



AVENANT 20

Avenant au CDC SESAM-Vitale

EV103-Intégration de la CFE dans Sesam-Vitale

Systeme de facturation SESAM-Vitale

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.

**AVENANT20****EV103-Intégration de la CFE dans Sesam-Vitale**

Référence du document*Version du document* **01.21***Date* **09/11/2018***Référence* **PDT-CDC-083**

Vue générale*Professionnels de Santé concernés* **Tous***Palier concerné* **1.40 Addendum 7 juin 2017**

Compatibilités*Cahier des Charges SESAM-Vitale* **7.33***Dispositif intégré* **3.91***TLA* **4.20***Package d'agrément* **1.40.12**

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	5
1.1	Contexte	5
1.2	Identification du socle fonctionnel de référence cible	6
1.3	Guide de lecture	6
2	EV103 : Intégration de la CFE dans Sesam-Vitale	7
2.1	Présentation de la mesure	7
3	Impacts dans le CDC Editeurs	8
3.1	Synthèse des impacts	8
3.2	Détail des impacts : Documents CDC-Editeurs	9
3.2.1	<i>Impacts Corps du CDC</i>	<i>9</i>
3.2.2	<i>Impacts Annexe 1-A</i>	<i>12</i>
3.2.3	<i>Impacts Annexe 1-A0</i>	<i>14</i>
3.2.4	<i>Impacts Annexe 2</i>	<i>15</i>
3.2.5	<i>Impacts Annexe 2bis</i>	<i>20</i>
4	Impacts dans le référentiel Dispositif intégré	22
4.1	Synthèse des impacts	22
4.2	Détail des impacts : Référentiel Dispositif intégré	23
4.2.1	<i>Impacts Rh-integ-dsf-020 spécification de l'application partie 1</i>	<i>23</i>
4.2.2	<i>Impacts Rh-integ-dsf-023 tableaux de valeurs</i>	<i>24</i>
4.2.3	<i>Impacts Rh-integ-dsf-026 organismes destinataires</i>	<i>26</i>
4.2.4	<i>Impacts Rh-integ-dsf-022 et Rh-integ-dsf-022b</i>	<i>26</i>
5	Impacts dans le référentiel TLA	27
5.1	Synthèse des impacts	27
5.2	Détail des impacts : Référentiel TLA	28
5.2.1	<i>Impacts Rh-tla-dsf-003 application TLA-Elaboration FSE visite</i>	<i>28</i>
5.2.2	<i>Impacts Rh-integ-dsf-022 et Rh-integ-dsf-022b</i>	<i>28</i>

1 Introduction

1.1 Contexte

Ce document constitue un avenant aux documents suivants :

- Cahier des charges SESAM-Vitale 1.40.

Evolution

Cet avenant a pour objet de présenter les modifications du système de facturation SESAM-Vitale 1.40 pour la mise en œuvre de l'évolution :

EV103 : « Intégration de la CFE dans Sesam-Vitale »

PS concernés

Cet avenant concerne les Professionnels de Santé suivants :

Tous

Analyse d'impact

L'analyse d'impact et les modifications du système de facturation SESAM-Vitale sont présentées sous forme de delta par rapport au palier fonctionnel suivant :

**1.40 – Addendum 7
Juin 2017**

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 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.

Codes couleur

Les codes couleur suivants sont utilisés dans cet avenant et également dans les documents du cahier des charges SESAM-Vitale 1.40 ou du Dispositif intégré afin de permettre la lecture par thèmes :

Texte surligné en jaune

Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale ou Dispositif Intégré

Texte surligné en jaune foncé

Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale ou Dispositif Intégré par rapport à la précédente version de ce document

Texte surligné en gris

Texte ajouté par rapport à la précédente version de ce document

~~Texte barré suivant la couleur~~

Texte supprimé du CDC SESAM Vitale ou du Dispositif intégré

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.

2 EV103 : Intégration de la CFE dans Sesam-Vitale

2.1 Présentation de la mesure

Contexte

La LFSS pour 2017 prévoit que les adhérents de la CFE au risque maladie-maternité (souscription d'un contrat d'assurance dédié) sont en droit de détenir une carte Vitale afin de faciliter la prise en charge des prestations en nature d'assurance maladie et maternité pour des actes médicaux dispensés en France.

Impacts SESAM-Vitale

L'objectif de cet avenant est de permettre la facturation SESAM Vitale pour les adhérents de la CFE.

