

Cahier des charges SESAM-Vitale

SFR 1.40 - Addendum n°6

Juillet 2010

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 G.I.E. 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

SFR 1.40 - Addendum n°6

Référence du document addendum

Version du document **01.20**
 Date **09/07/2010**
 Référence **PDT-CDC-055**

Vue générale

Cahier des Charges SESAM-Vitale

Professionnels concernés

Evolutions apportées par cette nouvelle version du système

<u>Nouvelles fonctionnalités</u>		
EV01	Soins Médicaux Gratuits (SMG)	Tous
EV12	Intégration des fournisseurs	Fournisseurs
<u>Evolutions règlementaires :</u>		
EV02	Spécialistes en médecine générale	Prescripteurs
EV03	Avenant 21 à la convention médicale	Prescripteurs
EV06	Nouvelle valeur du champ 25 de la base CCAM.	Prescripteurs
EV07	Contrôle du nombre d'actes dans une association CCAM	Prescripteurs
EV09	Règle de calcul de l'exonération facture	Prescripteurs
EV10	Evolution des règles de gestion de la CPRPSNCF	Tous
EV11	Ouverture codage LPP aux Pédicures Podologues	Pédicures Podologues
EV16	Date de référence pour la CMU-C en pharmacie	Tous
EV17	Bordereau d'accompagnement masseurs kinés.	Masseurs Kinésithérapeutes
<u>Améliorations fonctionnelles du CDC :</u>		
EV14	Typage des actes	Tous
EV15	Gestion des AT	Tous
EV24	Fiabilisation de la part complémentaire en Gestion unique	Tous
<u>Maintenance :</u>		
EV18	Points de maintenance de la part complémentaire SPC	Tous
EV19	Points de maintenance règlementaire	Tous
<u>Intégration des fiches</u>		

Légende

Texte surligné en vert	Texte ajouté pour l'évolution Soins Médicaux Gratuits
Texte surligné en bleu	Texte ajouté pour l'évolution Intégration des fournisseurs
Texte surligné en jaune	Texte ajouté pour les autres évolutions
Texte surligné en gris	Texte ajouté pour la partie corrective
Texte barré suivant la couleur	Texte supprimé du CDC SESAM Vitale

Compatibilité avec les FSV

Package d'agrément
 Package d'exploitation

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	7
1.1	PRESENTATION GENERALE.....	7
1.2	IDENTIFICATION DU SOCLE FONCTIONNEL	8
1.3	CONTENU DU DOCUMENT	8
1.4	GUIDE DE LECTURE.....	9
2	EVOLUTION EV01 : SOINS MEDICAUX GRATUITS.....	11
2.1	PRESENTATION DE LA MESURE	11
2.2	SYNTHESE DES IMPACTS	11
2.2.1	<i>La liste des documents du CDC SESAM-Vitale, impactés par la mesure SMG:</i>	<i>11</i>
2.2.2	<i>Tableau de synthèse des paragraphes impactés dans les documents du CDC SESAM-Vitale</i>	<i>11</i>
3	EVOLUTION EV12 : LES FOURNISSEURS	17
3.1	PRESENTATION DE L'EVOLUTION.....	17
3.1.1	<i>Contexte et réglementation.....</i>	<i>17</i>
3.1.2	<i>Tarifification de la part obligatoire.....</i>	<i>17</i>
3.1.3	<i>Tarifification de la part complémentaire.....</i>	<i>17</i>
3.2	SYNTHESE DES IMPACTS SUR LES DOCUMENTS DU CDC SV	18
3.2.1	<i>La liste des documents du CDC SESAM-Vitale, impactés par la mesure fournisseurs :</i>	<i>18</i>
3.2.2	<i>Tableau de synthèse des paragraphes impactés dans les documents du CDC SESAM-Vitale</i>	<i>18</i>
4	EVOLUTIONS REGLEMENTAIRES	25
4.1	MESURE EV02 : SPECIALISTES EN MEDECINE GENERALE	25
4.1.1	<i>Présentation de la mesure.....</i>	<i>25</i>
4.1.2	<i>Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....</i>	<i>25</i>
4.2	MESURE EV03 : AVENANT 21 A LA CONVENTION MEDICALE	26
4.2.1	<i>Présentation de la mesure.....</i>	<i>26</i>
4.2.2	<i>Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....</i>	<i>27</i>
4.3	MESURE EV06 : NOUVELLE VALEUR DU CHAMP 25 DE LA BASE CCAM	27
4.3.1	<i>Présentation de la mesure.....</i>	<i>27</i>
4.3.2	<i>Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....</i>	<i>28</i>
4.4	MESURE EV07 : LEVEE DU CONTROLE DU NOMBRE D'ACTES DANS UNE ASSOCIATION	28
4.4.1	<i>Présentation de la mesure.....</i>	<i>28</i>
4.4.2	<i>Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....</i>	<i>28</i>
4.5	MESURE EV09 : CALCUL DE L'EXONERATION PAR RAPPORT AUX DATES D'EXECUTION DES ACTES D'UNE FACTURE.....	29
4.5.1	<i>Présentation de la mesure.....</i>	<i>29</i>
4.5.2	<i>Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....</i>	<i>29</i>
4.6	MESURE EV10 : EVOLUTIONS REGLES DE GESTION DE LA CPRPSCNF	30
4.6.1	<i>Présentation de la mesure.....</i>	<i>30</i>
4.6.2	<i>Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....</i>	<i>30</i>
4.7	MESURE EV11 : OUVERTURE DU CODAGE LPP AUX PEDICURES PODOLOGUES	31
4.7.1	<i>Présentation de la mesure.....</i>	<i>31</i>
4.7.2	<i>Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....</i>	<i>31</i>
4.8	MESURE EV16 : DATE DE REFERENCE CMU-C EN PHARMACIE	32
4.8.1	<i>Présentation de la mesure.....</i>	<i>32</i>
4.8.2	<i>Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....</i>	<i>32</i>
4.9	MESURE EV17 : BORDEREAUX D'ACCOMPAGNEMENT DES ORDONNANCES POUR LES AUXILIAIRES-MEDICAUX ET LES FOURNISSEURS.....	33
4.9.1	<i>Présentation de la mesure.....</i>	<i>33</i>
4.9.2	<i>Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....</i>	<i>33</i>
5	AMELIORATIONS FONCTIONNELLES DU CDC SESAM-VITALE	34

5.1	MESURE EV14 : TYPAGE DES ACTES	34
5.1.1	Présentation de la mesure.....	34
5.1.2	Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....	34
5.2	MESURE EV15 : GESTION DES AT.....	37
5.2.1	Présentation de la mesure.....	37
5.2.2	Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....	38
5.3	MESURE EV24 : FIABILISATION DE LA PART COMPLEMENTAIRE EN GESTION UNIQUE	40
5.3.1	Présentation de la mesure.....	40
5.3.2	Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....	40
6	MAINTENANCE FONCTIONNELLE	41
6.1	MESURE EV18 : TRAVAUX PART COMPLEMENTAIRE (MAINTENANCE)	41
6.1.1	Information au Professionnel de Santé lors du débrayage des STS par le Professionnel de Santé... 41	41
6.1.2	Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....	41
6.1.3	Présentation de la mesure : Indicateur de traitement AMC= 60.....	41
6.1.4	Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....	41
6.1.5	Présentation de la mesure : Groupe 1321 et son champ : Sens comptable	42
6.1.6	Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....	42
6.1.7	Présentation de la mesure : Recherche dans la table de convention.....	42
6.1.8	Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....	42
6.1.9	Présentation de la mesure : Identification GU sur le support papier.....	43
6.1.10	Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....	43
6.1.11	Présentation de la mesure : Indicateur de traitement mutuelle	43
6.1.12	Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....	43
6.1.13	Présentation de la mesure : Assistance « STS »	44
6.1.14	Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....	44
6.1.15	Présentation de la mesure : Indicateur de traitement et 1321.....	44
6.1.16	Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....	44
6.2	MESURE EV19 : MAINTENANCE REGLEMENTAIRE.....	44
6.2.1	Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV.....	44
7	INTEGRATION DES FICHES	50
7.1	FICHES REGLEMENTAIRES (FR).....	50
7.2	FICHES PRATIQUES D'INFORMATION (FPI).....	51
7.3	FICHES D'INFORMATION (FI).....	51
7.4	FICHES TECHNIQUES D'INFORMATION (FTI)	51
8	MAINTENANCE CORRECTIVE	52
8.1	CORPS DU CDC SESAM-VITALE.....	52
8.2	ANNEXE 1-A : « FLUX ALLER DE FSE/DRE EMIS PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE » DU CDC SESAM-VITALE 52	
8.3	ANNEXE 1-A0 : « ZONE D'ECHANGE FACTURE »	53
8.4	ANNEXE 1-A2 : « PHASE PART COMPLEMENTAIRE ».....	54
8.5	ANNEXE 1BIS : « UTILISATION D'UN TERMINAL LECTEUR APPLICATIF » DU CDC SESAM-VITALE	54
8.6	ANNEXE 4 : « TELECOMMUNICATIONS (SUR RESEAU IP) ET CHIFFREMENT DE TRANSPORT »	54

1 Introduction

Contexte

Ce document a pour objet de présenter l'**addendum n°6** au Cahier des charges SESAM-Vitale 1.40.

Les modifications du Cahier des Charges SESAM-Vitale sont réalisées sur la base de la version 1.40 intégrant l'addendum n°4 de mars 2009 et n°5 de janvier 2010.

La mise en œuvre de ces évolutions introduit un nouveau **socle fonctionnel de référence**, à savoir : **SFR : 1.40 addendum n°6**.

1.1 Présentation générale

Thèmes majeurs

Soins Médicaux Gratuits (SMG)

Une des évolutions majeures de l'addendum n°6 est la gestion des **Soins Médicaux Gratuits (SMG)**.

Intégration des fournisseurs

La deuxième évolution majeure de l'addendum n°6 est l'**Intégration des Professionnels de santé** appelés « **Fournisseurs** » dans le système de facturation SESAM Vitale.

Obligation

Cet addendum n°6 au Cahier des Charges SESAM-Vitale est obligatoire (évolutions réglementaires). Il est applicable à l'ensemble des éditeurs, bien que certaines parties ne concernent pas toutes les familles de Professionnels de Santé (cf. ci-dessous).

PS concernés par thèmes

Ces thèmes concernent les éditeurs selon la famille du Professionnel de Santé :

THEME	FAMILLES DE PS CONCERNEES
<ul style="list-style-type: none"> • Soins Médicaux Gratuits (SMG) 	Tous PS
<ul style="list-style-type: none"> • Intégration des fournisseurs 	Fournisseurs
<ul style="list-style-type: none"> • Evolutions règlementaires 	Tous PS
<ul style="list-style-type: none"> • Améliorations fonctionnelles du CDC 	Tous PS
<ul style="list-style-type: none"> • Maintenance fonctionnelle 	Tous PS
<ul style="list-style-type: none"> • Intégration des fiches 	Tous PS

1.2 Identification du socle fonctionnel

Consigne d'implémentation

Pour la prise en compte du nouveau socle fonctionnel de référence, à savoir : SFR : 1.40 addendum n°6 dans le système SESAM-Vitale, il est nécessaire que :

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 Contenu du document

Thèmes

Pour chaque thème, cet addendum n°6 au Cahier des Charges SESAM-Vitale dédit un chapitre spécifique pour introduire le détail de ces évolutions.

Chapitre 2 et 3 : Nouvelles fonctionnalités :

- EV01** • Soins Médicaux Gratuits (SMG)
- EV12** • Intégration des fournisseurs

Chapitre 4 : Evolutions réglementaires :

- EV02** • Spécialistes en médecine générale
- EV03** • Avenant 21 à la convention médicale
- EV06** • Nouvelle valeur du champ 25 de la base CCAM.
- EV07** • Contrôle du nombre d'actes dans une association
- EV09** • Règle de calcul de l'exonération facture
- EV10** • Evolution des règles de gestion de la CPRPSNCF
- EV11** • Ouverture codage LPP aux Pédicures Podologues
- EV16** • Date de référence pour la CMU-C en pharmacie
- EV17** • Bordereau d'accompagnement masseurs kinés.

