



G.I.E. SESAM-VITALE

Addendum au Cahier des Charges SESAM-Vitale Version 1.31 Concerne uniquement les éditeurs Pharmaciens

Juillet 2002

G.I.E. SESAM-VITALE

5 boulevard Alexandre Oyon 72019 LE MANS CEDEX 2

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

<http://www.sesam-vitale.fr>

Sommaire

1. INTRODUCTION.....	4
2. IMPACT DU CODAGE TIPS SUR LE CDC SV 1.31.....	5
2.1 ANNEXE 1.....	5
2.2 ANNEXE 2.....	11
2.3 ANNEXE 3.....	16
3. SESAM SANS VITALE POUR LES PHARMACIENS	18
3.1 CORPS DU DOCUMENT.....	18
3.2 ANNEXE 1.....	21
3.3 ANNEXE 2.....	22
4. ALIGNEMENT AMPI.....	28
4.1 ANNEXE 1.....	28
5. MODIFICATIONS POUR LE RÉGIMES RATP.....	30
5.1 ANNEXE 2.....	30
6. LA LISTE D'OPPOSITION.....	32
6.1 CORPS DU DOCUMENT.....	32
6.2 ANNEXE 4.....	33

1. INTRODUCTION

Cet addendum n'est applicable que pour les éditeurs « **Pharmaciens** ».

L'objectif de ce document est de présenter les modifications valables uniquement pour le cahier des charges SESAM-Vitale dans sa version 1.31.

La première modification porte sur l'intégration du codage TIPS (Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires). Cette intégration n'est valable que pour les articles du TIPS délivrés sans agrément par le Professionnel de Santé en sa qualité de Pharmacien et non en tant que Fournisseur.

La seconde modification porte sur l'autorisation d'utilisation du mode de sécurisation SESAM sans Vitale lors de la délivrance de contraceptif oral d'urgence (pilule du lendemain) suite à la parution du décret no 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence paru au journal officiel le 10 janvier 2002

La troisième modification porte sur l'alignement des taux de remboursement de l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes sur ceux du Régime Général. Elle concerne plus particulièrement la prise en compte de la modulation ou de l'exonération du ticket modérateur pour les invalides civils ou militaires et pour les allocataires du Fond de Solidarité Vieillesse. La situation de ces bénéficiaires figure sur une attestation papier émise par le régime AMPI. C'est sur cette base que le pharmacien peut utiliser le mode de sécurisation SESAM Vitale. Pour permettre cette nouvelle fonctionnalité de sécurisation des Feuilles de Soins Electroniques, le progiciel utilisera une table de correspondance code libellé/code couverture.

La quatrième modification concerne des corrections apportées à l'annexe 2 du cahier des charges et pour le régime de la RATP

La dernière modification concerne le système d'opposition des cartes Vitales :

- la longueur du numéro de série indiquée dans la liste d'opposition électronique,
- les informations à rendre disponibles ainsi que les alertes à remonter aux Professionnels de Santé,
- La généralisation de la diffusion de la liste d'opposition électronique à l'ensemble des Pharmaciens, que ceux-ci en aient fait la demande ou pas.

Pour cet addendum, les éditeurs Pharmaciens doivent remplacer dans le champ 'sujet' du message SMTP ,transmis à l'organisme d'assurance maladie obligatoire, la référence « SV131000 » par « SV131040 » (Cf. § 3.1.10 du corps du cahier des charges 1.31).

Les modifications apportées aux Cahiers des Charges SESAM-Vitale sont présentées dans les paragraphes suivants.

2. IMPACT DU CODAGE TIPS SUR LE CDC SV 1.31

2.1 Annexe 1

Paragraphe 1.5 - Description de la Zone d'échanges Feuille de soins

La feuille de soins transmise par le progiciel du Professionnel de Santé à la fonction de « Mise en Forme et sécurisation FSE » est composée d'un ensemble de groupes de données.

L'assemblage des groupes de données pour constituer la feuille de soins dépend de la « famille » à laquelle appartient le Professionnel de Santé qui l'élabore.

Le terme « famille » a été volontairement employé plutôt que le terme « catégorie », celui-ci n'ayant pas une signification unique selon les régimes d'assurance maladie.

La liste des spécialités des Professionnels de Santé composant chaque « famille » est donnée à la page de description de la feuille de soins propre à cette famille.

Les groupes de données listés ci-dessous concernent les familles suivantes :

- **Auxiliaires médicaux**
- **Prescripteurs**
- **Pharmaciens**
- **Laboratoires d'Analyse de Biologie Médicale**

LISTE des GROUPES		
100	Groupe <i>données de chiffrage</i>	
1110	Groupe <i>Identification FSE</i>	
1120	Groupe <i>Identification Professionnel de Santé</i>	
1130	Groupe <i>Identification médico-administrative du bénéficiaire de prestation</i>	
1140	Groupe <i>Identification Structure*</i>	
1150	Groupe <i>Identification Remplaçant*</i>	
1211	Groupe <i>Prescription</i>	
1212	Groupe <i>Prescription</i>	
1213	Groupe <i>Prescription</i>	
1220	Groupe <i>Arrêt de Travail prescrit*</i>	
1310	Groupe <i>Organismes AMO</i>	
1321	Groupe <i>Organisme complémentaire</i>	
1322	Groupe <i>Mutualiste</i>	
1410	Groupe <i>Cadre de remboursement</i>	
1420	Groupe <i>Identification de pièce justificative</i>	
1430	Groupe <i>Identification Appareillage*</i>	
1511	Groupe <i>Nature d'assurance</i>	Maladie
1512	Groupe <i>Nature d'assurance</i>	Maternité
1513	Groupe <i>Nature d'assurance</i>	Accident du Travail
1610	Groupe <i>Prestation</i>	
1620	Groupe <i>Prestation IFD</i>	
1630	Groupe <i>Prestation IK</i>	
1710	Groupe <i>Prestation détaillée NABM</i>	
1720	Groupe <i>Prestation détaillée code CIP</i>	
1730	Groupe <i>Prestation détaillée code TIPS</i>	
1810	Groupe <i>Complément de prestation RMO</i>	
1820	Groupe <i>Complément de prestation Exonération du TM</i>	
1830	Groupe <i>Complément de prestation DMT-MT</i>	
1840	Groupe <i>Complément de prestation Entente préalable</i>	
1850	Groupe <i>Complément de prestation Renouvellement</i>	
1860	Groupe <i>Complément de prestation Dent traitée</i>	
1870	Groupe <i>Exécutant</i>	
1910	Groupe <i>Total FSE</i>	

Les paragraphes suivants contiennent la description de chaque groupe de données.

* Les informations des groupes suivis d'un astérisque ne seront pas transportées par la norme d'échange lors de la première phase de déploiement du système SESAM-Vitale.

.....

161x**Groupe PRESTATION*****Gestion des prestations***

Les informations télétransmises reflètent exactement la facturation des actes retracée sur le support papier. Il est donc nécessaire de créer autant de groupes 1610 que d'actes répertoriés sur la feuille de soins.

Néanmoins, dans le cadre de la mise en oeuvre de la codification affinée des actes de biologie, l'ensemble des actes exécutés à la même date pour une même prescription (ayant même taux de remboursement) est regroupé dans un groupe 1610 unique. La valeur du coefficient est alors égale à la somme des coefficients représentatifs des codes affinés.