Découpage en besoins

- **B1** : Générer une Facture électronique pour un bénéficiaire CFE
- **B2** : Interdire la génération d'une FSE en nature d'assurance AT
- **B3** : Exclure les adhérents CFE du parcours de soins
- **B4** : Limiter le Tiers Payant par la date de fin de droits AMO
- **B5** : Appliquer les mêmes règles de calcul des codes couverture que celles utilisées pour le régime général
- **B6** : Valoriser la donnée « Type destinataire »

3 Impacts dans le CDC Editeurs

3.1 Synthèse des impacts



Les tableaux de synthèse ci-après reprennent les impacts détaillés pour chaque besoin au §2 ci-avant et les présentent pour chaque document du CDC, dans l'ordre du document.

Documents CDC	Partie impactée	Nature de l'impact	Besoin
Corps	§3.2.2.1	Indiquer dans ce paragraphe que le tiers payant AMO n'est pas applicable aux adhérents CFE si leur date de fin de droits AMO est dépassée pour les PS hors pharmaciens.	B4
	§4.2.1.4	Indiquer dans ce paragraphe que le tiers payant AMO n'est pas applicable aux adhérents CFE si leur date de fin de droits AMO est dépassée pour les PS hors pharmaciens.	B4
Annexe 1-A	§2.1.3.6	Préciser que le progiciel doit également afficher les périodes de droits AMO pour les bénéficiaires de soins affiliés à la CFE	B4
	§4.2.1	Préciser dans les paramètres d'entrée, que pour le régime CFE (17), le LPS doit renseigner la valeur du type destinataire avec « FE »	B6
Annexe 1-A0	Groupe 1310	Ajouter une règle de détermination de l'organisme destinataire pour le régime CFE.	B1
Annexe 2	Règles T2	Préciser dans les règles T2 de l'Annexe 2 (partie « observations ») que les codes couverture pour le régime 17 seront de la forme « x01xx ».	B5
Annexe 2bis	Table 11.1	Ajouter le régime 17 dans la liste des régimes couvrant leurs assurés pour le risque AT.	B2
	Table 11.2	Ajouter le régime 17 dans la liste des régimes n'autorisant pas l'envoi de FSE.	B2
	Table 15.2	Ajouter le régime 17 dans les cas d'exclusion du parcours de soins.	B3

3.2 Détail des impacts : Documents CDC-Editeurs

3.2.1 Impacts Corps du CDC

.../...

B4

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

.../...

Tiers payant AMO

Cas général :

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

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

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

Cas particulier : tiers payant réglementaire

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

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

Autre situation de tiers payant

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

Accès du bénéficiaire au tiers payant AMO

Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens :

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

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

Pour les Professionnels de Santé hors Pharmaciens :

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

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

.../...

B4

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

.../...

Accès au tiers payant conditionné par la mise à jour de la carte

Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens :

L'accès au tiers payant est interprété en fonction de l'information « date de fin droits AMO ».

La date à prendre en compte pour examiner le droit au tiers payant est celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (définie dans l'annexe 2 du Cahier des Charges - Partie Détermination du taux de remboursement).

Si cette date est supérieure à la date de fin de la période de droits AMO présente en carte ou s'il n'y a pas de période de droits AMO remontée de la lecture de la carte, le logiciel doit informer le Professionnel de Santé que la carte n'est pas à jour. Le message à afficher est le suivant : « La carte Vitale doit être mise à jour. Dans le cas contraire, l'application du tiers payant AMO générera un forçage transmis dans la FSE. ».

Dans ce cas le tiers payant ne peut pas s'appliquer sans forçage. Pour bénéficier à nouveau du tiers payant sans forçage, le bénéficiaire doit effectuer la mise à jour de sa carte (cf. annexe 1-forçage de l'accès au tiers payant)

Ce principe s'applique pour toutes les situations d'accès au tiers payant y compris les situations particulières décrites ci-après.

Dans le cas où la « date de fin de droits AMO » est non renseignée (la date de début étant renseignée) l'accès au tiers payant n'est pas limité dans le temps.

Cette règle ne concerne pas :

- les factures en nature d'assurance SMG,
- les factures en contexte APIAS,
- les factures dont les informations du bénéficiaire des soins ont été acquises avec le service ADR.

Dans ces contextes, le professionnel de santé a la possibilité d'accorder à l'assuré le tiers payant sur la part obligatoire, indépendamment des droits AMO inscrits en carte.

Pour les Professionnels de Santé hors Pharmaciens :

L'accès au tiers payant AMO n'est pas limité par la date de fin de droits AMO, à l'exception des bénéficiaires « autre situation de migrant » et des bénéficiaires de soins adhérents à la Caisse des Français de l'Étranger.

