

## Taux de remboursement des prestations TO et ORT pour la CRPCEN

- *Date d'application de la réglementation :* **Immédiate**
- *Textes associés :*
- *Professionnels de Santé concernés :* **Prescripteurs sauf sages-femmes**
- *Cahier des Charges SESAM-Vitale concerné:* **1.31 et 1.40**
- *Référentiel TLA concerné :* **Non**

Contexte de l'évolution	Pour le régime CRPCEN, le taux de prise en charge des prestations TO et ORT est de 85%	
Modalités de mise en oeuvre	Mise à jour du taux de remboursement de ces codes prestation.	
Légende	<p><b>Texte surligné en jaune</b></p> <p><del>Texte bleu barré</del></p>	<p>Ajouts par rapport au CDC SESAM-Vitale</p> <p>Suppression par rapport au CDC SESAM-Vitale</p>
Détail de l'évolution		

- **Les modifications apportées à la table 4 de l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale sont les suivantes :**

Table 4 : table des compatibilités entre les codes prestations et plusieurs concepts (nature d'assurance, coefficient.....)

Libellé	Code prestation		
	TO	ORT	
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance maladie	O	O	
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance maternité	O	O	
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance AT	O	O	
Nécessité d'une prescription	N	N	
Nécessité d'un coefficient	O	O	
Valeurs minimales et maximales du coefficient	≤ 200		
Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	N	N	
Compatibilité de l'acte avec une majoration d'urgence, nuit, dimanche, férié <sup>(1)</sup>	N	N	
Compatibilité de l'acte avec une majoration <sup>(2)</sup>	Urgence	N	N
	Nuit	N	N
	Férié	N	N
T.R théorique (Régime général - Régime agricole - ENIM - CNMSS - CCIP- CAVIMAC - Sections Locales Mutualistes – RSI – Sénat – Assemblée Nationale – Port Autonome Bordeaux)	70%	70%	
T.R. théorique CRPCEN	<del>100%</del> 85%	<del>100%</del> 85%	

<sup>(1)</sup> hors version 1.40-Addendum 4

<sup>(2)</sup> uniquement en version 1.40-Addendum 4

**TEST DE FACTURATION PRESCRIPTEURS**

<b>Test n°1</b>	<b>Flux attendu : FSE en TP AMO</b>							
	AMO :				AMC :			
	<b><u>Situation au regard du parcours de soins :</u></b>							
<b>CPS 18</b>	<b>Code prestation et descriptif de l'acte</b>	<b>Codage de la prestation</b>	<b>Date de facturation</b>	<b>Montant facturé</b>	<b>Justificatif d'exo</b>	<b>Part obligatoire</b>	<b>MTM restant à charge</b>	<b>Part complémentaire</b>
Carte 1002 Alexandre								
<b>ASSURANCE MALADIE</b>	ORT 15 (PU 2,15€)		25/01/N	32,25€	85% Code 0	27,41€		
Cartes PS concernées par ce test : 01, 18, 44 et 45.								

**TEST DE FACTURATION PRESCRIPTEURS**

<b>Test n°2</b>	<b>Flux attendu : FSE en TP AMO</b>							
	AMO :				AMC :			
	<b><u>Situation au regard du parcours de soins :</u></b>							
<b>CPS 19</b>	<b>Code prestation et descriptif de l'acte</b>	<b>Codage de la prestation</b>	<b>Date de facturation</b>	<b>Montant facturé</b>	<b>Justificatif d'exo</b>	<b>Part obligatoire</b>	<b>MTM restant à charge</b>	<b>Part complémentaire</b>
Carte 1002 Alexandre								
<b>ASSURANCE MALADIE</b>	TO 15 (PU 2,15€)		25/01/N	32,25€	85% Code 0	27,41€		
Cartes PS concernées par ce test : 19, 36.								

C.N.D.A

*Demande d'agrément  
ou d'homologation  
pour l'intégration d'une  
fiche réglementaire*



**ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR**

*(remplir 1 engagement par logiciel)*

Je soussigné, ....., agissant en qualité de .....  
pour la société....., atteste sur l'honneur que le logiciel  
intitulé..... dans sa version n°<sup>1</sup>....., pour système (OS).....  
intègre correctement :

. L'évolution liée à la fiche réglementaire n° \_\_\_\_\_

Version du cahier des charges de référence (rayer la mention inutile) : 1.31 / 1.40

ou

Version du référentiel d'homologation (rayer la mention inutile) : DI version ..... / TLA version .....

**Identification des factures transmises sur le frontal du CNDA :**

**1. Tableau récapitulatif à compléter :**

Carte CPS utilisée n° de facturation du PS	Régime	Date de transmission des cas de facturation		Nom des Fichiers (Groupe de données 12 champ 2 ou Type 000 pos 50-55)
		N° LOT	N° FACTURE	

**Je joins à cette attestation la(es) copie(s) d'écran correspondant aux cas de tests non passant correspondant à la fiche réglementaire prise en compte<sup>2</sup>.**

Fait le .....à .....

*Signature du représentant et cachet de la société*

<sup>1</sup> évolution **obligatoire** du n° de version **sur les 4 premiers caractères** par rapport à la dernière version agréée.

<sup>2</sup> si prévus dans les cas de tests de la fiche réglementaire prise en compte.