En mode dégradé non sécurisé, lorsque le Professionnel de Santé ne dispose pas des informations lui permettant de déterminer le taux de remboursement, la procédure de tiers payant ne peut être appliquée.

Règles particulières de présentation concernant certains types d'actes**Spécificités : Pharmacie (page 39/103)***Codage de la Pharmacie***Pour les médicaments :**

On établit un groupe *1610 Prestation* par code acte PH4, PH7, PH1, MX1, MX4, MX7 ou VAG (ce dernier acte n'est pas utilisé par le régime général). Ce groupe 1610 est suivi de 1 à 50 groupes *1720 Prestation détaillée*. Chaque groupe 1720 rattaché à un groupe 1610 ne doit détailler que des produits ayant même code taux (1, 4, ou 7).

Le prix unitaire du groupe 1610 est obtenu par l'addition des prix (prix unitaire x nombre de boîtes) des produits identifiés dans le ou les groupes 1720 qui s'y rattachent.

La valeur du dénombrement du groupe 1610 demeure 1.

Pour les Dispositifs médicaux (DM) du TIPS :

On établit un groupe *1610 Prestation* par code acte AAD, AAR, MAC, MAD, PA, PAN. Ce groupe 1610 est suivi d'un seul et unique groupe *1730 Prestation détaillée*.

Le prix unitaire du groupe 1610 est renseigné par le montant total du TIPS identifié dans le groupe 1730 qui s'y rattache.

La base de remboursement du groupe 1610 est renseignée par le montant total du TIPS identifié dans le groupe 1730 qui s'y rattache.

La valeur du dénombrement du groupe 1610 correspond au nombre de groupe 1730 qui s'y rattache, et donc toujours à 1.

Le montant des honoraires du groupe 1610 est renseigné par le montant total facturé TTC (après remise) identifié dans le groupe 1730 qui s'y rattache.

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

1. Prescripteurs
2. Auxiliaires-médicaux
3. Pharmaciens
4. Laboratoires d'analyses de biologie médicale

1610 Groupe *Prestation*

**Hors
Tiers
payant**

• N° de la prestation	N° ordre de la prestation (dans la FSE)	
• Date d'exécution	Date d'exécution de la prestation	
• Lieu d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> • valeur 0 pour « lieu d'exercice du PS » • valeur 1 pour « domicile du patient » 	
• Code prestation	Code prestation connu par l'assurance maladie (cf. Annexe 2)	
• Code complément prestation	<ul style="list-style-type: none"> • valeur N pour « nuit » • valeur F pour « dimanche ou jour férié » Attention, particularité pour le codage de la biologie pour les valeurs 'N' et 'F'.	
• Montant des honoraires (dépassement compris)	Indiquer le montant total des honoraires (en centimes)	
• Qualificatif de la dépense	<ul style="list-style-type: none"> • valeur D pour « entente directe » • valeur E pour « exigence particulière » • valeur F pour « déplacement non prescrit » • valeur G pour « acte gratuit » • valeur N pour « acte non remboursable » 	
• Coefficient	Coefficient en centièmes. Voir annexe 2. Attention, particularité pour le codage de la biologie	
• Quantité	Voir spécificités radiologie ou regroupement de séances	
• Dénombrement	Voir spécificités radiologie Voir codage de la biologie et d'anatomo-cytopathologie Voir codage de la pharmacie pour les dispositifs médicaux (DM) du TIPS.	
• Prix unitaire	Indiquer le montant, en centimes, de l'unité tarifaire	optionnel *
• Base de remboursement	Voir annexe 2	optionnel *
• Taux applicable à la prestation	Voir annexe 2	optionnel *
• Montant remboursable par l'AMO	Voir annexe 2	optionnel *
• Montant théorique remboursable par l'AMC	Pour la prestation avant application de la règle niveau Facture	optionnel *

* optionnel pour les honoraires, obligatoire pour les prestations sanitaires

17xx**Groupe PRESTATION DETAILLEE****1710 et 1720****1730****Groupe Prestation détaillée code TIPS****Gestion des prestations détaillées****Règles**

Le nombre de groupes Prestation Détaillée associés à un groupe Prestation est toujours de 1. Ce groupe est obligatoire dès que le Professionnel de Santé délivre un dispositif médical du TIPS. Cependant, et dans l'attente de la parution du décret d'application du codage du TIPS, le champ du code TIPS n'est pas renseigné.

En cas de changement de tarif en cours de période de location (Type de service à 'L'), il convient de créer autant de couple 1610/1730 que de tarif pour cette prestation

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

1. Pharmacien

1730 Groupe Prestation détaillée code TIPS

• N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
• Code du TIPS	Code du TIPS associé à la prestation
• Type de Service	Type de prestation fournie au malade : A : Achat E : Entretien L : Location P : Frais de port R : Réparation V : Livraison
• N° SIRET du Fabricant ou de l'importateur	Réservé pour une utilisation future
• Date de livraison	Date à laquelle les produits ont été livrés chez le malade.
• Date de début de location ou date d'achat ou de délivrance	En cas de facturation partielle d'une location, la date de début de location correspond à la date de début de facturation de la période concernée.
• Date de fin de location	Ce champ est obligatoire en cas de location. En cas de facturation partielle d'une location, la date de fin de location correspond à la date de fin de facturation de la période concernée. En cas de changement de tarif en cours de période, il convient de créer autant de groupes 1730 que de tarifs pour ce code prestation.
• Tarif de référence TIPS ou Prix Unitaire	Indiquer le tarif unitaire de la prestation figurant au TIPS ou le prix unitaire en cas de délivrance d'articles sur facture.
• Nombre d'unités	Indique le nombre de fois où le prix unitaire est facturé. Correspond pour les locations au nombre de jours, semaines ou mois facturés.
• Prix unitaires public (TTC)	Indiquer le prix public unitaire de la prestation TIPS.
• Montant total TIPS	(Tarif de référence TIPS ou PU) x nombre d'unités.
• Montant total facturé TTC après remise éventuelle	Prix public x nombre d'unités après application d'une remise éventuelle.

PHARMACIENS

• Pharmacien

code spécialité 50

.....→	100	Groupe Données de chiffrage
→	1110	Groupe Identification FSE
→	1120	Groupe Identification Professionnel de Santé
→	1130	Groupe Identification médico-administrative du bénéficiaire de prestation
.....→	1140	Groupe Identification Structure
→	121x	Groupe Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire)
→	1310	Groupe Organismes AMO
.....→	132x	Groupe Organismes complémentaires
→	1410	Groupe Cadre de remboursement
.....→	1420	Groupe Identification de pièce justificative
→	151x	Groupe Nature d'assurance
	→	1610 Groupe Prestation
→	1820 Groupe Exonération du T.M
n→	1840 Groupe Complément de prestation Entente préalable
→	1850 Groupe Complément de prestation Renouvellement
.....→	1730	Groupe Prestation détaillée code TIPS
n→	1720 Groupe Prestation détaillée code CIP
→	1910	Groupe Total FSE

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupe 1720 ou 1730), ce type de prestation détaillée pouvant être répété :

- De 1 à 50 fois pour la prestation détaillée code CIP
- D'une fois pour la prestations détaillées code TIPS

Les prestations liées aux codages TIPS doivent toujours précéder les prestations liés aux codages CIP.

