



Cahier des Charges SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

Spécifications externes des modules SESAM-Vitale

1.40 - Addendum n°8

Ce document a été élaboré par le GIE 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, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

Avertissement au lecteur

Support du Cahier des Charges SESAM-Vitale

Le GIE SESAM-Vitale assure le support technique du présent document. Les lecteurs sont invités à adresser leurs commentaires ou leurs questions à :

Courrier : GIE SESAM-Vitale

(Cahier des Charges)

5, Boulevard Alexandre Oyon

72019 Le Mans Cedex 2

Téléphone : 02 43 57 42 88

Télécopie : 02 43 57 45 42

E-mail : centre-de-service@sesam-vitale.fr

Préambule

Ce Cahier des Charges s'inscrit dans la continuité du développement du programme SESAM-Vitale, en particulier défini par l'accord-cadre entre les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire relatif à SESAM-Vitale 2.

La conception du Cahier des Charges permet de respecter le cadre technique actuel de la généralisation du système SESAM-Vitale tout en préservant les évolutions annoncées par l'ordonnance du 24 avril 1996 et par les décrets de 1998 et de 2003.

L'architecture retenue dans le présent Cahier des Charges a été arrêtée à la suite d'études approfondies résultant d'une large concertation tant auprès de sociétés expertes qu'auprès d'éditeurs de logiciels médicaux. Elle permet de maintenir les solutions actuelles développées sur les Cahiers des Charges précédents.

Ce Cahier des Charges constitue donc une réponse adaptée aux besoins du Professionnel de Santé qui conserve la responsabilité de ses choix au niveau de son Poste de Travail (matériels, logiciels et modules associés).

Les travaux ont été conduits sur les aspects techniques de la mise en œuvre de SESAM-Vitale sans préjuger des dispositions de nature plus conventionnelles propres à chaque profession de santé.

Les organismes d'Assurance Maladie ne souhaitent pas intervenir dans les relations entre les Professionnels de Santé et les sociétés éditrices.

Néanmoins pour respecter les contraintes des organismes d'Assurance Maladie, l'agrément des logiciels est indispensable. Cette procédure garantit qu'un produit utilisé par des Professionnels de Santé a bien la capacité de fournir des factures électroniques ou tout autre document justificatif en conformité avec le présent Cahier des Charges. L'agrément porte sur cette seule fonctionnalité, à l'exclusion de toute autre.

L'agrément ne préjuge en aucun cas de la capacité de la société editrice à apporter aux Professionnels de Santé des produits et une qualité de services répondant aux exigences d'une informatique professionnelle.

Les organismes d'Assurance Maladie, le CNPS et ses organisations membres veilleront à assurer une information précise et objective des Professionnels de Santé sur l'ensemble de ces éléments.

La volonté des organismes d'Assurance Maladie, du CNPS et de ses organisations membres est de poursuivre la démarche partenariale initiée pour l'élaboration de ce Cahier des Charges en s'attachant, plus particulièrement à accompagner la mise en place de ce dernier et à en suivre régulièrement toutes les évolutions. Pour ce faire, la rédaction du présent Cahier des Charges prend en compte les explications nécessaires à une bonne compréhension du système SESAM-Vitale par l'ensemble des acteurs.

Sommaire

1	Introduction	9
1.1	Objet du document	9
1.2	Contenu du document	10
1.2.1	Généralités	10
1.2.2	Corps du document	10
1.2.3	Annexes	12
1.3	Évolutions du document	13
2	Présentation de SESAM-Vitale	14
2.1	Acteurs 14	
2.1.1	Les acteurs du projet SESAM-Vitale	14
2.1.2	Les acteurs du système SESAM-Vitale	15
2.1.2.1	Les assurés sociaux	15
2.1.2.2	Les Professionnels de Santé	16
2.1.2.3	Les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire	16
2.1.2.4	Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire	16
2.2	Architecture générale de SESAM-Vitale	17
2.2.1	Les supports de SESAM-Vitale	18
2.2.1.1	La Carte de Professionnel de Santé	18
2.2.1.2	Le support Vitale	19
2.2.1.3	Le support de droits « ADR »	24
2.2.1.4	Le support de droits AMC	25
2.2.2	Le Poste de Travail du Professionnel de Santé	25
2.2.3	Les réseaux d'échange	26
2.2.4	Les flux 27	
2.2.4.1	Les flux SESAM-Vitale entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et les systèmes d'accueil des factures des organismes d'Assurance Maladie	27
2.2.4.2	Les flux d'administration du système SESAM-Vitale	28
2.2.4.3	Les flux entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI	29
2.3	Les apports de la version 1.40 de SESAM-Vitale	29
2.3.1	Les apports fonctionnels	29
2.3.2	Le dispositif Médecin Traitant et la gestion du parcours coordonné de soins	34
2.3.3	Les « Fournisseurs » dans SESAM-Vitale	38
2.3.3.1	Contexte réglementaire	38
2.3.3.2	L'identification du fournisseur	38
2.3.3.3	Les professionnels concernés	38
2.3.3.4	Les activités du Professionnel Fournisseurs et son code spécialité	38
2.3.3.5	Les cartes CPx des Professionnels Fournisseurs	39
2.3.4	Les Soins Médicaux Gratuits	39
2.3.4.1	Contexte réglementaire	39
2.3.4.2	Population concernée	40
2.3.4.3	Professionnel de Santé concernés	40
2.3.4.4	Remboursement des soins	40
2.3.4.5	La procédure de Demande de Prise en charge SMG	40
2.3.4.6	La procédure d'Entente Préalable	41
2.3.5	Les apports techniques	41
2.4	Les évolutions du système	42
3	Description fonctionnelle de SESAM-Vitale	43
3.1	Lecture de la carte Vitale	44
3.2	Facturation d'une prestation sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé	44
3.2.1	Acquisition des informations liées au Professionnel de Santé	44
3.2.1.1	Médecin propharmacien	44
3.2.1.2	Professionnel de Santé Remplaçant	45
3.2.1.3	Centre de Santé	45
3.2.1.4	Médecin traitant	45
3.2.1.5	Contrat Tarifaire PS	46
3.2.1.6	Professionnel de Santé Prescripteur	46
3.2.1.7	Fournisseurs	47
3.2.2	Acquisition des informations liées au bénéficiaire des soins	47
3.2.2.1	Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part obligatoire	47

3.2.2.2	Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part complémentaire	52
3.2.2.3	Parcours coordonné de soins.....	53
3.2.2.4	Règles d'application de la garantie de paiement.....	54
3.2.2.5	Élaboration d'une FSE dans le cadre de prestations liées à la contraception des mineures	55
3.2.2.6	Situations Particulières.....	58
3.2.3	Conditions de génération des flux de FSE et DRE	64
3.2.3.1	Les documents donnant lieu à dématérialisation	64
3.2.3.2	Principes d'élaboration des flux.....	65
3.2.3.3	Conditions d'élaboration des parts obligatoire et complémentaire	65
3.2.3.4	Les différents types des flux (FSE et DRE)	66
3.2.3.5	Constitution des flux (FSE et DRE)	67
3.2.4	Acquisition des informations liées à la prestation	70
3.2.4.1	Informations pour la part complémentaire	70
3.2.4.2	Affection exonérante	70
3.2.4.3	Accidents de droit commun	70
3.2.4.4	Format des codes CIP.....	70
3.2.4.5	Facturation des honoraires de dispensation.....	71
3.2.4.6	Facturation des médicaments déconditionnés	71
3.2.4.7	Soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné	71
3.2.4.8	Substitution des médicaments	72
3.2.4.9	Origine de la prescription	73
3.2.4.10	Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).....	74
3.2.4.11	Prévention commune AMO/AMC	75
3.2.4.12	Cohabitation des actes sur une même facture	75
3.2.4.13	Actes en série	75
3.2.4.14	Soins Médicaux Gratuits	75
3.2.5	Tarification de la part obligatoire	76
3.2.6	Tarification de la part complémentaire	76
3.2.6.1	La « Réponse de prise en charge » de la part complémentaire	76
3.2.6.2	Activation de la tarification complémentaire	77
3.2.6.3	Tarification de la part complémentaire pour les Soins Médicaux Gratuits	77
3.2.7	Constitution des flux pour envoi aux organismes d'Assurance Maladie	78
3.2.7.1	Identifiant des FSE et des DRE.....	78
3.2.7.2	Tableau récapitulatif des montants à renseigner.....	78
3.2.7.3	Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture	78
3.2.7.4	Copie des factures	80
3.2.8	Finalisation de la facturation.....	80
3.2.8.1	Quittance remise à l'assuré.....	80
3.2.8.2	Bon d'examen	81
3.2.8.3	Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier	82
3.2.8.4	Bordereau accompagnant les ordonnances.....	84
3.2.8.5	Informations de vaccination.....	88
3.2.9	Sécurisation des flux SESAM-Vitale	89
3.2.9.1	Les différents modes de sécurisation des factures	89
3.2.9.2	Chiffrement des données sensibles de la facture.....	89
3.2.9.3	Signature des flux SESAM-Vitale.....	89
3.2.9.4	Chiffrement de pièce jointe.....	92
3.2.10	Transmission des flux SESAM-Vitale aux organismes d'Assurance Maladie	92
3.2.10.1	Création des lots de factures électroniques	92
3.2.10.2	La création des fichiers	93
3.2.10.3	La transmission des fichiers de factures électroniques	94
3.3	Réception des retours sur le poste du Professionnel de Santé	96
3.3.1	Les accusés de réception logique (ARL)	96
3.3.1.1	Un ARL positif	96
3.3.1.2	Un ARL négatif.....	96
3.3.2	Les flux de rejet / signalement / paiement (RSP).....	97
3.3.3	Messages de service.....	98
3.3.3.1	Message de service de l'Assurance Maladie	98
3.3.3.2	Message de service de l'opérateur de messagerie	99
3.4	Cas particuliers de fonctionnement.....	100
3.4.1	Cas de fonctionnement dégradé	100
3.4.1.1	Accident du travail.....	100
3.4.1.2	Dysfonctionnements.....	100
3.4.2	Feuille de soins papier pour la FSE dégradée	101
3.4.3	Contenu d'un duplicata papier pour la FSE	101
3.4.4	Mode test.....	102
3.4.5	Mode démonstration.....	102

3.5	Récapitulatif des émissions / réceptions du Professionnel de Santé par modes de sécurisation ..	102
3.6	L'administration du système SESAM-Vitale	104
3.6.1	Suivi du Parc	104
3.6.2	Mise à jour du Poste de Travail du Professionnel de Santé	104
3.6.2.1	Objectifs	104
3.6.2.2	Les composants susceptibles de faire l'objet d'une mise à jour	104
3.6.2.3	Exigences	105
3.6.2.4	Circuit de mise à jour	105
3.6.3	Mise à jour des tables de conventions du Professionnel de Santé	105
3.6.4	Mise à jour des certificats de chiffrage et de la liste de révocation des certificats de chiffrage	105
4	Le Poste de Travail du Professionnel de Santé	107
4.1	Présentation du Poste de Travail	107
4.1.1	Architecture matérielle	107
4.1.2	Architecture logicielle	107
4.1.2.1	Les systèmes d'exploitation	110
4.1.2.2	Les progiciels du Professionnel de Santé	110
4.1.2.3	Les modules SESAM-Vitale	111
4.2	Participation du Poste de Travail aux fonctions SESAM-Vitale	113
4.2.1	Élaboration d'une FSE et/ou d'une DRE (fonctionnement nominal)	113
4.2.1.1	Schéma d'élaboration de la FSE et/ou d'une DRE	113
4.2.1.2	Acquisition des données relatives au Professionnel de Santé	115
4.2.1.3	Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins	116
4.2.1.4	Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire	127
4.2.1.5	Détermination des informations administratives et de routage du contexte de facturation au regard de la complémentaire Détermination du contexte conventionnel au regard de la complémentaire	129
4.2.1.6	Acquisition des informations relatives à la prestation	149
4.2.1.7	Détermination du contexte du Parcours coordonné de soins	151
4.2.1.8	Tarification de la part obligatoire	151
4.2.1.9	Tarification de la part complémentaire	152
4.2.1.10	Forçage	156
4.2.1.11	Inscription des références du parcours coordonné de soins sur l'ordonnance	156
4.2.1.12	Préparation à la transmission des informations relatives à la complémentaire	157
4.2.1.13	Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale	160
4.2.1.14	DRE d'annulation	161
4.2.1.15	Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale avec désynchronisation des signatures	162
4.2.1.16	Transmission des flux aux organismes d'Assurance Maladie	164
4.2.2	Réception des retours sur le poste Professionnel de Santé	167
4.2.2.1	Traitement des Accusés de Réception Logiques	167
4.2.2.2	Traitement des flux de rejet / signalement / paiement	167
4.2.3	Fonctionnements dégradés	168
4.2.3.1	Mise en forme des factures électroniques en mode SESAM-Vitale dégradé	168
4.2.3.2	Mise en forme des lots de factures électroniques en mode SESAM-Vitale dégradé	169
4.2.4	Transmission des fichiers et réception des fichiers retour	170
4.2.5	Session du remplaçant	171
4.2.5.1	Préparation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé remplacé	171
4.2.5.2	Utilisation en facturation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé remplaçant	172
4.2.5.3	Suppression des données de remplacement par le Professionnel de Santé titulaire	173
4.2.6	L'administration du système SESAM-Vitale	173
4.2.6.1	Chargement de logiciel dans le lecteur SESAM-Vitale	173
4.2.6.2	Mise à jour du Poste de Travail du Professionnel de Santé	174
4.2.6.3	Administration de la liste d'opposition pour les catégories de Professionnel de Santé concernées	175
4.2.6.4	Administration des certificats de chiffrage et de la CRL des certificats de chiffrage	175
4.2.6.5	Recommandations	175
5	Procédure d'agrément SESAM-Vitale	176
5.1	Qu'est-ce que l'agrément ?	176
5.2	Pourquoi agréer ?	176
5.3	Progiciels soumis à agrément	176
5.4	Organisme d'agrément	176
5.5	Procédure d'agrément	176

5.6	Protocole d'agrément	177
5.7	Prix	177
6	Glossaire	178
7	Références	190
7.1	Ordonnances, Lois, Décrets, Codes	190
7.2	Conventions	192
7.3	Normes et standards	193

1 Introduction

A l'origine un des projets de la branche maladie du régime général initié par la CNAMTS, le programme SESAM-Vitale est devenu l'objectif commun de l'ensemble des organismes d'Assurance Maladie (obligatoire et complémentaire). Il concerne tous les acteurs du secteur santé social : assurés, organismes de protection sociale obligatoire et complémentaire, Professionnels de Santé libéraux, établissements de soins.

L'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins aborde, dans le titre 4, les systèmes d'information de l'Assurance Maladie et la carte de santé. Le déploiement du système SESAM-Vitale est donc indissociable de l'informatisation des professions de santé.

Le système SESAM-Vitale a pour objectif la dématérialisation des documents papier nécessaires au remboursement des soins (feuilles de soins, volets de facturation, factures subrogatoires, décompte papier, vignettes pharmaceutiques, étiquette LPP, etc.). Il s'appuie sur les principes suivants :

- l'acquisition à la source, c'est-à-dire par le Professionnel de Santé, des informations permettant la dématérialisation des documents nécessaires au remboursement des soins à partir de la carte Vitale et tout autre support éventuel d'un support Vitale, de supports de droits, puis de la carte Professionnel de Santé (CPS),
- la mise en place d'échanges électroniques sécurisés entre les Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie.

Le système SESAM-Vitale participe à la mise en place d'un système d'information global permettant la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, la simplification des relations entre assurés, Professionnels de Santé et organismes d'Assurance Maladie ainsi que le remboursement rapide des assurés ou, dans le cadre du tiers payant, des Professionnels de Santé.

