moment lors de l'élaboration de la facture ou bien en agissant sur le paramétrage, modifier le type de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS (passage du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO » au dispositif « TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale » et inversement), pour les bénéficiaires de l'ACS ayant souscrit un contrat ACS encadré (A, B, C) auprès d'une complémentaire.

Remarque : Pour les prestations d'optique et d'audioprothèse, ce choix de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS ne s'applique pas. Le progiciel ne doit pas proposer le dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO ».

(2) Précision sur les autres supports possibles

~~Le support utilisé pour déterminer la situation du bénéficiaire au regard de l'ACS est le support de droits AMO.~~

Le support utilisé pour déterminer la situation au regard de l'ACS est le support AMO :

- attestation de droit « Aide pour une complémentaire santé (ACS) - Attestation de tiers payant pour la part obligatoire (hors part complémentaire) » ²
- ou attestation de droit « Aide pour une complémentaire santé (ACS) - Attestation de tiers payant pour la part obligatoire et la part complémentaire »

Le support 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 ».

² Tiers payant social

Information pour identifier le mode de gestion de la complémentaire (Gestion Unique ou Gestion Séparée)

Dès lors qu'une zone mutuelle (groupe 107) est en carte Vitale 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 ».

2.3.3 Impacts Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture »

1321 Groupes ORGANISME COMPLEMENTAIRE

.../...

1321	Groupe <i>Organisme Complémentaire</i>
1. Type de contrat	<p>Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codification fournie par les caisses d'Assurance Maladie Obligatoire. - Valeur 99 : autorisation d'éclatement de la FSE, donnée par le Professionnel de Santé à un OCT. Dans le cas d'une gestion séparée sans passage par OCT ou le cas d'une gestion unique cette valeur est interdite. - Pour les autres valeurs par rapport aux différents cas de CMU ou sortant de CMU-C ou dispositif « TPi ACS » voir les paragraphes ci dessous. <p>Les valeurs entre 90 à 98 sont interdites à partir du progiciel du Professionnel de Santé.</p>
2. N° organisme complémentaire	<p>Issu de la carte Vitale ou tout autre support.</p> <p>En gestion unique, cette zone est renseignée avec le « MUTNUM ».</p> <p>En gestion séparée, cette zone est renseignée avec le numéro d'organisme complémentaire.</p> <p>Pour les autres cas (CMU-C, dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO » et médecin référent) voir règle ci-dessous.</p>

.../...

Gestion de l'AME complémentaire

Pour un bénéficiaire de l'AME, de base ou complémentaire, le Professionnel de Santé doit effectuer une facture en mode de gestion unique et renseigner le « N° organisme complémentaire » (groupe 1321 champ 2) avec l'identifiant mutuelle caractérisant l'AME (i.e. la valeur 75500017).

Gestion des bénéficiaires de l'ACS

Si la facture est élaborée selon le dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO » :

- le progiciel doit valoriser le champ « Type de contrat » dans la FSE en fonction du contrat ACS encadré, comme suit :

Type de contrat ACS encadré	Valorisation du champ « type de contrat »
ACS A	91
ACS B	92
ACS C	93

- le progiciel doit valoriser le champ « N° organisme complémentaire » du groupe 1321 à 'M'. Le champ « N° organisme complémentaire » doit être rempli par le progiciel à blanc aux 9 premières positions et le M à la 10ème position ('-----M').



Remarque : dans les autres cas, les informations sont renseignées nominalement.

2.3.4 Impacts Annexe 1-A2 : «Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Phase part complémentaire »

§2 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 CMU-C **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.

§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 bénéficiaire de la CMU Complémentaire gérée par un AMO ou par un AMC **ou comme bénéficiaire du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »**.

Valorisation du top CMU

- si le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de la CMU Complémentaire **ou du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »**, le progiciel doit valoriser le top CMU à « 1 » ;
- si le bénéficiaire des soins n'est **ni** bénéficiaire de la CMU Complémentaire **ni du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »**, le progiciel doit valoriser le top CMU à « 0 ».

.../...

§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.

 Cas particulier de la CMU-C

Lors d'une prestation dispensée à un bénéficiaire de la CMU complémentaire, le paramétrage et le choix de la formule appliquée dans la tarification complémentaire sont liés au type de prestation.