Pour ces derniers, l'accès au tiers payant est interprété en fonction de l'information « date de fin droits AMO ». La date à prendre en compte pour examiner le droit au tiers payant est celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (définie dans l'annexe 2 du Cahier des Charges - Partie Détermination du taux de remboursement). Si cette date est supérieure à la date de fin de la période de droits AMO présente en carte, le tiers payant ne peut pas s'appliquer sans forçage (cf. annexe 1-forçage de l'accès au tiers payant).

.../...

3.2.2 Impacts Annexe 1-A

.../...

B4

§2.1.3.6 Affichage des périodes de droits AMO

Les périodes de droits ne doivent pas être affichées. Le progiciel doit afficher « Droits AMO ouverts » quelles que soient les périodes de droits AMO lues sur le support de droits AMO.

Cette règle d'affichage ne concerne pas les bénéficiaires « autre situation de migrant », ni les adhérents à la CFE pour lesquels le progiciel doit afficher les périodes de droits AMO : « droits AMO du xx/xx/20xx au xx/xx/20xx ».

.../...

.../...

B6

§4.2. La fonction « Mise en forme en-tête et fin de Fichier »

La fonction de **Mise en forme en-tête et fin de Fichier** a pour objet de restituer au progiciel du Professionnel de Santé des enregistrements d'en-tête et de fin de fichier destinés à encadrer les enregistrements des lots du fichier.

Dans le cas d'un remplacement, les champs le « type émetteur fichier » et « n° émetteur fichier » sont complétés avec le numéro de la structure émettrice.

Fonction à
utiliser

SSV_FormaterFichier

Fichier de FSE

Les paramètres
en entrée

10 Groupe *Caractéristiques fichier de FSE*

CRF de FSE

Critère de regroupement en fichier.

Information restituée par la fonction « *Mise en forme et sécurisation Lot* »

12 Groupe *Infos fichier de FSE*

Date du fichier

Date et heure d'élaboration du fichier

Nom du Fichier

Attribué par le progiciel du Professionnel de Santé (doit être différent d'un fichier à l'autre pour l'émetteur considéré)

Nombre total de lots dans le fichier

Longueur totale de l'ensemble des lots

Longueur exprimée en octets

Application

Cette zone peut être utilisée dans les échanges entre Professionnels de Santé et organisme concentrateur. La valeur de cette zone sera indiquée dans l'en-tête de fichier.

Type destinataire

CETELIC, MSA, Centre informatique régional, SNCF, Section des mutuelles nationales, etc.

Si le fichier concerne des lots de FSE du code régime 17 (Caisse des Français de l'Étranger), la donnée doit être valorisée à « FE ».

N° du destinataire

Composé de :

1. six zéros
2. le code régime
3. le code centre informatique
4. identification complémentaire renseignée avec l'organisme destinataire (voir table des organismes destinataires disponibles sur le site Internet du GIE SESAM-Vitale (www.sesam-vitale.fr))

14 Groupe Caractéristiques Emetteur de FSE**Type émetteur fichier**

TP : Professionnel de Santé autre qu'établissement,

TE : Etablissement ou Centre de soins

SI : Autres émetteurs (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens)

La valeur de ce champ doit être la même que celle renseignée dans le champ correspondant du groupe 8 lors de la mise en forme des lots correspondants.

N° émetteur fichier

si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé

si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).

La valeur de ce champ doit être la même que celle renseignée dans le champ correspondant du groupe 8 lors de la mise en forme des lots correspondants.

Zone de message

Zone de communication qui permet à l'expéditeur d'envoyer un message

3.2.3 Impacts Annexe 1-A0

.../...

B1

§2.4.13 1310-Groupe Organisme AMO

.../...

Règles de détermination de l'organisme destinataire et du centre informatique

Détermination de l'organisme destinataire

L'association du code régime, de la caisse gestionnaire et du centre gestionnaire permet de déterminer le code organisme destinataire et le code centre informatique.

Régimes	Code régime	Règle de détermination de l'organisme destinataire
Régime général	01	Le code <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i>
RATP	05	
ENIM	06	
Régime minier	07	
CNMSS	08	
CRPCEN	10	
Assemblée Nationale	14	
Sénat	15	
Port Autonome de Bordeaux	16	
CFE	17	
CAVIMAC	90	
MGPTT	92	
MNH	95	
Régime Agricole	02	Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est de type XX5, le code de l' <i>organisme destinataire</i> est XX1. Sinon le code de l' <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i> .
.../...	.../...	.../...

.../...

3.2.4 Impacts Annexe 2

.../...