PHARMACIENS
1730 Groupe Prestation détaillée code TIPS
• N° de la prestation (de rattachement)
• Code du TIPS
• Type de service
• N° SIRET du Fabricant ou de l'importateur
• Date de livraison
• Date de début de location ou date d'achat ou de délivrance
• Date de fin de location
• Tarif de référence TIPS ou Prix Unitaire
• Nombre d'unités
• Prix unitaires public (TTC)
• Montant total TIPS
• Montant total facturé TTC après remise éventuelle

2.2 Annexe 2

Tableaux de synthèse

		R32
01	Médecine générale	
02	Anesthésiologie-Réa. chir.	
03	Pathologie cardio-vasculaire	
04	Chirurgie générale	
05	Dermato Vénérologie	
06	Radiodiagnostic et imagerie	
07	Gynécologie Obstétrique	
08	Gastro-Entérologie et Hépatho	
09	Médecine interne	
10	Neuro-chirurgie	
11	Oto-Rhino-Laryngologie	
12	Pédiatrie	
13	Pneumologie	
14	Rhumatologie	
15	Ophtalmologie	
16	Chirurgie Urologique	
17	Neuro Psychiatrie	
18	Stomatologie	
19	Dentiste, Chirurgien Dentiste	
21	Sage femme	
24	Infirmier	
26	Masseur Kinésithérapeute	
27	Pédicure	
28	Orthophoniste	
29	Orthoptiste	
30	Labo d'analyses médicale	
31	Rééducation Réadapt Fonc	
32	Neurologie	
33	Psychiatrie	
35	Néphrologie	
36	Dentiste spécialiste	
37	Anato. Cyto. Pathologie	
38	Directeur Laboratoire Médecin	
39	Laboratoire Polyvalent	
40	Labo. Anato. Cyto. Pathologie	
41	Chir Orthopédique traumato.	
42	Endocrinologie, métabolisme	
43	Chirurgie infantile	
44	Chirurgie maxillo-faciale	
45	Chir. maxillo-faciale, stomato	
46	Chir. plast reconstructrice	
47	Chir thoracique et cardio-vas	
48	Chirurgie vasculaire	
49	Chir. viscérale et digestive	
50	Pharmacien	X
70	Gynécologie médicale	
71	Hématologie	
72	Médecine nucléaire	
73	Oncologie médicale	
74	Oncologie radiothérapique	
75	Psychiatrie de l'enfant et ado.	
76	Radiothérapie	
77	Obstétrique	
78	Génétique médicale	

R5 bis - Contrôle de la nécessité d'une prescription pour des frais pharmaceutiques ou des codes prestation, des indemnités forfaitaires de déplacement ou des types d'indemnités kilométriques effectués par des auxiliaires médicaux ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Pour donner lieu à remboursement, la prescription est toujours obligatoire.</p> <p>Dés lors, une date de prescription ainsi que le numéro du prescripteur doivent être renseignés.</p>	<p>Code prestation : (1610) : <i>Saisie par le PS</i> ou Code indemnité forfaitaire de déplacement : (1620) : <i>Saisie par le PS</i> ou Type d'indemnité kilométrique : (1630) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Date de prescription : (1211) : <i>Saisie par le PS</i> ou Date début : (1212) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Numéro du prescripteur : (à valoriser dans les groupes 1211 et 1212)</p>	Table 4	<p>NGAP : Dispositions générales</p> <p>NABM : Dispositions générales</p> <p>Code de la sécurité sociale : art R163.2</p> <p>TIPS</p>	<p>Par le terme "frais pharmaceutiques", il faut comprendre tous les frais relatifs à la délivrance par un pharmacien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des médicaments non spécialisés (produits de droguerie pharmaceutique, médicaments officinaux, préparations magistrales); - des médicaments spécialisés (médicaments préparés à l'avance présentés dans un conditionnement particulier); - les fournitures et appareils inscrits au TIPS ne nécessitant pas d'agrément du fournisseur pour être pris en charge par l'Assurance Maladie."

R8 - Nécessité d'une entente préalable pour un code prestation en fonction du coefficient et de la spécialité du professionnel de santé

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la nécessité d'une entente préalable pour un code prestation en fonction du coefficient saisi par le professionnel de santé et du code spécialité de ce professionnel.</p> <p>Seules les associations "code prestation / coefficient" pour lesquelles aucune ambiguïté n'existe sur le caractère obligatoire de l'entente préalable figurent dans la table 6.</p>	<p>Code prestation : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Code accord entente préalable : (1840) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Coefficient : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Spécialité du professionnel de santé : <i>Lue sur la carte PS</i></p>	Table 6	NGAP TIPS	

R32- Contrôle de la date de fin de location

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la nécessité d'une date de fin de location lorsque le type de service est à la valeur « Location ».</p>	<p>Date de fin de location : (1730) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Type de prestation fournie : (1730) : <i>Saisie par le PS</i></p>		TIPS	

S1 - Base de remboursement des frais pharmaceutiques

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Pour les médicaments :</p> <p>Le montant de la base de remboursement des frais pharmaceutiques correspond à la somme des prix unitaires donnés pour chaque code CIP multiplié par la quantité.</p> <p>Ce calcul doit être effectué pour tous les codes CIP portant le même code taux.</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>Pour les Dispositifs Médicaux (DM) du TIPS :</p> <p>Le montant de la Base de Remboursement correspond au montant total TIPS du dispositif médical.</p>	<p>Code du taux : (1720) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Prix unitaire : (1720) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Quantité Délivré : (1720) <i>Saisie par le PS</i></p> <p>■</p> <p>Montant total TIPS : (1730) <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Base de remboursement : (1610)</p>			

2.3 Annexe 3

Chapitre 4 –Dictionnaire ; § 4.3 données FSE

Paragraphe 4.3.2 Liste des groupes de données

La structure de la feuille de soins transmise par le Progiciel de Santé à la fonction de Mise en Forme et sécurisation FSE est constituée d'un ensemble de groupes de données.

Le tableau ci-dessous présente la liste complète de ces groupes de données ainsi que l'identificateur de structure de donnée correspondant indiqué dans l'en-tête de bloc mémoire.

id struct	Descriptif groupe	
100	Groupe <i>Données de chiffrage</i>	
1110	Groupe <i>Identification FSE</i>	
1120	Groupe <i>Identification Professionnel de santé</i>	
1130	Groupe <i>Identification médico-administrative du bénéficiaire de prestation</i>	
1140	Groupe <i>Identification Structure</i>	
1150	Groupe <i>Identification Remplaçant</i>	
1211	Groupe <i>Prescription</i>	
1212	Groupe <i>Prescription</i>	
1213	Groupe <i>Prescription</i>	
1220	Groupe <i>Arrêt de travail prescrit</i>	
1310	Groupe <i>Organismes AMO</i>	
1321	Groupe <i>Organisme complémentaire</i>	
1322	Groupe <i>Mutualiste</i>	
1410	Groupe <i>Cadre de remboursement</i>	
1420	Groupe <i>Identification de pièce justificative</i>	
1430	Groupe <i>Identification Appareillage</i>	
1511	Groupe <i>Nature d'assurance</i>	Maladie
1512	Groupe <i>Nature d'assurance</i>	Maternité
1513	Groupe <i>Nature d'assurance</i>	Accident du Travail
1610	Groupe <i>Prestation</i>	
1620	Groupe <i>Prestation IFD</i>	
1630	Groupe <i>Prestation IK</i>	
1710	Groupe <i>Prestation détaillée NABM</i>	
1720	Groupe <i>Prestation détaillée code CIP</i>	
1730	Groupe <i>Prestation détaillée code TIPS</i>	
1810	Groupe <i>Complément de prestation RMO</i>	
1820	Groupe <i>Complément de prestation Exonération TM</i>	
1830	Groupe <i>Complément de prestation DMT-MT</i>	
1840	Groupe <i>Complément de prestation Entente préalable</i>	
1850	Groupe <i>Complément de prestation Renouvellement</i>	
1860	Groupe <i>Complément de prestation Dent traitée</i>	
1870	Groupe <i>Exécutant</i>	
1910	Groupe <i>Total FSE</i>	