Chapitre 5 : Améliorations fonctionnelles du CDC :

- EV14** • Typage des actes
- EV15** • Gestion des AT
- EV24** • Fiabilisation de la part complémentaire en Gestion unique

Chapitre 6 : Maintenance fonctionnelle :

- EV18** • Points de maintenance de la part complémentaire SPC
- EV19** • Points de maintenance réglementaire

En plus des évolutions et mesures présentées, ce document contient également :



Chapitre 7 : l'intégration des fiches parues depuis l'addendum n°4

Chapitre 8 : la maintenance corrective sur les documents

Un tableau de synthèse réunissant l'ensemble des impacts identifiés sur les documents du Cahier des Charges SESAM-Vitale (Corps + Annexes) (§2.2) est présenté dans chacun des chapitres.

1.4 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 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 vert	Texte ajouté pour l'évolution Soins Médicaux Gratuits
Texte surligné en bleu	Texte ajouté pour l'évolution Intégration des fournisseurs
Texte surligné en jaune	Texte ajouté pour les autres évolutions
Texte surligné en gris	Texte ajouté pour la partie corrective
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

Exemple

Exemple d'un tableau des impacts sur les documents du CDC SESAM-Vitale :

CDC	§	Titre du paragraphe impacté	Nature de l'impact / Commentaire	Q
Corps	4.2.1.3.1.2	Acquisition des informations	Ajouter l'intégration des fournisseurs pour l'acquisition des informations	M

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.

Abréviation	Nom du document du CDC SESAM-Vitale
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
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
Albis	Annexe Albis : 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 Evolution EV01 : Soins Médicaux Gratuits

2.1 Présentation de la mesure

Les Soins Médicaux Gratuits correspondent aux soins relatifs à une infirmité ayant donné lieu à pension attribuée au titre du code des pensions militaires et des victimes de la guerre (CPMIVG).

L'article L115 du CPMIVG (Code des Pensions Militaires d'Invalidité et des Victimes de Guerre) dispose que l'Etat doit gratuitement aux titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du code susvisé, les soins médicaux et appareils nécessités par les infirmités qui ont motivé la pension.

Par décision du 9 janvier 2008, le cabinet du Ministre de la Défense a donné son accord de principe pour le transfert du traitement des SMG à la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (CNMSS).

L'objet de l'évolution SMG dans le système SESAM-Vitale consiste en l'ajout des spécifications permettant de dématérialiser les demandes de remboursement des Soins Médicaux Gratuits (désignés ci-après « soins SMG » ou « SMG »).

2.2 Synthèse des impacts

2.2.1 La liste des documents du CDC SESAM-Vitale, impactés par la mesure SMG:

- Corps du CDC SESAM-Vitale (Corps)
- Annexe 1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé » du CDC SESAM-Vitale (A1-A)
- Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture » (A1-A0)
- Annexe A2 : Réglementation et Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire (A2)
- Annexe 1-A3 : Finalisation d'une facture SMG – Phase Part Obligatoire

2.2.2 Tableau de synthèse des paragraphes impactés dans les documents du CDC SESAM-Vitale

CDC	§	Titre du paragraphe	Nature de l'impact / Commentaire	Q	
Corps	1.2.3	Annexes	Ajout de l'Annexe1-A3 dans la présentation de l'annexe1	M	B so
	2.2	Architecture générale de SESAM-Vitale	ajout de « l'attestation de droit aux soins médicaux gratuits » à la liste des supports utilisés pour le système de facturation	M	B1
	2.3.1	Les apports fonctionnels	Ajout des SMG à la liste des apports fonctionnels de la version 1.40	M	B1
	2.3.4	Présentation des SMG	Nouveau paragraphe présentant les « Soins Médicaux Gratuits »	N	so
	3.2.2.1	Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part obligatoire	Nouveau Sous-paragraphe « Soins Médicaux Gratuits » présentant les spécificités de la gestion de ces soins au regard du bénéficiaire: « supports justificatifs du bénéfice des SMG ».	N	So B6

		« droits aux SMG », et « accès au tiers payant AMO »		
3.2.2.6	Situations Particulières	En cas de choix par le Professionnel de Santé du contexte SMG, il y a lieu d'ignorer toute situation particulière du bénéficiaire inscrite en carte : la prise en charge des soins au titre des SMG est prioritaire	M	B3
3.2.3.1	Les documents donnant lieu à dématérialisation	Ajouter le carnet de soins gratuits SMG en tant que pièce dématérialisée	M	so
3.2.4.12	Soins Médicaux Gratuits	Conditions de choix du contexte SMG : « rapport des soins avec les SMG » et « choix du contexte SMG » et « élaboration d'une facture SMG » Le montant total pris en charge au titre des SMG est saisi par le Professionnel de Santé à partir de l'accord de prise en charge SMG	N	B2 B11
3.2.5	Tarification de la part obligatoire	Ajout du cas particulier SMG précisant que la prise en charge au titre des SMG se fait sans application du ticket modérateur	M	B10
3.2.6.3	Tarification de la part complémentaire pour les Soins Médicaux Gratuits	Pas de gestion de la part complémentaire en cas de SMG	N	B23
3.2.8.3	Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier	Ajout de précisions en cas d'ordonnance papier SMG : le progiciel doit: soit imprimer la mention du contexte SMG sur l'ordonnance, Soit rappeler au Professionnel de Santé prescripteur le contexte SMG de sa facture afin que celui-ci le reporte sur l'ordonnance manuscrite.	M	B22
3.2.10.3	La transmission des fichiers de factures électroniques	Routage des flux : non pas à partir de l'organisme gestionnaire en carte mais à partir de l'organisme gestionnaire dédié aux flux SMG	M	B19
3.4.2	Feuille de soins papier pour la FSE Dégradée	Précisions concernant la feuille de soins papier accompagnant un flux dégradé	M	B21
4.2.1.3	Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins	Pas de contrôle des droits SMG	M	B3
4.2.1.3.1.2	Acquisition des informations	Pas de gestion de la part complémentaire en cas de SMG et donc les informations liées à la part complémentaire sont donc non nécessaires au progiciel	M	B23
4.2.1.3.2	Situations particulières du bénéficiaire des soins	En cas de nature d'assurance SMG il y a lieu d'ignorer toute situation particulière du bénéficiaire : la prise en charge des soins au titre des SMG est prioritaire	M	B3
4.2.1.4	Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire	Pas d'incitation au tiers payant en fonction des droits AMO inscrits en carte en cas de nature d'assurance SMG	M	B6
4.2.1.4	Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire	Incitation au tiers payant en cas de nature d'assurance SMG : le progiciel est tenu de positionner par défaut l'information "Tiers payant AMO" à VRAI, le Professionnel de Santé pouvant toujours modifier cette information	M	B6
4.2.1.9	Tarification de la part complémentaire	Pas de gestion de la part complémentaire en cas de SMG et donc ce chapitre ne s'applique pas	M	B23
4.2.1.12.2.1	Pour la FSE	Nouveau § pour détermination du destinataire des flux pour la FSE : ajout des spécificités SMG	N	B21
4.2.1.13	Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode	Contrôle de cohérence sur les données du bénéficiaire :	M	B4

	SESAM-Vitale	Modification du second § pour précision du cas général et Ajout de 2 cas particuliers : en cas de nature d'assurance AT et en cas de nature d'assurance SMG, le contrôle de cohérence porte uniquement sur les données d'identification du bénéficiaire et non pas sur l'organisme gestionnaire inscrit en carte		
	6	Glossaire	Ajout de FDI, TRSS, SD_SMG et de SMG à la liste des abréviations Définition du terme « Réponse de Prise en charge » pour SMG	M B14
	7	Ordonnances, Lois, Décrets, Codes	Ajouter les références réglementaires des SMG	M B1
A1-A	1.1	Présentation du document	Ajout de la partie A3 de l'annexe1 qui correspond à la phase de finalisation d'une facture SMG. Cette phase est incluse dans la phase AMO	M so
	1.2	Présentation générale des interfaces	Ajout de la phase de finalisation d'une facture SMG (incluse dans la phase AMO) Modification du schéma pour faire apparaître l'appel au module SAF-SMG	M so
	2.3.1	Règles	Ajout de la partie A3 de l'annexe1	M so
	2.3.2.1	Schéma de répartition des traitements pour la constitution de la facture pour l'ensemble des la phase AMO	Ajout à la fin du processus, après l'étape de contrôle complet CCAM d'une étape de finalisation SMG d'une facture comprenant les opérations VF05, VF06 et VF04 -> Schéma SG1	M B14 B16
	2.3.2.1	Schéma de répartition des traitements pour la constitution de la facture pour l'ensemble des la phase AMO	Ajout dans le pavé « Schémas SB et SF » d'un pavé « Règles S : Frais PH et LPP »	M B17
	2.3.2.2	Détail des schémas de cinématique et liens entre eux	Ajout du pavé SB1ter dans le schéma	M B17
	2.3.2.4	Schéma SB1ter	Ajout d'un schéma pour la base de remboursement pour les prestations effectuées par un pharmacien ou un fournisseur	N B17
	3.2.1.8	Forçage des données liées à la nature d'assurance SMG	Ajout de la table 30 forçable	N B7
	3.2.3	Cumul des indicateurs de forçage au regard des données de la carte Vitale et de la facturation AMO niveau facture	ajout du cumul entre Z et T	M B14.1
A1-A0	2.3	Liste des groupes constituant les factures	Ajout du groupe 1515	M B2
	2.4	1310	Renseignement par le progiciel du 1310 conformément à la règle RG_CF310 : si SMG alors ne pas utiliser les données de la carte mais 08 835 0300 en dur	M B19
	2.4	1310	Si la carte lue comporte les données 08 835 0300 alors la facture ne peut être qu'en nature d'assurance SMG	M B19
	2.4	1321	Ajout d'une remarque : ce groupe n'est pas utilisé en cas de nature d'assurance SMG (car pas de gestion de la part complémentaire dans ce cas là)	M B23
	2.4	1330	Ajout d'une remarque : ce groupe n'est pas utilisé en cas de nature d'assurance SMG (car pas de gestion de la part complémentaire dans ce cas là)	M B23

2.4	1420	Nature de la pièce justificative : égale à 1 en cas de nature d'assurance SMG	M	B4
2.4	1515	Groupe 1515 à créer spécifique à la nature d'assurance SMG, exclusif des autres groupes 151x Ce groupe est constitué d'un seul champ : le montant total de prise en charge (valorisé à 0 si pas de prise en charge et saisi par le Professionnel de Santé sinon)	N	B2
2.4	1515	Le montant total pris en charge au titre des SMG est saisi par le Professionnel de Santé à partir de l'accord de prise en charge SMG	N	B11
2.4	1515	Message d'avertissement pour les auxiliaires médicaux	N	B11.2
2.4	161x	Evolution de la règle de renseignement du montant des honoraires en cas de regroupement de prestations LPP	M	B16
2.4	161x	Ajout d'une rubrique « Spécificités SMG » pour préciser qu'en cas de facture SMG, chaque SD_SMG éventuellement généré par le système (cf. A1-A3) doit être géré en tant que ligne d'acte à part entière et fait donc l'objet d'un groupe 1610.	M	B16
2.4	1610x	Ajout d'une rubrique « Spécificités Qualificatif de la dépense » pour ajout de précisions sur le renseignement du code qualificatif de la dépense à "N" : soit par le Professionnel de Santé soit automatiquement par le système	M	B14.2
2.4	1610-4	Cette donnée est renommée "montant des honoraires dépassement compris " Elle doit être renseignée Soit avec le montant des honoraires saisi par le Professionnel de Santé Soit avec le montant des honoraires calculé par le système en cas de nature d'assurance SMG et de prise en charge SMG (cf. A1-A3 – opération VF06)	M	B16
2.4	1610-7	<i>Ajout de la valeur « L » dans la liste possible de code qualificatif de la dépense</i>	M	B8
2.4	1610-7	1610-7 Nouvelle règle pour le qualificatif de la dépense : en cas de nature d'assurance SMG et dans le cas d'une prise en charge SMG (i.e. le montant de la prise en charge est non nul) il convient de renseigner à la valeur "L" le qualificatif de la dépense s'il n'a pas auparavant été renseigné par le Professionnel de Santé	M	B8
2.4	1610-15	Ajout de la remarque : en cas de nature d'assurance SMG, la part complémentaire est nécessairement non renseignée	M	B23
2.4	1620-11	Nouvelle valeur « L » pour le qualificatif de la dépense	M	B8
2.4	1630-11	Nouvelle valeur « L » pour le qualificatif de la dépense	M	B8
2.4	1840	Les informations du groupe 1840 sont à renseigner soit en cas d'entente préalable, soit en cas de demande de prise en charge SMG Ajout d'une remarque pour préciser qu'en cas de nature d'assurance SMG le code accord ne peut pas prendre la valeur 0 : pas de réponse de la caisse	M	B11.1
2.4	1910-2	Préciser que le champ 1910-2 est la somme des champs 1610-6, 1620-4 et 1630-5	M	B16