1.1 Objet du document

L'objet du présent document est de spécifier comment SESAM-Vitale s'intègre dans le Poste de Travail du Professionnel de Santé afin de créer et de transmettre les factures électroniques nécessaires au remboursement des soins par les organismes d'Assurances Maladie.

Un éditeur de progiciel destiné à des Professionnels de Santé trouvera dans ce document :

- la description des fonctions et des composants du système SESAM-Vitale,
- la spécification des règles de création et d'échange des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins qui doivent être implémentées dans son progiciel.

Ce document définit les règles applicables aux progiciels destinés à l'ensemble des Professionnels de Santé, à l'exception des :

- établissements (hors Centres de Santé pour lesquels ce document est applicable),
- transporteurs.

1.2 Contenu du document

1.2.1 Généralités

Sauf mention contraire, les articles législatifs ou réglementaires indiqués dans ce document sont issus du Code de la Sécurité Sociale.

Ce document ne contient aucune spécification relative aux éléments suivants :

- les supports Vitale
 - la carte Vitale
 - l'ApCV
- la carte Professionnel de Santé,
- le service « Acquisition des DRoits » (ADR),
- les réseaux tiers d'accès au Réseau SESAM-Vitale,
- les protocoles d'accès au Réseau SESAM-Vitale ou à un réseau tiers d'accès au Réseau SESAM-Vitale,
- les protocoles de transmission utilisés entre les postes de travail des Professionnels de Santé et les Organismes Concentrateurs Techniques (des possibilités d'échanges entre le Poste de Travail du Professionnel de Santé et les Organismes Concentrateurs Techniques sont décrites à titre informatif dans l'annexe 5),
- les procédures de demande, d'attribution et de distribution des différentes cartes des Professionnels de Santé.

Les informations qui concernent ces éléments sont données ici à titre informatif.

Ce document est constitué de deux parties :

- le corps du document,
- les annexes de ce document.

Le corps du document a pour objectif de présenter les concepts généraux du système SESAM-Vitale (fonctions, composants, etc.) et plus spécifiquement en quoi et comment les fournitures SESAM-Vitale s'intègrent dans le Poste de Travail du Professionnel de Santé.

Le niveau de détail de cette présentation correspond à celui des spécifications fonctionnelles ou de conception générale d'un progiciel.

Les annexes contiennent les spécifications détaillées nécessaires aux sociétés développant des progiciels pour Professionnels de Santé intégrant les fournitures SESAM-Vitale.

1.2.2 Corps du document

Le chapitre 2 a pour objet de familiariser le lecteur avec le programme SESAM-Vitale, c'est-à-dire ses missions, ses acteurs, ses composants et ses flux. Il introduit les différents concepts utilisés dans la suite du document et présente les étapes fonctionnelles du système.

Le chapitre 3 présente les fonctions de SESAM-Vitale :

- élaboration et transmission des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins (feuille de soins électronique, demande de remboursement électronique, etc.),

- administration du système.

Ces fonctions sont reprises en détail dans la suite du document, notamment dans le chapitre 4 dédié au Poste de Travail du Professionnel de Santé.

Le chapitre 4 est le cœur de ce document et traite des spécifications des règles à implémenter dans le Poste de Travail du Professionnel de Santé et décrit le rôle du Poste de Travail dans l'élaboration des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins :

- participation du Poste de Travail à la mise en œuvre des fonctionnalités de SESAM-Vitale,
- fonctions des modules SESAM-Vitale fournis par l'Assurance Maladie,
- spécifications de la réglementation et des règles de tarification que doit contenir le logiciel du Professionnel de Santé.

Le chapitre 5 contient les grands principes de la procédure d'agrément des logiciels des Professionnels de Santé par l'Assurance Maladie.

Le chapitre 6 contient le glossaire des termes et abréviations utilisés.

Le chapitre 7 contient la liste des références bibliographiques susceptibles d'intéresser le lecteur.

1.2.3

Annexes

Les annexes apportent les informations complémentaires nécessaires au développement d'un progiciel pour Professionnels de Santé intégrant les modules SESAM-Vitale.

Elles traitent les sujets suivants :

- **Annexe 1** : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale fournies par l'Assurance Maladie dans l'ordre logique des traitements relatifs aux flux SESAM-Vitale. Cette annexe est structurée en sous-parties présentées dans le schéma suivant.



- **Annexe 1 bis** : Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif (TLA)
- **Annexe 2** : Fonctions SESAM-Vitale à introduire dans les progiciels destinés aux Professionnels de Santé :
 - Réglementation,
 - Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire.
- **Annexe 2 bis** : Partie « Tables » de l'Annexe 2
- **Annexe 3** : Format et procédures d'échange des fichiers de conventions et de regroupements normés et format du fichier de correspondance normé
- **Annexe 4** : Télécommunications (sur Réseau IP) et Chiffrement de pièce jointe
- **Annexe 5** : Transmission des flux SESAM-Vitale via les Organismes Concentrateurs Techniques (annexe informative)
- **Annexe 6** : Liste d'Opposition Incrémentale
- **Annexe 7** : Annexe architecture et sécurité
- **Annexe 8** : Dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste.

1.3 Évolutions du document

Des modifications de la réglementation ou des spécifications fonctionnelles du système sont susceptibles de faire évoluer ce document.

Les éditeurs de logiciel peuvent avoir accès à des dossiers relatifs à la version 1.40 sur la plate-forme de diffusion du GIE SESAM-Vitale.

2 Présentation de SESAM-Vitale

Ce chapitre présente succinctement SESAM-Vitale en introduisant l'ensemble des concepts utilisés par la suite.

2.1 Acteurs

2.1.1 Les acteurs du projet SESAM-Vitale

La mise en place du système SESAM-Vitale passe par la collaboration des différents acteurs du monde Santé Social :

- les assurés sociaux,
- les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et Complémentaire (AMC),
- les Professionnels de Santé, détenteurs et fournisseurs des informations liées aux soins et à leur remboursement.

Sa mise en œuvre technique est assurée par les différents organismes contribuant à l'informatisation de ce secteur :

- les fournisseurs de matériels et de logiciels,
- les directions informatiques, les centres de traitement informatique et les organismes d'Assurance Maladie,
- le Centre National de Dépôt et d'Agrément, chargé de l'agrément des logiciels de saisie à la source des Professionnels de Santé :

CNDA

515, Avenue George FRECHE

34170 CASTELNAU-LE-LEZ

☎ 04 67 02 30 00

E-mail : gestion.contrats@cnda.cnamts.fr

- le Centre National des Professionnels de Santé, chargé de représenter les organisations professionnelles dans les instances de pilotage du programme SESAM-Vitale (maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre) :

CNPS

22, Avenue de Villiers

75849 PARIS Cedex 17

☎ 01 56 79 20 65

<http://cnps.netmedicom.com>

- les Organismes Concentrateurs Techniques (OCT),
- les fournisseurs d'accès à Internet (FAI),

- L'ASIP Santé, chargé de la production de la carte de Professionnel de Santé :

ASIP Santé

9 rue Georges Pitard

75015 Paris

E-Mail : editeurs@asip-sante.fr

- le GIE SESAM-Vitale, chargé de l'étude, de la réalisation, de la normalisation, de la mise en œuvre et de la promotion du système SESAM-Vitale et de la carte Vitale :

GIE SESAM-Vitale

5, bd Alexandre Oyon

72019 LE MANS Cedex 2

☎ 02 43 57 42 00

E-Mail : gie@sesam-vitale.fr

2.1.2 Les acteurs du système SESAM-Vitale

2.1.2.1 Les assurés sociaux

Les assurés sociaux :

- ~~disposent d'une carte Vitale dont la mise à jour leur incombe,~~
- disposent de supports Vitale :
 - le support de type carte à puce dénommé carte Vitale dont la mise à jour leur incombe
 - et/ou le support dématérialisé sur système mobile dénommé application carte Vitale ou « ApCV »
- n'ont plus à envoyer leurs feuilles de soins à leur régime d'affiliation. La feuille de soins papier est remplacée par une Feuille de Soins Electronique (FSE) créée par les Professionnels de Santé (prescripteur et exécutant), sur leur Poste de Travail, à l'aide ~~des cartes Vitale~~ du support Vitale, de supports de ~~droits et de la carte~~ Professionnel de Santé (CPS).
- n'ont plus à envoyer de décompte papier AMO à leur AMC pour se faire rembourser des montants complémentaires. Ces documents sont remplacés :
 - soit par une Demande de Remboursement Electronique (DRE) créée sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé simultanément à la FSE. Cette DRE permet à l'AMC d'effectuer directement le paiement aux Professionnels de Santé ou à ses assurés / adhérents en fonction du service mis en œuvre.
 - soit par une Feuille de Soins Electronique contenant les informations nécessaires à la part complémentaire dans les deux cas de figure suivants :
 - l'AMO a conclu un accord conventionnel avec l'AMC concerné :
 - pour effectuer un seul paiement (part obligatoire et part complémentaire),
 - ou pour transmettre un décompte à l'AMC qui procédera au remboursement de la part complémentaire,

- le Professionnel de Santé utilise les services d'un OCT pour « éclater » la FSE et transmettre à l'AMC les informations lui permettant d'effectuer directement le paiement aux Professionnels de Santé ou à ses assurés / adhérents en fonction du service mis en œuvre.
- peuvent recevoir une quittance lors de l'élaboration d'une facture électronique,
- reçoivent sur leur système mobile (i.e. ApCV), si ce support Vitale est utilisé, un résumé de facture lors de l'élaboration d'une facture électronique,
- reçoivent toujours de leur organisme d'Assurance Maladie Obligatoire un décompte papier indiquant les montants remboursés.

2.1.2.2 Les Professionnels de Santé

Les Professionnels de Santé :

- disposent d'une CPS,
- élaborent la facturation des soins sur leur Poste de Travail,
- transmettent aux organismes d'Assurance Maladie les FSE et les DRE. Ces factures électroniques, regroupées en lots et en fichiers, sont transmises directement ou via un Organisme Concentrateur Technique aux Organismes d'Assurance Maladie. Les connexions sont toujours à l'initiative du Professionnel de Santé,
- collectent les ordonnances, les expédient ou les mettent à disposition de l'AMO (selon les conventions conclues entre les AMO et les Professionnels de Santé),
- reçoivent des retours électroniques.

2.1.2.3 Les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire

Les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) reçoivent des flux de données provenant des Professionnels de Santé :

- soit directement,
- soit des Organismes Concentrateurs Techniques.

Convention de gestion

Certains organismes d'Assurance Maladie Obligatoire traitent la part complémentaire dans le cadre d'une convention de gestion entre AMO et AMC.

2.1.2.4 Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire

Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaires (AMC) reçoivent des flux de données provenant :

- soit directement du Professionnel de Santé,
- soit des Organismes Concentrateurs Techniques,
- soit des AMO avec lesquels ont été conclues des conventions de transmission des décomptes,
- soit des AMO avec lesquels ont été conclues des conventions de gestion (dans ce cas, l'AMO effectue l'avance de remboursement de la part complémentaire).

Délégation de gestion

Certains organismes d'Assurance Maladie Complémentaire traitent la part obligatoire dans le cadre d'une délégation de gestion légale ou d'une habilitation conventionnelle établie avec un AMO.

2.2 Architecture générale de SESAM-Vitale

Le système SESAM-Vitale utilise deux supports :

- ~~la carte Vitale du bénéficiaire, reflet de sa situation administrative, de sa situation d'assuré ou de bénéficiaire vis-à-vis des AMO et des AMC,~~
- le support Vitale, reflet de la situation administrative d'un assuré / bénéficiaire et moyen de sécurisation de la FSE et de la DRE,
- la carte du Professionnel de Santé, carte d'habilitation et outil de sécurisation des échanges de flux électroniques.

~~D'autres éventuels supports de droits peuvent être utilisés :~~

Des supports de droits doivent également être utilisés (en complément ou non du support Vitale) :

- la carte Vitale,
- le service « Acquisition des DRoits » (ADR),
- le support de droits AMC, reflet de la situation d'un assuré / bénéficiaire vis à vis d'un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire,
- l'attestation papier justifiant des droits à la CMU complémentaire C2S délivrée par l'AMO,
- l'attestation papier justifiant des droits des sortants de CMU complémentaire C2S délivrée par l'AMO.
- l'attestation papier délivrée par l'AMO justifiant des droits dans le cadre des dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS) :
 - attestation de droit « Aide pour une complémentaire santé (ACS) - Attestation de tiers payant pour la part obligatoire (hors part complémentaire) » ¹
 - attestation de droit « Aide pour une complémentaire santé (ACS) - Attestation de tiers payant pour la part obligatoire et la part complémentaire »
- l'attestation papier justifiant d'une exonération du Ticket Modérateur (ALD,...),
- le protocole de soins ALD (remplace et étend le PIRES),
- l'attestation papier AME,
- le Guide Maternité,
- le feuillet « Accident de Travail »,
- l'ordonnance,
- le bon d'examen,
- la réponse à une demande d'entente préalable,

¹ Tiers payant social

- la réponse à la demande de prise en charge complémentaire (ex : notamment pour les fournisseurs en complément d'information du support de droits AMC),
- l'attestation de droits aux Soins Médicaux Gratuits,
- la fiche Descriptive des Infirmités donnant droit aux Soins Médicaux Gratuits.

SESAM-Vitale repose sur l'acquisition « à la source », par le Professionnel de Santé (soit à son cabinet, soit au domicile de l'assuré), des informations utiles à la constitution des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins. Pour cela, chaque Professionnel de Santé informatisé utilise un Poste de Travail qui comprend :

- un équipement informatique (ordinateur, imprimante, modem, etc.),
- un progiciel d'élaboration des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins,
- un dispositif de lecture des cartes à microprocesseur et de sécurisation des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins,
- un dispositif d'échanges de données avec un système mobile (i.e. lecture d'une ApCV).

Les organismes d'Assurance Maladie mettent en œuvre des systèmes d'accueil qui reçoivent les flux de factures électroniques émis par les Professionnels de Santé et transmettent l'ensemble des flux retour SESAM-Vitale (flux d'Accusés de Réception Logique, messages de service et flux de Rejet / Signalement / Paiement).

SESAM-Vitale utilise des réseaux de transmission de données entre les Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie pour le transport des factures nécessaires au remboursement des soins.

La mise à jour des informations contenues sur les supports Vitale dans la carte Vitale est une autre fonction du système SESAM-Vitale (exemple : changement de la situation administrative d'un des bénéficiaires), non décrite dans ce document.

Le système de facturation SESAM-Vitale intègre également une solution de télétransmission et de récupération de flux de pièces justificatives émis par les Professionnels de Santé prescrits ayant la faculté technique de numériser les pièces justificatives permettant le remboursement des prestations délivrées aux assurés du régime d'assurances maladies obligatoire. Cette solution est le système SCOR, non décrit dans ce document.

L'implémentation de la solution du système SCOR par les éditeurs est soumise aux accords conventionnels de leurs clients qui stipulent explicitement la solution SCOR de télétransmission et de récupération de flux de pièces justificatives.

2.2.1 Les supports de SESAM-Vitale

2.2.1.1 La Carte de Professionnel de Santé

Le présent document ne contient aucune spécification relative aux cartes de Professionnels de Santé. Les caractéristiques des cartes de Professionnels de Santé sont données à titre informatif.

Généralités

Conformément aux textes réglementaires, l'ensemble des professionnels, organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'Assurance Maladie seront dotés d'une carte à microprocesseur.

Il existe différents types de Cartes du Professionnel de Santé :

Carte	Professionnel de Santé	Identifiant
CPS	Professionnel de Santé, avec Ordre ou sans Ordre	N° ADELI ou N° ADELI et FINESS
CPF	Professionnel de Santé en Formation	N° DRASS ou N° SIRIUS ou N° CDOM
CPE	Personnel d'Etablissement (cette carte peut être nominative ou non nominative selon l'organisation mise en place dans l'établissement)	N° FINESS + N° Registre de l'employé dans l'établissement
CDE	Directeur d'Etablissement	N° FINESS + N° Registre de l'employé dans l'établissement

La Carte du Professionnel de Santé permet à un Professionnel de Santé d'attester de sa qualité vis-à-vis d'un système informatique et de sécuriser ses transactions électroniques (exemples : sécurisation de l'accès au Poste de Travail ou à des applications télématiques).

