

**G.I.E. SESAM-VITALE**

**Complément à  
L'Addendum N°2bis au Cahier des Charges  
SESAM-Vitale Version 1.40**

**Juillet 2006**

**G.I.E. SESAM-VITALE**

**5 boulevard Alexandre Oyon 72019 LE MANS CEDEX 2**

**Standard 02 43 57 42 00 - Fax 02 43 87 78 42**



Le 13/07/2006	Cahier des charges SESAM-Vitale, ordonnance du 24/04/96 Version 1.40	Complément à version 1.13
---------------	---	------------------------------

## SOMMAIRE

<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>4</b>
<b>2. FORÇAGE DE LA PART AMO PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE</b>	<b>5</b>
2.1 PRINCIPE	5
2.2 IMPACTS SUR LE CDC EDITEURS	5
2.2.1 <i>Impact Corps du cahier des charges</i>	5
2.2.2 <i>Impact Annexe I-A</i>	6
<b>3. CONTRAT RESPONSABLE, TABLES DE CONVENTIONS ET FICHIERS NORMES</b>	<b>8</b>
3.1 CONTRAT RESPONSABLE	8
3.1.1 <i>Impact Corps du cahier des charges</i>	8
3.2 TABLES DES CONVENTIONS PAR PROFESSIONNEL DE SANTE	9
3.2.1 <i>Impact Corps du cahier des charges</i>	9
3.3 IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE SANTE DANS LE MESSAGE DE FICHIERS NORMES	9
3.3.1 <i>Impact Annexe 4</i>	10
3.4 CORRECTIONS DIVERSES	10
3.4.1 <i>Impact Corps du cahier des charges</i>	10
3.4.2 <i>Impact Annexe 3</i>	11
<b>4. ACCES AU TIERS PAYANT</b>	<b>12</b>
4.1 PRINCIPE	12
4.1.1 <i>Impact Corps du cahier des charges</i>	12
<b>5. MENTION SUR L'ORDONNANCE</b>	<b>13</b>
5.1 PRINCIPE	13
5.1.1 <i>Impact Corps du cahier des charges</i>	13
<b>6. CORRECTIONS ET PRECISIONS DIVERSES</b>	<b>14</b>
6.1 CORRECTIONS DIVERSES	14
6.1.1 <i>Impact Annexe I-A</i>	14
6.1.2 <i>Impact Annexe I-A0</i>	15
6.1.3 <i>Impact Annexe 2</i>	18

Le 13/07/2006	Cahier des charges SESAM-Vitale, ordonnance du 24/04/96 Version 1.40	Complément à version 1.13
---------------	---	------------------------------

## 1. INTRODUCTION

Ce document présente les compléments apportés à l'addendum 2 bis du Cahier des Charges SESAM-Vitale. Il est applicable à l'ensemble des éditeurs.

Ce document est constitué de 5 parties dont les thèmes sont les suivants :

1. Forçage du montant remboursable AMO niveau acte;
2. Table de convention et fichiers normés et Contrat responsable;
3. Accès au tiers payant,
4. Mention sur l'ordonnance,
5. Corrections et précisions diverses.

Ce document signale les documents (corps et annexes) et les parties des documents constituant le Cahier des Charges SESAM-Vitale qui sont impactés.

Ces thèmes concernent tout ou partie des éditeurs selon la famille du Professionnel de Santé :

<b>THEME</b>	<b>FAMILLES DE PROFESSIONNEL DE SANTE CONCERNEES</b>
<b>Forçage du montant remboursable AMO niveau acte</b>	Tous Professionnels de Santé
<b>Table de convention et fichiers normés et Contrat responsable</b>	Tous Professionnels de Santé
<b>Accès au tiers payant</b>	Tous Professionnels de Santé
<b>Mention sur l'ordonnance</b>	Les prescripteurs
<b>Corrections et précisions diverses</b>	Tous Professionnels de Santé

### Consigne d'implémentation

Les éditeurs doivent implémenter dans le champ 'sujet' du message SMTP transmis à l'organisme d'assurance maladie, la référence « SVxxxxxx » (ou « DRxxxxxx ») 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.