.../....

 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 décret³.

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.

³ 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 »

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

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

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

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

Et pour toute autre prestation :

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

 Pour rappel :

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

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

§8 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.
- Les formules à appliquer au niveau acte (groupe 3710)
- Le groupe 3710 indique la formule et les paramètres appliqués pour un acte.
- 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.
- Le progiciel doit renseigner la formule à appliquer et les paramètres associés dans le cas de CMU complémentaire **ou du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO»**, (top CMU valorisé à « 1 »).

.../...

2.3.5 Impacts Annexe 2 : « Réglementation et Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire »

R29- Détermination du contexte tiers payant lié à des dispositions réglementaires spécifiques

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
.../...				
<p>6. Dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire</p> <p>Si le patient bénéficie du dispositif d'aide à l'acquisition d'une Complémentaire ;</p> <p>- et n'a pas souscrit un contrat complémentaire ACS encadré, la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé médecin dans la limite du tarif de responsabilité⁽¹⁾ (TP Social AMO)</p> <p>- et a souscrit un contrat complémentaire encadré ACS, la dispense d'avance des frais doit être proposée par le Professionnel de Santé sur les parts AMO et AMC (TPi ACS).</p> <p>Dans toutes les situations, ces dispenses d'avance des frais ne sont possibles que dans le respect du parcours de soins.</p> <p>Le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais.</p> <p>Si le patient bénéficie du dispositif d'aide à l'acquisition d'une Complémentaire ; la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé médecin hormis si le bénéficiaire est hors parcours de soins (le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais), dans la limite du tarif de responsabilité⁽¹⁾.</p> <p>7. Centre de Santé</p> <p>Si les soins sont réalisés en Centre de santé, le contexte tiers payant est obligatoire : la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé (le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais), dans la limite du tarif de responsabilité⁽¹⁾.</p>		A-T1	<p>TP Social AMO : convention médecins</p> <p>TPi ACS : Décret n°2014- 1144 du 8 octobre 2014</p> <p>L162-32 du code de la Sécurité Sociale</p>	<p>Cf. §3.2.2.6.3 Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire du Cahier des Charges SESAM-Vitale</p>
.../...				

Table 1 : Table des codes prestations

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné
					général	détail	
AAD	Autres accessoires traitement à domicile (Titre I Chapitre 1 de la LPP)		Support	LPP	so	so	Oui
AAR	Appareil d'Assistance Respiratoire (Titre I Chapitre 1 du de la LPP)		Support	LPP			Oui
ACO	Actes d'obstétrique		Support	CCAM	so	so	Oui
.../...							
PAR	Parodontologie		Support	CCAM	Soins Dentaires	ODF	Oui
PAU	Prothèse auditive		Support	LPP	Se Audio prothèse	so	Oui
PAV	Participation Assuré		Secondaire	NGAP			Non
.../...							

Table 14 : Table de détermination de « diminution TAUX » hors parcours de soins

Nature d'Assurance	Situation particulière du Bénéficiaire	Code Régime	Caisse Gestionnaire	Code prestation	Code justificatif d'exonération	Situation au regard PdS	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant	Diminution du taux Hors parcours de soins
Maternité	Sans objet	Tous	Toutes	Toutes	Sans objet	Toutes	Oui	0
						Toutes	Non ou ne sait pas	
AT	Sans objet	Tous	Toutes	Toutes	Sans objet	Toutes	Oui	0
						Toutes	Non ou ne sait pas	
Maladie	Hors ACS	Tous régimes	Toutes	Table 14.1	Tous	Toutes	Oui Non ou ne sait pas	0
				Autres que 14.1	« soins conformes au protocole ALD »	Toutes	Oui	0
						Toutes	Non ou ne sait pas	Taux UNCAM
				Autres	Hors Accès Direct Spécifique	Oui Non ou ne sait pas	Taux UNCAM	
	Autre que « Hors Accès Direct Spécifique »	Oui Non ou ne sait pas	Taux UNCAM					
	ACS	Tous	Toutes	Toutes	Sans objet	Toutes	Oui Non ou ne sait pas	0