Cette carte est un outil utilisable par plusieurs applications : SESAM-Vitale en est la première application majeure.

Chaque porteur d'une Carte Professionnel de Santé possède un code secret (également appelé code porteur).

Les informations contenues dans la Carte du Professionnel de Santé

La Carte du Professionnel de Santé comporte 2 volets d'information utilisés dans le contexte SESAM-Vitale :

Informations de la Carte du Professionnel de Santé	Lecture	Écriture
Informations identifiant le Professionnel de Santé	Libre	Protégée (accès au domaine géré par le G.I.P. «CPS»)
DAM – Informations nécessaires à la facturation (situations d'exercices et de facturation)	Protégée par code porteur	Protégée

2.2.1.2

Le support Vitale

Le support Vitale, à savoir la carte Vitale ou l'ApCV, est :

- soit familial,
- soit personnel pour les ayants droit de 16 ans et plus.

Dans la facturation SESAM-Vitale, le support Vitale est un support nominal et assure plusieurs fonctions :

- support de référence des données d'identification des bénéficiaires de soins et de leur organisme gestionnaire,
- support de signature Vitale de la FSE et de la DRE.



En complément, la carte Vitale est aussi support de référence des données de droits (part obligatoire et éventuellement part complémentaire). Ce n'est pas le cas de l'ApCV, pour laquelle un appel au service ADR est nécessaire pour acquérir les données de droits du bénéficiaire des soins et signer les factures.

Aucune règle de priorité sur le choix du support Vitale n'est définie. ~~Ce choix relève du Professionnel de Santé.~~

Pour autant, aucune mixité des données entre supports Vitale n'est autorisée. Un changement de support Vitale entraîne la perte des données précédemment acquises et la reprise de l'acquisition des données du bénéficiaire des soins pour l'élaboration de la facture.

2.2.1.2.1

La carte Vitale

Le présent document ne contient aucune spécification relative à la carte Vitale. Les caractéristiques de la carte Vitale sont données à titre informatif.

Généralités

La carte Vitale est personnalisée et diffusée par l'AMO qui couvre le risque maladie de l'assuré. La diffusion de la carte Vitale s'effectue au niveau national en plusieurs étapes depuis l'année 1997.

La carte Vitale est :

- ~~soit familiale,~~
- ~~soit personnelle pour les ayants droit de 16 ans et plus.~~

C'est une carte à microprocesseur conforme aux normes ISO 7816, dont l'utilisation n'est pas soumise à la présentation d'un code porteur.

Dans la facturation SESAM-Vitale, la carte Vitale assure plusieurs fonctions :

- ~~Support de référence des données d'identification des bénéficiaires de soins et de leur organisme gestionnaire,~~
- ~~Support de référence des données de droits (part obligatoire et part complémentaire),~~
- ~~Moyen de sécurisation de la FSE et de la DRE.~~

Les informations contenues dans la carte Vitale V1Ter

La carte V1Ter est une carte Vitale actuelle (V1Bis) enrichie de nouvelles données de cinq types :

- des données supplémentaires AMO (nom de famille, adresse, ...),
- un volet AMC,
- des données relatives aux accidents du travail,
- une date de fin de validité du support carte Vitale,
- un volet intervenant pour répondre à la liberté de circulation des membres de la Communauté Economique Européenne.

Cette inscription de nouvelles données s'effectuera par télémise à jour.

La carte V1Ter permet d'utiliser l'ensemble des fonctionnalités du Package 1.40.

Données de la carte	V1 Bis	V1 Ter	Lecture	Écriture
Volet mapping				
Version mapping : cette zone contient des informations techniques concernant la version du mapping	oui	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet Administration carte				
Zone optionnelle contenant la date de fin de validité de la carte	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet Famille				
Unique pour tous les bénéficiaires, elle contient les éléments de droits Assurance Maladie Obligatoire pour l'ensemble de la famille, notamment le matricule de l'assuré	oui	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Nom de famille Zone adresse	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Zone services AMO : zone optionnelle de niveau famille (dont les données sont valables pour l'ensemble des bénéficiaires portés sur la carte)	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet ETM famille				
Zone optionnelle, elle contient les informations de couverture Assurance Maladie Obligatoire particulière (Exonération du Ticket Modérateur) dont bénéficie l'ensemble des membres de la famille	oui	oui	Réservée uniquement aux Professionnels de Santé, établissements de santé dispensant des soins au porteur de la carte et aux agents des organismes gérant un régime de base d'Assurance Maladie.	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet Bénéficiaire				
Propre à chaque bénéficiaire, elle contient son identification, ainsi que des informations de couverture Assurance Maladie Obligatoire particulière dont il bénéficie.	Oui	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO

Données de la carte	V1 Bis	V1 Ter	Lecture	Écriture
Exonération du Ticket Modérateur	oui	oui	Réservée uniquement aux Professionnels de Santé, établissements de santé dispensant des soins au porteur de la carte et aux agents des organismes gérant un régime de base d'Assurance Maladie.	Protégée – Réservee pour les AMO
NIR certifié : zone optionnelle, propre à chaque bénéficiaire, contient le NIR certifié du bénéficiaire	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservee pour les AMO
Complément ETM : zone optionnelle, contient des précisions sur les ETM bénéficiaires. Cette zone complète la zone d'information ETM contenues dans la zone bénéficiaire	non	oui	Réservée uniquement aux Professionnels de Santé, établissements de santé dispensant des soins au porteur de la carte et aux agents des organismes gérant un régime de base d'Assurance Maladie.	Protégée – Réservee pour les AMO
Zone services AMO : zone optionnelle de niveau bénéficiaire (propre à un ayant-droit donné porté sur la carte)	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservee pour les AMO
Volet Mutuelle (part complémentaire gérée par AMO)				
Zone optionnelle, propre à chaque bénéficiaire, elle contient ses informations de couverture Assurance Maladie Complémentaire dans le cas d'une gestion unique.	Oui	oui	Libre pour tous	Protégée
Volet AMC (part complémentaire gérée par un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire)				
Zone optionnelle propre à chaque bénéficiaire, contient les informations spécifiques au contrat d'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire.	Non	oui	Libre pour tous	Protégée

Données de la carte	V1 Bis	V1 Ter	Lecture	Écriture
Volet Complémentaire (en complément du Volet Mutuelle ou Volet AMC)				
Zone commune complémentaire	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO ou les AMC selon les cas
Volet Transcard (par famille)				
Zone optionnelle, zone spécifique pour expérimentation	oui	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet Netlink				
Zone optionnelle, zone spécifique propre à chaque bénéficiaire pour expérimentation	oui	Oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet AT				
Zone optionnelle portant les informations nécessaires pour gérer un accident du travail.	Non	oui	Libre pour tous	La zone AT peut être utilisée par un organisme gestionnaire des AT qui n'est pas forcément le gestionnaire maladie.
Volet E 111				
Zone optionnelle portant les informations nécessaires à l'édition d'un formulaire européen E 111.	Non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet E 112				
Zone optionnelle portant les informations nécessaires à l'édition d'un formulaire européen E 112.	Non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO
Volet E 128				
Zone optionnelle portant les informations nécessaires à l'édition d'un formulaire européen E 128	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservée pour les AMO

2.2.1.2.2 L'appli carte Vitale (ApCV)

L'ApCV est un portefeuille de cartes Vitale individuelles dématérialisées, chacune portant les données d'identification d'un seul bénéficiaire.

De plus, c'est un dispositif sécurisé d'authentification sur système mobile permettant l'accès aux services de l'assurance maladie.

En facturation SESAM-Vitale, l'utilisateur de l'ApCV est la personne qui présente son ApCV au Professionnel de Santé. L'authentification de cet utilisateur permet d'obtenir un contexte ApCV qui contient :

- les données de la carte Vitale individuelle dématérialisée permettant d'identifier l'utilisateur de l'ApCV;
- éventuellement les données des cartes Vitale individuelles dématérialisées permettant d'identifier d'autres bénéficiaires;
- les informations relatives à l'ApCV.

La carte Vitale individuelle dématérialisée porte les données d'identification d'un seul bénéficiaire et de son organisme gestionnaire, elle ne contient pas de données de droits. L'appel au service en ligne ADR est obligatoire.

Le contexte ApCV a une durée de validité durant laquelle l'accès aux services qui nécessitent la présence de l'utilisateur (signature de la FSE et de la DRE notamment), est autorisé.

Le présent document ne contient aucune spécification relative à l'ApCV.

Les services de demande d'authentification de l'utilisateur d'une ApCV, de gestion du cycle de vie du contexte ApCV et de signature avec une ApCV sont décrits dans des documents spécifiques :

- les spécifications fonctionnelles générales : « ApCV-SFG-004 – Demander l'authentification et gérer le contexte ApCV » ;
- le guide d'intégration : « ApCV-MP-001 - Demander l'authentification et gérer le contexte ApCV » ;
- le guide d'intégration : « ApCV-MP-002 - Demander la signature Vitale de la facture ApCV ».

2.2.1.3 Le support de droits « ADR »

Le présent document ne contient aucune spécification relative au service en ligne ADR. Les caractéristiques de ce service, ainsi que le périmètre d'utilisation, sont décrits dans des documents spécifiques :

- les spécifications fonctionnelles générales : « FACT-SFG-038 Ouverture de la facturation à ADR », et
- le guide d'intégration : « SEL-MP-021 WS_ADR ».

Le service ADR d'acquisition des droits en ligne est une nouvelle source de référence des droits des AMO.

Il fournit l'ensemble des informations d'identification d'un bénéficiaire des soins, ainsi que :

- ses droits sur la part obligatoire,
- ses droits complémentaires réglementaires (CMU-C C2S, AME),
- ses droits complémentaires en gestion unique.

Les données issues d'ADR sont isofonctionnelles à celles d'une lecture de la carte Vitale (pour les informations que les AMO y inscrivent), à l'exception de :

- l'AME, qui est fourni par ADR,
- du top Alsace-Moselle, qui n'est pas fourni par ADR,
- des natures de pièce justificative (AMO et AMC) qui ont des nouvelles valeurs, fournies par ADR.

Concernant la structure des données, la correspondance entre les données issues d'ADR et les données en sortie de la fonction de lecture de carte Vitale est décrite dans le guide d'intégration du service ADR.

2.2.1.4 Le support de droits AMC

Ce support est facultatif.

Il permet :

- soit d'attendre que la carte Vitale contienne toutes les données nécessaires à la gestion de la part complémentaire,
- soit de remplacer les données de gestion de la part complémentaire contenues dans la carte Vitale.

Il est propre à chaque organisme dans son contenu et sa présentation, et comporte l'ensemble des informations d'identification, de tarification, et d'adressage. Il fait apparaître la nature des traitements possibles notamment le service Tiers Payant (TP) ou Hors Tiers Payant (HTP), et éventuellement la nature du flux attendu (flux SESAM-Vitale ou flux hors SESAM-Vitale).

2.2.2 Le Poste de Travail du Professionnel de Santé

Le présent document explique comment et en quoi le système SESAM-Vitale s'intègre dans le Poste de Travail du Professionnel de Santé.

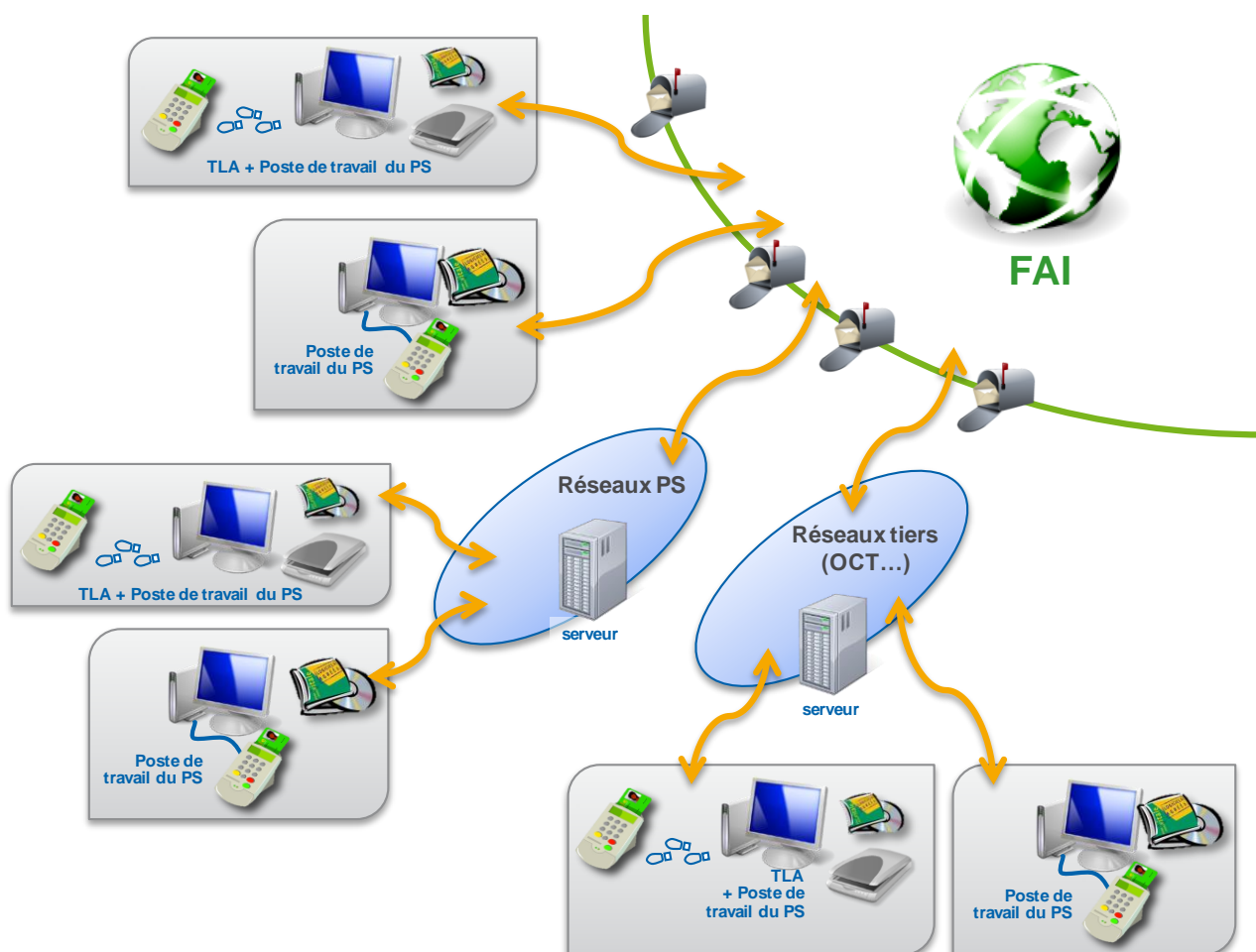
Cette version du présent document spécifie l'interface d'accès aux modules SESAM-Vitale pour un équipement informatique utilisant un dispositif externe de lecture de cartes à microprocesseur appelé lecteur SESAM-Vitale.

La saisie des informations nécessaires à la production des factures électroniques s'opère sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé. Celui-ci garde son entière liberté et son indépendance dans le choix, l'acquisition, la propriété et l'utilisation de son équipement informatique (matériel et logiciel).

Les spécifications relatives au Poste de Travail du Professionnel de Santé et les schémas des différentes configurations matérielles compatibles avec le présent document sont décrits au chapitre 4.

Les configurations matérielles et logicielles non couvertes par le présent document sont soumises à homologation par le GIE SESAM-Vitale conformément aux spécifications fonctionnelles du système SESAM-Vitale.