	2.4	2100-11	Précision concernant le champ « code remboursement exceptionnel »	M	B14.2
A1-A1	2.1.4.7	RC7 – Entente préalable	Ajout d'une remarque pour préciser qu'en cas de nature d'assurance SMG le code accord ne peut pas prendre la valeur 0 : pas de réponse de la caisse	M	B11.1
A1-A3	so	so	Nouveau document	N	
A2	Tableau de synthèse	R37	Ouverture de R37 à toutes les spécialités	M	B7
		R40	Ajout de la règle R40	N	B14.1
		S2	Ajout de la règle S2	N	B17
		S403	Ajout de la règle S403	N	B17
	1ère partie : Réglementation	Règle R3	Ajout de la nature d'assurance « SMG » dans la formulation de la règle	M	B2
		Règle R4	La nature d'assurance « SMG » n'est compatible qu'avec la qualité de bénéficiaire « assuré » et « ayants droit »	M	B2
		Règle R37	Modification de la règle : ajout d'une exclusion sur la nature d'assurance (en nature d'assurance SMG la facture est non concernée par le parcours de soins)	M	B7
		Règle R40	Nouvelle règle	N	B14.1
	2ème partie : Tarification	Règle T3	Modification de la règle	M	B10
		Règle T8	Cas particulier à supprimer : la spécificité des prestations non remboursables est gérée dans T13	M	B10
		Règle T13	Ajout du Cas particulier des prestations non remboursables AMO	M	B10
		Règle S2	Nouvelle règle: Prix unitaire et Base de remboursement de prestations non identifiées par l'AMO	N	B17
		Règle S403	Nouvelle règle: Montant restant à ventiler sur une prestation SGS	N	B17
	Annexe : Tables	Table 1	Ajout DAP, DPS, SGA, SGN	M	B12
		Table 1	Ajout SGS	M	B13
		Table 2	Ajout DAP, DPS, SGA, SGN	M	B12
		Table 2	Ajout SGS	M	B13
		Table 3	Ajout DAP, DPS, SGA, SGN	M	B12
		Table 3	Ajout SGS	M	B13
		Table 4	Ajout DAP, DPS, SGA, SGN	M	B12
Table 4		Ajout SGS	M	B13	
Table 4		Ajout d'une colonne « compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance SMG » Ouverture de tous les codes prestation à la nature d'assurance SMG hormis ceux exclus du contexte SMG	M	B2	
Table 7		Ajout d'une colonne « Prise en charge SMG » Ouverture de tous les codes prestation à cette valeur hormis ceux exclus du contexte SMG	M	B9	

	Table 7	Ajout DAP, DPS, SGA, SGN	M	B12	
	Table 7	Ajout SGS	M	B13	
	Table 12	Ajout DAP, DPS, SGA, SGN	M	B12	
	Table 15.4	Nouvelle table : « cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la nature d'assurance »	N	B7	
	Table 30	Nouvelle table : « Prestations soumises obligatoirement à un supplément dérogatoire SMG »	N	B14.1	
A4	7.1.1	Profil des messages SMTP	Modification de la phrase : YYY désigne l'organisme destinataire (déduit à partir de la table de correspondance fournie par le manuel de programmation et les données contenues en carte Vitale des règles spécifiées dans l'Annexe1-A0, groupe 1310) ;	M	B19

3 Evolution EV12 : Les Fournisseurs

3.1 Présentation de l'évolution

3.1.1 Contexte et réglementation

Contexte général

Cette évolution prévoit l'**intégration** des Professionnels appelé « **Fournisseurs** » délivrant des dispositifs médicaux de la Liste des Produits et Prestations remboursables (LPP) **dans le système de facturation SESAM Vitale**.

L'intégration des fournisseurs dans le système SESAM Vitale s'inscrit dans le cadre de l'extension du périmètre de facturation SESAM-Vitale.

Cette mesure permet à cette famille de professionnels de réaliser et **d'émettre des FSE** (Feuille de soin électronique) à destination des organismes d'assurances maladie obligatoire **et des DRE** (demande de remboursement électronique) à destination des organismes d'assurances maladie complémentaire.

Contexte réglementaire

Les prestataires délivrant des dispositifs médicaux et assurant des prestations appelés communément « fournisseurs » représentent une catégorie extrêmement diverse tant au niveau des métiers exercés que des statuts. En revanche le domaine d'intervention est commun et régi par les articles L165-1 à L165-9, R165-1 à R165-30 du Code de la Sécurité Sociale.

Les produits et prestations susceptibles d'être pris en charge par l'Assurance Maladie doivent figurer sur la liste mentionnée à l'article L1651-1 et sont pris en charge dans les conditions fixées aux articles R165-1 à R165-30 du Code de la Sécurité Sociale.

Carte CPx

Les fournisseurs auront une carte CPx avec un numéro de facturation, et les habilitations à signer les lots et/ou les FSE. Les informations conventionnelles devront être lues sur le Poste de travail du Professionnel de Santé.

3.1.2 Tarification de la part obligatoire

Les règles de facturation sur la tarification de la part obligatoire sont mises à jour pour permettre la facturation des prestations des fournisseurs. Pour la plus part de ces règles cela concerne l'annexe 2.

7 nouveaux codes prestations sont créés pour l'optique délivrée dans le cadre de la CMU-C. (OPM,OP1 à OP6).

3.1.3 Tarification de la part complémentaire

Introduction de l'utilisation de la « **Réponse de prise en charge** » pour la prise en compte de la référence de prise en charge et des montants de la part complémentaire pris en charge.

Deux modes de tarification sont proposés pour le renseignement des montants de la part complémentaire dans le cas d'une réponse de prise en charge.

3.2 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

3.2.1 La liste des documents du CDC SESAM-Vitale, impactés par la mesure fournisseurs :

- Corps du CDC SESAM-Vitale (Corps)
- Annexe 1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé » du CDC SESAM-Vitale (A1-A)
- Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture » (A1-A0)
- Annexe 1-A2 : « Phase Part Complémentaire » (A1-A2)
- Annexe 1bis : « Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif » du CDC SESAM-Vitale (A1bis)
- Annexe A2 : Réglementation et Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire (A2)

3.2.2 Tableau de synthèse des paragraphes impactés dans les documents du CDC SESAM-Vitale

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
<i>Corps</i>				
	1.1	Objet du document	Suppression de texte	M
	2.2	Architecture générale de SESAM-Vitale	La réponse de prise en charge, notamment, pour les fournisseurs est un complément d'information du support de droit	M
	2.2.1.3	Le support de droit AMC	Précision et ajout	M
	2.3.1	Les apports fonctionnels	Nouvelle puce dans les apports fonctionnels	M
	2.3.2	Le dispositif Médecin Traitant et la gestion du parcours coordonné de soins	Ajouter la famille Fournisseurs à la liste des familles exclus du parcours de soins.	M
	2.3.3	Les « Fournisseurs » dans SESAM-Vitale	Description de la famille fournisseurs dans SESAM-Vitale	N
	2.3.3.1	Contexte réglementaire	Contexte réglementaire des Fournisseurs	N
	2.3.3.2	L'identification du fournisseur	Attribution d'un n° AM pour l'activité	N
	2.3.3.3	Les professionnels concernées :	Différences entre les PS et non PS	N
	2.3.3.4	Les activités du Professionnel Fournisseurs	Listes des activités et des codes spécialités des fournisseurs	N
	2.3.3.4.1	Liste des activités concernées	Activités par produits et prestations remboursables concernés	N
	2.3.3.4.2	Des dispositifs LPP exclus	Type de produits et prestations remboursables exclus du périmètre SESAM-Vitale pour les	N

		fournisseurs	
2.3.3.5	Les cartes CPx des Professionnels Fournisseurs	Différentes cartes CPx	N
		Les cartes CPS, CPE, CDE habilitées peuvent signer les factures et/ou les lots.	N
		Pas de notion de remplaçant au sens SESAM-Vitale pour les fournisseurs.	N
2.3.5	Les apports techniques	Lecteur > 3	M
3.2.1.8	Fournisseurs	Données conventionnelles du DAM sur le poste de travail du Professionnel de Santé.	N
3.2.2.2	Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part complémentaire	Réponse de prise en charge	M
		La référence de prise en charge sur « la réponse de prise en charge »	M
		Date de référence part complémentaire	M
3.2.2.4	Règles d'application de la garantie de paiement	Avec la réponse de prise en charge	M
3.2.2.6.1	Bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle	Dans ce cas de la CMU C, la référence de prise en charge est non obligatoire pour l'accord de devis.	M
3.2.3.1	Les documents donnant lieu à dématérialisation	Ajout de la feuille de soins fournisseurs	M
3.2.4.1.1	Réponse de prise en charge sur la part complémentaire	Seuls les produits et prestations de la réponse de prise en charge doivent figurer sur cette facture ; les produits en sus doivent faire l'objet d'une autre facturation. Acquérir le montant global de la prise en charge Si nécessaire, acquérir le montant pour chaque prestation	N
3.2.6.1	Réponse de prise en charge	Le processus d'acquisition des informations relatives à la part complémentaire est inchangé	N
3.2.6.1.1	Vérification préalable des droits complémentaire	Spécificité pour la réponse de prise en charge	N
3.2.6.1.2	Contrôle de validité de la réponse de prise en charge	Spécificité pour la réponse de prise en charge	N
3.2.6.1.3	Cohérence entre les n° d'organisme complémentaire de la « réponse de prise en charge » et celui du support de droit	Spécificité pour la réponse de prise en charge	N
3.2.6.1.4	Déterminer le tiers payant complémentaire ou HTP	Spécificité pour la réponse de prise en charge	N
3.2.6.1.5	Valorisation de la part complémentaire	2 possibilités pour le Professionnel de Santé pour la saisie des montants de la réponse de prise en charge	N
3.2.6.1.5.1	Valorisation de la part complémentaire en cas de CMU	Facturation CMU-C en cas d'une réponse de prise en charge.	N
3.2.8.4.2	Mise en œuvre des bordereaux d'accompagnement des ordonnances pour les	Création d'un § car les fournisseurs sont concernés par les bordereaux d'accompagnement des ordonnances	N