Le 13/07/2006	Cahier des charges SESAM-Vitale, ordonnance du 24/04/96 Version 1.40	Complément à version 1.13
---------------	---	------------------------------

## 2. FORÇAGE DE LA PART AMO PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE

### 2.1 Principe

➤ Modification par le Professionnel de Santé des « **montant remboursable par l'AMO** » au niveau acte.

Afin de permettre la prise en compte rapide de toutes évolutions réglementaires impactant le calcul du « **montant remboursable par l'AMO** » d'un acte, il est demandé au progiciel de permettre au Professionnel de Santé le forçage de ce montant.

### 2.2 Impacts sur le CDC Editeurs

#### 2.2.1 Impact Corps du cahier des charges

➤ *Modification du paragraphe comme suit :*

##### § 4.2.1.1 Schéma d'élaboration de la FSE et/ou d'une DRE (fonctionnement nominal)

.../...

##### *Changement des éléments de facturation*

Un changement fondamental telle qu'une modification des données relatives au Professionnel de Santé, au bénéficiaire, entraîne une reprise complète du processus de facturation.

Une modification de la prestation ou des données de tarification AMO doit conduire le progiciel à reprendre le processus au niveau de l'acquisition des données de prestation et de tarification AMO, notamment le contrôle complet CCAM.

Exception à cette règle : en cas de forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'un acte le progiciel ne doit pas reprendre le processus au niveau de l'acquisition des données de prestations et de tarification AMO.

Remarque : Le forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'un acte peut avoir un impact sur le « **montant théorique remboursable par l'AMC** » et peut éventuellement nécessiter le forçage de ce montant.

Un changement d'organisme complémentaire ou un changement d'identification AMC du bénéficiaire des soins, après la tarification complémentaire, doit conduire le progiciel à refaire l'enrichissement des données de la facture sur la partie complémentaire.

.../...

Le 13/07/2006	Cahier des charges SESAM-Vitale, ordonnance du 24/04/96 Version 1.40	Complément à version 1.13
---------------	---	------------------------------

## 2.2.2 Impact Annexe1-A

➤ *Modification du paragraphe suivant :*

### § 3.3.3.4 Valorisation de l'indicateur de forçage AMO pour une prestation CCAM

.../...

*Forçage des données de la facture*

.../...

Si le Professionnel de Santé effectue des corrections suite aux diagnostics qui lui sont présentés, il est recommandé au progiciel de reprendre le processus de constitution de la facture depuis le début, afin de vérifier toutes les règles de contrôle et recalculer les éléments de tarification. Le progiciel a obligation de repasser le "Contrôle Complet CCAM".

Dans le cas contraire, (le Professionnel de Santé n'effectue aucune correction) cela revient à confirmer les forçages. Le Progiciel doit ajouter à la zone d'échange facture fournie en entrée de la fonction SSV « Formater Factures », les groupes 2000 restitués par le « Contrôle Complet CCAM », afin que les indicateurs de forçage soient transmis dans le flux. Le flux peut alors être mis en forme et transmis.

**Exception** : pour une ligne d'acte donnée, en cas de forçage cumulé qui comporte le forçage du « montant remboursable par l'AMO », le progiciel doit modifier la valeur de l'indicateur de forçage fournie par le Contrôle Complet CCAM comme précisé au § ci-après « § 3.3.5 Cumul de plusieurs forçage de niveau acte ».

.../...

➤ *Ajout des paragraphes suivants :*

### § 3.3.4 Forçage du « montant remboursable par l'AMO »

Pour chaque acte de la facture, le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier le « **montant remboursable par l'AMO** », calculé par le progiciel.

⇒ L'indicateur de forçage ③ sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « **5** ».