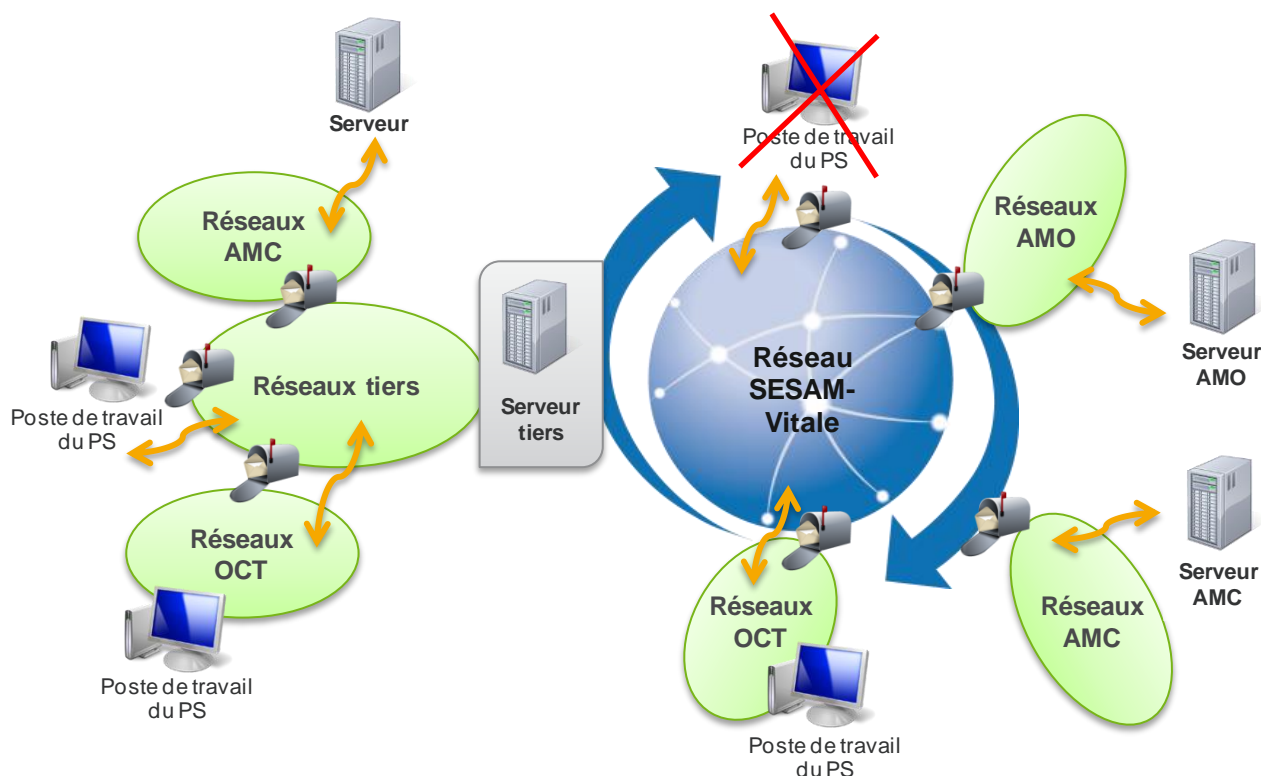
Le schéma ci-dessous présente les environnements de Poste de Travail connectés à un réseau et autorisés par le Cahier des Charges SESAM-Vitale :



2.2.3

Les réseaux d'échange

Le schéma ci-dessous représente l'architecture des réseaux impliqués dans le système SESAM-Vitale :



Le Réseau SESAM-Vitale est le réseau d'échange des flux de production SESAM-Vitale. Il est basé sur les protocoles TCP/IP (transport et réseau) et SMTP (messagerie électronique) utilisés dans le monde « Internet ».

Le Poste de Travail du Professionnel de Santé n'est pas connecté directement au Réseau SESAM-Vitale. Il peut être connecté à un réseau de messagerie.

Les AMO ont l'obligation d'être connectés directement au Réseau SESAM-Vitale pour la réception des flux SESAM-Vitale conformément aux dispositions réglementaires. Les AMC utilisent les réseaux de leur choix.

Les messages SMTP sont décrits en fonction des flux de données électroniques échangés avec un organisme d'Assurance Maladie. Les profils de ces messages sont décrits dans l'annexe 4.

En d'autres termes, un progiciel de Professionnel de Santé, pour obtenir l'agrément SESAM-Vitale, doit être capable d'émettre et de recevoir des flux de production SESAM-Vitale conformément aux spécifications contenues dans l'annexe 4 du présent document, via Internet ou via un réseau tiers utilisant les mêmes protocoles de télécommunication que le Réseau SESAM-Vitale (IP, TCP, SMTP, MIME, S/MIME).

2.2.4 Les flux

2.2.4.1 Les flux SESAM-Vitale entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et les systèmes d'accueil des factures des organismes d'Assurance Maladie

Le système SESAM-Vitale ne modifie pas les circuits financiers entre les différents acteurs.

Le réseau de messagerie véhicule plusieurs types de flux :

- **la Feuille de Soins Electronique (FSE)** : cette facture électronique dématérialise la feuille de soin papier. Elle permet à l'assuré de ne plus envoyer la feuille de soins papier pour obtenir le remboursement des prestations par son organisme d'Assurance Maladie Obligatoire. De plus, elle peut comporter les éléments nécessaires à un remboursement de la part complémentaire,
- **la Demande de Remboursement Electronique (DRE)** : cette facture électronique correspond à la demande de remboursement de la part complémentaire,

NB : Il est recommandé de conserver la génération des flux AMC existants entre les Professionnels de Santé et les AMC pour garantir la compatibilité ascendante et la continuité de service pour les Professionnels de Santé.

- **la Demande de Remboursement Electronique d'annulation** : lorsqu'un Professionnel de Santé souhaite annuler une DRE, il a la possibilité d'émettre une « DRE d'annulation »,
- **les Accusés de Réception Logique (ARL)** : flux émis par les systèmes d'accueil des AMO et des AMC. Ces flux indiquent au Professionnel de Santé si le lot de factures qu'il a émis a bien été reçu par l'organisme d'Assurance Maladie escompté et donc transmis avec succès. Le Professionnel de Santé est déchargé de sa responsabilité de retransmettre les lots de factures après réception d'un ARL positif,
- **les Rejet/Signalement/Paiement (RSP)** : flux émis par les AMO et les AMC. Ces flux indiquent le traitement de la facture (paiement, rejet, ou signalement),
- **les messages de service** : flux émis par les systèmes d'accueil des AMO, des AMC ou par l'opérateur de messagerie du réseau d'échange SESAM-Vitale :
 - Les flux venant des systèmes d'accueil AMO ou AMC indiquent au Professionnel de Santé que le message SMTP qu'il a transmis comporte des irrégularités au niveau des en-têtes SMTP ou de l'enveloppe des fichiers contenant les lots de factures.
 - Les flux venant de l'opérateur de messagerie du réseau SESAM-Vitale indiquent l'indisponibilité momentanée du système de réception des organismes d'assurance maladie.

Par ailleurs, le Professionnel de Santé peut recevoir des flux émis par les réseaux de messagerie (Avis de remise ou de non remise du message par le réseau). Ces flux lui indiquent que le message SMTP qu'il a transmis a été délivré ou non délivré au destinataire.

2.2.4.2

Les flux d'administration du système SESAM-Vitale

Les flux d'administration du système SESAM-Vitale sont :

- **les données de suivi du parc** : ces données, émises par les postes de travail des Professionnels de Santé à destination du GIE SESAM-Vitale, permettent d'avoir un état du parc des progiciels agréés, des lecteurs, des fournitures SESAM-Vitale et des API de l'ASIP santé; elles sont véhiculées dans les FSE,
- **les flux de mise à jour du Poste de travail du Professionnel de Santé** : les flux sont émis par le GIE SESAM-Vitale et portent sur des évolutions entre deux versions de package SESAM-Vitale. Ces évolutions peuvent concerner des mises à jour de tables, ...

- **Les flux de mise à jour des tables de conventions et de regroupements :** les flux sont émis par les signataires de conventions et contiennent les fichiers de conventions et de regroupement normés.
- **les flux de mise à jour de la liste d'opposition incrémentale LOI :** les flux sont émis par le distributeur d'opposition (GIE SESAM-Vitale ou OCT) et contiennent les incréments (dLOI) applicables sur la liste d'opposition incrémentale (LOI).

2.2.4.3 Les flux entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI

Le réseau de messagerie véhicule plusieurs types de flux :

- **Les rapports de réclamation sont créés sur le Poste de Travail des Professionnels de Santé en cas de facturation à l'état « rejeté », « en anomalie » ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés (délai paramétrable dans le logiciel).** Ces rapports de réclamation sont transmis dans un message SMTP au système « infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI ».
- **Les accusés de réception des rapports de réclamation :** flux émis par le système « infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI » au Poste de Travail des Professionnels de Santé. Ces flux indiquent au Professionnel de Santé que les rapports de réclamation qu'il a émis ont bien été reçus par l'infrastructure d'accueil et transmis au CESI,
- **Les messages de service :**
 - Les flux venant du système « infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI » indiquent au Professionnel de Santé que le message SMTP qu'il a transmis comporte des irrégularités au niveau des en-têtes SMTP ou de l'enveloppe des fichiers contenant les rapports de réclamation.
 - Les flux venant de l'opérateur de messagerie du réseau SESAM-Vitale indiquent l'indisponibilité momentanée du système « infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI ».

Par ailleurs, le Professionnel de Santé peut recevoir des flux émis par les réseaux de messagerie (Avis de remise ou de non remise du message par le réseau). Ces flux lui indiquent que le message SMTP qu'il a transmis a été délivré ou non délivré au destinataire.

2.3 Les apports de la version 1.40 de SESAM-Vitale

2.3.1 Les apports fonctionnels

Version 1.40

La version 1.40 de SESAM-Vitale comprend les évolutions fonctionnelles suivantes :

Version 1.40

- les flux de Demandes de Remboursement Electronique (DRE) à destination des AMC avec l'introduction du concept d'opérateur de règlement AMC et l'extension de l'identification de l'adhérent AMC,
- la maîtrise par le Professionnel de Santé des modalités de prise en compte de la part complémentaire au regard des conventions (TP ou HTP, flux électronique ou pas, type de flux électronique),
- les services de tarification de la part complémentaire (modules STS),
- les flux retour transmis par les AMC aux Professionnels de Santé (message de service, ARL, RSP), avec la création d'une nouvelle référence de retour (RSP) commune aux AMO et aux AMC,
- la prise en compte de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et des services de tarification associés (module SRT)²,
- l'acquisition des informations issues de la carte V1 ter, et de tout autre support éventuel,
- la désynchronisation des signatures des FSE et des DRE sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé pour toutes les spécialités de Professionnel de Santé,
- la modification de la sécurisation du mode dégradé (confidentialité et intégrité des données),
- la limite d'utilisation du mode de sécurisation SESAM sans Vitale,
- le signalement de tout forçage des données en carte ou des paramètres sur l'environnement de travail du Professionnel de Santé pour permettre une application éclairée de la garantie de paiement,
- le suivi du Parc des fournitures SESAM-Vitale,

**Version 1.40-
Addendum 1**

- la gestion des bénéficiaires sortants du dispositif de CMU complémentaire,
- l'élaboration et la transmission d'une Feuille de Soins Electronique AT dans le cadre d'une gestion multi-organismes destinataires des risques Maladie et Accident du Travail à partir de la carte Vitale 1 ter,
- la création d'un nouveau message de service dit Accusé de Réception Provisoire,

**Version 1.40-
Addendum 2bis**

- la prise en compte de la Réforme d'Assurance maladie : loi du 13 Août 2004 et de la convention médicale de janvier 2005 :
 - le dispositif Médecin Traitant et la gestion du parcours coordonné de soins,
 - le protocole de soins ALD,
 - de nouvelles majorations,
 - la réglementation concernant les soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné,

² La CCAM concerne au démarrage les éditeurs de progiciels à destination des médecins et des chirurgiens-dentistes.

- la mesure facturette du Pharmacien,
- les données associées aux contrats AMC responsables (dits aussi contrats « aidés »).
- la gestion de la nature d'assurance maternité pour le régime RSI (cette gestion est maintenant identique aux autres régimes, cf. Annexe 2),
- la prise en compte des invalides civils ou militaires et des allocataires du Fond de Solidarité Vieillesse du régime RSI dans le cadre de l'alignement des taux de ce régime sur ceux du régime général,
- l'aide à la mise à jour des tables des conventions et des regroupements par la mise à disposition de fichiers normés,

**Version 1.40-
Addendum 3**

- Prise en compte des 4 nouvelles spécialités de médecin suivantes
 - 20 : Réanimation médicale
 - 34 : Gériatrie
 - 79 : Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale
 - 80 : Santé publique et médecine sociale

**Version 1.40-
Addendum 4**

- l'assouplissement de la date de référence pour la part complémentaire dans le cas d'une facture en gestion séparée élaborée par un Professionnel de Santé des familles « Pharmaciens », « Fournisseurs » et « Auxiliaires Médicaux »
- l'identification dans la facture des Professionnels de santé par leur n° d'identification nationale RPPS,
- la prise en compte de l'évolution du format des codes CIP (passage de 7 à 13 caractères) et du cadre réglementaire de la traçabilité en matière de médicaments,

**Version 1.40-
Addendum 6**

- l'intégration d'une nouvelle famille de Professionnels appelée « Fournisseurs » délivrant des dispositifs médicaux de la Liste des Produits et Prestations remboursables (LPP), dans le système SESAM-Vitale, permettant à cette famille de professionnels de réaliser et d'émettre des Feuilles de Soins Electroniques (FSE) et des Demandes de Remboursement Electroniques (DRE),
- la gestion des Soins Médicaux Gratuits (SMG),
- la gestion des bénéficiaires disposant d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire (dispositifs « ACS TP Social AMO » et « TPi ACS »),

**Version 1.40-
Addendum 7 –
juillet 2015**

- la mise en œuvre de la diversification des tarifs des actes CCAM en fonction de la situation conventionnelle du PS,

- l'ouverture de la CCAM aux Sages-femmes,
- l'évolution de la gestion des remplaçants :
 - ouverture de cette fonctionnalité aux Auxiliaires-médicaux
 - amélioration de cette fonctionnalité pour les Prescripteurs
- l'ajout des nouvelles spécialités de PS suivantes :
 - 53 : Chirurgien dentiste spécialité C.O.
 - 54 : Chirurgien dentiste spécialité M.B.D
 - 69 : Chirurgie orale
- la gestion des APIAS : soins dispensés en milieu civil aux personnels victimes d'une Affection Présumée Imputable Au Service,



A noter que cet addendum intègre également les avenants suivants :

- EV41 : Honoraires de Dispensation
- EV65 : Tiers Payant intégral ACS
- EV68 : Chiffrement de pièces jointes
- EV69 : Rétinopathie Diabétique (dispositif de dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste. Ce dispositif est décrit exclusivement dans l'annexe 8)

**Version 1.40-
Addendum 7 –
JUIN 2017**

Intégration des avenants publiés depuis juillet 2015 :

- EV78 : TP-ALD-Mater
- EV79 : Suivi des RSP-580
- AVENANT 10 : TPG : Tiers Payant Généralisé
 - EV84 : Impacts de la PUMA
 - EV85 : Automatisation du tiers payant AMO
 - EV86 : Génération d'un rapport de réclamation
 - EV88 : Contrôle double facturation
 - EV89 : Obligation de la compatibilité LPS-OCT
- AVENANT 11 : Référentiel PS (SPHEV)
- EV91 : Convention médicale 2016
 - AVENANT 12 : Convention médicale 2016 - Tarification NGAP
 - AVENANT 13 : Convention médicale 2016 - Tarification CCAM
- AVENANT 14 : Victimes d'attentat

**Version 1.40 -
Addendum 7 -
Décembre 2018**

- AVENANT 15 : EV96-Convention Pharmaciens 2017 : Honoraires de Dispensation
- AVENANT 16 : EV100-Accidents de droit commun
- AVENANT 18 : EV101-Télémédecine
- AVENANT 19 : EV105-100% Santé
- AVENANT 20 : EV105-CFE
- AVENANT 21 : Maintenance
 - EV83 - Maintenance Réglementaire
 - EV104 - Maintenance Technico-fonctionnelle

**Version 1.40 -
Addendum 8**

La version **1.40 Addendum 8** comprend principalement les évolutions fonctionnelles suivantes :

- EV106 Nouvelles spécialités de Professionnels de Santé
- EV111 Réurbanisation des FSV - fonctions métier
- EV113 Réurbanisation des FSV - fonctions technique
- EV117 : Facturer avec une ApCV

et intègre les avenants suivants :

- AVENANT 22 : EV112-Mesure Génériques
- AVENANT 23
 - EV107 : Adresse DRE via l'Annuaire AMC
 - EV108 : Identifiant AMC sur les attestations AMC harmonisées en GU
- AVENANT 24 : EV115-Évolution de la gestion des indemnités kilométriques pour les infirmiers
- AVENANT 25 : EV116-Accompagnement Téléconsultation
- AVENANT 26 : EV119-C2S-100% Santé 2020
- AVENANT 27 : EV120-Consultations Obligatoires Enfants
- AVENANT 28 : EV124-Actes complexes pour Chirurgiens-Dentistes

Mise en œuvre

La mise en œuvre de ces évolutions est facilitée notamment par la présence de données supplémentaires en carte Vitale 1 ter. Le même niveau fonctionnel peut être éventuellement obtenu à partir de l'utilisation d'une carte Vitale 1 bis et d'autres supports.