Paragraphe 4.3.3 - Composition des groupes de données

id struct	Max	T	Format	Présence	Évol.
1730 Groupe Prestation détaillée code TIPS					
• N° de la prestation (de rattachement)	4	N		obligatoire	
• Code du TIPS	13	A		facultative	
• Type de service	1	A		obligatoire	
• N° SIRET du Fabricant ou de l'importateur	14	A		facultative	
• Date de livraison	12	D	AAAAMMJJHHMN ¹	facultative	
• Date de début de location ou date d'achat ou de délivrance	12	D	AAAAMMJJHHMN ²	obligatoire	
• Date de fin de location	12	D	AAAAMMJJHHMN ³	facultative	
• Tarif de référence TIPS ou Prix Unitaire	5+2	N		obligatoire	
• Nombre d'unités	2	N		obligatoire	
• Prix unitaire public (TTC)	5+2	N		obligatoire	
• Montant total TIPS	5+2	N		obligatoire	
• Montant total facturé TTC après remise éventuelle	5+2	N		obligatoire	

§4.3.4 - valeurs des données élémentaires

1730	Type de service	A	Achat
		E	Entretien
		L	Location
		P	Frais de port
		R	Réparation
		V	Livraison

§ 4.3.6 - Liste des groupes de données par Famille de Professionnels de Santé

PHARMACIENS			
occurrences	id struct	Descriptif	
0,1	100	Données de chiffrage	
1,1	1110	Identification FSE	
1,1	1120	Identification Professionnel de Santé	
1,1	1130	Identification médico-administrative du bénéficiaire de prestation	
0,1	1140	Identification Structure	
1,1	121x	Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire)	
1,1	1310	Organismes AMO	
0,1	132x	Organismes complémentaires	
1,1	1410	Cadre de remboursement	
0,1	1420	Identification de pièce justificative (devient obligatoire si FSE IRIS)	
1,1	151x	Nature d'assurance (un groupe 1511 rend obligatoire la présence du groupe 1820)	
1,n	1,1	1610	Prestation
	0,1	1820	Complément de prestation Exonération TM
	0,1	1840	Complément de prestation Entente préalable
	0,1	1850	Complément de prestation Renouvellement
	0,50	1720	Prestation détaillée code CIP
0,1	1730	Prestation détaillée code TIPS	
1,1	1910	Total FSE	

¹ Les données heures et minutes doivent être renseignées à zéro par le progiciel de santé (AAAAMMJJ0000).

² Les données heures et minutes doivent être renseignées à zéro par le progiciel de santé (AAAAMMJJ0000).

³ Les données heures et minutes doivent être renseignées à zéro par le progiciel de santé (AAAAMMJJ0000).

3. SESAM SANS VITALE POUR LES PHARMACIENS

Le pharmacien est autorisé à utiliser le mode de sécurisation SESAM sans Vitale lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à une mineure.

3.1 Corps du document

Pour les paragraphes :

- **3.1.1.2.- Le système SESAM-Vitale - page 22/76**, modification de la note de bas de page numéro 6,
- **3.1.2.1.- La feuille de soins électronique - page 24/76**, modification de la note de bas de page numéro 11,
- **3.1.2.2.- Principes de la création de la feuille de soins électronique - page 29/76**, modification de la note de bas de page numéro 19,
- **4.2.2.1.- Elaboration d'une feuille de soins électronique - Schéma d'élaboration de la feuille de soins électronique (cas général) - page 53/76**, modification de la note de bas de page numéro 47,
- **4.2.2.1.- Elaboration d'une feuille de soins électronique - Schéma d'élaboration de la feuille de soins électronique (actes en série) - page 54/76**, modification de la note de bas de page numéro 50,

de la façon suivante : « *La présence de la carte Vitale n'est pas obligatoire pour sécuriser la feuille de soins électronique—pour la catégorie des laboratoires d'analyse de biologie médicale, les médecins spécialisés en anatomo-cyto-pathologie, et les directeurs de laboratoire médecin (hors Centre de Santé) et la catégorie pharmacien (lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à une mineure).* »

Paragraphe 3.1.2.2 - principes de la création de la feuille de soins électronique- page 29/76

«

La feuille de soins électronique, mise en forme et sécurisée grâce aux Fournitures SESAM-Vitale et aux cartes Vitale⁴ et Professionnel de Santé, est sauvegardée par le progiciel du Professionnel de Santé sur le poste de travail conformément aux dispositions législatives (article R.161-47).

Pour la catégorie des Professionnels de Santé Pharmacien, la sécurisation de la feuille de soins électronique doit être effectuée uniquement avec la carte CPS (mode de sécurisation SESAM sans Vitale) et ceci à titre exceptionnel lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à une mineure).

Lors de la délivrance du contraceptif d'urgence, le Professionnel de Santé réalisera une feuille de soins électronique comportant :

- *Le code CIP, du produit de contraception d'urgence.*
- *Un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité du bénéficiaire : 2 55 55 55 xxx 041, où xxx représente le numéro de la caisse (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie.*
- *Clef du NIR, calculée à partir du NIR fictif.*
- *La date de naissance, renseignée soit avec la date de naissance du bénéficiaire (si elle accepte de la communiquer) soit avec la date de naissance fictive (09012002).*
- *Un numéro fictif de prescripteur (yy199999 où yy représente le numéro du département du lieu d'implantation de la pharmacie).*
- *La clef du numéro d'identification du prescripteur calculée à partir du numéro fictif.*
- *Une date de prescription correspondant à la date de délivrance du contraceptif d'urgence.*

Cette feuille de soins électronique sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie.

Les éléments suivants sont contenus sur les postes de travail ou serveurs, ce qui nécessite un paramétrage préalable :

- *Le NIR fictif et sa clef*
- *Le numéro de prescripteur fictif et sa clef*
- *La date de naissance fictive (modifiable si la mineure accepte de la communiquer)*
- *L'identifiant de la caisse gestionnaire de la CPAM de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie.»*

⁴ *La présence de la carte Vitale n'est pas obligatoire pour sécuriser la feuille de soins électronique—pour la catégorie des laboratoires d'analyse de biologie médicale, les médecins spécialisés en anatomo-cytopathologie, et les directeurs de laboratoire médecin (hors Centre de Santé) et la catégorie pharmacien (uniquement lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à une mineure).*

Paragraphe 3.1.2.8 - Sécurisation de la création de la feuille de soins électronique - page 35/76

« Les mécanismes de sécurité obligatoires pour la dématérialisation des documents nécessaires au remboursement des soins sont définis réglementairement (article R.161-43).