En cas de forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'une ou plusieurs lignes d'acte de la facture, le progiciel est tenu de :

- garantir l'exactitude du montant « total remboursable par l'AMO » (champ 1910-3),
- Vérifier, pour chaque ligne d'acte, le respect du principe de « non-enrichissement sans cause » à savoir que la somme du « **montant remboursable par l'AMO** » (champ 1610-14) et du « montant théorique remboursable par l'AMC » (champ 1610-15) est nécessairement inférieur ou égal au « montant des honoraires » (champ 1610-6).

Dés lors que le « **montant remboursable par l'AMO** » est forcé, il convient de recalculer le « montant théorique remboursable par l'AMC ».

#### **Mise en œuvre**

Il est recommandé au progiciel d'offrir au Professionnel de Santé la possibilité de forcer le « **montant remboursable par l'AMO** » après le calcul par le progiciel lui-même de cette part AMO. Ainsi ce forçage consistera pour le Professionnel de Santé en une correction du calcul du progiciel, sur la base de consignes transmises par l'Assurance Maladie.

Le 13/07/2006	Cahier des charges SESAM-Vitale, ordonnance du 24/04/96 Version 1.40	Complément à version 1.13
---------------	---	------------------------------

### § 3.3.5 Cumul de plusieurs forçage de niveau acte

En cas de forçage multiple pour une même ligne d'acte, l'indication du forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » est nécessairement **prioritaire**.

Ainsi les cas de cumuls possibles et le renseignement de l'indicateur de forçage ③ sont présentés dans le tableau ci-après :

		Montant remboursable par l'AMO	Eléments de tarification NGAP	Eléments liés aux codes regroupements CCAM	Eléments de tarification CCAM
		5	A ou C	N	Ω <sup>(*)</sup>
Montant remboursable par l'AMO	5	5	5	5	5
Eléments de tarification NGAP	A ou C	5	A ou C	Cas de cumul non possible	Cas de cumul non possible
Eléments liés aux codes regroupements CCAM	N	5	Cas de cumul non possible	N	Ω
Eléments de tarification CCAM	Ω <sup>(*)</sup>	5	Cas de cumul non possible	Ω	Ω

(\*) Ω représente la valeur retournée par le Contrôle Complet CCAM.

Ainsi, en cas de forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 5 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur retournée par le service Contrôle Complet CCAM dans le groupe 2000.

➤ **Repositionnement de paragraphe comme suit :**

Le § 3.3.4 Principes de forçage au regard de la tarification AMC est renuméroté et devient le § **3.3.6** Principes de forçage au regard de la tarification AMC

Le 13/07/2006	Cahier des charges SESAM-Vitale, ordonnance du 24/04/96 Version 1.40	Complément à version 1.13
---------------	---	------------------------------

### 3. CONTRAT RESPONSABLE, TABLES DE CONVENTIONS ET FICHIERS NORMES

#### 3.1 Contrat responsable

Les prescriptions des médecins correspondants sont également concernées par les contrats responsables.

##### 3.1.1 Impact Corps du cahier des charges

➤ *Ajout comme suit :*

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

.../...

##### *Contrats responsables*

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

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

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

Le 13/07/2006	Cahier des charges SESAM-Vitale, ordonnance du 24/04/96 Version 1.40	Complément à version 1.13
---------------	---	------------------------------

## 3.2 Tables des conventions par Professionnel de Santé

La table de conventions représente les conventions individuelles entre un Professionnel de Santé et des AMC, en théorie le progiciel doit installer une table de conventions par Professionnel de Santé.

Dans le cas des cabinets de groupe, où le progiciel SESAM-Vitale est partagé par plusieurs Professionnels de Santé, il est autorisé d'installer une seule table de conventions commune à plusieurs Professionnels de Santé, seulement si ces Professionnels de Santé ont la même spécialité.

Cela peut faciliter les opérations d'alimentation de la table de conventions.

### 3.2.1 Impact Corps du cahier des charges

➤ *Ajout du paragraphe comme suit :*

#### §4.2.1.5 Détermination du contexte conventionnel au regard de la complémentaire

##### §4.2.1.5 1 Introduction

.../...