B5

T2 - Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation effectué par un prescripteur

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>1) Principe général</p> <p>Le Taux de Remboursement associé à une situation d'exonération ou de modulation du Ticket Modérateur ainsi que le Code justificatif d'exonération du Ticket Modérateur afférent, sont déterminés dans les tables référencées à partir du Code Couverture restitué par le lecteur.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cas particulier du forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé : <p>La présentation d'une attestation d'ALD et du protocole de soins ALD par l'assuré doit être signalée au progiciel par le Professionnel de Santé. Dans ce cas, le progiciel doit modifier le code ALD (première position du code couverture) et le valoriser à 1.</p> <p>Pour le Régime SNCF,</p> <p>le code couverture issu du lecteur permet de déduire les règles de tarification à appliquer.</p> <p>La règle de tarification dépend du Professionnel de Santé à l'origine de la facturation.</p> <p>2) Tous régimes sauf SNCF et RSI</p> <p>En cas d'évolution de la situation du bénéficiaire, le code justificatif d'exonération à retenir est celui qui correspond au code couverture pour la détermination du taux de remboursement (Cf. règles T1, T1bis, T1 ter)</p> <p>3) Particularité SNCF : Lorsque le code couverture fait apparaître une application des taux du Régime Général de sécurité sociale, il y a lieu de faire abstraction des règles spécifiques au régime 04, et d'appliquer les règles du régime 01 pour la détermination des taux liés à la prestation en rapport avec une situation exonérante, aux soins particuliers exonérés ainsi que le taux de base.</p>	<p>Date de référence : <i>donnée intermédiaire calculée dans les règles T1 ou T1bis</i></p> <p>Date d'exécution : <i>(1610) : Saisi par le PS</i></p> <p>Code couverture : <i>Issue du lecteur</i></p> <p>Code régime : <i>Issu du lecteur</i></p> <p>Code gestion : <i>Issue du lecteur</i></p> <p>Code spécialité PS : <i>Issue du lecteur</i></p> <p>Code prestation : saisie</p> <p>Soins conformes au protocole ALD : saisie</p> <p>Soins en rapport avec accident : saisie</p> <p>Top présentation attestation ou protocole ALD : saisie</p> <p>Catégorie médicale de l'acte CCAM : issue de SRT_ConsulterDonnee(CCA M-12)</p> <p>Taux individu : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p> <p>Code justificatif d'exonération individu : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p>	<p>Table 8.1</p> <p>Tables 21.x</p>		<p>Pour la CCIP (code régime 12) l'ENIM (code régime 06), la CNMSS (code régime 08), les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale (code régime 14) les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat (code régime 15), la Caisse des Français de l'Etranger (code régime 17) et les sections locales mutualistes (codes régimes 91 à 96 et 99) :</p> <p>le code couverture sera de la forme " x01xx "..</p>

T2 bis- Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation effectué par un auxiliaire médical

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>1) Principe général</p> <p>Le Taux de Remboursement associé à une situation d'exonération ou de modulation du Ticket Modérateur ainsi que le Code justificatif d'exonération du Ticket Modérateur afférent, sont déterminés dans les tables référencées à partir du Code Couverture restitué par le lecteur.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cas particulier du forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé : <p>La présentation d'une attestation d'ALD et du protocole de soins par l'assuré doit être signalée au progiciel par le Professionnel de Santé. Dans ce cas, le progiciel doit modifier le code ALD (première position du code couverture) et le valoriser à 1.</p> <p>Pour le Régime SNCF,</p> <p>le code couverture issu du lecteur permet de déduire les règles de tarification à appliquer.</p> <p>La règle de tarification dépend du Professionnel de Santé à l'origine de la facturation.</p> <p>2) Particularité SNCF</p> <p>Lorsque le code couverture fait apparaître une application des taux du Régime Général de sécurité sociale, il y a lieu de faire abstraction des règles spécifiques au régime 04, et d'appliquer les règles du régime 01 pour la détermination des taux liés à la prestation en rapport avec une situation exonérante, aux soins particuliers exonérés ainsi que le taux de base.</p>	<p>Date de référence : <i>Donnée intermédiaire calculée dans la règle T1.</i></p> <p>Date d'exécution : (1610) : Saisi par le PS</p> <p>Code couverture : <i>Issue du lecteur</i></p> <p>Code régime : <i>Issue du lecteur</i></p> <p>Code gestion : <i>Issue du lecteur</i></p> <p>Code spécialité PS : <i>Issue du lecteur</i></p> <p>Code spécialité Prescripteur : saisie</p> <p>Code prestation : saisie</p> <p>Soins conformes au protocole ALD : saisie</p> <p>Top présentation attestation ou protocole ALD : saisie</p> <p>Soins en rapport avec accident : saisie</p> <p>Prescription d'un médecin SNCF : saisie</p> <p>Taux individu : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p> <p>Code justificatif d'exonération individu : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p>	Table 8.2		<p>Pour la CCIP (code régime 12)</p> <p>l'ENIM (code régime 06), la CNMSS (code régime 08)</p> <p>les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale (code régime 14)</p> <p>les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat (code régime 15), la Caisse des Français de l'Etranger (code régime 17)</p> <p>et les sections locales mutualistes (codes régimes 91 à 96 et 99) :</p> <p>le code couverture sera de la forme " x01xx ".</p>