Le Professionnel de Santé doit disposer de l'ensemble des nouvelles fonctionnalités sur son Poste de Travail. Cependant, le Professionnel de Santé décide de l'activation ou non des services suivants :

- la saisie d'actes CCAM,
- les services de tarification complémentaire STS,
- la liste d'opposition.

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

Le dispositif médecin traitant et la gestion du parcours coordonné de soins comprennent :

- la désignation par le patient de son médecin traitant,
- le respect par le patient du parcours de soins sous peine de pénalité de remboursement,
- la possibilité pour le médecin de facturer de nouvelles majorations,
- la possibilité pour le médecin de facturer de nouveaux dépassements.

Désignation du médecin traitant ①

A compter du 1er janvier 2005 les assurés et les ayants droit de 16 ans et plus sont tenus de choisir leur médecin traitant, généraliste ou spécialiste, pour respecter le parcours de soins.

Le bénéficiaire peut consulter un autre médecin, en cas d'indisponibilité de son médecin traitant. Ce dernier agit alors en qualité de médecin traitant. Il est appelé « médecin traitant de substitution ».

Sauf mention contraire, le terme Médecin Traitant regroupe les notions de :

- médecin traitant déclaré,
- nouveau médecin traitant,

ainsi que les situations de remplacement de ces médecins telles que définies au §3.2.1.3 Professionnel de Santé Remplaçant.

Les médecins des centres de santé s'inscrivent dans le dispositif du parcours coordonné de soins.

Respect du parcours de soins

Pour respecter le parcours coordonné de soins, le patient est tenu de consulter son médecin traitant avant de s'adresser à un autre médecin, dit médecin correspondant. ⑧

Le bénéficiaire est dispensé d'orientation par son médecin traitant dans les cas suivants :

- Médecin traitant de substitution, ②
- **Généraliste récemment installé** pour la première fois en libéral, ③
- Médecin nouvellement installé en zone sous médicalisée, ④

- **Accès direct spécifique**
Pour certaines spécialités l'accès direct spécifique est prévu soit pour certains actes uniquement soit en fonction de l'âge du patient. ⑥
En conséquence le Professionnel de Santé doit indiquer s'il s'agit de soins relevant de l'accès direct ou non. Pour cela il sélectionne soit le contexte « Accès Direct Spécifique », soit le contexte « Hors Accès Direct spécifique ». Dans ce dernier cas le bénéficiaire est hors parcours de soins. ⑫
- **Hors résidence** habituelle du patient ⑤
- Médecin du service des armées ⑪
Remarque : le médecin du service des armées agit en tant que salarié et ne facture pas la consultation (cas hors SESAM-Vitale).

Le bénéficiaire peut être orienté vers un autre médecin ⑨ par :

- le Médecin traitant de substitution, ②
- le Médecin du service des armées, ⑪
- le **Généraliste récemment installé** pour la première fois en libéral, ③
- le Médecin nouvellement installé en zone sous médicalisée, ④
- le spécialiste agissant en **Accès direct spécifique** ⑥
- le médecin correspondant ⑧

Dans les autres cas, (hormis s'il est non concerné par le parcours coordonné de soins), le patient est considéré **hors parcours de soins**. ⑩

Cas non concernés par le parcours de soins

Sont non concernés par le parcours coordonné de soins, les cas d'**Urgence** ⑦ et les cas d'exclusion décrits ci-dessous :

Cas d'exclusion :

A partir du 1er juillet 2005, plusieurs cas d'exclusion du parcours coordonné de soins sont prévus en lien avec :

- soit la spécialité du Professionnel de Santé,
Les Professionnels de Santé non médecin ne sont pas concernés par le parcours coordonné de soins. Dans le cadre de SESAM-Vitale, il s'agit des familles pharmaciens, laboratoires, auxiliaires médicaux, fournisseurs et des catégories chirurgiens dentistes, et sages-femmes.
Cependant, les pharmaciens, laboratoires, peuvent renseigner dans la facture des informations en lien avec le parcours coordonné de soins.
- soit les caractéristiques du bénéficiaire,
- soit le contexte de facturation (nature d'assurance et/ou régime gestionnaire),
- soit la nature des soins.

Ces différents cas sont décrits dans l'annexe 2- règle R37.

Pénalités de remboursement

Dans le cas général, la facturation et le remboursement des soins seront différents suivant que le parcours coordonné de soins est respecté ou non.

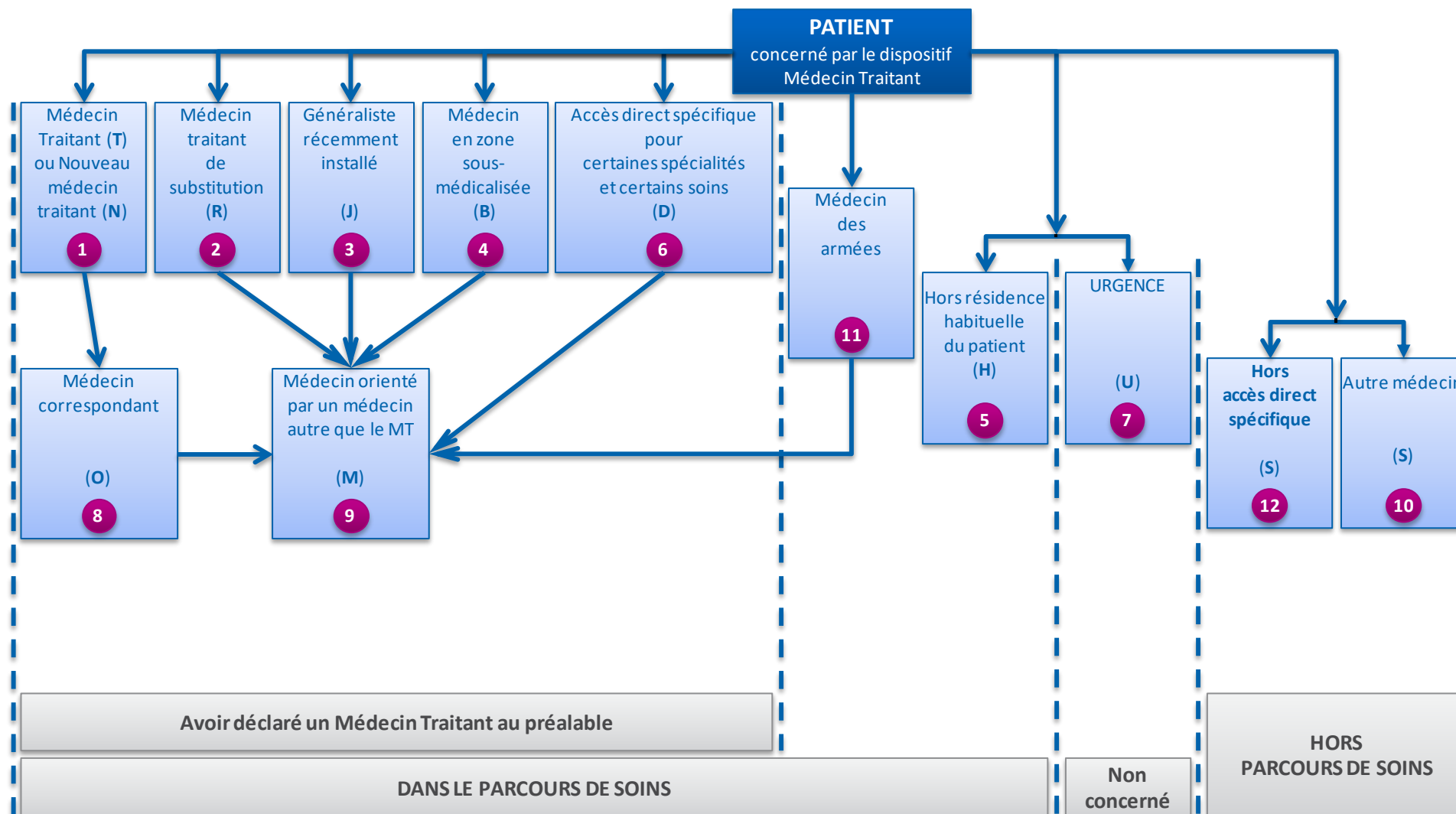
Contrat responsable

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

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

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

Le schéma suivant indique le contexte général du dispositif du médecin traitant et du parcours coordonné de soins pour les patients concernés par le dispositif Médecin Traitant.



2.3.3 Les « Fournisseurs » dans SESAM-Vitale

2.3.3.1 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 L165-1 et sont pris en charge dans les conditions fixées aux articles R165-1 à R165-30 du Code de la Sécurité Sociale.

2.3.3.2 L'identification du fournisseur

Un numéro d'assurance maladie est attribué au fournisseur. Pour la famille Fournisseur ce numéro n'identifie pas l'individu mais la structure (Personne physique ou morale quel que soit le mode d'exercice : artisan, commerçant, société, association) qui facture à l'Assurance Maladie.

2.3.3.3 Les professionnels concernés

- **Les Professionnel de Santé** : opticiens – audioprothésistes - orthésistes – ocularistes – épithésistes – podo orthésistes – orthoprothésistes
- **Les non Professionnel de Santé** : personnels "compétents" (notamment commerces de matériel médical)
- A côté de ces professionnels il existe généralement dans chaque point de vente **du personnel administratif** lequel pourra être doté de cartes selon sa fonction et son niveau de responsabilité.

2.3.3.4 Les activités du Professionnel Fournisseurs et son code spécialité

2.3.3.4.1 Liste des activités concernées

Suivant l'activité principale de la structure, un code spécialité est attribué au Fournisseurs. Les Titres et chapitres sont des informations venant de la LPP.

Type d'activité du Professionnel	Code spécialité
Société (Titre I, titre II chapitre 4, titre IV)	60
Artisan (Titre I, titre II chapitre 4, titre IV)	61
Association (Titre I, titre II chapitre 4, titre IV)	62
Orthèses (Titre II, chapitre I)	63
Optique médicale (Titre II, chapitre 2)	64
Audioprothèses (Titre II, chapitre 3)	65
Prothèses oculaires et faciales (Titre II, chapitre 5)	66
Podo-orthèses (Titre II, chapitre 6)	67
Ortho prothèses (Titre II, chapitre 7)	68

2.3.3.4.2 Des dispositifs LPP exclus du périmètre SESAM-Vitale

Pour l'intégration des fournisseurs dans SESAM-Vitale sont exclus du périmètre les produits des dispositifs médicaux du titre III (Dispositifs médicaux implantables) : Code prestation : PII et PME.

Pour information :

- Le code prestation PME n'est pas dans le périmètre actuel de SESAM-Vitale.
- Le code prestation PII est déjà dans SESAM-Vitale pour les spécialités pharmaciens, mais reste exclu pour les fournisseurs.

2.3.3.5 Les cartes CPx des Professionnels Fournisseurs

Les Fournisseurs **PS** ont des **CPS**.

Les Fournisseurs **non PS** ont des **CPE nominatives ou anonymes ou des CDE nominatives** (Directeur)

Les CPS, CPE, CDE peuvent signer les factures et/ou les lots suivant les habilitations en carte.



Remarque : Les fournisseurs ne sont pas éligibles à la détention de carte de remplaçant. Ils sont donc hors cadre de la gestion des remplaçants dans le système SESAM-Vitale.

2.3.4 Les Soins Médicaux Gratuits

2.3.4.1 Contexte réglementaire

Depuis la fin de la première guerre mondiale, la France a mis en œuvre un dispositif d'intervention publique permettant d'exprimer la souveraineté nationale et de sauvegarder l'ensemble des intérêts matériels et moraux des anciens combattants et victimes de guerre.

Ce dispositif, fixé par le Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (CPMIVG), reconnaît un droit à réparation, par l'Etat, aux victimes atteintes d'une infirmité ou d'une maladie résultant de tous faits de guerre et de service.

L'article L115 du CPMIVG dispose que l'Etat doit gratuitement, aux titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du code susvisé, les soins médicaux nécessités par les infirmités qui donnent lieu à pension, en ce qui concerne exclusivement les accidents et complications résultant de la blessure ou de la maladie qui ouvre droit à pension.

L'article L128 du CPMIVG dispose que les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du code susvisé ont droit aux appareils nécessités par les infirmités qui ont motivé la pension. Les appareils et accessoires sont fournis, réparés et remplacés aux frais de l'Etat tant que l'infirmité en cause nécessite l'appareillage.

L'appareillage est effectué sous le contrôle et par l'intermédiaire de l'Etat. Il est assuré par les centres d'appareillage du ministère des anciens combattants et victimes de guerre.

Le mutilé est comptable de ses appareils qui restent propriété de l'Etat.

Les modalités de l'appareillage sont fixées par instruction ministérielle.

2.3.4.2 Population concernée

Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du CPMIVG, résidant en France métropolitaine ou dans les départements et collectivités d'outre mer, bénéficient des soins médicaux gratuits.

La population est composée :

- d'anciens combattants y compris anciens appelés,
- de militaires ou anciens militaires, les étrangers ayant servi dans l'armée française,
- de supplétifs de l'armée ayant effectué leur service durant les conflits mondiaux ou coloniaux (tirailleurs marocains, algériens, tunisiens..) dans des unités régulières,
- de victimes civiles de la guerre (exemple : déportés, internés), dont les victimes d'actes de terrorisme (VAT) commis depuis le 1er janvier 1982, auxquelles la loi N° 90-86 du 23 janvier 1990 confère la qualité de victime civile de guerre. Cela concerne les ressortissants français et étrangers victimes d'actes de terrorisme perpétrés sur le territoire français, ainsi que les ressortissants français victimes d'actes de terrorisme perpétrés à l'étranger. Pour les VAT, le bénéfice de la législation de l'article L115 résulte d'un choix.
- de militaires et réservistes en activité, dont le code constitue le dispositif du droit à réparation et de la prise en charge des soins nécessités par les blessures, infirmités, accidents et maladies imputables à l'activité de service.

2.3.4.3 Professionnel de Santé concernés

Tous les Professionnels de Santé identifiés comme intégrés au périmètre du Cahier des Charges SESAM-Vitale (cf. Annexe 1-A0 § 2.2) sont émetteurs potentiels de flux en rapport avec les SMG, qu'ils exercent en centres de santé ou non.