Les règles présentes ne concernent que les flux SESAM-Vitale du présent Cahier des charges et ne concernent pas la génération des flux AMC existants. Cependant, il est recommandé d'assurer une continuité avec les informations concernant la génération des flux AMC existants, afin d'éviter au Professionnel de Santé de les ressaisir complètement lorsque celui-ci bascule en SESAM-Vitale.

Par ailleurs, dans le cas des cabinets de groupes (ex : cabinet de radiologie), où le progiciel SESAM-Vitale est partagé par plusieurs Professionnels de Santé, le Progiciel doit prévoir une table de conventions par Professionnel de Santé. Cependant il est toléré qu'il soit installé une seule table de convention communes à plusieurs Professionnels de Santé si et seulement si ceux-ci ont la même spécialité.

Les conventions contenues dans la table des conventions pour SESAM-Vitale sont :

- en gestion séparée, les conventions de télétransmission en tiers payant ou en hors tiers payant,
- en gestion unique, les conventions de tiers payant (la télétransmission des informations relatives à la complémentaire est couverte par la télétransmission de la FSE).

.../...

## 3.3 Identification du Professionnel de Santé dans le message de fichiers normés

Lorsque des Professionnels de Santé partagent la même boîte aux lettres SESAM-Vitale par exemple pour un cabinet de groupe, le progiciel ne peut pas lier les fichiers normés reçus au Professionnel de Santé concerné, ce qui peut gêner la mise à jour des tables de conventions.

La modification consiste à ajouter dans l'entête SMTP l'identification du Professionnel de Santé. Il s'agit de modifier le champ "Subject" sous la forme "CONV/exercice/compostage/n" où "exercice" est l'identification du Professionnel de Santé, identique à celle utilisée dans l'entête des messages contenant les Factures et les ARL.

D'autre part, dans le cas où 1 seul fichier normé est envoyé, une modification est réalisée au niveau du champ "n" de l'entête SMTP pour la réception des fichiers normés, afin de préciser le type du fichier reçu. Il s'agira soit du fichier de convention normé, la valeur de "n" sera "C"; soit du fichier de regroupement normé, la valeur de "n" sera "R".

Réf. PDT-CDC-051	G.I.E SESAM-VITALE	Page 9 / 19
------------------	--------------------	-------------

Le 13/07/2006	Cahier des charges SESAM-Vitale, ordonnance du 24/04/96 Version 1.40	Complément à version 1.13
---------------	---	------------------------------

### 3.3.1 Impact Annexe 4

➤ *Ajout du paragraphe comme suit :*

#### § 13 Profil du message DE SERVICE SMTP contenant les fichiers normés

Les messages SMTP transportant les fichiers de conventions et de regroupements normés respectent les formats SMTP et MIME ainsi que les règles suivantes.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

#### § 13 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques s'appliquent à ce message SMTP :

- Ce message SMTP contient deux fichiers ;
- le champ expéditeur ("**From**") contient l'adresse de l'émetteur du message SMTP
- le champ destinataire ("**To**") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ;
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("**Subject**") contient la référence " **CONV/exercice/compostage/n**" où :
  - "**exercice**" ce champ est le même que celui utilisé dans les messages de factures et les ARL. Il permet ici d'identifier le Professionnel de Santé dans le cas où plusieurs Professionnel de Santé partage la même BAL, il contient soit :
    - pour un Professionnel de Santé ou un établissement ou un centres de soins, le numéro d'identification facturation Professionnel de Santé et sa clé (9 caractères),
    - pour autres (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens), le N° est attribué par l'organisme d'assurance maladie, de préférence le numéro SIRET),
  - "**compostage**" est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMMSS" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2) ;
  - "**n**" définit est le nombre de fichiers contenu dans le message SMTP maximum 2 et le type de fichier lorsqu'il y a un seul fichier dans la message. Le champ « n » peut prendre les valeurs suivantes :
    - "C " : cette valeur signifie qu'il y a un seul fichier en pièce jointe, c'est le fichier de **convention** normé
    - "R " : cette valeur signifie qu'il y a un seul fichier en pièce jointe, c'est le fichier de **regroupement** normé
    - "2 " : cette valeur signifie qu'il y a deux fichiers en pièce jointe, le fichier de **convention** normé et le fichier de **regroupement** normé.
- le délimiteur entre chaque champ est le caractère " / " ;

.../...