	Auxiliaires-médicaux et Fournisseurs		
3.2.8.4.2.1.2	Auxiliaires Médicaux - Fournisseurs	Sous § pour les fournisseurs	N
3.2.9.1	Les différents modes de sécurisation des factures	Sauf pour la famille Fournisseurs et Pharmaciens,	M
3.2.9.3.1.1	Signature des FSE	Ajouts SESAM sans VITALE pour les fournisseurs	M
		Ajouts spécificités pour les fournisseurs	M
		Suppression de la note de bas de page	M
3.2.9.3.2	Signatures des lots	Ajouts spécificités pour les fournisseurs	M
3.4.2	Mention sur la Feuille de soins papier en dégradée	Création du paragraphe La mention « Télétransmission dégradée » est recommandée	N
3.5	Récapitulatif des émissions / réceptions du Professionnel de Santé par modes de sécurisation	Ajouts SESAM sans VITALE pour les fournisseurs	M
4.2.1.1	Schéma d'élaboration de la FSE et/ou d'une DRE (fonctionnement nominal)	La note 21 de bas de page est ouverte aux fournisseurs et aux auxiliaires médicaux	M
4.2.1.2.1	Données issues de la carte CPS	Ajouts spécificités pour les fournisseurs	M
4.2.1.3.1.3	Détermination de la date de référence pour la prise en compte de la part complémentaire	Ouvrir aux Fournisseurs	M
4.2.1.3.1.5	Acquisition de la référence de prise en charge	Acquérir le n° de référence de prise en charge.	M
4.2.1.3.2.1	CMU Complémentaire	Cas particulier de la référence de prise en charge	N
4.2.1.4	Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire	Ajout d'un 3 ^{ème} cas de rupture lorsque des codes situations sont différents.	M
4.2.1.6	Acquisition des informations relatives à la prestation	Ouverture aux Fournisseurs pour le cas de l'optique	M
4.2.1.9.1	Acquérir les montants de la réponse de la prise en charge	Le progiciel doit permettre deux modes d'acquisition des montants de la prise en charge	N
		Le progiciel peut informer le Professionnel de Santé : seuls les produits et prestations de la réponse de prise en charge doivent figurer sur la facturation SESAM-Vitale; les produits en sus doivent faire l'objet d'une autre facturation.	N
4.2.1.9.1.1	Acquérir les montants de chaque prestation de la réponse de prise en charge	Le progiciel doit permettre le mode 1 :	N
4.2.1.9.1.2	Acquérir le montant total de la prise en charge et le ventiler	Le progiciel doit permettre le mode 2 :	N

4.2.1.9.2	Tarification de la part complémentaire par le module de tarification complémentaire	Ajout d'un titre	M
		Cas particulier de Pour la réponse de prise en charge, l'appel au STS doit être réalisé après la ventilation du mode 2.	N
		Cas particulier de la CMU-C	N
4.2.1.15	Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale désynchronisé	Ajouter les auxiliaires et les fournisseurs à la note de bas de page n°30	M
4.2.3.1	Fonctionnements dégradés - Mise en forme des factures électroniques en mode SESAM-Vitale dégradé	Recommandation de la mention « Télétransmission dégradée » par le progiciel.	M
		Note de bas de page 33 : « Pour les pharmaciens, les auxiliaires et les fournisseurs »	M
6	Glossaire	Définition du terme « PS » pour la famille « Fournisseurs »	M
		Définition du terme « Réponse de Prise en charge » pour la part complémentaire	M
		Précision sur le terme « ordonnance »	M
		Ajout de la précision « délivrance de médicaments et/ou de produits de la LPP » dans la définition du terme « ordonnance »	M
7.1	Ordonnances, Lois, Décrets, Codes	Arrêté du 10 février 2004 et Décret n°2007-199 du 14 février 2007	M
7.2	Conventions	Les Conventions nationales concernant tous les fournisseurs, Signé le 7 aout 2002	M
A1-A			
§ 2.1.1.4	Acquisition sur le poste de travail, des informations relatives au Professionnel de Santé Fournisseurs	Création d'un § pour les fournisseurs : 2.1.1.5 Acquisition sur le poste de travail, des informations relatives au Professionnel de Santé Fournisseurs	N
§ 2.1.3.2	Groupe 107	Mise à jour « type de service associés » et « services associés au contrat » du groupe 107.	M
§ 2.3.2.3.2	Schémas SR1 : Réglementation Maladie	Modification du Schéma SR1 : ajout des branches pour Fournisseur	M
§ 2.3.2.6	Schémas ST : taux de remboursement	Modification du Schéma ST2 : ajout des branches pour Fournisseur	M
		Modification du Schéma ST3 : correction du libellé de la règle T2 ter Schéma ST4bis : modification du libellé de la règle	
§ 2.5	Mise en forme des factures	Ajout de la caractéristique de la carte Fournisseur	M
§ 3.3 et § 3.3.1	Forçage des éléments de tarification NGAP hors CCAM	NGAP Hors CCAM	M
§ 3.3.6	Principes de forçage au regard de la tarification complémentaire	Cas de la « réponse de prise ne charge »	M

	§ 5	Compatibilité terrain	Compatibilité lecteur version 3	M
A1-A0				
	2.1	Introduction	Ajouter la famille « Fournisseurs » dans le tableau	M
	2.2	Familles de Professions de Santé du Cahier des Charges	Ajouter la famille « Fournisseurs » dans le tableau	M
	2.4	Description de chaque groupe et règles de constitution	Ouverture des groupes nécessaires aux Fournisseurs	M
	2.4	Groupe 1211	Ajout de texte sur la prescription	M
	2.4	Groupe 1321	Suppression du paragraphe : Droits issus d'une prise en charge	S
	2.4	Groupe 1610	Spécificité sur le code lieu	M
			Spécificité sur la location	M
			Renseignement du montant de la part complémentaire suivant les 2 modes de calcul pour la réponse de prise en charge	M
	2.4	Groupe 1730	Ajout spécificité sur la location	M
	2.4	Groupe 1910	Précision des champs 5 (Total théorique remboursable de la part complémentaire) et 6 (Total remboursable de la part complémentaire)	M
			Renseignement du montant total de la part complémentaire suivant les 2 modes de calcul pour la réponse de prise en charge	M
	2.5.5	Familles Fournisseurs	Ajout de la composition d'une facture de la famille fournisseur	N
A1-A2				
	5	PRESENTATION DES GROUPE STS 3710	Ajout sur les formules à appliquer en optique et audioprothèse. Mise à jour du texte sur le dentaire	N
	7	Appel a la fonction « Tarification »	Ajout d'un § sur la réponse de prise en charge	N
	8.2.2	Détail des informations retournées par les STS	Modification de la phrase pour ajouter le terme « et non théorique » Mise à jour, si nécessaire du terme AMC	M
A1bis				
	1.1	Présentation générale	Ajout des Fournisseurs	M
	2.1.3	Principes de fonctionnement	Ajout des Fournisseurs Particularités comme pour les pharmaciens (TLA réduit)	N
	2.1.6	Présentation fonctionnelle générale pour Professionnel de Santé préparant les Factures à l'officine ou dans la structure (Fournisseurs)	Ajout des Fournisseurs	M

	2.2.1	Identification Terminal	Ajout des Fournisseurs	M
A2				
		Tableau de synthèse	Ajouter les 9 codes spécialités (60 à 68) et des règles à utiliser pour la famille Fournisseur	M
	R32	Contrôle de la date de fin de location	Modification du titre et des colonnes pour la notion de Service	M
	R33	Contrôle du mode de sécurisation SESAM sans Vitale	Adaptation de la règle pour la Famille Fournisseurs	M
	T1ter	Date de référence pour déterminer le taux de remboursement des frais pharmaceutiques...	Ajout d'un paragraphe sur la réparation d'appareils	M
	T2ter	Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un pharmacien	Règle autorisée pour la famille Fournisseur Ajout de la table 8.5	M
	T2quint	Détermination du taux de remboursement lié à un individu en mode sans Vitale	Modification de la règle	M
	Table 1	Table des codes prestations	Ajout de nouveaux codes prestations + valorisation des groupes fonctionnels optique et CMU	M
	Table 2	Tables des compatibilités entre les codes prestations et les spécialités de Professionnels de santé	Ajout des codes prestations compatibles avec les nouvelles spécialités de la Famille Prescripteur	M
	Table 3	Table des compatibilités entre codes prestation et la qualité du bénéficiaire	Ajout des nouveaux codes prestations liés à la famille Fournisseur	M
	Table 4	Table des compatibilités entre les codes prestation et plusieurs concepts	Ajout des nouveaux codes prestations liés à la famille Fournisseur	M
	Table 7	Table des compatibilités entre les codes prestation et le qualificatif dépense	Ajout des nouveaux codes prestations liés à la famille Fournisseur	M
	Table 8.5	Table des taux de remboursement des Fournisseurs	Ajout de la table	A
	Table 12	Table des codes prestation obligatoirement associés	Ajout du code prestation support OPC pour le code prestation secondaire ATL	M
	Table 15.1	Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé	Ajout des nouveaux codes spécialités de la Famille Fournisseurs	M
	Table 21.X	Table des codes prestation utilisées dans les tables 8.x	Ajout des codes prestation ATL, OPC, OPM et OP1 à OP6	M
	Table 50.4	Table des taux de	Ajout des spécificités pour la Famille Fournisseurs	M

	remboursement en mode sécurisé SESAM sans Vitale ... la CRPCEN		
--	---	--	--

4 Evolutions réglementaires

4.1 Mesure EV02 : Spécialistes en médecine générale

4.1.1 Présentation de la mesure

Contexte

L'Assurance maladie reconnaît la qualification des médecins généralistes en médecins spécialistes de médecine générale, que ce soit par le biais des études de médecine réformées en 2002 ou à l'issue du processus de qualification de l'Ordre des médecins.

Sont en conséquence créées deux nouvelles spécialités permettant de distinguer :

- les médecins venant d'obtenir leur diplôme
Ces Professionnels de santé sont identifiés sous le code spécialité 22 – Spécialiste en médecine générale avec diplôme.
- les médecins acquérant la spécialité par décision du conseil de l'Ordre.
Ces Professionnels de santé sont identifiés sous le code spécialité 23 – Spécialiste en médecine générale reconnu par l'Ordre.

Les médecins généralistes non spécialistes (Omnipraticiens déjà installés qui ne demanderont pas leur qualification) conservent quant à eux la spécialité existante. (Code spécialité « 01 »).

Les médecins spécialistes en médecine générale (code spécialité 22) ou qualifiés (code spécialité 23) relèvent des dispositions législatives et réglementaires applicables aux médecins qui exercent la médecine générale

4.1.2 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

Documents impactés

- **Corps du CDC SESAM-Vitale**
- Annexe 1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé » du CDC SESAM-Vitale
- Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture »
- Annexe 1bis : « Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif » du CDC SESAM-Vitale
- Annexe 2 : « Réglementation et Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire »

**Tableau de
synthèse**

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
Corps	3.2.2.3	Parcours coordonné de soins	Ajout d'une note de bas de page pour indiquer où trouver la définition de médecin spécialiste	M
	6	Glossaire	Ajout des définitions de Généraliste et Spécialiste	A
A1-A	2.1.2.3	Date de première installation en exercice libéral	Ajout d'une note de bas de page pour indiquer où trouver la définition de médecin généraliste	A
	2.1.4	Le parcours coordonné de soins	Modification de la note de bas de page (5) au dessous du tableau A-T1	M
A1-A0	2.2	Familles de Professions de Santé du Cahier des Charges	Ajout des spécialités 22 et 23 dans la famille Prescripteur	M
	2.4	Description de chaque groupe et règles de constitution	Modification table A0-T2bis	M
A1bis	3.5.1	Description de la Zone d'échange Feuille de soins	Ajout des spécialités 22 et 23 dans la famille Prescripteur	M
A2		Tableaux de synthèse	Ajout des spécialités 22 et 23	A
	B3	Montant de la majoration d'urgence	Renvoi vers la définition de médecin généraliste du corps du cahier des charges	M
	Table 2	Table des compatibilités entre codes prestation et spécialités de PS	Ajout des spécialités 22 et 23	A
	Table 17	Compatibilité des majorations de coordination selon le contexte de parcours de soins et la spécialité du PS	Ajout des spécialités 22 et 23	M
	Table 18	Durée de validité de contextes particuliers du parcours de soins	Ajout des spécialités 22 et 23	M

4.2 Mesure EV03 : Avenant 21 à la convention médicale**4.2.1 Présentation de la mesure****Contexte**

L'avenant 21 à la convention nationale des médecins libéraux signé le 21 décembre 2006 et paru au Journal Officiel du 17/04/2007 prévoit un assouplissement des règles du parcours de soins pour les bénéficiaires de la CMU-C.

L'assurance maladie s'engage ainsi à rembourser aux médecins les majorations de coordination facturées en tiers payant à des bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l'AME Complémentaire quelle que soit la situation des bénéficiaires précités au regard du parcours de soins.