Une feuille de soins électronique ne peut être créée sans la carte Vitale du patient ou sans la Carte du Professionnel de Santé qui sont des composants essentiels de la sécurité du système SESAM-Vitale. La sécurisation de la feuille de soins nécessite la présence simultanée des deux cartes.

La présence de la carte Vitale n'est pas obligatoire pour sécuriser la feuille de soins électronique pour la catégorie des laboratoires d'analyse de biologie médicale, les médecins spécialisés en anatomo-cyto-pathologie ~~et~~ les directeurs de laboratoire médecin (hors Centre de Santé) et la catégorie pharmacien (uniquement lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à une mineure) »

Paragraphe 4.2.1.1 - Elaboration d'une feuille de soins électronique - page 59/76

«

L'appel aux Services SESAM-Vitale

Une fois les informations constitutives de la feuille de soins électronique collectées, le progiciel du Professionnel de Santé utilise les Services SESAM-Vitale afin que celui-ci procède :

- à la vérification des données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé (format des données, présence des données) ;
- à la mise en forme des données conformément à la norme d'échange utilisée par l'assurance maladie ;
- à la sécurisation de la feuille de soins électronique en faisant appel au lecteur SESAM-Vitale et aux cartes Vitale et Professionnel de Santé.

Une feuille de soins électronique ne peut être créée sans utilisation du lecteur SESAM-Vitale et sans présence simultanée des cartes Vitale et Professionnel de Santé.

La présence de la carte Vitale n'est pas obligatoire pour sécuriser la feuille de soins électronique pour la catégorie des laboratoires d'analyse de biologie médicale les médecins spécialisés en anatomo-cyto-pathologie et les directeurs de laboratoire médecin (hors Centre de Santé) et la catégorie pharmacien (uniquement lors de la délivrance de contraceptif d'urgence à une mineure).

..... »

3.2 Annexe 1

Pour le paragraphe 1.5- Description de la zone d'échanges Feuille de soins - groupe 1420 - page 26/103,

modification de la note de bas de page numéro 6,

1420

Groupe Identification de pièce justificative

Règles

Les Professionnels de Santé autorisés à effectuer des flux non sécurisés, en cas de procédure dégradée, ou des FSE sans Vitale doivent préciser si le bénéficiaire a présenté une pièce justificative de droits et sa nature (bulletin de salaire, attestation de droits, ...).

Ce groupe ne doit être renseigné que dans les cas suivants :

- mise en forme d'une FSE non sécurisée
- mise en forme d'une FSE sécurisée sans Vitale

Cette règle concerne la famille de Professionnels de Santé ci-dessous :

1. Prescripteurs
2. Auxiliaires médicaux
3. Pharmaciens
4. Laboratoires d'analyse de biologie médicale

1420 Groupe Identification de pièce justificative

· Nature de la pièce	· valeur 0 pour « L'assuré n'a présenté aucune pièce justificative » · valeur 1 pour « L'assuré a présenté un bulletin de salaire, une attestation de droits, une prise en charge pour l'AME, une attestation de bénéficiaire CMU, etc... » · valeur 2 pour « L'assuré a présenté sa Carte d'assuré social ou le Professionnel de Santé a consulté le fichier patient par télématique » · valeur 4 pour « L'assuré a présenté sa Carte Vitale » ⁶
· Date de validité	Date de validité de la pièce justificative
· Origine de la pièce justificative	Code de l'organisme ayant délivré la pièce justificative quand la nature de la pièce est « L'assuré a présenté sa Carte d'assuré social ».

⁶ La présence de la carte Vitale pour la signature de la FSE n'est pas obligatoire pour la catégorie des laboratoires d'analyse de biologie médicale, les médecins spécialisés en anatomo-cytopathologie, ~~et~~ les directeurs de laboratoire médecin (hors Centre de Santé)) et la catégorie pharmacien (uniquement lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à une mineure).

3.3 Annexe 2

Tableaux de synthèse

		R33
01	Médecine générale	
02	Anesthésiologie-Réa. chir.	
03	Pathologie cardio-vasculaire	
04	Chirurgie générale	
05	Dermato Vénérologie	
06	Radiodiagnostic et imagerie	
07	Gynécologie Obstétrique	
08	Gastro-Entérologie et Hépathe	
09	Médecine interne	
10	Neuro-chirurgie	
11	Oto-Rhino-Laryngologie	
12	Pédiatrie	
13	Pneumologie	
14	Rhumatologie	
15	Ophthalmologie	
16	Chirurgie Urologique	
17	Neuro Psychiatrie	
18	Stomatologie	
19	Dentiste, Chirurgien Dentiste	
21	Sage femme	
24	Infirmier	
26	Masseur Kinésithérapeute	
27	Pédicure	
28	Orthophoniste	
29	Orthoptiste	
30	Labo d'analyses médicale	
31	Rééducation Réadapt Fonc	
32	Neurologie	
33	Psychiatrie	
35	Néphrologie	
36	Dentiste spécialiste	
37	Anato. Cyto. Pathologie	
38	Directeur Laboratoire Médecin	
39	Laboratoire Polyvalent	
40	Labo. Anato. Cyto. Pathologie	
41	Chir Orthopédique traumato.	
42	Endocrinologie, métabolisme	
43	Chirurgie infantile	
44	Chirurgie maxillo-faciale	
45	Chir. maxillo-faciale, stomato	
46	Chir. Plast reconstructrice	
47	Chir thoracique et cardio-vas	
48	Chirurgie vasculaire	
49	Chir. viscérale et digestive	
50	Pharmacien	X
70	Gynécologie médicale	
71	Hématologie	
72	Médecine nucléaire	
73	Oncologie médicale	
74	Oncologie radiothérapique	
75	Psychiatrie de l'enfant et ado.	
76	Radiothérapie	
77	Obstétrique	
78	Génétique médicale	

R18 - Condition d'élaboration d'une Feuille de Soins Electronique en fonction de la situation du bénéficiaire

Préambule : D'autres situations non décrites dans cette règle peuvent ne pas donner lieu à l'élaboration d'une Feuille de Soins Electronique sécurisée SESAM Vitale (R25).