## 3.4 Corrections diverses

### 3.4.1 Impact Corps du cahier des charges

Le titre de l'annexe 3 reporté dans le corps du cahier des charges n'était pas complet.

➤ *Modification comme suit :*

Réf. PDT-CDC-051	G.I.E SESAM-VITALE	Page 10 / 19
------------------	--------------------	--------------

Le 13/07/2006	Cahier des charges SESAM-Vitale, ordonnance du 24/04/96 Version 1.40	Complément à version 1.13
---------------	---	------------------------------

### §1.2.3 Annexes

.../...

- **Annexe 3** : Format et procédures d'échange des fichiers de conventions et de regroupements normés et format du fichier de correspondance normé

.../...

### 3.4.2 Impact Annexe 3

➤ *Suppression et modification comme suit :*

#### §4.4.2 Fichiers de conventions normés

.../...

Exemple de convention non groupée

M;1;01,12;;Convention signée entre l'organisme ZZZZ et les médecins généralistes et les pédiatres;NNNN;Organisme ZZZZ;0;RO;02???????;T;123456789;Organisme UUUU;0;R; ; ; ; ; ; ; ;

Dans cet exemple,

1. Code action = « ~~→~~ → » ~~Annule et remplace~~ « M » → Modification: la convention a fait l'objet d'une modification
2. Liste de codes catégories = « 1 » → Médecin
3. Liste des spécialités = « 01,12 » → Médecine générale, Pédiatrie
4. Référence de convention : non renseigné
5. Message = « Convention signée entre l'organisme ZZZZ et les médecins généralistes et les pédiatres »

Le 13/07/2006	Cahier des charges SESAM-Vitale, ordonnance du 24/04/96 Version 1.40	Complément à version 1.13
---------------	---	------------------------------

## 4. ACCES AU TIERS PAYANT

### 4.1 Principe

Précision sur l'accès au tiers payant, afin de lever les ambiguïtés d'interprétation.

L'accès au tiers payant est conditionné par la mise à jour de la carte Vitale (addendum 2 bis).

Cependant, des situations du bénéficiaire définies réglementairement imposent aux Professionnels de Santé l'application du tiers payant.

Dans ces deux cas, le Professionnel de Santé a la possibilité de pratiquer un tiers payant mais en pratiquant un « forçage ».

#### 4.1.1 Impact Corps du cahier des charges

➤ *Modification du paragraphe comme suit :*

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

###### *Restitution de plusieurs codes situations*

Dans ce contexte, lorsque l'application de la règle T1 (Cf. annexe 2) conduit à identifier plusieurs codes situations pour un même traitement, alors il convient d'élaborer une FSE et une DRE par code situation.

Ce principe de rupture des factures électroniques est valable dans les deux situations suivantes :

- lorsque l'évolution de la situation du bénéficiaire des soins est favorable,
- en cas de succession d'actes isolés facturés en fin de traitement par un prescripteur (exemples : séance de désensibilisation, succession d'actes dentaires isolés facturés sur une même FSE).

###### *Date de fin de droits*

Si la date de fin de droits de base est dépassée, le progiciel ne doit pas bloquer la réalisation de la FSE. Il est recommandé qu'il ne signale pas non plus cette situation au Professionnel de Santé.

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

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

Dès lors que cette « date de fin de droit AMO » est dépassée à la date de référence (cf. annexe 1-A § Lecture Droits Vitale), le progiciel doit informer le Professionnel de Santé ~~qu'il convient au bénéficiaire de mettre à jour sa carte et que le tiers payant ne peut donc pas s'appliquer sans forçage.~~ que la carte n'est pas à jour. 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-A § 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 l'accès au tiers payant n'est pas limité dans le temps.