Par ailleurs, l'avenant introduit dans son article 2 que le DA (Dépassement autorisé) n'est plus facturable par les médecins aux bénéficiaires de la CMU-C hors parcours.

4.2.2 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

Documents impactés

- Corps du CDC SESAM-Vitale
- Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture »
- Annexe 2 : « Réglementation et Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire »

Tableau de synthèse

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
Corps	3.2.2.6.1	Bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle	Modification de la facturation des dépassements pour les patients bénéficiaires de la CMU complémentaire	M
A1-A0	2.4	Description de chaque groupe et règles de constitution	Modification table A0-T2bis	M
A2	Table 17bis	Compatibilité des majorations de coordination en fonction du bénéficiaire et de la convention du PS	Facturation des majorations de coordinations hors parcours de soins	M

4.3 Mesure EV06 : nouvelle valeur du champ 25 de la base CCAM

4.3.1 Présentation de la mesure

Contexte

Actes CCAM non exonérés

Certains actes (notamment les actes d'ACP) ne sont jamais exonérés, ni par nature ni au-delà du seuil d'exonération, et ne sont pas concernés par l'application de la participation assuré de 18€

Impacts fonctionnels

Ajout dans la base CCAM d'une nouvelle valeur (valeur 5) pour le champ (CCAM-25) « codes « exonération du ticket modérateur ». Cette valeur signifie que l'acte CCAM n'est pas exonéré.

4.3.2 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

Documents impactés

- Annexe 1-A1 : « Phase part obligatoire »
- Annexe 1-C : « Fonctions d'administration »

Tableau de synthèse

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
A1-A1	3.2.3.2	TC2-TC3-T5-T6 : C-ExoActe	Modification du paragraphe pour indiquer l'existence d'une valeur « non exonéré »	M
A1-C	4.1	La fonction de Consultation de données CCAM	Ajout d'une nouvelle valeur du code « Exonération du Ticket Modérateur » dans la liste des valeurs possibles du champ CCAM-25	M

4.4 Mesure EV07 : Levée du contrôle du nombre d'actes dans une association

4.4.1 Présentation de la mesure

Il n'y a plus lieu de limiter le nombre de ligne d'acte d'une association (limité à 4 actuellement).

Le contrôle lié au nombre d'actes dans une association CCAM est donc supprimé.

4.4.2 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

Documents impactés

- Annexe 1-A1 : « Phase part obligatoire »

Tableau de synthèse

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
A1-A1	2.1.4.15	RC16 Nombre limite d'actes pour une association	Suppression du paragraphe	S
	4.2.1	Partie réglementation	Suppression de la règle RC16	M
	4.4	Diagnostics	Suppression du libellé d'erreur retourné par la RC16	M

4.5 Mesure EV09 : Calcul de l'exonération par rapport aux dates d'exécution des actes d'une facture

4.5.1 Présentation de la mesure

Contexte

Modification des règles d'exonération

Un acte exonéré et exonérant n'exonère plus l'ensemble de la facture mais uniquement les autres actes réalisés à la même date.

Impacts fonctionnels

Impact sur les règles TC4 et TC5 et donc sur les services C_ExoActe et C_ExoFacture du module SRT.

4.5.2 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

Documents impactés

- Annexe 1-A1 : « Phase part obligatoire »
- Annexe 1-D : « Récapitulatif des groupes de données »

Tableau de synthèse

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
A1-A1	3.2.3.2	TC2-TC3-T5-T6 : C-ExoActe	Modification de la description du groupe 3441	M
	3.2.3.3	TC5 : C-ExoFacture	Modifications (la description du groupe 3441, suppression du groupe 3461, ...)	M
	4.4	Diagnostics	Modification des 2 libellés correspondant à la règle T13 : la partie « et facture exonérée » est supprimée.	M
A1-D	3.1.1	Groupes utilisés par les Services Elémentaires SRT	Modification de la description du groupe 3441, suppression du groupe 3461	M
	3.1.2	Utilisation des Groupes par les services élémentaires SRT	suppression du groupe 3461	M

4.6 Mesure EV10 : Evolutions règles de gestion de la CPRPSCNF

4.6.1 Présentation de la mesure

Contexte

De nouvelles règles de gestion ont fait évoluer la prise en charge de certains ressortissants de la CPRPSCNF.

4.6.2 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

Documents impactés

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

Tableau de synthèse

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
A2	Table 8.1	Table des taux de remboursements des prescripteurs	Suppression des codes ALD 4 ou 5 ou 6 dans libellé de l'entête du tableau	M
	Table 8.2	Table des taux de remboursements des Auxiliaires médicaux	Suppression des codes ALD 4 ou 5 ou 6 dans libellé de l'entête du tableau	M
	Table 8.3	Table des taux de remboursements des pharmaciens	Suppression des codes ALD 4 ou 5 ou 6 dans libellé de l'entête du tableau	M
	Table 8.4	Table des taux de remboursements des laboratoires d'analyses médicales	Suppression des codes ALD 4 ou 5 ou 6 dans libellé de l'entête du tableau	M
	Table 50.1	Table des taux de remboursement en mode sécurisé SESAM sans Vitale et dégradé ...	Evolution d'un libellé pour ajout du cas « 100% si liés ALD »	M

4.7 Mesure EV11 : Ouverture du codage LPP aux Pédicures Podologues

4.7.1 Présentation de la mesure

Contexte

La nomenclature des orthèses (Titre II chapitre 1 de la Liste des Produits et Prestations Remboursables) n'était pas codée.

L'Arrêté du 13/07/2009 porte codification de 7 des 10 rubriques que cette nomenclature comporte.

Pour les orthèses codées, les Professionnels de Santé doivent transmettre les codes références LPP dans leur facture.

Les Pédicures Podologues peuvent délivrer et facturer des orthèses.

En conséquence, le groupe « 1730 - Groupe Prestation détaillée LPP » doit être ouvert à la famille « Auxiliaires Médicaux », famille à laquelle appartiennent les Pédicures Podologues. S'agissant de l'ouverture du groupe 1730 aux Centres de Santé il l'est de fait, puisque les factures relevant des Centres de Santé sont régies, entre autres, par les règles de la famille « Auxiliaires Médicaux ».

4.7.2 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

Documents impactés

- Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture »
- Annexe 1-D : « Récapitulatif des groupes de données »
- Annexe 2 : « Réglementation et Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire »

Tableau de synthèse

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
A1-A	2.3.2.3.2	Schéma SR1	Passage par la règle R8ter pour les Auxiliaires Médicaux (AMI)	M
A1-A0	2.4	Description de chaque groupe et règles de constitution	Ouverture du groupe 1730 aux Auxiliaires Médicaux	M
	2.5.1	Famille Auxiliaires Médicaux	Ajout du groupe 1730	M
A1-D	2	Zone d'échange de la facture	Ajout du groupe 1730 pour la Famille Auxiliaires Médicaux	M
A2		Tableaux de synthèse	Ouverture des règles LPP à la famille « Auxiliaires médicaux »	M

Table 2	Table des compatibilités entre les codes prestations et les spécialités de professionnels de santé	Ouverture des codes DVO et PA à la spécialité 27 « Pédiatres Podologues »	M
----------------	---	---	----------

4.8 Mesure EV16 : Date de référence CMU-C en pharmacie

4.8.1 Présentation de la mesure

Contexte

Pour les prestations de type frais pharmaceutiques et les dispositifs de la LPP, la date à prendre en compte pour la détermination du droit à la CMU-C est la date de délivrance (date d'exécution) et non pas la date de prescription comme spécifié actuellement dans le cahier des charges.

4.8.2 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

Documents impactés

- Corps du CDC SESAM-Vitale

Tableau de synthèse

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
Corps	3.2.2.2	Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part complémentaire	Reprise de la règle de détermination de date de référence située à tort dans le § 3.2.6	M
	3.2.2.6	Situations Particulières	Evolution de la règle pour la date de référence pour la situation particulière de CMU-C	M
	3.2.6	Tarifification de la part complémentaire	Suppression de tout ce qui concerne les dates au niveau de ce §. Il reste juste activation de la part complémentaire	M
	4.2.1.3.2	Situations particulières du bénéficiaire des soins	Evolution de la règle pour la date de référence pour la situation particulière de CMU-C (idem § 3.2.2.6)	M

4.9 Mesure EV17 : Bordereaux d'accompagnement des ordonnances pour les auxiliaires-médicaux et les fournisseurs

4.9.1 Présentation de la mesure

Contexte

Dans les cas où les ordonnances sont adressées aux organismes AMO il est demandé de les accompagner d'un bordereau récapitulatif des FSE correspondantes.

Ces bordereaux doivent être édités par le progiciel du Professionnel de Santé.

Cette évolution prévoit l'extension de l'utilisation des bordereaux à toutes les familles de Professionnel de Santé au-delà des familles Pharmaciens et Laboratoires actuellement mentionnées dans le CDC Editeur.

4.9.2 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

Documents impactés

- Corps du CDC SESAM-Vitale

Tableau de synthèse

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
Corps	3.2.8.4	Bordereau accompagnant les ordonnances	Modification du paragraphe	M
	3.2.8.4.1.3	Présentation des bordereaux d'accompagnement pour le Pharmacien	Renumérotation du paragraphe	M
	3.2.8.4.2	Présentation des bordereaux d'accompagnement	Ajout du paragraphe pour les Auxiliaires-médicaux et Fournisseurs	N
	4.2.1.4	Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire	Les pédicures-podologues sont concernés par la rupture de facture en cas de restitution de plusieurs codes situation, dans le cas de facturation comprenant des soins de pédicures et des orthèses plantaires	N

5 Améliorations fonctionnelles du CDC SESAM-Vitale

5.1 Mesure EV14 : Typage des actes

5.1.1 Présentation de la mesure

Contexte

Différentes règles du CDC SV font référence aux nomenclatures d'actes existantes. Cependant le rattachement de chaque code prestation à une nomenclature n'était pas nécessairement identifié.

Chaque code prestation de la table 1 de l'annexe2 a donc été rattaché à une « nomenclature » et éventuellement à un groupe fonctionnel (ensemble de codes prestation concernés par des dispositions réglementaires communes).

Les règles du CDC SV ont évolué en conséquence.

5.1.2 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

Documents impactés

- **Corps du CDC SESAM-Vitale**
- Annexe 1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé » du CDC SESAM-Vitale
- Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture »
- Annexe 1-A1 : « Phase part obligatoire »
- Annexe 2 : « Réglementation et Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire »

Tableau de synthèse

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
Corps	4.2.1.6	Acquisition des informations relatives à la prestation	« Actes NGAP » remplacé par actes non CCAM	M
A1-A	3.2.1.5	Forçage des données liées au parcours coordonné de soins	Suppression de la table 5 des tables forçables liées au parcours de soins	M
	3.3.1	Forçage des éléments de tarification NGAP	Ajout du forçage des nouvelles données de la table 1 : type de prestation, type de nomenclature, groupe fonctionnel ou top code affiné	M
	ST2	Détermination du taux de remboursement par acte	Suppression T3.1bis	M
A1-A0	1212	Groupe Prescription Chirurgien	Ajout de la caractéristiques des prestations	M

		dentiste/Stomatologues	d'orthopédie dento-faciale	
	161x		Ajout des caractéristiques des prestations (actes de biologie, médicament, LPP, soins dentaires, orthopédie dento-faciale, prothèses dentaires, forfait dentaire CMU-C) « cumul d'actes CCAM et NGAP » remplacé par « cumul d'actes CCAM et non CCAM » Modification de la caractéristique des frais de déplacements (forfaitaires ou kilométriques) Suppression des « Spécificités : Radiologues »	M
	1610	Groupe Prestation	Modification de la caractéristique du code prestation	M
	1620	Groupe Prestation IFD	Modification de la caractéristique des IFD	M
	1630	Groupe prestation IK	Modification de la caractéristique des IK	M
	1860	Groupe Complément de prestation Dent traitée	Ajout des caractéristiques des prestations dentaires cotées en NGAP	
A1-A1	1.1	Présentation du document	Ajout en introduction du document de la précision suivante : toutes les règles de cette partie sont spécifiques CCAM (cf. type de nomenclature) hormis la règle CC6	M
	2.1.4.6	RC6 Frais de déplacement	Ajout de la caractéristique des indemnités de déplacement	M
A2		Tableaux de synthèse	Suppression de la règle T3.1bis	M
	R7	Contrôle du coefficient des codes prestations effectués par un prescripteur, ...	Généralisation de la formulation pour ne pas parler spécifiquement des nomenclatures NGAP et NABM	M
	R8	Nécessité d'une entente préalable pour un code prestation	Précision des prestations concernées par cette règle identifiée par leur type de nomenclature ou leur groupe fonctionnel	M
	R8bis	Nécessité d'une entente préalable pour les actes de biologie	Précision des prestations concernées par cette règle identifiée par leur type de nomenclature ou leur groupe fonctionnel	M
	R8ter	Nécessité d'une entente préalable pour les produits de la LPP	Précision des prestations concernées par cette règle identifiée par leur type de nomenclature ou leur groupe fonctionnel	M
	R10	Vérification de la présence du numéro d'agrément pour les forfaits techniques	Précision des prestations concernées par cette règle identifiée par leur type de nomenclature ou leur groupe fonctionnel	M
	R11bis	Compatibilité du forfait dentaire au titre de la CMU-C avec l'acte support	Précision des prestations concernées par cette règle identifiée par leur type de nomenclature ou leur groupe fonctionnel	M
	R17bis	Association obligatoire de code prestation	Suppression de la table T1bis et ajout du type de prestation en données utilisées	M
	R17ter	Contexte du parcours de soins pour des actes associés	Suppression de la table T1bis et ajout du type de prestation en données utilisées	M
	R19	Contrôle de la présence d'actes	Précision des prestations concernées par cette règle	M

	incompatibles au regard des codes affinés de biologie	identifiée par leur type de nomenclature	
R20	Contrôle du nombre maximum d'un même code affiné de biologie	Précision des prestations concernées par cette règle identifiée par leur type de nomenclature	M
R21	Contrôle du respect des règles spécifiques en matière de codes affinés de biologie	Précision des prestations concernées par cette règle identifiée par leur type de nomenclature	M
R22	Contrôle entre le coefficient facturé et le cumul des coefficients associés à chaque code affiné de biologie	Précision des prestations concernées par cette règle identifiée par leur type de nomenclature	M
R23	Contrôle de la justification du complément à la cotation minimale liée aux actes sanguins	Précision des prestations concernées par cette règle identifiée par leur type de nomenclature	M
R29	Détermination du contenu tiers payant lié à des dispositions réglementaires spécifiques	Remplacement de la table 5 par la table 1 pour identifier les prestations de Permanence des soins	M
R32	Contrôle de la date de fin de location	Précision des prestations concernées par cette règle identifiée par leur type de nomenclature	M
R33	Contrôle du mode de sécurisation SESAM sans Vitale	Précision des prestations concernées par cette règle identifiée par leur type de nomenclature	M
T1	Date de référence pour déterminer le taux de remboursement pour un code prestation effectué par un prescripteur ...	Précision des prestations non concernées par cette règle identifiée par leur groupe fonctionnel	M
T3.1	Date de référence pour déterminer le taux ... par un prescripteur (...) ou un auxiliaire médical (RSI)	Précision des prestations non concernées par cette règle identifiée par leur groupe fonctionnel	M
T1bis	Date de référence pour déterminer le taux de remboursement des soins dentaires	Remplacement de la liste des codes prestations concernés par cette règle par la notion de groupe fonctionnel le caractérisant	M
T3.1bis	Date de référence pour déterminer le taux de remboursement des soins dentaires(RSI)	Règle supprimée	S
T1 ter	Date de référence pour déterminer le taux de remboursement de frais pharmaceutiques ...	Titre modifié : cette règle concerne également la LPP	M
T3.1 ter	Date de référence pour déterminer le taux de remboursement de frais pharmaceutiques ...(RSI)	Titre modifié : cette règle concerne également la LPP Précision des prestations concernées par cette règle identifiée par leur type de nomenclature Suppression du terme « date d'achat »	M
T4	Détermination du taux de	Précision des prestations concernées par cette règle	M

	remboursement des codes prestations à coefficient exonérant	identifiée par leur type de nomenclature et leur groupe fonctionnel	
T7	Détermination du taux de base	Précision des prestations concernées par cette règle identifiée par leur type de nomenclature	M
Tc9	Détermination du taux de remboursement pour la CRPCEN	« code regroupement CCAM » remplacé par « code prestation »	M
B1bis	Déterminer la date à retenir pour la base de remboursement	Ajout de la table 1 et du type de nomenclature	M
B13	Déterminer la base de remboursement d'un code prestationou un laboratoire d'analyses de biologie médicale	Précision des prestations concernées par cette règle identifiée par leur type de nomenclature	M
F4	Base de remboursement des indemnités kilométriques	Précision des prestations concernées par cette règle identifiée par leur groupe fonctionnel	M
S1	Base de remboursement des frais pharmaceutiques	Précision des prestations concernées par cette règle identifiée par leur type de nomenclature	M
Table 1	Table des codes prestations	Ajout des colonnes « type de nomenclature » « groupe fonctionnel général » et groupe fonctionnel détaillé » et « top codage finé » Ajout de tous les codes regroupement de la table 1bis	M
Table 1 bis	Table des codes regroupements CCAM	Table supprimée car incluse dans table 1	S
Table 5	Prestations relatives à la permanence de soins	Table supprimée car incluse dans table 1	S
Table 7	Table des compatibilités entre les codes prestation et le qualificatif de la dépense	Ajout de tous les codes regroupement de la table 7bis	M
Table 7bis	Table des compatibilités entre les codes regroupement et le qualificatif dépense	Table supprimée car incluse dans Table 7	S
Table 9	Table des taux de majoration des remboursement pour la CRPCEN	« Code regroupement CCAM » remplacé par « code prestation »	M

5.2 Mesure EV15 : Gestion des AT

5.2.1 Présentation de la mesure

Contexte

L'objectif de la mesure est de clarifier les règles relatives à la gestion du risque AT en élargissant la possibilité d'élaborer des FSE au risque AT dans un contexte de facturation élargi.

Cette évolution consiste à préciser les principes liés aux notions suivantes (support AT, premiers soins et feuillet certifié), à savoir :

- Le feuillet AT (FAT) est obligatoire (Art. L441-5 du Code de la Sécurité Sociale). En conséquence les autres supports apparaissent en complément. Ils peuvent servir à identifier l'organisme gestionnaire issu du support AT si ce dernier n'apparaît pas sur le FAT.
- Sur le terrain, le progiciel ne peut pas identifier le contexte de premiers soins. Ce n'est pas parce que l'accident n'est pas identifié dans la carte qu'on est en premiers soins. (l'AT est enregistré en caisse mais la carte n'est pas nécessairement à jour ou bien la carte ne permet pas d'enrichir les occurrences (mapping V1bis). On ne parle plus de premiers soins au niveau du système de facturation SESAM-Vitale. C'est une notion propre à l'assurance maladie mais qui ne peut être gérée par le Professionnel de Santé.
- La notion de feuillet certifié utilisée dans le CDC actuel ne correspond pas à une réalité terrain pour le Professionnel de Santé. Cette notion est nécessaire à la caisse d'A.M. mais n'est pas connue et donc utilisable par le Professionnel de Santé. Le feuillet AT étant délivré par l'employeur (pour les salariés), il n'est pas visé par la caisse même une fois que l'accident est enregistré par cette dernière. A ce moment là un courrier de la caisse est adressé à l'assuré. (Sauf dans des cas particuliers de rechute)
 - le qualificatif **certifié** ne doit pas être utilisé pour le feuillet AT.
 - Par contre on introduit parmi les supports papier possibles le courrier de la caisse (i.e. l'organisme gestionnaire de l'AT)

5.2.2 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

Documents impactés

- **Corps du CDC SESAM-Vitale**
- Annexe 1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé » du CDC SESAM-Vitale
- Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture »
- Annexe 2 : « Réglementation et Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire »

Tableau de synthèse

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
Corps	3.2.2.1	Accident du travail	Modification de la présentation des principes pour les AT : présentation du Feuillet AT comme support obligatoire et des autres supports comme complément éventuels Suppression des 2 notes de bas de page pour la saisie	M
09/07/2010		G.I.E. SESAM-VITALE		38 / 54

			des informations sur attestation ou déclaration de la victime paramétrée sur le régime et éventuellement la caisse	
	6	Glossaire	Ajout des définitions « accident de droit commun » et « accident de la vie privée » et de l'abréviation FAT	M
A1-A	2.1.3.2	La fonction « Lecture droits Vitale »	Présentation des 3 blocs de données AT contenues dans le groupe 103	M
	2.1.5	Principes pour la gestion des TA dans SESAM-Vitale	Ajout du paragraphe	A
	2.3.2.3.1	Schéma SC1	Ajout de commentaires pour préciser le contexte des deux cas : s'agit-il d'un accident : oui S'agit-il d'un accident : non	M
	2.3.2.3.2	Schéma SR1	Suppression des règles R26, R27, R28	M
	2.3.2.3.3	Schéma SR2	Ajout des règles R26, R27, R28 Prise en compte des évolutions des règles R25.x de l'annexe 2	M
A1-A0	1310	Groupe Organisme AMO	Renvoi direct vers la règle R25.0 de l'Annexe 2	M
	1511	Groupe Nature d'assurance maladie	Précision de vocabulaire sur la notion d'accident de droit commun	M
A2		Tableaux de synthèse	Suppression de la règle R25.3, R25.5	M
	R25.0	Acquisition des données relatives à la couverture d'un Accident du Travail	Ajout du format de l'identifiant AT en carte Vitale Précisions apportées dans la formulation des règles et des données utilisées	M
	R25.1	Contrôle de l'existence d'une couverture au risque AT	Précisions apportées dans la formulation des règles et des données utilisées	M
	R25.2	Contrôle de l'acceptation d'une Feuille de Soins Electronique AT pour un régime	Précisions apportées dans la formulation des règles et des données utilisées	M
	R25.3	Acquisition des informations relatives à l'accident	Règle supprimée	M
	R25.4	Contrôle de l'acceptation d'une FSE Accident du Travail pour les premiers soins	Suppression du contrôle de l'acceptation d'une FSE AT pour les premiers soins Remplacée par le contrôle d'une FSE AT en l'absence d'organisme sur le support AT	M
	R25.5	Condition d'élaboration d'une FSE AT sécurisée	Règle supprimée	M
	R25.6	Condition d'élaboration d'une FSE en fonction de la caisse gestionnaire du risque AT ...	Simplification de la formulation de la règle Modification du libellé de la règle	M
	R26	Nécessité d'un identifiant « Accident du travail » ou de la date d'accident du travail pour la nature d'assurance	Précisions sur l'acquisition : De la date d'accident : à partir du FAT Du No d'accident : pas nécessairement obligatoire	M

R36	Contrôle de la date de l'accident de droit commun (vie privée)	Prise en compte de la précision de vocabulaire sur la notion d'accident de droit commun	M
Table 11.3	Régimes autorisant l'envoi d'une FSE AT aux premiers soins	Suppression de la table et remplacement par la table « régimes acceptant l'envoi d'une FSE AT à l'organisme maladie inscrit en carte »	M

5.3 Mesure EV24 : Fiabilisation de la part complémentaire en Gestion unique

5.3.1 Présentation de la mesure

Contexte

A la lecture de l'Annexe 1-A0 pour le groupe 1330, l'acquisition du n° AMC en gestion unique est précisée.

L'évolution vise à fiabiliser le processus de facturation de la part complémentaire en gestion unique.

Précisions sur :

- l'acquisition du N° AMC en gestion unique
- la valeur de la nature de pièce justificative à générer dans la FSE en gestion unique.

En gestion unique, la saisie du n°AMC par le Professionnel de Santé ou l'acquisition de ce dernier par un support autre que la carte Vitale, n'est pas compatible avec la valeur 4 dans la nature de pièce justificative de la zone AMC 2 du groupe 1321 – 5 pos 1.