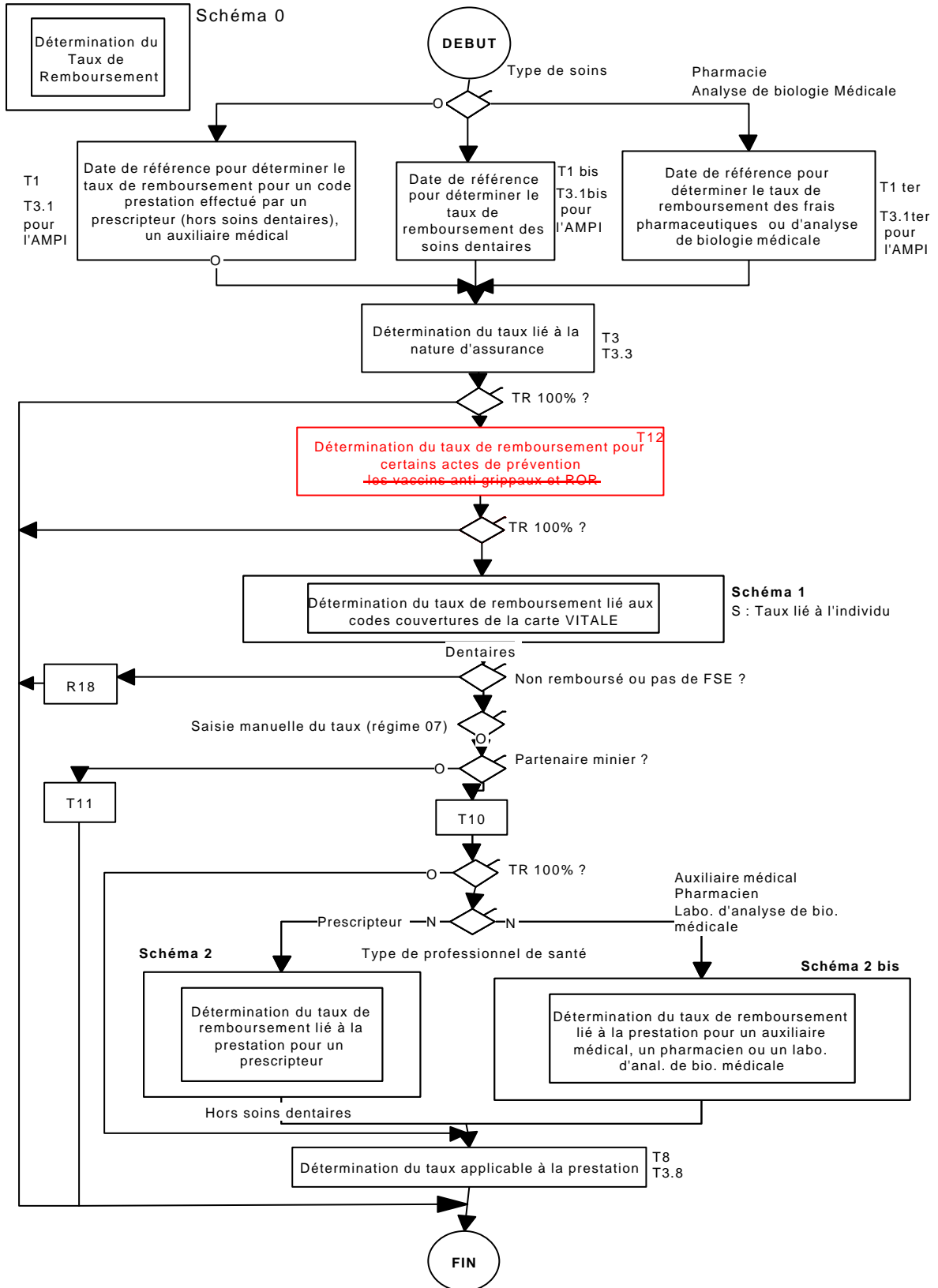
Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>.....</p> <p>Mode de sécurisation sans Vitale (voir paragraphe 3.1.2.8 du corps du document)</p> <p>Régime Agricole Lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> le libellé indique la mention " accidents non couverts " et lorsque la nature de prestation est en rapport avec un accident, alors il ne faut pas effectuer de Feuille de Soins Electronique Sécurisée SESAM Vitale. le libellé indique la mention "Taux Alsace-Moselle " et lorsque l'acte effectué est en rapport avec la nature d'assurance " accident de travail " alors il ne faut pas effectuer de feuille de soins électronique. <p>RATP <i>si</i> le libellé indique l'une des deux mentions " 100% si médical RATP sinon autres cas non exonérés" ou "100% si ALD xxxxx sinon 100% si médical RATP sinon autre cas non exonérés " <i>alors</i> il ne faut pas effectuer de Feuille de Soins Electronique Sécurisée SESAM Vitale en tiers payant.</p>	<p>Mode sécurisation : <i>saisie</i></p> <p>Code couverture : <i>Issue du lecteur.</i></p> <p>Numéro de caisse gestionnaire : <i>lue en carte Vitale.</i></p> <p>Libellé : <i>Issue du consultant</i></p> <p>Code prestation : <i>(1610) : Saisie par le PS</i></p> <p>Prescripteur agréé RATP : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Soins en rapport avec un accident : <i>Saisie par le PS.</i></p> <p>Spécialité du PS : <i>Issue du lecteur</i></p> <p>Accord de prise en charge (Mines) : <i>Saisie par le PS</i></p>			

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
	PS partenaire des Mines : saisie			

R 33 – Contrôle du mode de sécurisation SESAM sans Vitale

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Dans le cadre de la délivrance du contraceptif d'urgence à la mineure, le pharmacien ne doit pas utiliser de carte Vitale ;</p> <p>Il est donc exceptionnellement autorisé à utiliser le mode de sécurisation SESAM sans Vitale ;</p> <p>Les informations constitutives de la FSE concernant le bénéficiaire des soins, le prescripteur et la caisse gestionnaire * sont issues du paramétrage présent sur le poste du PS garantissant l'anonymisation de la FSE.</p>	NIR : groupe 1130		L 5134- 1 du code de la santé publique.	<p>* les éléments issus du paramétrage du poste sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - NIR fictif - Clé du NIR fictif - Date de naissance fictive par défaut (<i>modifiable si la mineure accepte de la communiquer</i>) - N° fictif du prescripteur - Clé du N° fictif du prescripteur - L'identifiant de la caisse gestionnaire de la CPAM de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie

2^{ème} partie : Tarification



T12 - Détermination du taux de remboursement pour certains actes de prévention les vaccins anti grippaux et Rougeole-Oreillon-Rubéole

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>L'assurance maladie prévoit le remboursement de certains vaccins dans le cadre exclusif des campagnes nationales de vaccination.</p> <p>De même, l'assurance maladie prévoit le remboursement du contraceptif d'urgence pour les mineures.</p> <p>Dans ces deux contextes, le taux de remboursement est valorisé à 100 % et le code justificatif d'exonération du ticket modérateur est renseigné à « Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention ».</p>	<p>Produit pharmaceutique pris en charge dans le cadre des campagnes nationales de vaccination (saisi PS)</p> <p>Code nature de prestation (saisi PS)</p> <p>Taux de remboursement</p> <p>Code justificatif d'exonération du ticket modérateur (1820)</p>		<p>Article L 5134-1 du code de la santé publique.</p>	<p>Les modalités relatives aux campagnes de vaccination sont définies tous les ans par la réglementation.</p> <p>Celle ci détermine entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population concernée, • la liste des vaccins pris en charge, • l'imprimé de prise en charge, • la période de validité de la prise en charge.

4. ALIGNEMENT AMPI

4.1 Annexe 1

§ 1.5 description de la zone d'échange Feuille de Soins – page 14/103

1130**Groupe Identification médico-administrative du BENEFCIAIRE
de PRESTATION**

Règles

.....

Afin de faciliter la migration de l'alignement des taux de remboursement du régime d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes sur ceux du Régime Général et plus particulièrement pour la prise en compte de la modulation ou de l'exonération du ticket modérateur pour les invalides civils ou militaires et pour les allocataires du Fond de Solidarité Vieillesse, il est autorisé, et à titre exceptionnel, d'utiliser le mode de sécurisation SESAM Vitale, en présence de la carte Vitale de l'assuré et la carte CPS du Professionnel de Santé, sans pour cela utiliser le code couverture en carte Vitale.