T2 ter- Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un pharmacien ou un fournisseur

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>1) Principe général</p> <p>Le Taux de Remboursement associé à une situation d'exonération ou de modulation du Ticket Modérateur ainsi que le Code justificatif d'exonération du Ticket Modérateur afférent, sont déterminés dans les tables référencées à partir du Code Couverture restitué par le lecteur.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cas particulier du forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé : <p>La présentation d'une attestation d'ALD et du protocole de soins ALD par l'assuré doit être signalée au progiciel par le Professionnel de Santé. Dans ce cas, le progiciel doit modifier le code ALD (première position du code couverture) et le valoriser à 1.</p> <p>Pour le Régime SNCF,</p> <p>le code couverture issu du lecteur permet de déduire les règles de tarification à appliquer.</p> <p>La règle de tarification dépend du Professionnel de Santé à l'origine de la facturation.</p> <p>2) Particularité SNCF</p> <p>Lorsque le code couverture fait apparaître une application des taux du Régime Général de sécurité sociale, il y a lieu de faire abstraction des règles spécifiques au régime 04, et d'appliquer les règles du régime 01 pour la détermination des taux liés à la prestation en rapport avec une situation exonérante, aux soins particuliers exonérés ainsi que le taux de base.</p>	<p>Date de référence : <i>Donnée intermédiaire calculée dans la règle T1 ter.</i></p> <p>Date d'exécution : (1610) : <i>Saisi par le PS</i></p> <p>Code couverture : <i>Issue du lecteur</i></p> <p>Code régime : <i>Issue du lecteur</i></p> <p>Code gestion : <i>Issue du lecteur</i></p> <p>Code spécialité Prescripteur : saisie</p> <p>Code prestation : saisie</p> <p>Soins conformes au protocole ALD : saisie</p> <p>Top présentation attestation ou protocole ALD : saisie</p> <p>Soins en rapport avec accident : saisie</p> <p>Catégorie médicale de l'acte CCAM : issue de SRT_ConsumerDonnee(CCAM-12)</p> <p>Prescription imprimé 1032 ou médecin SNCF : saisie</p> <p>Taux individu : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p> <p>Code justificatif d'exonération individu : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p>	<p>Table 8.3</p> <p>Table 8.5</p> <p>Tables 21.x</p>		<p>Pour la CCIP (code régime 12)</p> <p>l'ENIM (code régime 06),</p> <p>la CNMSS (code régime 08)</p> <p>les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale (code régime 14)</p> <p>les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat (code régime 15), la Caisse des Français de l'Etranger (code régime 17)</p> <p>et les sections locales mutualistes (codes régimes 91 à 96 et 99) :</p> <p>le code couverture sera de la forme " x01xx ".</p>

T2 quater- Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un laboratoire d'analyses de biologie médicale

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>1) Principe général</p> <p>Le Taux de Remboursement associé à une situation d'exonération ou de modulation du Ticket Modérateur ainsi que le Code justificatif d'exonération du Ticket Modérateur afférent, sont déterminés dans les tables référencées à partir du Code Couverture restitué par le lecteur.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cas particulier du forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé : <p>La présentation d'une attestation d'ALD et du protocole de soins ALD par l'assuré doit être signalée au progiciel par le Professionnel de Santé. Dans ce cas, le progiciel doit modifier le code ALD (première position du code couverture) et le valoriser à 1.</p> <p>Pour le Régime SNCF,</p> <p>le code couverture issu du lecteur permet de déduire les règles de tarification à appliquer.</p> <p>La règle de tarification dépend du Professionnel de Santé à l'origine de la facturation.</p> <p>2) Particularité SNCF</p> <p>Lorsque le code couverture fait apparaître une application des taux du Régime Général de sécurité sociale, il y a lieu de faire abstraction des règles spécifiques au régime 04, et d'appliquer les règles du régime 01 pour la détermination des taux liés à la prestation en rapport avec une situation exonérante, aux soins particuliers exonérés ainsi que le taux de base.</p>	<p>Date de référence : <i>donnée intermédiaire calculée dans la règle T1.</i></p> <p>Date d'exécution : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Code couverture : <i>Issue du lecteur</i></p> <p>Code régime : <i>Issue du lecteur</i></p> <p>Code gestion : <i>Issue du lecteur</i></p> <p>Code spécialité Prescripteur : saisie</p> <p>Code prestation : saisie</p> <p>Soins conformes au protocole ALD : saisie</p> <p>Top présentation attestation ou protocole ALD : saisie</p> <p>Soins en rapport avec accident : saisie</p> <p>Prescription médecin SNCF : saisie</p> <p>Taux individu : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p> <p>Code justificatif d'exonération individu : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p>	Table 8.4		<p>Pour la CCIP (code régime 12)</p> <p>l'ENIM (code régime 06),</p> <p>la CNMSS (code régime 08),</p> <p>les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale (code régime 14),</p> <p>les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat (code régime 15), la Caisse des Français de l'Etranger (code régime 17)</p> <p>et les sections locales mutualistes (codes régimes 91 à 96 et 99) :</p> <p>le code couverture sera de la forme "x01xx".</p>