2.3.4.4 Remboursement des soins

Le remboursement des SMG se fait sur la base du tarif conventionnel de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), sans application du ticket modérateur (100% du TRSS).

Les actes soumis à entente préalable en assurance maladie sont soumis à la procédure d'accord préalable au titre des SMG dans les mêmes conditions.

Il existe cependant des situations particulières qui impliquent un remboursement des prestations selon un mode différent de celui appliqué en assurance maladie.

Dans ces cas, le Professionnel de Santé adresse à la CNMSS une demande de prise en charge. Celle-ci est toujours requise avant la facturation.

2.3.4.5 La procédure de Demande de Prise en charge SMG

Cette procédure est réservée en principe aux cas suivants :

- **Prestations non remboursables ou déremboursées** et dans le cadre des Soins Médicaux Gratuits, tout acte **hors nomenclature ou non remboursable** ou tout médicament non remboursable ou déremboursé doit faire l'objet d'une demande de prise en charge.

- **Prestations pouvant être prises en charge à un tarif supérieur au TRSS.**
L'accord préalable doit permettre une prise en charge AMO supérieure au TRSS assurance maladie. Le système de facturation devra donc permettre la prise en charge au titre des SMG de la différence entre le TRSS et le montant accordé par l'accord préalable SMG.

Ainsi, cette procédure est applicable :

- à tous les actes et prestations pour prise en charge d'un tarif supérieur au TRSS.
- aux prothèses dentaires réalisées par un chirurgien-dentiste ou un médecin réalisant des soins dentaires dans le cadre des Soins Médicaux Gratuits.
- aux médicaments non remboursables ou déremboursés
- aux prestations jamais couverts par le régime de base mais pris en charge dans le cadre des SMG. (Exemples : couches, ostéopathie ...). Ce type de prestation est identifié par le Professionnel de Santé dans la facture sous le code prestation SGS.

La facturation correspondante est réalisée par le Professionnel de Santé uniquement après réception de l'accord de prise en charge.

Cet accord de prise en charge mentionne un montant total de prise en charge que le Professionnel de Santé devra saisir lors de la facturation.

A un accord de prise en charge correspond une seule facture et inversement, une facture couvre une seule prise en charge. Il convient donc pour le Professionnel de Santé de facturer : d'une part les actes soumis à accord de prise en charge et d'autre part les actes non soumis à cet accord.



Cas particulier des Propharmaciens

Les Professionnels de Santé propharmaciens peuvent être amenés à dispenser à la fois des actes professionnels et à délivrer des prestations sanitaires ou médicaments.

Dans ce cas où un accord de prise en charge est nécessaire à la fois pour les actes professionnels et pour les médicaments, le propharmacien établit 2 demandes de prise en charge distinctes, l'une pour les actes professionnels, l'autre pour les médicaments.

2.3.4.6 La procédure d'Entente Préalable

Dans le cadre des SMG la procédure de demande d'accord préalable met en œuvre les mêmes règles de gestion que la procédure de l'entente préalable en assurance maladie

La demande d'Entente préalable et la demande de prise en charge relèvent du même processus: le Professionnel de Santé fait toujours une seule demande : la demande d'Entente préalable est inutile lorsqu'il y a une demande de prise en charge, celle-ci en tient lieu.

Ainsi, une prise en charge SMG peut comprendre des prestations soumises à Entente Préalable.

2.3.5 Les apports techniques

La version 1.40 comprend les apports techniques suivants :

- le chiffrage de pièce jointe,

- la compression et la décompression des messages,
- les consignes pour éviter les doublons de facture,
- la mise à jour des composants SESAM-Vitale,
- l'ouverture de la facturation SESAM-Vitale aux lecteurs PC/SC et les nouveaux mécanismes de sécurisation,
- l'authentification de la carte Vitale sur le poste du Professionnel de Santé si celle-ci est une carte Vitale 2.

Comme pour le socle fonctionnel 1.40 addendum n°6, SESAM-Vitale garantit le fonctionnement uniquement sur des lecteurs 3.00 et supérieur.

2.4 Les évolutions du système

Ce chapitre a pour objet de présenter aux éditeurs de logiciels d'une part les évolutions prévues à court terme et d'autre part d'informer les éditeurs sur les nouvelles orientations à venir modifiant la conception du système.

Évolutions à court terme

La présente version du Cahier des Charges sera complétée ultérieurement par :

- l'extension de la liste d'opposition à tous les Professionnels de Santé et l'opposabilité de cette liste d'opposition à tous les Professionnels de Santé,
- la fourniture d'une boîte à outils permettant aux éditeurs de développer une solution autonome de mise à jour des fournitures SESAM-Vitale,
- l'utilisation de la carte Navette comme média de transmission des éléments de facturation entre le préleveur et le laboratoire d'analyses de biologie médicale,
- Le Projet de réforme consistant à remplacer les dates à prendre en compte pour déterminer la base et le taux de remboursement des soins effectués par un Professionnel de Santé par une seule et unique date de référence.

Ce projet de réforme exclut la ~~Couverture Maladie Universelle Complémentaire~~ Complémentaire Santé Solidaire (CMU-C) (C2S).

Le Cahier des Charges précise dans l'annexe 2 que la date à prendre en compte est identifiée par l'une des règles T1, T3.1, T1 bis, T3.1bis, T1ter ou T3.1ter. Le projet de réforme permettra de simplifier ces règles.

A ce jour, la date « unique » n'est pas encore fixée. Cependant, il est nécessaire de prévoir cette évolution par un paramétrage de ces dates sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé afin de faciliter la mise en œuvre de cette réforme sur le terrain.

Évolutions à moyen terme

Dans le but notamment d'alléger le travail des éditeurs ainsi que d'accéder à des services en ligne, d'autres évolutions sont prévues à moyen terme.

Sont prévus :

- un module complet de tarification de la part obligatoire,
- des modules de tarification complémentaire évoluant vers l'accès à des services distants (accès à des droits, calcul de tarifs).

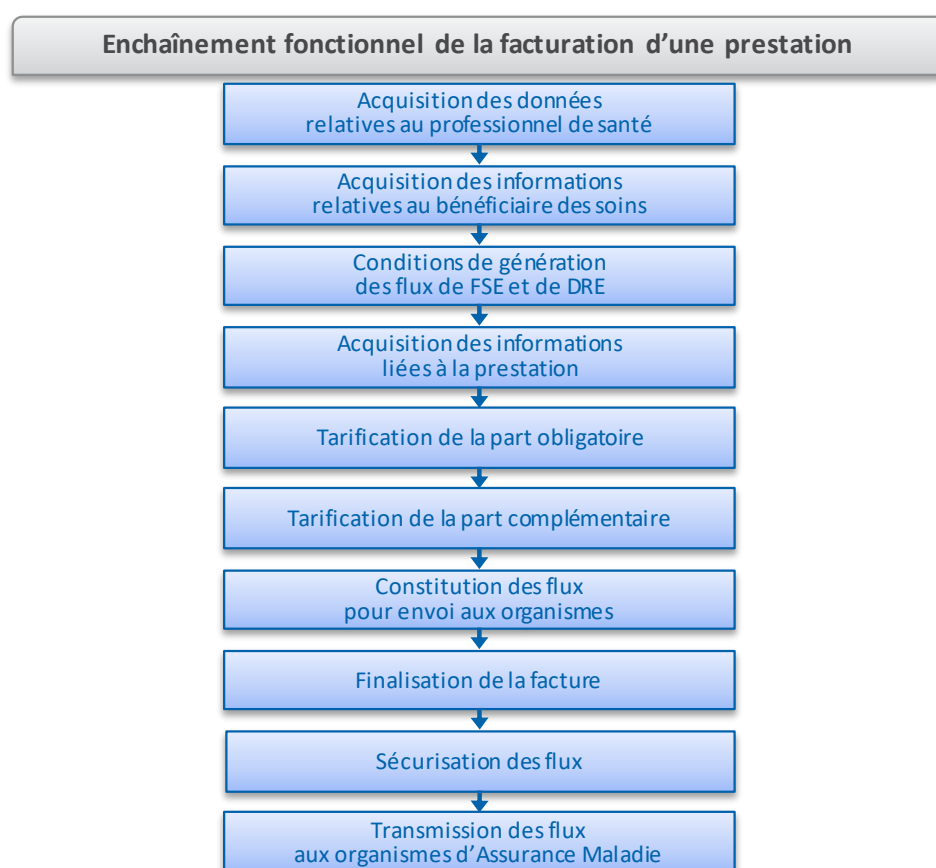
3 Description fonctionnelle de SESAM-Vitale

Ce chapitre décrit les fonctions de la version 1.40 du système de facturation du Poste de Travail du Professionnel de Santé.

Elles sont les suivantes :

- la consultation des données de la carte Vitale,
- l'acquisition des données du bénéficiaire des soins à partir des différents supports disponibles (support Vitale, ADR, attestations,...),
- la dématérialisation de la facture en tiers payant ou hors tiers payant chez le Professionnel de Santé tant pour la part obligatoire que pour la part complémentaire,
- le traitement des retours,
- l'administration du système SESAM-Vitale : suivi de parc et mise à jour du Poste de Travail ; la liste d'opposition.

La participation du Poste de Travail du Professionnel de Santé à ces fonctions est décrite dans le chapitre 4.



La dématérialisation des factures consiste à collecter l'ensemble des informations de facturation (acquisition des données relatives au Professionnel de Santé, au bénéficiaire des soins, des données liées à la prestation...) et à procéder au calcul des montants des parts obligatoire et/ou complémentaire. Lorsque la phase de tarification est terminée, les FSE et/ou DRE sont élaborées sur cette base commune.

3.1 Lecture de la carte Vitale

La lecture de la carte Vitale doit être permise aux professionnels de Santé indépendamment de la réalisation d'une facture.

3.2 Facturation d'une prestation sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé

3.2.1 Acquisition des informations liées au Professionnel de Santé

Les informations liées au Professionnel de Santé concernent :

- les informations d'identification du Professionnel de Santé,
- les situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé.

La Carte de Professionnel de Santé impose que le code porteur soit fourni pour la lecture des situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé.

RPPS

Le projet de Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) vise à créer un répertoire des Professionnels de Santé libéraux et salariés afin de :

- simplifier les démarches administratives des Professionnels de Santé, avec un guichet unique,
- identifier les Professionnels de Santé d'une manière pérenne et nationale,
- identifier le rattachement du Professionnel de Santé à sa structure,
- améliorer la connaissance et le suivi de l'activité des prescripteurs.

L'identifiant pérenne et unique est le N°RPPS, sur 10 caractères (plus une clé de Luhn).

Actuellement les praticiens salariés ne sont pas identifiés dans les fichiers de l'Assurance Maladie, seuls les établissements sont répertoriés (n° FINESS).

Si les praticiens hospitaliers constituent la cible prioritaire en terme d'identification au RPPS, il n'en demeure pas moins qu'à terme, tous les Professionnels de Santé seront identifiés au RPPS.

Le système SESAM-Vitale évolue donc afin d'être prêt à recevoir et transporter dans la facture, non seulement le n°RPPS du prescripteur, mais aussi de l'exécutant dès lors que cette information figurera dans sa CPS.

Cependant, à ce jour, le Professionnel de Santé exécutant conserve son numéro d'identification de facturation fourni par l'Assurance Maladie, et ce numéro reste utilisé pour la facturation.

3.2.1.1 Médecin propharmacien

L'implémentation par les éditeurs de la fonctionnalité « propharmacien » est optionnelle.

Les Professionnels de Santé propharmaciens peuvent, à partir de leur environnement de travail, indiquer dans la facture les actes servis et les médicaments délivrés.

Le Professionnel de Santé peut réaliser au domicile de l'assuré une facture comportant des actes pharmaceutiques (PH1, PH4, PH7, ...) sans renseigner le code affiné associé (code CIP).

Le renseignement du code affiné est obligatoire pour les médicaments délivrés au cabinet du Professionnel de Santé.

3.2.1.2 Professionnel de Santé Remplaçant

La situation de remplacement fait l'objet d'un mode de fonctionnement spécifique.

La gestion des remplaçants est spécifiée dans ce Cahier des Charges uniquement pour les catégories de Professionnels de Santé Prescripteurs, Pharmaciens et Auxiliaires Médicaux.

Les données du Domaine de l'Assurance Maladie (DAM) de la CPS du Professionnel de Santé remplacé doivent être copiées sur son Poste de Travail.

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, le Professionnel de Santé remplaçant hérite de tous les paramètres du médecin remplacé.

Le Professionnel de Santé remplacé et le Professionnel de Santé remplaçant sont identifiés dans les flux électroniques créés par le remplaçant.

La facture est élaborée à partir des données de facturation du Professionnel de Santé remplacé et de la CPS du Professionnel de Santé remplaçant.

3.2.1.3 Centre de Santé

Pour les Centres de Santé, les informations conventionnelles contenues dans le Domaine de l'Assurance Maladie (DAM) de la CPS sont banalisées. En conséquence, les informations conventionnelles à prendre en compte sont celles qui sont contenues sur le Poste de Travail ou sur des serveurs ce qui nécessite leur paramétrage préalable.

3.2.1.4 Médecin traitant

Pour respecter le parcours coordonné de soins et ainsi conserver le même niveau de remboursement par leur régime obligatoire, les bénéficiaires de 16 ans et plus sont tenus de désigner un médecin traitant à leur caisse d'assurance maladie. Ils peuvent en changer à n'importe quel moment et désigner ainsi un « nouveau médecin traitant ».

Le médecin traitant est soit un généraliste, soit un spécialiste.

Le médecin traitant est choisi sans limitation de durée. Il assure le premier niveau de recours aux soins, et si nécessaire oriente son patient vers un autre médecin, dit « médecin correspondant ».

Par ailleurs la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 laisse la possibilité aux parents de désigner un médecin traitant pour leurs enfants, néanmoins cette déclaration pour les enfants de moins de 16 ans n'est pas obligatoire et ils restent non concernés par le Parcours de Soins.

Lorsque le bénéficiaire consulte son médecin traitant, et lorsqu'il est adressé par ce dernier vers un médecin correspondant (qui peut à son tour l'adresser à un autre médecin), il est dit « dans le parcours coordonné de soins ».

Dans le cas contraire, il est dit « hors parcours coordonné de soins ». Sauf exception (cf. Annexe 2), son remboursement par le régime obligatoire est alors réduit.

Si une prescription est faite par le médecin traitant ou son médecin correspondant, son exécution chez certains professionnels exécutants entraîne une prise en charge spécifique par les contrats complémentaires responsables (dits aussi « contrats aidés »).

3.2.1.5 Contrat Tarifaire PS



Convention médicale 2005

La convention médicale de janvier 2005 a introduit l'option conventionnelle de coordination. Elle était ouverte aux médecins généralistes et spécialistes :

- du secteur I avec droit permanent au dépassement,
- du secteur II.

Le médecin s'engageait alors, pour les patients qui lui étaient adressés par le médecin traitant ou un médecin orienteur, à appliquer pour les actes cliniques, le tarif conventionnel et à limiter les dépassements sur les actes techniques.



Convention médicale 2011

L'avenant 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011 introduit la mise en place d'un Contrat d'Accès aux Soins pour les médecins de secteur 2 et les médecins de secteur 1 DP (droit à dépassement permanent) et supprime l'option de coordination.

Ce nouveau contrat a pris effet au 1er décembre 2013.

Certains médecins de secteur 1 peuvent également adhérer au CAS. Pour autant, ils bénéficient automatiquement, du fait de leur secteur conventionnel, des modalités auxquelles le CAS ouvre droits.

Le Contrat d'accès aux Soins couvre a minima ce que prévoyait l'option de coordination du Parcours de Soins.



Convention médicale 2016

Un des objectifs de la convention médicale 2016 est de poursuivre la maîtrise des dépassements d'honoraires et améliorer l'accès aux soins, en renouvelant le contrat d'accès aux soins (CAS) mis en place dans le cadre de l'avenant 8 de la précédente convention.