Pour appliquer cette solution le régime AMPI remettra aux intéressés une attestation comportant le libellé correspondant à sa situation (cf tableau récapitulatif ci-dessous).

Ce libellé, associé à son identifiant, permettra aux professionnels de santé (alertés par une mention spécifique figurant également sur l'attestation) de savoir que la tarification des prestations servies répond à des règles particulières.

Le progiciel proposera, à la demande du Professionnel, d'afficher uniquement les libellés et leurs identifiant présentés dans la table ci-dessous.

Le Professionnel de Santé sélectionne, à partir de l'identifiant, le libellé correspondant à celui mentionné sur l'attestation présentée par l'assuré ce qui permet au logiciel, après validation par le PS, de convertir automatiquement le libellé sélectionné par le code couverture associé. Le progiciel poursuit alors la phase de tarification à partir du code couverture correspondant.

La FSE constituée est sécurisée grâce à la CPS et à la carte Vitale de l'assuré.

TABLEAU RECAPITULATIF :

Identifiant du libellé	Libellé	Code couverture
A	100 % jusqu'à accouchement sauf vignettes bleues 35 %, sinon taux FNS	00103
B	100 % si liés ALD, sinon 100 % jusqu'à accouchement sauf vignettes bleues 35 %, sinon taux FNS	10103
C	100 % si liés ALD sinon 100 % sauf vignettes bleues 35 %	10102
D	100 % si liés ALD, sinon 100 % sauf vignettes bleues 35 %, sinon taux FNS	10102
E	100 % si liés ALD sinon, taux FNS	10104
F	100 % si liés ALD, sinon 100 % jusqu'à accouchement sauf vignettes bleues 35 %, sinon taux FNS	20103
G	100 % si liés ALD sinon 100 % sauf vignettes bleues 35 %	20102
H	100 % si liés ALD, sinon 100 % sauf vignettes bleues 35 %, sinon taux FNS	20102
I	100 % si liés ALD sinon, taux FNS	20104
J	100 % si liés ALD, sinon 100 % jusqu'à accouchement sauf vignettes bleues 35 %, sinon taux FNS	30103
K	100 % si liés ALD sinon 100 % sauf vignettes bleues 35 %	30102
L	100 % si liés ALD, sinon 100 % sauf vignettes bleues 35 %, sinon taux FNS	30102
M	100 % si liés ALD sinon, taux FNS	30104
N	100 % toutes prestations	00101
O	100 % toutes prestations et taux FNS	00101
P	100 % sauf vignettes bleues 35 %	00102
Q	100 % sauf vignettes bleues 35 % et taux FNS	00102
R	Taux FNS	00104

5. MODIFICATIONS POUR LE REGIMES RATP

5.1 Annexe 2

Partie Réglementation : suppression de la spécificité RATP dans la règle R18 et pour le mode de sécurisation SESAM avec Vitale

Partie tarification : modification de la table 8.3 en conséquence.

R18 - Condition d'élaboration d'une Feuille de Soins Electronique en fonction de la situation du bénéficiaire

Préambule : D'autres situations non décrites dans cette règle peuvent ne pas donner lieu à l'élaboration d'une Feuille de Soins Electronique sécurisée SESAM Vitale (R25).

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Mode de sécurisation avec Vitale</p> <p>....</p> <p>RATP</p> <p>Pour le code situation 0550 lorsque les soins ne sont pas en rapport avec une ALD : si le prescripteur n'est pas agréé RATP et appartient à l'une des spécialité suivantes : 01, 06, 30, 38, 39, 40, alors il ne faut pas effectuer de Feuille de Soins électronique Sécurisée SESAM Vitale en Tiers Payant.</p> <p>.....</p>	...			

Tables 8.3 : TAUX de REMBOURSEMENT PHARMACIENS

Valeur du code ALD (1 ^{er} caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	Poser la question : "Les soins sont-ils en rapport avec l'ALD ?" Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est "soins relatifs aux ALD". Sauf pour le Régime des Mines : v. les codes situation 07xx ci-dessous. Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou 4 ou 5 ou 6 ou si la réponse est NON à la question "les soins sont-ils en rapport avec l'ALD ?"	Code Justificatif d'exonération
0550	Actes prescrits par un prescripteur agréé RATP Taux du régime spécial RATP (100 %)	Régime Spécial RATP
	Actes prescrits par prescripteur non agréé RATP Si le code spécialité du prescripteur est différent de 01, 06, 30, 38, 39, 40 (*)[§] Taux du Régime Général de Sécurité Sociale (gestion identique au code couverture 00100 du Régime Général par application des taux de base figurant dans table 4) Sinon Pas de FSE en Tiers payant cf règle R18	Pas d'exonération Pas d'exonération

~~§ (*) Ces spécialités ne sont pas ouvertes au libre choix du praticien par le patient. Pour les spécialités citées, les agents en activité de service doivent nécessairement s'adresser à un prescripteur agréé par la RATP pour bénéficier du remboursement. La liste des spécialités "ouvertes" et "non ouvertes" évoluera dans le temps. Il est recommandé aux sociétés de services réalisant les logiciels de Professionnels de Santé de gérer cette notion dans une table des spécialités.~~

6. LA LISTE D'OPPOSITION

6.1 Corps du document

Paragraphe 3.1.11 – La liste d'opposition

Ce chapitre concerne actuellement la catégorie des pharmaciens (cf. arrêté du 12 août 1999).

La mise en oeuvre de la liste d'opposition pourra être étendue à terme à l'ensemble des Professionnels de Santé.

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'utiliser la liste d'opposition⁶ au format électronique informatique telle que décrite à l'annexe 4 du cahier des charges. ~~Cette liste est la copie conforme de la liste d'opposition papier fournie par l'Assurance Maladie. Ceci se traduit par la capacité du logiciel à exploiter le numéro de série de la carte.~~ Le principe de la gestion de l'opposition Vitale consiste, en cas de dispense d'avance de frais, d'empêcher la création d'une FSE et à avertir le Professionnel de Santé dès lors que la carte est présente dans la liste d'opposition.

Extrait de la convention Pharmacien :

« Article 2 - 2 : Validité de la carte d'assurance maladie

En cas de dispense d'avance des frais, le pharmacien s'assure avant d'élaborer la feuille de soins électronique que la carte d'assurance maladie n'est pas signalée sur la liste nationale inter-régime d'opposition des cartes.

La liste d'opposition visée par le présent article est constituée des numéros de série classés par ordre croissant des cartes définitivement mises en opposition.

Les parties signataires conviennent de diffuser cette liste d'opposition sur support papier également téléchargeable à partir d'un secteur national inter-régime. Dans cette première phase, le pharmacien qui ne souhaite pas recevoir la liste sur support papier le signale à la caisse primaire d'assurance maladie de sa circonscription. Dans une seconde phase, dont la date est fixée par les partenaires conventionnels au sein de la commission mentionnée à l'article 10-1, la liste papier est supprimée au profit de solutions de gestion automatisées.