###### *Situation particulières du bénéficiaire au regard de l'accès au tiers payant*

- CMU

Dans le cas où le progiciel identifierait un bénéficiaire de la CMU Complémentaire, il doit proposer au Professionnel de Santé l'application du tiers payant sur la part obligatoire.

- Sortants de CMU-C

Réf. PDT-CDC-051	G.I.E SESAM-VITALE	Page 12 / 19
------------------	--------------------	--------------

Le 13/07/2006	Cahier des charges SESAM-Vitale, ordonnance du 24/04/96 Version 1.40	Complément à version 1.13
---------------	---	------------------------------

Dans le cas où le progiciel identifierait un sortant de CMU-C, il doit proposer au Professionnel de Santé l'application du tiers payant sur la part obligatoire.

**La situation du bénéficiaire permet** l'application du tiers payant sur la part obligatoire **qui** est conditionnée aux dates de validité lues en zone service AMO bénéficiaire ou en zone mutuelle de la carte Vitale ou lues sur l'attestation AMO.

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

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 l'application du tiers payant sur la part obligatoire.

**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 de la carte Vitale ou lues sur l'attestation AMO ;
- le contexte de la prestation : celle-ci doit être réalisée dans le cadre du parcours coordonné de soins.

.../...

## 5. MENTION SUR L'ORDONNANCE

### 5.1 Principe

Afin de respecter l'arrêté du 29 août 1983 (JO du 31/08/1983) qui stipule que les ordonnances doivent comporter un original et un volet établi par duplication.

Une recommandation est mentionnée dans le corps du cahier des charges.

#### 5.1.1 Impact Corps du cahier des charges

➤ *Modification du paragraphe comme suit :*

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

.../...

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

.../...

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

Le 13/07/2006	Cahier des charges SESAM-Vitale, ordonnance du 24/04/96 Version 1.40	Complément à version 1.13
---------------	---	------------------------------

## 6. CORRECTIONS ET PRECISIONS DIVERSES

### 6.1 Corrections diverses

#### 6.1.1 Impact Annexe1-A

<b>CORRECTION</b>	Ajout de la table 12 parmi les tables forçables citées au § 3.3.1
-------------------	---

➤ <i>Modification du paragraphe comme :</i>
---

#### § 3.3.1 Forçage des éléments de tarification NGAP

.../...

#### Valorisation de l'indicateur de forçage AMO pour une prestation NGAP

La création d'un nouvel acte NGAP (forçage de la table 1 de l'annexe 2) entraîne la valorisation par le progiciel de l'indicateur de forçage AMO à la valeur **A**.

La modification d'un ou plusieurs attributs du code prestation (forçage des tables 2 à 7 et 12 de l'annexe 2) entraîne la valorisation par le progiciel de l'indicateur de forçage AMO à la valeur « C ».

.../...

Réf. PDT-CDC-051	G.I.E SESAM-VITALE	Page 14 / 19
------------------	--------------------	--------------

Le 13/07/2006	Cahier des charges SESAM-Vitale, ordonnance du 24/04/96 Version 1.40	Complément à version 1.13
---------------	---	------------------------------

### 6.1.2 Impact Annexe1-A0

<b>CORRECTION</b>	Suppression d'une phrase faisant référence à la table 6-1 : cette table a été supprimée.
-------------------	--

➤ *Modification du paragraphe comme :*

<b>161x</b>	<b>Groupe PRESTATION</b>
-------------	--------------------------

.../...

*Cumul d'Actes*

Cumul d'actes CCAM et NGAP :

*"La mise en application de la CCAM sur un champ partiel induit la cohabitation d'actes CCAM et d'actes NGAP.*

*Cependant, les règles actuelles de la NGAP continueront de s'appliquer.*

*Par exemple, il n'est pas possible de cumuler un acte technique et une consultation sauf exceptions (en particulier, C ou CS et ECG).*

*Un acte donné n'appartient qu'à une seule des deux nomenclatures à une date donnée pour une spécialité donnée."*

[Les actes de la NGAP et les prestations CCAM cumulables sont répertoriés dans la table 6.1 de l'annexe 2.](#)

.../...