A compter du 1^{er} janvier 2017, l'OPTAM (Option Pratique TARifaire Maitrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique TARifaire Maitrisée pour les Chirurgiens – Obstétriciens) remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

L'OPTAM & l'OPTAM-CO relèvent de principes communs au CAS.

Ces options concernent les médecins de secteur 2 ou secteur 1 DP. Par exception, elles concernent également par dérogation les médecins en secteur 1 installés avant le 1er janvier 2013 et qui disposent des titres pour accéder au secteur 2.

L'OPTAM peut être souscrite par tous les médecins quelle que soit leur spécialité.

L'OPTAM CO peut être souscrite par les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes sous l'appellation "acte de chirurgie" ou "acte d'obstétrique" dans l'année précédente. Pour les médecins nouveaux installés ce seuil ne s'applique pas.

3.2.1.6 Professionnel de Santé Prescripteur

Outre les Professionnel de Santé de la famille « Prescripteurs » (cf. Annexe1-A0), les autres familles de Professionnels de Santé peuvent également prescrire dans les limites de la réglementation en vigueur.

Un suivi des prescriptions exécutées en ville est mis en place, en particulier pour les prescriptions issues des prescripteurs salariés des hôpitaux publics, mais aussi pour celles de tout autre prescripteur dès lors que les informations nécessaires figurent sur l'ordonnance.

L'objectif est d'obtenir, à la source, lors de l'exécution de la prescription, les informations d'identification des professionnels prescripteurs et leur condition d'exercice.

Le terme « prescription » doit être pris au sens large c'est-à-dire tous types de prescriptions : pharmacie mais aussi actes par auxiliaires médicaux, laboratoire, radios, articles de la LPP ...

L'exécutant de la prescription (hospitalière ou non) doit pouvoir renseigner, dans sa facture, les informations d'identification du prescripteur et ces données devront être véhiculées dans les flux SESAM-Vitale.

Le prescripteur est identifié par son n° RPPS, et éventuellement le n° de structure dans laquelle il exerce, i.e. dans laquelle la prescription a été établie.

3.2.1.7

Fournisseurs

Pour les professionnels de la famille Fournisseurs lors de l'élaboration d'une facture, le système de facturation doit utiliser les informations conventionnelles (informations relatives à la situation conventionnelle, à la spécialité, à la zone tarifaire et aux indemnités kilométriques) contenues sur le Poste de Travail.

En effet, en dehors du numéro de facturation et des habilitations de signature, les informations, dans le Domaine de l'Assurance Maladie (DAM) de la CPS restituées par la lecture de la carte CPx ne sont pas significatives.

3.2.2

Acquisition des informations liées au bénéficiaire des soins

Les informations liées au bénéficiaire des soins concernent les informations :

- de sa situation au regard du remboursement de la part obligatoire,
- de sa situation au regard du remboursement de la part complémentaire.

Les informations d'identification sont acquises à partir d'un des supports Vitale : la carte Vitale ou l'ApCV.

~~Ces~~ Les informations de droits sont acquises à partir des données :

- de la carte Vitale (uniquement si le support Vitale est la carte Vitale),
- du service ADR,
- ou de tout autre support éventuel.

Si la date de fin de validité de la carte Vitale est dépassée ou si la carte n'est pas valide (non authentifiée par exemple), le Professionnel de Santé ne dispose d'aucune information issue de la carte.

3.2.2.1

Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part obligatoire

Acquisition des informations avec la carte Vitale

L'acquisition des informations du bénéficiaire s'effectue à partir :

- de la carte Vitale, en fonction de la date de consultation (selon spécifications décrites dans les annexes 1 et 2),
- ou du service ADR.

Le Professionnel de Santé identifie le bénéficiaire des soins pour lequel la facture est élaborée.

Le progiciel détermine le support de droits AMO retenu pour élaborer la facture : service ADR ou carte Vitale.

Les données concernant la part obligatoire acquises avec le service ADR prévalent sur les informations issues de la carte Vitale et de tout autre support **de droits** (hors réglementation AT).

Les droits utilisés pour réaliser la facture, issus du service ADR, sont utilisés en annule et remplace des droits lus en carte Vitale, car les données issues d'ADR sur la part obligatoire se substituent complètement à celles de Vitale. Le progiciel ne doit pas panacher les droits AMO issus du service ADR avec les droits issus d'un autre support **de droits**, la carte Vitale comprise.

Acquisition des informations avec l'ApCV

En présence d'une ApCV, le progiciel utilise le service de demande d'authentification de l'utilisateur de l'ApCV pour acquérir un contexte ApCV.

Le Professionnel de Santé identifie le bénéficiaire des soins.

L'acquisition des informations de droits du bénéficiaire des soins s'effectue avec le service ADR.

Les droits AMO issus du service ADR ne doivent pas être panachés avec les droits issus d'un autre support de droits.

Accident de travail

Le Professionnel de Santé peut réaliser une feuille de soins électronique sécurisée (sous certaines conditions, Cf. Annexe 2) lorsque les soins sont consécutifs à un accident de travail et que la victime fournit au Professionnel de santé la feuille d'Accident du Travail ou de Maladie Professionnelle (dénommée feuillet AT) et éventuellement les éléments permettant d'identifier l'organisme gérant le risque AT.

Le Professionnel de Santé peut donc réaliser une FSE sécurisée pour des soins consécutifs à un accident de travail avec le risque AT, à partir des informations issues du support de droits AMO, du feuillet AT complété éventuellement d'une attestation d'affiliation/appartenance à une caisse gestionnaire de l'AT, d'un courrier de la caisse ou de la déclaration de la victime.

Si plusieurs AT sont présents dans le support de droits AMO, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de sélectionner l'AT concerné en fonction des éléments fournis par la victime.

A défaut d'informations précises fournies par la victime et si la caisse gestionnaire du risque AT est indiquée dans le support de droits AMO, c'est cette dernière qui doit être prise en compte.

- Dans le cas où l'AT ou les informations d'identification de la caisse gestionnaire du risque AT, fournies par la victime diffèrent des informations contenues dans le support de droits AMO, le Professionnel de Santé peut réaliser une feuille de soins en mode SESAM Vitale dégradé (en cas de télémedecine, **hors prestations d'accompagnement à la téléconsultation**, le mode de sécurisation dégradé est interdit, dans ce cas, le mode Sesam sans Vitale doit être utilisé).

- Dans le cas où aucune information permettant d'identifier la caisse gestionnaire du risque AT ne serait fournie par la victime, le Professionnel de Santé réalise soit une FSE au risque AT, soit une feuille de soins papier selon que le régime accepte de recevoir des FSE AT adressées à l'organisme maladie issu du support de droits AMO.

Les données des tables 11.x de l'annexe 2 de ce Cahier des Charges sont susceptibles d'évoluer, l'éditeur doit rendre ces tables les plus évolutives possibles.

Cas des APIAS

La nature d'assurance AT permet notamment de gérer la facturation des soins dispensés en milieu civil aux militaires victimes d'une Affection Présumée Imputable Au Service (APIAS).

L'ensemble des règles concernant les accidents du travail sont valables pour les APIAS.

Cependant, la réglementation applicable aux APIAS diffère en partie de la réglementation « accidents du travail » de droit commun. En conséquence, certaines règles peuvent présenter un cas particulier à appliquer en contexte APIAS.

Le contexte APIAS est caractérisé par l'élaboration de la facture en nature d'assurance « Accident du Travail » et pour le régime CNMSS (code régime de l'organisme gestionnaire de l'AT = 08).

Dans ce contexte, le PS renseigne systématiquement le montant total de prise en charge de la facture au titre des APIAS.



Le montant total de prise en charge de la facture au titre des APIAS correspond au montant total remboursable au titre des APIAS. Il n'induit pas nécessairement un échange formel avec la CNMSS.

L'appréciation de ce montant est effectuée par le Professionnel de Santé, la plupart du temps sans échange avec la CNMSS.

Les cas nécessitant un échange avec la CNMSS correspondent à la réglementation du code des pensions militaires dont un résumé se trouve sur le site de la CNMSS.

Si ce montant est supérieur à la prise en charge au titre des AT de droit commun, il est nécessaire d'ajouter dans la facture la prestation de supplément APIAS (code prestation DAT) pour couvrir cette différence de prise en charge.

Cette prestation DAT est automatiquement générée par le LPS.

Maternité

En assurance maternité tous les frais médicaux remboursables (consultations, frais pharmaceutiques, examens de laboratoire, ...) sont pris en charge à 100 %, dans la limite des tarifs de base de l'Assurance Maladie à partir du premier jour du sixième mois de grossesse.

Cette prise en charge à 100 % se poursuit jusqu'au douzième jour après l'accouchement.

En conséquence, la facturation de ces soins est demandée sous la nature d'assurance « maternité ».

La nature d'assurance maternité est déterminée par le Professionnel de Santé.

Dans certaines situations le contexte de maternité peut être détecté par le progiciel (cf. Annexe1-A0 – Groupe 1512)

En assurance maternité, le Professionnel de Santé doit proposer le tiers payant sur la part obligatoire, le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

Les droits des bénéficiaires à l'Assurance Maladie Obligatoire

La lecture de la carte Vitale apporte au Professionnel de Santé les informations sur les droits de l'assuré et de ses ayants droit.

L'acquisition des droits en ligne avec le service ADR apporte au Professionnel de Santé les informations sur les droits du bénéficiaire des soins uniquement.

Droits de base

Suivant les dispositions législatives liées à la Couverture Maladie Universelle (loi n°99-641 ; Art 5) : « Une personne ne peut perdre le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité que si elle cesse de remplir la condition de résidence [...] ou si elle est présumée absente dans les conditions prévues par l'article 112 du code civil. ». Il n'y a plus lieu de tenir compte de l'information « date de fin de droits AMO » éventuellement inscrite en carte Vitale pour apprécier le droit aux prestations AMO.

Ce principe ne vaut que pour les droits de base de l'AMO.

Tiers payant AMO

Cas général :

Le Professionnel de Santé doit accorder à l'assuré l'avance de frais (également dénommé tiers payant) sur la part obligatoire dans la mesure où le Bénéficiaire des Soins est identifié avec un support Vitale la carte Vitale, ce dernier pouvant la refuser.

Cas particuliers : bénéficiaires « autre situation de migrant » et adhérents au Régime de la Caisse des Français à l'étranger

Ces bénéficiaires ne sont pas concernés par cette obligation de tiers payant AMO si leur date de fin de droits AMO est dépassée.

Cas particulier : tiers payant réglementaire

Dans certains cas prévus par la réglementation, le Professionnel de Santé est tenu de proposer l'avance de frais à l'assuré, celui-ci pouvant la refuser.

Ces cas de tiers payant réglementaire sont identifiés par la règle R29 de l'annexe 2.

Autre situation de tiers payant

Ces situations de tiers payant AMO ne préjugent en rien de l'existence d'autres situations de tiers payant issues d'accords conventionnels AMO/AMC/PS qui ne sont pas décrites dans le présent Cahier des Charges.

Accès du bénéficiaire au tiers payant AMO

Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens :

Afin d'inciter les bénéficiaires à mettre à jour leur carte Vitale, l'accès au tiers payant AMO est limité en fonction de la date de fin de droits AMO ; la mise à jour de la carte Vitale a pour effet, notamment, la prolongation des droits AMO en carte.

Le Professionnel de Santé peut toutefois accorder le tiers payant au-delà de la date de fin de droits AMO, notamment en cas d'obligation réglementaire du tiers-payant (cf. Annexe2). Cet accord entraîne alors un forçage de la facture.

Pour les Professionnels de Santé hors Pharmaciens :

L'accès au tiers payant AMO n'est pas limité en fonction de la date de fin de droits AMO, hormis pour les bénéficiaires « autre situation de migrant » ainsi que pour les adhérents du régime de la Caisse des Français à l'Etranger.

Pour les bénéficiaires « autre situation de migrant » ainsi que pour les adhérents du régime de la Caisse des Français à l'Etranger, le Professionnel de Santé peut toutefois accorder le tiers payant au-delà de la date de fin de droits AMO entraînant alors un forçage de la facture.

Droits éventuels à exonération

Les informations relatives à une exonération de ticket modérateur issue du support de droits AMO ne sont accessibles qu'aux Professionnels de Santé, aux établissements de santé. Cet accès requiert l'emploi d'une Carte de Professionnel de Santé (CPS, CPE, CDE, CPF).

Les droits à exonération du ticket modérateur à prendre en compte sont nécessairement ceux issus du support de droits AMO et en vigueur à la date des soins ou à la date de prescription (cf. annexe 2).

Le Professionnel de Santé peut accepter de procéder au tiers payant et réaliser une FSE dans la limite :

- de validité des droits d'exonération issus du support de droits AMO du patient,
- de l'accès au tiers payant tel que défini plus haut.

L'AMO s'engage, sous des conditions définies par voie conventionnelle, à rembourser le Professionnel de Santé sur la base des droits inscrits dans la carte quelle que soit la situation réelle du bénéficiaire à cet égard.

Protocole de Soins ALD

Le protocole de soins ALD contient et prévoit les soins requis pour la pathologie concernée.

Le Professionnel de Santé le consulte en complément du support de droits AMO.

Les bénéficiaires de ce protocole sont concernés par les dispositions liées au parcours de soins mais dispensés d'orientation explicite dès lors que les soins sont conformes au protocole.

Pour les soins conformes à ce protocole, le Professionnel de Santé doit proposer le tiers payant sur la part obligatoire, le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

Soins Médicaux Gratuits

Supports justificatifs du bénéfice des SMG

Le bénéficiaire des soins fournit :

- au Professionnel de Santé prescripteur l'« attestation de droits aux Soins Médicaux Gratuits », et la « Fiche Descriptive des Infirmités donnant droit aux Soins Médicaux Gratuits »
- au Professionnel de Santé exécutant, l'ordonnance mentionnant le rapport des soins avec les infirmités ayant donné lieu à pension.

Aucune autre pièce ne doit être demandée à l'assuré dans le cadre de l'exécution de cette ordonnance.

A partir des informations contenues sur ces supports, le Professionnel de Santé identifie les droits aux SMG et établit la relation des soins avec les infirmités ayant donné lieu à pension.

Droits aux SMG

Dans le cadre des SMG, les droits aux SMG sont justifiés par la production soit de l'attestation et de la fiche descriptive des infirmités donnant droit aux SMG, soit de l'ordonnance mentionnant le rapport des soins avec les infirmités ayant donné lieu à pension.

Ainsi l'appréciation des droits aux SMG n'est pas réalisée par un contrôle des droits de base AMO issus du support de droits AMO.

Accès au tiers payant AMO

L'accès au tiers payant est justifié par le choix du contexte SMG par le Professionnel de Santé.

Le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais proposée par le Professionnel de Santé.

Par ailleurs, la part remboursable AMO sera facturée par le Professionnel de Santé en tiers payant AMO à chaque fois que c'est possible.

3.2.2.2

Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part complémentaire

Les informations nécessaires à la prise en compte de la part complémentaire (informations d'identification, de tarification et de routage) sont soit issues de la carte Vitale, soit issues du service ADR, soit issues ou saisies par le Professionnel de Santé à partir d'un support de droits AMC (attestation papier, carte AMC ou information permettant de se connecter à un serveur....).

Tout support de droits complémentaires, présenté ou choisi par le bénéficiaire des soins, prévaut sur le contenu complémentaire de la carte Vitale ou de la réponse du service ADR.

Si le progiciel a récupéré les données complémentaires d'un organisme en gestion unique du service ADR, ces informations acquises priment sur les données complémentaires en gestion unique de la carte Vitale ou d'un fichier patient.

Si le patient présente ou choisit un support **de droits** d'une complémentaire différente de la réponse du service ADR ou de la carte Vitale, le progiciel doit effacer les données complémentaires précédemment issues de la réponse du service ADR ou de la carte Vitale et reprendre le processus d'acquisition des données à partir du support **de droits** présenté. Dans cette hypothèse, aucune des données précédemment acquises ne doit être utilisée.