Jusqu'au début de la seconde phase, la réception par les officines de cette liste sur un support papier et la publication de la liste d'opposition sur un serveur interviennent au plus tard le premier jour ouvré de chaque mois. La périodicité des mises à jour de la liste pourra ultérieurement être modifiée, sur avis de la commission prévue à l'article 10-1, lorsque les conditions de gestion en seront réunies.

La liste d'opposition sur support papier réceptionnée par les officines est identique à la liste publiée le même jour sur le serveur. Cette liste est datée et déposée auprès de la commission prévue à l'article 10-1.

⁶Cette liste peut être fournie au format électronique, dont la structure est décrite à l'annexe 4 de ce cahier des charges

La liste est opposable au pharmacien à l'expiration d'un délai de deux jours francs suivant la date à laquelle elle est réputée reçue ou rendue accessible, sauf si le pharmacien signale à la caisse primaire d'assurance maladie de la circonscription de son lieu d'exercice et pendant ce délai un défaut de réception ou une impossibilité d'accès. Dans ces derniers cas, et sauf abus manifeste constaté par la commission paritaire locale prévue par le protocole du 30 septembre 1975, la liste qui lui est opposable est celle qu'il a précédemment reçue.

En cas d'urgence, et pour parer à des fraudes ou abus perpétrés par les utilisateurs de la carte Vitale et identifiés dans l'intervalle de diffusion, une alerte complémentaire, clairement identifiable, peut être diffusée en cours de mois. Elle fait l'objet d'une information écrite à chaque pharmacien d'officine conventionné.

La commission prévue à l'article 10-1 assure un suivi de la mise en oeuvre du dispositif décrit ci-dessus.»

Le progiciel doit avertir le Professionnel de Santé de la prise en compte d'une nouvelle liste d'opposition, en lui indiquant le mois de référence de la liste. (c'est à dire le mois qui suit celui de la date indiquée dans l'entête du fichier de la liste opposition (Cf. Annexe 4).

Le progiciel doit offrir la possibilité au pharmacien de consulter à tout moment les coordonnées de la liste d'opposition active sur son poste de travail (mois de référence et date de prise en compte par le progiciel).

Dès la réception d'une première liste d'opposition électronique, le progiciel peut offrir au professionnel de Santé une alerte lui indiquant, à compter du 1^{er} jour ouvré de chaque mois, la non réception de la liste d'opposition.

6.2 Annexe 4

Chapitre 9 - Le message SMTP contenant la liste d'opposition

« Ce chapitre s'adresse aux éditeurs développant des progiciels destinés aux catégories de Professionnels de Santé concernées par la liste d'opposition (cf. chapitre 3.1.11).

Le message SMTP contenant la liste d'opposition est envoyé par le G.I.E. SESAM-VITALE lors de la diffusion périodique de la liste d'opposition à l'ensemble des Professionnels de Santé ~~qui en ont fait la demande~~, mais aussi à la suite d'une réclamation d'un Professionnel de Santé auprès de sa CPAM, comme il est prévu dans l'arrêté du 12 août 1999.

Dans le cas de Professionnels de Santé partageant une même boîte aux lettres ou ayant recours à un organisme tiers, un seul message SMTP est déposé dans la BAL commune. »

Paragraphe 9.1 - Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- ...
- le corps du message contient :
 - ~~—la liste des identifiants des destinataires de la liste d'opposition (cf. § 9.3). En sa présence, facultative, la structure du message est de forme Multipart (cf. § 9.2)~~
 - la liste d'opposition (cf. § 9.4).

Paragraphe 9.2 - Structure du message SMTP

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	<i>adresse émetteur du G.I.E. SESAM-VITALE</i>	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	<i>adresse destinataire</i>	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	<i>SV//Compostage/Référence</i>	Cf. description du fichier ci-après
Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	<i>version</i>	<i>version = 1.0</i>	
	Type du contenu	O	Content-Type:	<i>multipart/mixed;boundary=délimiteur</i>		
LIGNE VIDE			O			
BODY PART 1 [En-têtes]	Délimiteur	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
	Type de contenu	Type de contenu	O	Content-Type:	<i>Type/Sous-type;paramètre</i>	<i>Type = Text Sous-type = Plain paramètre = charset=ISO-8859-1</i>
	Description du contenu	Description du contenu	O	Content-Description:	<i>nature/norme</i>	<i>nature = SERVICE norme = OPPV_DEST</i>
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	X...X = X...X		<i>X...X = Y...Y: liste des identifiants (numéros d'identification de facturation PS) des destinataires de la liste d'opposition</i>
Ligne vide			F			
BODY PART 2	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
		Type de contenu	O	Content-Type:	<i>Type/Sous-type;paramètre</i>	<i>Type = Application Sous-type = EDI-Consent</i>
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	<i>Encodage</i>	<i>Encodage = BASE64</i>
		Description du contenu	O	Content-Description:	<i>nature/norme</i>	<i>nature = SERVICE norme = OPPV_LISTE</i>
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHER		<i>La liste d'opposition</i>
Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--			

Message SMTP (single part)

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	<i>adresse émetteur du G.I.E. SESAM-VITALE</i>	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	<i>adresse destinataire</i>	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	SV//Compostage/Référence	Cf. description du fichier ci-après
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	<i>version</i>	<i>version = 1.0</i>
		Type du contenu	O	Content-Type:	<i>Type/Sous-type;paramètre</i>	<i>Type = Application</i> <i>Sous-type = EDI-Consent</i>
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	<i>Encodage</i>	<i>Encodage = BASE64</i>
Description du contenu		O	Content-Description:	<i>nature/norme</i>	<i>nature = SERVICE</i> <i>norme = OPPV_LISTE</i>	
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	F	Liste des destinataires: <i>X...X</i> <i>...</i> <i>Y...Y</i> Fin de la liste des destinataires.	<i>X...X ... Y...Y: liste des identifiants (numéros d'identification de facturation PS) des destinataires de la liste d'opposition</i>	
		Pièce jointe	O	FICHIER	<i>La liste d'opposition</i>	

Paragraphe 9.3 - Liste des identifiants de destinataires de la liste d'opposition

Paragraphe supprimé.

Paragraphe 9.4 - Format de la liste d'opposition électronique

Description du fichier

Champ	Format	Valeur	Observation
En-tête			
Application	20 AN	Opposition Vitale	
Version d'application	2 D	01	
Référence Date et rang de la liste	12 D	AAAAMMJJXXXX	où AAAAMMJJ représente une date et XXXX un rang
Format des numéros	4 AN	BCD n	BCD sur n octets, cadré à droite par exemple BCD4 : BCD sur 4 octets.
Nombre de numéros	8 D		Nombre de numéros de série de cartes Vitale compris dans cette liste
Liste			
Numéros			Les numéros sont tous enregistrés successivement, sans caractère de séparation. Le codage dépend du format : soit le n° 12345, en BCD4 00h 01h 23h 45h
	en-BCD4 BCD n ⁷	4 O n O	
CRC			
CRC	2 O		Il s'agit d'un CRC16, calculé sur tous les caractères le précédent, et inscrit sur 2 octets binaires, poids fort en tête.

Avec :

AN : Alphanumérique (20h à 7Fh)

D : Numérique Décimal (30h à 39h)

O Octet (00h à FFh, i.e. quelconque)

⁷ A titre indicatif, actuellement la valeur maximale de « n » est 6