5.3.2 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

Documents impactés

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

Tableau de synthèse

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
A1-A0	1330	Groupe Données complémentaires additionnelles	Précision sur la détermination du No Organisme complémentaire en gestion unique	M

6 Maintenance fonctionnelle

6.1 Mesure EV18 : Travaux part complémentaire (Maintenance)

6.1.1 Information au Professionnel de Santé lors du débrayage des STS par le Professionnel de Santé

Contexte

Le progiciel doit informer le Professionnel de Santé que la valorisation des montants de la part complémentaire n'a pas été effectuée par les services de tarification spécifique (STS) SESAM-Vitale. Cette information est à donner uniquement sous certaines conditions.

6.1.2 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

Tableau de synthèse

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
Corps	§ 4.2.1.9.2	Tarification de la part complémentaire par le module de tarification complémentaire	Création d'une puce : Sur l'information à donner par le progiciel au Professionnel de Santé sous certaines conditions.	N

6.1.3 Présentation de la mesure : Indicateur de traitement AMC= 60

Contexte

Dans le document "Dictionnaire : Données du poste de travail" il est précisé pour l'Indicateur de Traitement AMC (IT) à 60 : "Bénéficiaire CMU complémentaire, pas de DRE possible".

La valeur 60 signifie que la complémentaire n'accepte pas le flux direct DRE, par contre dans ce cas le Professionnel de Santé doit proposer du Tiers Payant coordonné s'il identifie par ailleurs que son patient est un CMUiste.

Les caractéristiques d'identification d'un bénéficiaire de la CMU-C n'est pas l'indicateur de traitement AMC mais s'effectue à partir de l'attestation CMU-C délivré par l'AMO, ou des données de la carte Vitale (code service AMO bénéficiaire ou zone mutuelle)

6.1.4 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

Tableau de synthèse

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
-----	---	--	----------------------------------	---

Corps	§ 4.2.1.5.2	Détermination du service ouvert pour l'assuré par la complémentaire	Précision sur la valeur 0	M
	4.2.1.3.2.1	CMU Complémentaire	Précision sur l'identification d'un Cmuiste	M
	4.2.1.3.2.2	Sortants de CMU Complémentaire	Précision sur l'identification d'un sortant de CMU	M

6.1.5 Présentation de la mesure : Groupe 1321 et son champ : Sens comptable

Contexte

Précision sur les valeurs possibles pour le sens comptable dans le groupe 1321.
Il est ajouté que dans le cadre de SESAM-Vitale, les valeurs 3-4-5-7 ne sont pas utilisées. Ceux sont des valeurs réservées AMC.

6.1.6 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

Tableau de synthèse

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
A1-A0	1321	Remplissage des données de la complémentaire zones AMC 1 et AMC 2 du groupe 1321	Précision sur les valeurs possibles du sens comptable	M

6.1.7 Présentation de la mesure : Recherche dans la table de convention

Contexte

Dans le § 4.2.1.5.3.4 du Cahier Des Charges SESAM-Vitale "Si la carte Vitale comprend plusieurs valeurs de types de conventions ou de critères secondaires, le progiciel recherche les conventions répondant à toutes les combinaisons possibles des valeurs de types de conventions et/ou de critères secondaires disponibles".

Il faut prévoir toutes les combinaisons possibles. Autant de lignes restituées en table que de combinatoires possibles entre types conventions et critères secondaires (cad le résultat de la recherche peut être 8 lignes restituées au maximum.

6.1.8 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

Tableau de synthèse

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
Corps	4.2.1.5.3.4	Recherche dans la table des	Précision sur la recherche de convention	M

conventions -
Valorisation des critères d'accès
à la table des conventions

6.1.9 Présentation de la mesure : Identification GU sur le support papier

Contexte

Dans le corps du CDC SESAM-Vitale, il est précisé : « mention GU ou Code routage RO ». Le code routage n'est pas utilisé en GU.

Correction sur la mention utilisée, il faut remplacer « code routage » par « type de convention ».

6.1.10 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

Tableau de synthèse

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
Corps	4.2.1.3.1	Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins pour la complémentaire	Remplacement du terme « code routage » par « type de convention ».	M

6.1.11 Présentation de la mesure : Indicateur de traitement mutuelle

Contexte

Le cahier des charges SESAM-Vitale précise dans le corps du CDC au § 4.2.1.5.1 page 97/144 que : "Les conventions contenues dans la table des conventions pour SESAM-Vitale sont en gestion unique, les conventions de tiers payant".

Par ailleurs, l'annexe 1-A2 précise au § 8.2 page 25/27 que "En gestion unique, un passage de TP AMC en HTP AMC doit entraîner une mise en forme de la facture sans part complémentaire."

Ces deux extraits du CDC prouvent que le libellé relatif à la valeur 00 devrait être remplacé par : "Pas de transmission d'information complémentaire".

6.1.12 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV

Tableau de synthèse

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
Corps	4.2.1.5.2	Détermination du service ouvert pour l'assuré par la complémentaire	Précision sur la valeur 00 de l'indicateur de traitement mutuelle.	M

6.1.13 Présentation de la mesure : Assistance « STS »**Contexte**

Précision sur l'appel à la fonction assistance offerte par les STS.

Il faut faire appel à la fonction « assistance » après recherche conventionnelle, car il est nécessaire d'avoir le code aiguillage STS.

6.1.14 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV**Tableau de synthèse**

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
A1-A2	§ 6	Appel à la fonction « Assistance à la tarification »	Précision sur l'appel à la fonction assistance offerte par les STS.	M

6.1.15 Présentation de la mesure : Indicateur de traitement et 1321**Contexte**

Pour renseigner le champ indicateur de traitement du groupe 1321, s'il n'y a pas d'IT sur le support.

Il faut demander au progiciel de renseigner avec la valeur déterminée dans le CDC s'il n'y a rien sur le support.

6.1.16 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV**Tableau de synthèse**

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
A1-A0	1321	Indicateur de traitement AMC	Précision sur le renseignement du champ.	M

6.2 Mesure EV19 : Maintenance Réglementaire**6.2.1 Synthèse des impacts sur les documents du CDC SV****Documents impactés**

- Corps du CDC SESAM-Vitale
- Annexe 1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé » du CDC SESAM-Vitale

- Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture »
- Annexe 1-A1 : « Phase part obligatoire »
- Annexe 1bis : « Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif » du CDC SESAM-Vitale
- Annexe 1-D : « Récapitulatif des groupes de données »
- Annexe 2 : « Réglementation et Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire »

Tableau de synthèse

CDC	§	Titre du paragraphe impacté ou nouveau	Nature de l'impact / Commentaire	Q
Corps	3.2.4.8	Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)	Suppression des lettres-clés obsolètes	M
	3.2.1.7	Professionnel de Santé Prescripteur	Modification de la phrase du CDC concernant les Professionnel de Santé autorisés à prescrire	M
	3.2.2.6.4	Aide médicale d'état	Suppression de l'utilisation du NIR pour distinguer AME de base d'AME complémentaire Ajout de l'obligation de Tiers Payant pour l'AME de base	
	3.2.6	Tarification de la part complémentaire	Suppression du cas particulier MFGAM, MUTAME, MGAT	M
	4.1.2	Architecture logicielle	Ajout d'une remarque sur l'utilisation de tables de données de nomenclature externes	M
	4.2.1.3.1.4	Contrôle de l'ouverture des droits complémentaire avec possibilité de forçage	Suppression du cas particulier MFGAM, MUTAME, MGAT	M
	4.2.1.4	Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire	Ajout de l'obligation de Tiers Payant pour l'AME de base	M
	6	Glossaire	Suppression de RMO	M
A1-A	2.1.3.3.4	Aide Médicale d'Etat	Modification pour redéfinition de la distinction entre AME de base et AME complémentaire	M
	2.3.2.3.2	Schéma SR1 : réglementation Maladie	Suppression des règles R12bis et R12ter Suppression des règles R5bis et R5ter Déplacement de la règle R5	M
A1-A0	2.3	Liste des groupes constituant les factures	Ajout de la notion de « séance de soins » Précision sur les exemples pour Auxiliaires Médicaux Suppression du groupe 1810 Modification du libellé 2020	M

	1212	Groupe Prescription Chirugiens Dentistes/Stomatologues	Suppression du renvoi vers la R31	M
	1321	Groupes Organisme Complémentaire	Modification : la consigne d'une facture en mode gestion unique en cas d'AME complémentaire concerne également l'AME de base	M
	1410	Cadre de Remboursement	Modification : Comme pour l'AME de base, la valeur de cadre de remboursement à '3' est également à utiliser pour l'AME complémentaire Ajout de précisions concernant la valorisation du cadre de remboursement	M
	1512	Groupe Nature d'assurance Maternité	Ajout du renvoi vers la règle R31	M
	161x	Groupe Prestation	Modification de la remarque concernant les montants AMO et complémentaire pour l'AME de base et complémentaire	M
	1610	Groupe Prestation	Ajout de précisions sur le groupe 1610 pour le dénombrement	M
	1810	Groupe Complément de prestation RMO	Suppression du groupe	S
	1840	Groupe Entente Préalable	Ajout de précisions sur le renseignement possible à partir d'une ligne de prestation précédente si celle-ci est de même code acte/coefficient	M
	2020	Groupe Base de remboursement théorique AMO	Modification du libellé	M
	2.5.1	Famille Auxiliaires Médicaux	Modification du libellé du groupe 2020	M
	2.5.2	Famille Prescripteurs	Suppression du groupe 1810 Modification du libellé du groupe 2020	M
	2.5.3	Famille Pharmaciens	Modification du libellé du groupe 2020	M
	2.5.4	Famille Laboratoires	Modification du libellé du groupe 2020	M
A1-A1	3.1.2.3	BC99 : Base de remboursement	Modification du libellé d'un champ du groupe 3421	M
	3.2.3.2	TC2-TC3-T5-T6 : C-ExoActe	Modification du libellé d'un champ du groupe 3421	M
	3.2.3.3	TC5 : C-ExoFacture	Modification du libellé d'un champ du groupe 3421	M
	4.4	Diagnostics	Modification des libellés principal et secondaire pour la règle BC99	M
A1bis	2.1.2	Schémas de fonctionnement	Ajout des spécialités 37 et 38	M
	3.5.1	Description de la Zone d'échanges Feuille de soins	Ajout de la spécialité 77, Suppression de la spécialité 74	M
A1-D	2	Zone d'échange Facture	Suppression du groupe 1810	M
A2		Tableaux de synthèse	Modification R12, Suppression des règles R12bis et R12ter Suppression de la compatibilité entre la règle R17ter et la spécialité 36	M