T2-quint - Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour une FSE en l'absence de code couverture

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>En l'absence de code couverture, le taux de remboursement ainsi que le code justificatif d'exonération ou de modulation du ticket modérateur afférent sont déterminés dans la table référencée à partir d'un libellé.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cas particulier du forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé : dans ce cas le progiciel doit valoriser à "oui" la réponse à la question "soins conformes au protocole de soins ALD ?" 	<p>Date de référence : <i>donnée intermédiaire calculée dans la règle T1 et T1ter.</i></p> <p>Date d'exécution : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Libellé : Issu du consultant *</p> <p>Taux individu : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p> <p>Code justificatif d'exonération individu : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p>	<p>Table 50.1</p> <p>Table 50.2</p> <p>Table 50.4</p> <p>Table 50.6</p>		<p>Pour :</p> <p>la CCIP (code régime 12),</p> <p>l'ENIM (code régime 06),</p> <p>la CNMSS (code régime 08),</p> <p>les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale (code régime 14),</p> <p>les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat (code régime 15), la Caisse des Français de l'Etranger (code régime 17)</p> <p>la CAVIMAC (code régime 90),</p> <p>le Port Autonome de Bordeaux (code régime 16),</p> <p>et les sections locales mutualistes (codes régimes 91 à 96 et 99),</p> <p>les libellés sont identiques.</p> <p>Par conséquent, il faut utiliser la table 50.1 pour ces régimes.</p> <p>Consulteur : outil de consultation de la carte Vitale 1.</p>

.../...

3.2.5 Impacts Annexe 2bis

.../...

B2

Table 11.1 Régimes dont les assurés sont couverts pour le risque AT

Régime	Risque AT
01	O
02	O
03	N
04	O
05	O
06	O
07	O
08	O
10	O
12	O
14	O
15	O
16	O
17	O
.../...	.../...

Table 11.2 Régimes autorisant l'envoi d'une FSE AT

Code régime	Caisse gestionnaire	Centre gestionnaire	FSE AT
.../...			.../...
17			N
91 à 96			N
.../...			.../...

.../...

.../...

B3

Table 15.2 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la situation du bénéficiaire des soins

	Code Régime	Code Caisse	Code centre	NIR	Age min	Age max	Top AME de base saisi par le PS*
Bénéficiaires de moins de 16 ans							
	Tous	toutes	tous	tous	so	16	so
AME de base							
	Tous	toutes	tous	tous	so	so	oui
Migrants de passage							
	Tous	toutes	tous	5 xx xx xx xxx xxx xx 6 xx xx xx xxx xxx xx	so	so	so
NIR Fictif							
	Tous	toutes	tous	2 55 55 55 xxx 041 xx	so	so	so
Mahorais							
	Tous	976	tous	tous	so	so	so
	02	941	tous	tous	so	so	so
Caisse des Français de l'Etranger							
	17	Toutes	tous	tous	so	so	so

.../...

4 Impacts dans le référentiel Dispositif intégré

4.1 Synthèse des impacts



Les tableaux de synthèse ci-après reprennent les impacts détaillés pour chaque besoin au §2 ci-avant et les présentent pour chaque document du référentiel dispositif intégré, dans l'ordre du document.

Documents CDC	Partie impactée	Nature de l'impact	Besoin
Rh-integ-dsf-020 partie 1	§4.1.1.2.6	Préciser que le progiciel doit également afficher les périodes de droits AMO pour les bénéficiaires de soins affiliés à la CFE	B4
	§4.1.1.2.8.4	Indiquer dans ce paragraphe que le tiers payant AMO n'est pas applicable aux adhérents CFE si leur date de fin de droits AMO est dépassée pour les PS hors pharmaciens.	B4
Rh-integ-dsf-023	1.4	Ajout de la valeur FE pour la donnée Type destinataire	B6
	1.5	Ajout du libellé du régime 17	B1
Rh-integ-dsf-026		Ajouter une règle de détermination de l'organisme destinataire pour le régime CFE.	B1
Rh-integ-dsf-022		Voir impacts Annexe 2 du cdc	
Rh-integ-dsf-022b		Voir impacts Annexe 2bis du cdc	

4.2 Détail des impacts : Référentiel Dispositif intégré

4.2.1 Impacts Rh-integ-dsf-020 spécification de l'application partie 1

.../...