<b>CORRECTION</b>	Précision sur l'AME complémentaire
-------------------	------------------------------------

➤ *Ajout du paragraphe comme :*

*Actes gratuits, Actes non remboursables, Actes Hors Nomenclature, AME de base*

.../...

**Remarque :** pour l'assuré bénéficiant de l'AME complémentaire, le montant remboursable par l'AMO existe et le Ticket Modérateur est renseigné dans le montant remboursable théorique par AMC. De plus, aucun flux n'est transmis à la complémentaire.

.../...

<b>CORRECTION</b>	Suppression d'une phrase erronée
-------------------	----------------------------------

➤ *Modification du paragraphe comme :*

<b>1180</b>	<b>Groupe Dispositif Médecin Traitant</b>
-------------	---

.../...

*Consignes de renseignement de l'IPS et du top MT :*

- Dans les cas où le parcours de soins n'est pas respecté, l'IPS prend nécessairement la valeur 'S'.
- En cas d'urgence attestée par le Professionnel de Santé, l'IPS est valorisé à « U » et le top MT n'est pas renseigné (valeur blanc).  
[Dans ce cas là, le patient est considéré de fait dans le parcours.](#)

Réf. PDT-CDC-051	G.I.E SESAM-VITALE	Page 15 / 19
------------------	--------------------	--------------

Le 13/07/2006	Cahier des charges SESAM-Vitale, ordonnance du 24/04/96 Version 1.40	Complément à version 1.13
---------------	---	------------------------------

- Lorsque le Professionnel de Santé indique qu'il est le Médecin Traitant ou un nouveau Médecin Traitant ou le médecin traitant de substitution ou le médecin orienté par le MT, le progiciel renseigne le top MT à « O » dans la facture.
- Dans les cas d'exclusion du parcours de soins (cf. Annexe2 règle R37), l'IPS et le top MT sont non renseignés (valeur blanc).
- Si la situation au regard du parcours de soins est « Hors parcours de soins », alors le progiciel doit  
.../...

Le 13/07/2006	Cahier des charges SESAM-Vitale, ordonnance du 24/04/96 Version 1.40	Complément à version 1.13
---------------	---	------------------------------

<b>CORRECTION</b>	La notion de zone sous-médicalisée est introduite pour tout médecin et pas uniquement les généralistes.
-------------------	---

➤ **Modification du tableau comme :**

### A0-T2 : Table des dépassements selon le contexte du parcours de soins

INFORMATIONS DU PARCOURS DE SOINS			DEPASSEMENTS					
Position par rapport au parcours de soins	Contexte du parcours de soins		DA	DA+ED	DM ou DM+DE			
	Situation au regard du parcours de soins	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant						
Non concerné	Cas d'exclusion		NON					
	Urgence	--(sans objet)						
Dans le parcours	Médecin Traitant	--(sans objet)	NON	NON	NON			
	Nouveau Médecin Traitant	-- (sans objet)						
	Médecin traitant de substitution <sup>(*)</sup>	Oui						
	Généraliste récemment installé	Oui						
	Généraliste Médecin en zone sous médicalisée	Oui						
	Hors résidence habituelle du patient	Oui				NON	NON	NON
		Non ou ne sait pas						
	Accès direct spécifique	Oui						
	Médecin orienté par le MT	-- (sans objet)						
Médecin orienté par un médecin autre que le MT ( <i>médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée ...</i> )	Oui	OUI sous condition cf. table A0-T2bis						
Hors parcours	Généraliste récemment installé				Non ou ne sait pas	NON		
	Médecin installé en zone sous médicalisée	Non ou ne sait pas	OUI sous condition cf. table A0-T2bis					
	Accès direct spécifique	Non ou ne sait pas						
	Hors Accès direct spécifique	Oui			NON			
		Non ou ne sait pas						
	Médecin orienté par un médecin autre que le MT ( <i>médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée ...</i> )	Non ou ne sait pas						
Non respect du parcours ( <i>PS non Médecin Traitant, non orienté...</i> )	-- (sans objet) <sup>(**)</sup>							

<sup>(\*)</sup> Le PS se trouve dans la situation de « Médecin traitant de substitution » uniquement lorsque le bénéficiaire l'informe de l'existence d'une déclaration du médecin traitant.