		<p>Ouverture des règles R25.x, R26, R27 et R28 à la spécialité 51 (pharmaciens mutualistes)</p> <p>Ouverture des règles R8bis, R30, R31 et R37 aux pharmaciens (spécialités 50 et 51)</p> <p>Ouverture des règles B1, B2, B13 aux pharmaciens (spécialités 50 et 51)</p> <p>Fermeture de la règle B11 aux laboratoires (spécialités 30, 39 et 40)</p> <p>R9 supprimée</p> <p>R5 modifiée, R5bis et R5ter supprimées</p> <p>R11 supprimée</p>	
R2bis	Compatibilité entre le code prestation ... et l'âge du bénéficiaire	Amélioration formulation	M
R5	Contrôle de la nécessité d'un prescription pour un code prestation ... effectués par une sage-femme	Modification de la règle	M
R5 bis	Contrôle de la nécessité d'une prescription pour frais pharmaceutiques	Suppression de la règle	S
R5 ter	Contrôle de la nécessité d'un prescription pour un code prestation ... effectués par des prescripteurs sauf s'il s'agit d'une sage-femme	Suppression de la règle	S
R8	Nécessité d'une entente préalable pour un code prestation en fonction de la spécialité du professionnel de santé	Modification de la règle	M
R9	Références médicales opposables	Règle supprimée	S
R11	Contrôle sur la validité de la facturation des forfaits KFA et KFB	Règle supprimée	S
R12	Compatibilité du code prestation effectué par un prescripteur ou laboratoire d'analyses de biologie médicale avec une indemnité de déplacement	Modification du titre de la règle	M
R12bis		Règle supprimée	S
R12ter		Règle supprimée	S
R15	Contrôle de la validité d'une majoration de dimanche ou de jour férié	Ajout de la table 22.1 pour le contrôle de la spécialité du professionnel de santé	M
R23	Contrôle de la justification du complément à la cotation	Ajout d'une précision dans la formulation de la règle	M

	minimale liée aux actes sanguins		
R29	Détermination du contexte tiers payant lié à des dispositions réglementaires spécifiques	Suppression du paragraphe Titre Médecin Ajout d'une partie spécifique pour les centres de santé Ajout de l'obligation de tiers payant pour l'AME de base	M
R33	Contrôle du mode de sécurisation SESAM sans Vitale	Ajout de la référence réglementaire relative aux produits de la LPP	M
T4	Détermination du taux de remboursement des codes prestation à coefficient exonérant	Suppression de KCC, ZN Suppression de la particularité CRPCEN pour les actes TO et ORT	M
T7	Détermination du taux de remboursement de base	Ajout d'une précision pour les régimes SNCF et ENIM	M
B1	Déterminer la date à retenir pour la BR d'un code prestation effectué par un prescripteur ou ...	Ajout d'une remarque : « cette règle concerne également les pharmaciens facturant des actes de biologie (lettre clé B)	M
B2	Déterminer le tarif de la lettre-clé à retenir pour le calcul de la base de remboursement	Ajout d'une remarque : « cette règle concerne également les pharmaciens facturant des actes de biologie (lettre clé B)	M
B6	Déterminer la nature du montant de la majoration pour les codes prestation effectués par des prescripteurs	Ajout de la table 23 pour détermination du type de majoration Mise à jour de la liste des lettre-clés concernées	M
B13	Déterminer la BR d'un code prestation effectué par un prescripteur (hors forfait d'accouchement), un auxiliaire médical ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale	Ajout d'une précision pour les actes gratuits Ajout d'une remarque : « cette règle concerne également les pharmaciens facturant des actes de biologie (lettre clé B)	M
Annexe Tables		Ajout des tables 22.1 et 23	A
Table 1	Table des codes prestations	Suppression KFA, KFB, KFD, KCC, MTC, PRA, ZM, ZN et MDE. Modification des libellés des codes prestation CRD, VRD, IFA	M
Table 2	Table des compatibilités entre codes prestation et les spécialités de professionnels de santé	Suppression KFA, KFB, KFD, KCC, MTC, PRA, ZM, ZN et MDE.	M
Table 3	Table des compatibilités entre les codes prestation et la qualité du bénéficiaire	Suppression KFA, KFB, KFD, KCC, MTC, PRA, ZM, ZN et MDE.	M
Table 4	Table des compatibilités entre les codes prestation et plusieurs concepts (nature d'assurance, coefficient,...)	Suppression KFA, KFB, KFD, KCC, MTC, PRA, ZM, ZN et MDE. Modification pour l'acte MM du taux de remboursement pour les spécialités 30, 39	M

Table 5bis	Prestations relatives au contexte d' « Urgence »	Suppression MDE	M
Table 6	Table des codes prestation susceptibles d'être soumis à la formalité de l'entente préalable	Suppression KCC	M
Table 7	Table des compatibilités entre les codes prestations et le qualificatif de la dépense	Suppression KFA, KFB, KFD, KCC, MTC, PRA, ZM, ZN et MDE.	M
Table 8.3	Table des taux de remboursements des Pharmaciens	Corrections pour code couverture 0107, 0304	M
Table 12	Tables des Codes Prestation obligatoirement associés	Suppression KFD, MTC, MDE, ZN	M
		Ajout du code prestation MPI	M
Table 15.3	Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la nature des soins	Suppression ZM 41	M
Table 21.2	Tables des codes prestation utilisées dans les tables 8.x	Suppression KCC, ZN	M
Table 21.11	Tables des codes prestation utilisées dans les tables 8.x	Suppression du code FEN	M
Table 21.12	Tables des codes prestation utilisées dans les tables 8.x	Suppression du code FEN	M
Table 50.1	Table des taux de remboursement en mode sécurisé SESAM sans Vitale et dégradé ...	Suppression KCC, ZN	M

7 Intégration des fiches

7.1 Fiches Réglementaires (FR)

Les fiches réglementaires parues depuis l'addendum n° 4 (dernière version du CDC 1.40) sont prises en compte dans le présent addendum.

Le tableau ci-dessous présente ces Fiches Réglementaires.

Leur impact se situe dans la partie TABLES de l'Annexe 2 du CDC SESAM-Vitale.

N°FR	Codes prestation concernés	Solution
42v3	FHV, FMV	Ouverture de ces prestations à la spécialité « Chirurgie générale » (valeur 04)
49v2	PMH, PM2, PM4	Nouvelles modalités de prise en charge des médicaments à vignette orange
56v2	DVO	Gestion des Orthèses
59v3	CG, SP	Nouvelle convention nationale sages-femmes
61v2	FPC, FPO	Intégration des forfaits dentaires CMU C réservés aux actes hors panier de soins
62	CRS, VRS	Extension des majorations permanence des soins
63	POD	Convention nationale des pédicures podologues
64	PPI	Délivrance d'allergène
65v2	VDC	Vidéo-capsule
66v2	FSD	Forfait de sécurité dermatologique
67	CST,STH,KTH, THR,YYYY187	Cas d'exclusion du Parcours de Soins en fonction de la nature des soins : La table des actes exclus du parcours de soins est enrichie des prestations suivantes : CST, STH, KTH, THR, YYYY187.
68v2	KMB	turation d'un prélèvement sanguin réalisé par un directeur de laboratoire d'analyses médicales médecin biologiste
69	AMS	Passage du coefficient max de 12 à 9,5
70	PA	Ouverture du PA pour les pédicures-podologues
71	K	Non exclusion des actes en K du parcours de soins
72v2	ATD, ATL	Complément AT pour prise en compte à 150%
73	TO, ORT	Taux de remboursement des prestations TO et ORT pour la CRPCEN
74v2	KGP	Forfait pour le paiement de la délivrance du Kit Anti-grippe
76	PH2	Médicaments vignettes orange
77	VAC	Vaccination grippe H1N1
78	Table 15.3	Intégration des actes d'ACP dans la CCAM

7.2 Fiches Pratiques d'Information (FPI)

n°FPI	Implantation		Réf.	Date	Solutions
21	A1-A0	1850	PDT-FPI-021	05/08	Traitement chronique : délivrance d'1 boîte supplémentaire après expiration de la durée de validité de la prescription
31	A4	§12.1.4	PDT-INF-031	25/01/10	Demande de dLOI : erreur message SMTP single part

7.3 Fiches d'Information (FI)

n°FI	Implantation		Réf.	Date	Solutions
03	A4	§13.1	CDC-INF-003	08/09/08	Précision sur les messages de service contenant les fichiers normés de convention
09	A1-A0	1610	CDC-INF-009	02/2009	Codage LPP : facturation des orthèses <u>Fiche non intégrée car elle n'est plus d'actualité.</u>

7.4 Fiches Techniques d'Information (FTI)

n°FTI	Implantation		Réf.	Date	Solutions
23	A1-A0	161x	PDT-INF-023	03/12/09	Règle d'arrondi pour la pharmacie dans les DOM

8 Maintenance corrective

Les points de maintenance ci-dessous sont expliqués, mais les modifications du CDC ne sont pas reprises dans le présent document.

8.1 Corps du CDC SESAM-Vitale

Description	§ impacté
Ajout de l'ASIP comme acteur et suppression du GIP CPS	2.1.1
Suppression de la mention à la carte VIbis	2.2.1.1
Inversion des § 2.3.2 et 2.3.3	2.3.2 - 2.3.3
Revue du terme AMC, le cas échéant	3.2.2.6.1
Modification du titre :	3.2.2.6.4
	3.2.3.5.2.2
	3.2.4.1
	3.2.7.2
	3.3.2
	4.2.1.1
	4.2.1.12.1
	4.2.1.12.2.2
Suppression de la phrase : « Les principes de tarification pour les actes NGAP et NABM restent inchangés. »	3.2.5
Correction : il existe 3 modes de sécurisation et non pas 4	3.2.9.1
La désynchronisation n'est pas un mode de sécurisation à part entière, c'est un sous mode, de la sécurisation SESAM-Vitale.	3.2.9.3.1.1
	3.3.1
	4.2.1.15
Modification de la première phrase :	4.2.1.4
<i>Restitution de plusieurs codes situations</i>	
Dans ce contexte, lorsque l'application de la règle T1x (Cf. annexe 2) conduit à identifier <u>plusieurs codes situations</u> pour une même facturation traitement , alors il convient d'élaborer une FSE et une DRE par code situation différent	
Précision sur la non utilisation des STS dans le cadre de l'AME.	4.2.1.9

8.2 Annexe 1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé » du CDC SESAM-Vitale

Description	§ impacté
Création d'un § : Acquisition des informations pour un centre de santé	2.1.1.1

Création d'un §: Acquisition des informations pour un professionnel de Santé remplaçant	2.1.1.2
Création d'un §: Acquisition des informations pour un pharmacien	2.1.1.3
Création d'un §: Acquisition des informations de la carte CPX	2.1.1.4
Amélioration de la formulation des définitions des indicateurs de forçage	3.1

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

Description	§ impacté
Ouverture du groupe 1730 aux Auxiliaires-Médicaux de biologie médicale en plus des Pharmaciens et Fournisseurs.	2.4 groupe 1730
Mise en cohérence du libellé du 1321 au chapitre 2.3 et 2.4	2.3-2.4 groupe 1321
Suppression de la ligne 1322 au chapitre 2.3	2.3
Revue du terme AMC, le cas échéant	1321 1410 1610 1620 1630 1910 2010 3700 3710 3720
Correction : Le prix unitaire du groupe 1610 correspond au montant de la prestation, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> le prix unitaire de la boîte de médicament délivré multiplié par le nombre de boîtes délivrées (multiplication du champ 1740-4 par le champ 1740-5) ou bien, en cas de déconditionnement, le prix de l'unité multiplié par le nombre d'unités délivrées. (multiplication du champ 1740-10 multiplié par le champ 1740-19) » 	2.4 groupe 1610
Dénombrement « ... Voir codage de la pharmacie pour les dispositifs médicaux (DM) de la LPP ... »	2.4 groupe 1610
Modification des titres des spécificités	
Ajout du commentaire suivant : Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes 1730), ce type de prestation détaillée pouvant être répété de 1 à 10 fois pour la prestation détaillée code LPP (groupes 1730)	2.5.1
Modification du commentaire comme suit :	2.5.2

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes 1710 ou ~~1720-174x~~), ~~ces deux types de prestation détaillée pouvant être répétées de 1 à 50 fois.~~ ce type de prestation détaillée pouvant être répété :

- 1 fois pour la prestation détaillée code CIP (groupe 1740) suivi éventuellement de 1 à 30 prestation détaillée lot d'un code CIP (groupes 1741)
- de 1 à 50 fois pour la prestation détaillée NABM (groupes 1710)

8.4 Annexe 1-A2 : « Phase Part Complémentaire »

Description	§ impacté
Mise à jour du terme AMC	5 8 9

8.5 Annexe 1bis : « Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif » du CDC SESAM-Vitale

Description	§ impacté
Création d'un § « Principe de fonctionnement »	2.1.3
Création de la définition du TLA complet -ajout de FSE et/ou DRE pour le TLA réduit	4

8.6 Annexe 4 : « Télécommunications (sur Réseau IP) et chiffrement de transport »

Description	§ impacté
Mise à jour de la version du système SESAM-Vitale à véhiculer dans le flux.	7.1.1
Mise à jour de la version du système SESAM-Vitale à véhiculer dans le flux.	7.1.2
Suppression de au minimum ou deux fichiers au maximum	13.1
Suppression l'exemple mutlipart contenant deux fichiers joints	13.2
correction du type du content-disposition « attachment » au lieu de « attachement »	13.1