B4

§4.1.1.2.6 Affichage des périodes de droits AMO

Les périodes de droits ne doivent pas être affichées. Le dispositif intégré doit afficher « Droits AMO ouverts » quelles que soient les périodes de droits AMO lues sur le support de droits AMO.

Cette règle d'affichage ne concerne pas les bénéficiaires « autre situation de migrant », ni les adhérents à la CFE pour lesquels le dispositif intégré doit afficher les périodes de droits AMO : « droits AMO du xx/xx/20xx au xx/xx/20xx ».

.../...

B4

§4.1.1.2.8.4 Accès au tiers payant conditionné par la mise à jour de la carte

Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens :

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

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

L'accès au tiers payant est interprété en fonction de l'information « date de fin droits AMO ».

La date à prendre en compte pour examiner le droit au tiers payant est celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (définie dans l'annexe 2 du Cahier des Charges - Partie Détermination du taux de remboursement).

Si cette date est supérieure à la date de fin de la période de droits AMO présente en carte ou s'il n'y a pas de période de droits AMO remontée de la lecture de la carte.

Le dispositif intégré doit informer le Professionnel de Santé que la carte n'est pas à jour.

Le message à afficher est le suivant : « La carte Vitale doit être mise à jour. Dans le cas contraire, l'application du tiers payant AMO générera un forçage transmis dans la FSE. ».

Dans ce cas le tiers payant ne peut pas s'appliquer sans forçage. Pour bénéficier à nouveau du tiers payant sans forçage, le bénéficiaire doit effectuer la mise à jour de sa carte (cf. § Forçage de l'accès au tiers payant)

Ce principe s'applique pour toutes les situations d'accès au tiers payant y compris les situations particulières décrites ci-après.

Dans le cas où la « date de fin de droit AMO » est non renseignée (la date de début étant renseignée) l'accès au tiers payant n'est pas limité dans le temps.

Cette règle ne concerne pas :

les factures en nature d'assurance SMG,
 les factures en contexte APIAS,
 les factures dont les informations du bénéficiaire des soins ont été acquises avec le service ADR.

Dans ces contextes, le professionnel de santé a la possibilité d'accorder à l'assuré le tiers payant sur la part obligatoire, indépendamment des droits AMO inscrits en carte.

Pour les Professionnels de Santé hors Pharmaciens :

L'accès au tiers payant AMO n'est pas limité par la date de fin de droits AMO, à l'exception des bénéficiaires « autre situation de migrant ». **et des bénéficiaires de soins adhérents à la Caisse des Français de l'Etranger.**

Pour ces derniers, l'accès au tiers payant est interprété en fonction de l'information « date de fin droits AMO ». La date à prendre en compte pour examiner le droit au tiers payant est celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (définie dans le document rh-integ-dsf-022- Partie Détermination du taux de remboursement). Si cette date est supérieure à la date de fin de la période de droits AMO présente en carte, le tiers payant ne peut pas s'appliquer sans forçage (cf. § Forçage de l'accès au tiers payant).

4.2.2 Impacts Rh-integ-dsf-023 tableaux de valeurs

.../...

B6

§1.4 Table de valeur de la donnée FIC_TYP_DEST

Code régime	Type de destinataire	Signification
02	MA	MSA
03	SR	Centre Informatique régional (RSI)
04	CF	CPRSNCF
05	RP	RATP
06	EN	Etablissement National des Invalides de la Marine
07	RM	Régime minier de Sécurité Sociale
08	CM	Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale
10	CE	Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires
12	CI	Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris
14	AN	Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale
15	SE	Caisses autonomes de sécurité sociale du SENAT

Code régime	Type de destinataire	Signification
16	PB	Caisse de prévoyance du personnel titulaire du port autonome de Bordeaux
17	FE	Caisse des Français de l'étranger - CFE
90	CC	Caisse d'assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes - CAVIMAC
91 à 96 et 99	SM	Sections locales mutualistes
autres	CT	CETELIC

.../...