Le 13/07/2006	Cahier des charges SESAM-Vitale, ordonnance du 24/04/96 Version 1.40	Complément à version 1.13
---------------	---	------------------------------

### 6.1.3 Impact Annexe 2

<b>CORRECTION</b>	Modification du libellé de la MCC
-------------------	-----------------------------------

➤ *Modification de la table comme :*

Table 1: Table des codes prestations

Remarque : les codes suivis de (\*) représentent les actes pour lesquels la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale désigne une lettre-clé.

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation
AAD	Autres accessoires traitement à domicile (Titre I Chapitre 1 de la LPP (ex TIPS)		Support
AAR	Appareil d'Assistance Respiratoire (Titre I Chapitre 1 du de la LPP (ex TIPS)		Support
AIS *	Acte infirmier de soin		Support
AMC	Acte de Kinésithérapie en établissement		Support

.../...

MAP	Majoration Anatomo-cycho-pathologiste		Secondaire
MCC	Majoration <del>de coordination</del> cardiologue affectée à la CSC.		Secondaire
MCE	Majoration Consultation Endocrinologue		Secondaire
MCG	Majoration de coordination des généralistes		Secondaire

.../...

Le 13/07/2006	Cahier des charges SESAM-Vitale, ordonnance du 24/04/96 Version 1.40	Complément à version 1.13
---------------	---	------------------------------

<b>CORRECTION</b>	Ajout de la prestation MCC compatible avec la spécialité 09
-------------------	---

➤ **Modification de la table comme :**

Table 2: Table des compatibilités entre les codes prestation et les spécialités de professionnels de santé

Spécialité du professionnel de santé	Codes prestations
01	C - CA - CRD- CRM- CRN - CST - FHV - FMV - FPE - HN - ID - IK - IKM - IKS - K - KA - KC - KE - KFA - KFB - KFD - KMO - KTH - MCG - MD - MDD - MDE - MDI - MDN - MGE - MHU - MM - MNO - MPI - MU - ORT - PH1 - PH4 - PH7 - PHN - PMR - PRA - PRO - SCM - SES - STH - TDR -THR - UPH - V - VA - VRD - VRM - VRN - Z - ZM - ZN
02	C - CRD- CRM- CRN - CS -CST HN - ID - IK - IKM - IKS - K - KA - KC -KCC - KE - KFA - KFB - KTH - MCS - MPC - MPJ - PRA - SES - STH - TDR -THR - V - VA - VRD - VRM - VRN - VS - Z - ZN
03	C - CRD- CRM- CRN - CS - CSC - CST - HN - ID - IK - IKM - IKS - K - KA - KC - KCC - KE - KTH - MCC - MCS - MPC - MPJ -PRA - SES - STH - TDR -THR - V VA - VRD - VRM - VRN - VS - Z - ZN

.../...

08	C - CRD- CRM- CRN - CS - CST HN - ID - IK - IKM - IKS - K - KA - KC - KCC - KE - KTH - MCS - MPC - MPJ - PRA - SES - STH - TDR -THR - V - VA - VRD - VRM - VRN - VS - Z - ZN
09	C - CRD- CRM- CRN - CS - CSC - CST - HN - ID - IK - IKM - IKS - K - KA - KC - KCC - KE - KTH - <b>MCC</b> - MCS -MPC - MPJ - PRA - SES - STH - TDR -THR - V - VA - VRD - VRM - VRN - VS - Z - ZN

.../...

<b>CORRECTION</b>	Ajout de la prestation MHU dans la table 21.13.
-------------------	---

➤ **Modification de la table comme :**

Table	21.13	code situation 0410	table 8.3
	Code prestation	NGAP	CCAM
	<b>MHU</b>	<b>o</b>	
	PH2	o	
	PH4	o	
	PH7	o	
	PMR	o	