

Taux de la prestation ID pour la CRPCEN

- *Date d'application de la réglementation :* **Immédiate**
- *Textes associés :*
- *Professionnels de Santé concernés :* **Laboratoires**
- *Cahier des Charges SESAM-Vitale concerné:* **1.31**
1.40 addendum 1
1.40 addendum 2bis
- *Référentiel TLA concerné :* **Oui**

Contexte de l'évolution Les frais de déplacement ont le même taux de prise en charge que l'acte principal auquel ils sont associés. En conséquence, pour les laboratoires le taux de prise en charge de l'ID doit suivre celui du KB ou du PB.

Modalités de mise en oeuvre Correction par rapport au CDC SESAM-Vitale

Légende Texte surligné en jaune Ajouts par rapport au CDC SESAM-Vitale
~~Texte bleu barré~~ Suppression par rapport au CDC SESAM-Vitale

Détail de l'évolution

- **Les modifications apportées à la table 4 de l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale 1.31/1.40 sont les suivantes :**

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

Libellé	Code prestation ID
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance maladie	O
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance maternité	O
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance AT	O
Nécessité d'une prescription	N
Nécessité d'un coefficient	N
Valeurs minimales et maximales du coefficient	
Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	N^(*)
Compatibilité de l'acte avec une majoration de nuit, dimanche, férié	N^(**)
T.R théorique (Régime général - Régime agricole - ENIM - CNMSS - CCIP- CAVIMAC - Sections Locales Mutualistes – AMPI – Sénat – Assemblée Nationale – Port Autonome Bordeaux – CCAS RATP)	Spécialités 30,39, 40 : 60 % Autres 70%
T.R. théorique CRPCEN	Spécialités 30,39, 40 : 75% 80% Autres 85%

(*) Ce contrôle de compatibilité ne s'effectue pas pour cet acte

(**) La compatibilité s'effectue avec l'acte support

TEST DE FACTURATION LABORATOIRES CRPCEN

<p>TEST N° 1</p> <p>CPS 30 EPROUV</p>	<p>Prescription et contexte</p>	<p>Codage du labo.</p>	<p>Cotation</p>	<p>Montant facturé</p>	<p>Soins en rapport avec situation exo.</p>	<p>Motif d'exo TM Acte</p>	<p>Taux remb.</p>	<p>Part obligatoire</p>	<p>Part complémentaire</p>
<p>Carte Vitale 1002B Bénéficiaire : Alexandre</p> <p>N° du prescripteur : 99 1 00069 6 Date de prescription : 01/07/2007 Date des soins et date d'élaboration FSE : 02/07/2007 Tiers payant AMO Nature d'assurance : maladie</p> <p>Exemple au 02/07/2007 : B = 0,27 € PB = 2,52 € ID = 3,35 €</p>	<p>Profil enz. hépatobiliaire + GGT</p> <p>Prélèvement sanguin par directeur de labo. à domicile</p>	<p>1528 9105 9004</p>	<p>B 94</p> <p>PB 1,5</p> <p>ID</p>	<p>25,38 €</p> <p>3,78 €</p> <p>3,35 €</p> <hr/> <p>32,51 €</p>	<p>/</p> <p>/</p> <p>/</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>75%</p> <p>80%</p> <p>80%</p>	<p>19,04 €</p> <p>3,02 €</p> <p>2,68 €</p> <hr/> <p>24,74 €</p>	

Flux Attendu (s) : FSE

<p>RESULTAT ATTENDU DU TEST PART AMO</p>
<p>Accord : Oui</p>

TEST DE FACTURATION LABORATOIRES CRPCEN

<p>TEST N° 1</p> <p>CPS 30 EPROUV</p>	<p>Prescription et contexte</p>	<p>Codage du labo.</p>	<p>Cotation</p>	<p>Montant facturé</p>	<p>Soins en rapport avec situation exo.</p>	<p>Motif d'exo TM Acte</p>	<p>Taux remb.</p>	<p>Part obligatoire</p>	<p>Part complémentaire</p>
<p>Carte Vitale 1002 Bénéficiaire : Alexandre</p> <p>N° du prescripteur : 99 1 00069 6 Date de prescription : 01/07/2007 Date des soins et date d'élaboration FSE : 02/07/2007 Tiers payant AMO Nature d'assurance : maladie</p> <p>Exemple au 02/07/2007 : B = 0,27 € PB = 2,52 € ID = 3,35 €</p>	<p>Profil enz. hépatobiliaire + GGT</p> <p>Prélèvement sanguin par directeur de labo. à domicile</p>	<p>1528 9105 9004</p>	<p>B 94</p> <p>PB 1,5</p> <p>ID</p>	<p>25,38 €</p> <p>3,78 €</p> <p>3,35 €</p> <hr/> <p>32,51 €</p>	<p>/</p> <p>/</p> <p>/</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>75%</p> <p>80%</p> <p>80%</p>	<p>19,04 €</p> <p>3,02 €</p> <p>2,68 €</p> <hr/> <p>24,74 €</p>	

Flux Attendu (s) : FSE

<p>RESULTAT ATTENDU DU TEST PART AMO</p>
<p>Accord : Oui</p>

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°¹....., 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 compte².

Fait leà

Signature du représentant et cachet de la société

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

² si prévus dans les cas de tests de la fiche réglementaire prise en compte.