B1

§1.5 Table de valeur de la donnée FAC_BEN_COD_REG

Code régime	Signification
01	Régime Général
02	Régime Agricole
03	<i>Régime des salariés Indépendants(RSI)</i>
04	Caisses de Prévoyance et de Retraite de la SNCF – CPR SNCF
05	Régime spécial de la Régie Autonome des Transports Parisiens - RATP
06	Etablissement National des Invalides de la Marine - ENIM
07	Régime minier de Sécurité Sociale
08	Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale - CNMSS
10	Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaire - CRPCEN
12	Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris - CCIP
14	Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale
15	Caisses autonomes de sécurité sociale du SENAT
16	Caisse de Prévoyance du Personnel titulaire du Port Autonome de Bordeaux
17	Caisse des Français de l'étranger - CFE
90	Caisse d'assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes - CAVIMAC
.../...	.../...

4.2.3 Impacts Rh-integ-dsf-026 organismes destinataires



Règles de détermination de l'organisme destinataire et du centre informatique

- Détermination de l'organisme destinataire

L'association du code régime, de la caisse gestionnaire et du centre gestionnaire permet de déterminer le code organisme destinataire et le code centre informatique.

Régimes	Code régime	REGLE DE DETERMINATION DE L'ORGANISME DESTINATAIRE
Régime général	01	Le code <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i>
RATP	05	
ENIM	06	
Régime minier	07	
CNMSS	08	
CRPCEN	10	
Assemblée Nationale	14	
Sénat	15	
Port Autonome de Bordeaux	16	
CFE	17	
CAVIMAC	90	
MGPTT	92	
MNH	95	
Régime Agricole	02	Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est de type XX5, le code de <i>l'organisme destinataire</i> est XX1. Sinon le code de <i>l'organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i> .
.../...	.../...	.../...

4.2.4 Impacts Rh-integ-dsf-022 et Rh-integ-dsf-022b

Se reporter au annexe 2 et annexe 2bis du cahier des charges SESAM-Vitale.

5 Impacts dans le référentiel TLA

5.1 Synthèse des impacts



Les tableaux de synthèse ci-après reprennent les impacts détaillés pour chaque besoin au §2 ci-avant et les présentent pour chaque document du référentiel TLA, dans l'ordre du document.

Documents CDC	Partie impactée	Nature de l'impact	Besoin
Rh-tla-dsf-003 <i>partie 1</i>	§2.2.2	Préciser que le progiciel doit également afficher les périodes de droits AMO pour les bénéficiaires de soins affiliés à la CFE	B4
	§2.2.3.5	Indiquer dans ce paragraphe que le tiers payant AMO n'est pas applicable aux adhérents CFE si leur date de fin de droits AMO est dépassée pour les PS hors pharmaciens.	B4
Rh-integ-dsf-022		Voir impacts Annexe 2 du cdc	
Rh-integ-dsf-022b		Voir impacts Annexe 2bis du cdc	

5.2 Détail des impacts : Référentiel TLA

5.2.1 Impacts Rh-tla-dsf-003 application TLA-Elaboration FSE visite

.../...

B4

§2.2.2 Affichage des périodes de droits AMO

Les périodes de droits ne doivent pas être affichées. Le TLA doit afficher « Droits AMO ouverts » quelles que soient les périodes de droits AMO lues sur le support de droits AMO.

Cette règle d'affichage ne concerne pas les bénéficiaires « autre situation de migrant », ni les adhérents à la CFE pour lesquels le TLA doit afficher les périodes de droits AMO : « droits AMO du xx/xx/20xx au xx/xx/20xx ».

.../...

B4

§2.2.3.5 Accès au tiers payant conditionné par la mise à jour de la carte

.../...

L'accès au tiers payant AMO n'est pas limité par la date de fin de droits AMO, à l'exception des bénéficiaires « autre situation de migrant » et des bénéficiaires de soins adhérents à la Caisse des Français de l'Etranger.

Pour ces derniers, l'accès au tiers payant est interprété en fonction de l'information « date de fin droits AMO ». La date à prendre en compte pour examiner le droit au tiers payant est celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (définie dans le document rh-integ-dsf-022- Partie Détermination du taux de remboursement). Si cette date est supérieure à la date de fin de la période de droits AMO présente en carte, le tiers payant ne peut pas s'appliquer sans forçage (cf. § Forçage de l'accès au tiers payant).

Cette règle ne concerne pas :

- les factures en nature d'assurance SMG,
- les factures en contexte APIAS,

Dans ces contextes, le professionnel de santé a la possibilité d'accorder à l'assuré le tiers payant sur la part obligatoire, indépendamment des droits AMO inscrits en carte.

5.2.2 Impacts Rh-integ-dsf-022 et Rh-integ-dsf-022b

Se reporter au **x** annexe 2 et annexe 2bis du cahier des charges SESAM-Vitale.