Date de référence part complémentaire pour le contrôle des droits

La date à prendre en compte pour déterminer l'ouverture des droits est identique à celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (les règles de détermination de la date à prendre en compte pour la tarification de la part complémentaire sont identiques à celles définies dans l'annexe 2 du Cahier des Charges servant à déterminer le taux de remboursement pour la part AMO).



Cas particulier des Professionnels de la Santé de la famille « Pharmaciens », « Fournisseurs » ou « Auxiliaires Médicaux en cas de traitements en série » :

Dans le cas où la part complémentaire est transmise directement à l'organisme complémentaire (par une DRE ou par une FSE pour éclatement par un OCT) :

- La date utilisée pour le contrôle de l'ouverture des droits sur la part complémentaire est par défaut la date d'exécution de l'acte (date de délivrance pour les médicaments, date de délivrance ou de début de location pour les dispositifs médicaux, date d'exécution de chaque acte en cas de traitement en série).
- Le Professionnel de Santé de la famille « Pharmaciens » « Fournisseurs » ou « Auxiliaires Médicaux » en cas de traitements en série doit pouvoir sélectionner une autre date : la date de prescription ou la date de facturation. Cette sélection, peu fréquente, ne constitue pas un forçage (pas d'indicateur de forçage positionné dans la facture).

Ces règles s'appliquent pour les factures élaborées en Tiers Payant ou en hors Tiers Payant.

« Réponse de prise en charge » sur la part complémentaire

La « réponse de prise en charge » complémentaire ne constitue pas un support de droits, mais est une information supplémentaire. Lorsqu'elle est positive (accord de prise en charge), la « réponse de prise en charge » garantit le remboursement par un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire, sauf élément contraire dans la convention signée entre le Professionnel de Santé et l'organisme complémentaire.

En présence d'une « réponse de prise en charge » positive, le Professionnel de Santé renseigne la référence de la « réponse de prise en charge » présente sur ce support.

3.2.2.3 Parcours coordonné de soins

Saisie des informations liées au dispositif médecin traitant et parcours coordonné de soins

Les tarifications du régime obligatoire et du régime complémentaire sont liées au parcours coordonné de soins et utilisent des informations saisies par le Professionnel de Santé. Celles-ci sont selon le cas :

- Existence d'un médecin traitant,
Cette information est disponible, à titre informatif, au niveau du support de droits AMO du bénéficiaire des soins.
- Facture élaborée,
 - par le médecin traitant,
 - par le nouveau médecin traitant,
 - en accès direct spécifique,
 - en urgence,
 - hors résidence habituelle du patient,
 - par un généraliste récemment installé,
 - par un médecin installé en zone sous médicalisée,

- par un médecin traitant de substitution (médecin traitant remplacé),
- par un médecin correspondant,
- par un médecin pour un bénéficiaire orienté (par un autre médecin que le médecin traitant),
- en hors accès direct spécifique,
- hors parcours de soins,
- Nom et prénom du médecin ayant orienté (cas d'orientation),
- Prescription établie,
 - par le médecin traitant,
 - par le médecin correspondant,
 - dans le respect du parcours (autre que par le médecin traitant et le médecin correspondant),
 - hors parcours de soins.

Majorations de coordination

Un médecin consulté dans le respect du parcours coordonné de soins est autorisé sous certaines conditions à facturer une majoration de coordination, prise en charge par le régime obligatoire. (cf. Annexe 2)

Dépassements

Le non respect du parcours coordonné de soins par le patient autorise les médecins spécialistes³ de secteur I à pratiquer le « Dépassement Autorisé » (DA), qui n'est pas couvert par le régime obligatoire.

Part obligatoire

Le non respect du parcours coordonné de soins par le patient conduit à un remboursement réduit de la part de son régime obligatoire.

Part complémentaire

D'une manière générale, un contrat d'assurance maladie complémentaire peut tenir compte du parcours de soins pour le calcul des remboursements.

Les contrats d'assurance maladie complémentaire qui relèvent du dispositif « contrats responsables » (dits aussi « contrats aidés ») tiennent compte du dispositif du parcours coordonné de soins pour le calcul de la part complémentaire.

3.2.2.4 Règles d'application de la garantie de paiement

AMO

Pour les AMO, cette notion est introduite dans la réglementation par le décret Vitale (Art. R 161.33.8) qui permet aux organismes servant des prestations au titre d'un régime de base d'assurance maladie, en cas de tiers payant, de calculer les sommes dues au Professionnel de Santé sur la base des informations figurant en carte et selon les modalités fixées par convention.

La garantie de paiement s'applique uniquement pour les factures sécurisées en mode SESAM-Vitale (cf. chapitre sur la sécurisation des flux SESAM-Vitale).

³ Les médecins spécialistes sont définis dans le paragraphe 6 Glossaire

La garantie de paiement s'applique lorsque le Professionnel de Santé utilise les données contenues dans la carte Vitale **sans les modifier**, et si la carte Vitale n'est pas en opposition dès lors que des conventions ont été conclues avec les Professionnels de Santé dans ce sens.

Ainsi, toute modification d'une des données de la carte Vitale par le Professionnel de Santé entraîne de fait la non application de la garantie de paiement. L'acte de modifier la valeur d'une des données de la carte Vitale est désigné par le terme de « forçage ».

Ce principe est susceptible de s'étendre selon les accords conventionnels aux référentiels de tarification.

AMC

Pour les AMC, de manière générale, l'application de la garantie de paiement est fonction des conventions signées entre le Professionnel de Santé et l'AMC.

3.2.2.5 Élaboration d'une FSE dans le cadre de prestations liées à la contraception des mineures

Délivrance de Contraceptif d'urgence

Lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à une mineure, le Professionnel de Santé réalisera une Feuille de Soins Electronique 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 d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie,
- la clé 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) ;
cette date correspond au premier jour du premier mois de l'année en cours diminuée de 16 ans.),
- un numéro fictif de prescripteur (yy199999 où yy représente le numéro du département du lieu d'implantation de la pharmacie),
- la clé 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 FSE est sécurisée en mode SESAM sans Vitale.

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

Elle est prise en charge à 100% par l'AMO : pour cela le Professionnel de Santé renseigne le code justificatif d'exonération à la valeur 7 : « Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention ».

Délivrance de Contraceptif hors urgence

Lors de la délivrance à une mineure d'un contraceptif autre que le contraceptif d'urgence, le Professionnel de Santé réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- code CIP : le code CIP du produit de contraception,
- NIR :
 - soit le NIR de la bénéficiaire, si celle-ci ne souhaite pas bénéficier de la confidentialité ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement de la bénéficiaire ;
 - soit un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la bénéficiaire.
Dans ce cas :
 - le NIR prend la valeur 2 55 55 55 xxx 042, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie ;
 - la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif,
 - la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie
 - la FSE est sécurisée en mode SESAM sans Vitale,
- date de naissance : la date de naissance exacte du bénéficiaire (renseignée à partir de la prescription),
- informations prescripteur : renseignées à partir de la prescription (pas de spécificité).

Cette délivrance doit faire l'objet d'une facturation isolée des autres produits éventuellement mentionnés sur la prescription.

Elle est prise en charge à 100% par l'AMO : pour cela le Professionnel de Santé renseigne le code justificatif d'exonération à la valeur 3 : « Soins Particuliers Exonérés ».

Le Professionnel de Santé est tenu d'appliquer le tiers payant. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

Examens médicaux

L'article 64 de la LFSS 2016 supprime la participation de l'assuré pour les frais relatifs aux consultations et examens de laboratoires établis en vue d'une prescription contraceptive pour les mineures **d'au moins 15 ans**.

Le détail des actes concernés est visé aux articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 du code de la Sécurité Sociale.

*Examens médicaux relatifs à la contraception des mineures **d'au moins 15 ans***

Lors de la facturation d'examens médicaux relatifs à la contraception des mineures **d'au moins 15 ans**, le médecin, la sage-femme ou l'infirmier réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- NIR :

- soit le NIR de la bénéficiaire, si celle-ci ne souhaite pas bénéficier de la confidentialité ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. §3.5 et § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement de la bénéficiaire ;
- soit un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la bénéficiaire.
Dans ce cas :
 - le NIR prend la valeur **2 55 55 55 xxx 042**, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de rattachement du PS ;
 - la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif,
 - la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de rattachement du PS ;
 - la FSE est sécurisée en mode **dégradé**,
- date de naissance : la date de naissance exacte du bénéficiaire.

Ces examens doivent faire l'objet d'une facturation isolée d'autres examens non relatifs à la contraception des mineures **d'au moins 15 ans**.

Ces examens médicaux sont pris en charge à 100% par l'AMO : pour cela le PS renseigne le code justificatif d'exonération à la valeur **3** : « **Soins Particuliers Exonérés** », hormis pour les soins pris en charge de base à 100% (exemple : consultation CCP).

Le PS est tenu d'appliquer le tiers payant. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

Examens de biologie médicale relatifs à la contraception des mineures **d'au moins 15 ans**

Lors de la facturation d'examens de biologie médicale relatifs à la contraception des mineures **d'au moins 15 ans**, le laboratoire réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- NIR :
 - soit le NIR de la bénéficiaire, si celle-ci ne souhaite pas bénéficier de la confidentialité ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. §3.5 et § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement de la bénéficiaire ;
 - soit un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la bénéficiaire.
Dans ce cas :
 - le NIR prend la valeur **2 55 55 55 xxx 042**, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de rattachement du laboratoire ;
 - la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif,
 - la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de rattachement du laboratoire ;
 - la FSE est sécurisée en mode **SESAM sans Vitale**,
- date de naissance : la date de naissance exacte du bénéficiaire (renseignée à partir de la prescription),
- informations prescripteur : renseignées à partir de la prescription (pas de spécificité).

Ces examens doivent faire l'objet d'une facturation isolée des autres examens de biologie éventuellement mentionnés sur la prescription.

Ces examens sont pris en charge à 100% par l'AMO : pour cela le PS renseigne le code justificatif d'exonération à la valeur **3** : « **Soins Particuliers Exonérés** ».

Le PS est tenu d'appliquer le tiers payant. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

Éléments paramétrés

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

- le NIR fictif et sa clé,
- le numéro de prescripteur fictif et sa clé,
- la date de naissance fictive (modifiable si la mineure accepte de la communiquer),
- l'identifiant de la caisse de rattachement du Professionnel de Santé (CPAM de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie).

3.2.2.6

Situations Particulières

La date de référence prise en compte par le Professionnel de Santé pour déterminer une situation particulière est celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (les règles de détermination de la date de référence sont identiques à celles définies dans l'annexe 2 du Cahier des Charges servant à déterminer le taux de remboursement pour la part AMO).



Cas particulier des prestations pharmaceutiques et des dispositifs de la LPP pour les droits à la **C2S CMU-G et à l'ACS :**

Pour la **C2S CMU-G** et l'ACS, en ce qui concerne les prestations pharmaceutiques et les dispositifs de la LPP, il convient de retenir la date de délivrance comme date de référence (cf. § 4.2.1.3.3).



Remarque : Le contexte SMG est prioritaire sur toute situation particulière du bénéficiaire des soins.

3.2.2.6.1

Bénéficiaire de la **Couverture Maladie Universelle Complémentaire Santé Solidaire (C2S)**

Conformément aux dispositions législatives (article L. 160-1 du CSS et suivants) la protection universelle maladie (PUMA) permet à toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière, de bénéficier, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions prévues par les textes.

Par ailleurs, les dispositions législatives de protection complémentaire en matière de santé (article L. 861-1 du CSS et suivants) offrent aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un seuil déterminé par décret, une protection complémentaire sans contrepartie contributive, pendant un an renouvelable : la complémentaire santé solidaire (C2S).

Cette C2S peut également être accordée aux personnes dont les ressources se situent entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 35%, en contrepartie d'une participation financière qui varie en fonction de l'âge. Cette protection est également accordée pendant 1 an renouvelable.

Conformément aux dispositions législatives (loi n° 99-641) la Couverture Maladie Universelle (CMU) permet :

- d'affilier à un régime d'Assurance Maladie Obligatoire les personnes qui ne disposent d'aucune couverture de base (Cf. § - Les droits des bénéficiaires à l'Assurance Maladie Obligatoire) et,
- d'offrir aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un seuil déterminé par décret, une protection complémentaire sans contrepartie contributive, pendant un an renouvelable. A ce titre, la personne bénéficie en particulier de la dispense d'avance des frais.

Cette prestation complémentaire La protection complémentaire en matière de santé peut être servie à l'assuré soit par sa caisse d'Assurance Maladie Obligatoire, soit par un organisme complémentaire de son choix référencé sur une liste gérée par le fonds de la complémentaire santé solidaire et disponible auprès de sa caisse de rattachement.

Le Professionnel de Santé ne peut appliquer de dépassement tarifaire pour les actes dispensés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire du droit à la CMU complémentaire, sauf en cas d'exigence particulière du patient auquel cas le bénéficiaire de la C2S peut perdre le bénéfice de sa couverture complémentaire (des dispositions spécifiques sont prévues pour les prothèses dentaires et les lunettes).

Le dépassement autorisé « DA » n'est pas autorisé pour les patients bénéficiaires du droit à la CMU complémentaire.

Pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ne respectant pas le parcours coordonné de soins, les médecins spécialistes peuvent pratiquer le dépassement autorisé « DA ». Ce dépassement reste en totalité à la charge du bénéficiaire (il n'est pas pris en charge par la complémentaire santé solidaire).

Le Professionnel de Santé doit :

- identifier que le bénéficiaire des soins est couvert par un contrat de complémentaire santé solidaire CMU Complémentaire (C2S CMU-C),
- proposer d'appliquer le tiers payant sur la part AMO et la part complémentaire. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.
- saisir le tarif applicable dont il a été informé par les caisses (tarif de responsabilité, c'est-à-dire sans dépassement) sauf :
- respecter les montants maximums de facturation (sans dépassement) sauf :
 - exigence particulière du patient,
 - pour les médecins spécialistes, quand le parcours coordonné de soins n'est pas respecté,
 - dans le cas de dispositions réglementaires particulières prévues pour les chirurgiens-dentistes et les et les audioprothésistes opticiens notamment.

L'éditeur doit s'assurer que la prise en compte du tarif applicable du montant maximum et que de la dispense d'avance de frais correspondante est possible (sans blocage par le progiciel).

Accord sur devis pour les régimes obligatoires

Dans le cadre de la **CMU-C-C2S**, des devis peuvent être établis (en optique **et dentaire** notamment). Ces devis peuvent donner lieu à accord ou refus de prise en charge. Dans le cas d'un accord de prise en charge, le devis envoyé au bénéficiaire des soins, l'informe du montant pris en charge au titre de la **CMU-C C2S**.

Les devis **CMU-C-C2S** ne comportent pas de référence de prise en charge.

Dans ce contexte le renseignement de la référence de la « réponse de prise en charge » est facultatif.

« Réponse de prise en charge » sur la part complémentaire

Le renseignement de la référence de la « réponse de prise en charge » est obligatoire.

3.2.2.6.2 **Sortants de Complémentaire Santé Solidaire (C2S) CMU Complémentaire**

L'article L. 861-12 du CSS prévoit : « À l'expiration de son droit à la protection complémentaire en matière de santé, toute personne en ayant bénéficié auprès d'un organisme mentionné au b de l'article L. 861-4 peut bénéficier auprès de cet organisme, pour une période d'un an, d'un contrat conforme aux règles définies à l'article L. 871-1, pour un tarif dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction de l'âge du bénéficiaire. (...) ».

Ces personnes ont également droit au tiers payant sur la part obligatoire sur cette période.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit dans son article 38 l'insertion suivante à l'article L 861-3 du code de la sécurité sociale :

« Les personnes dont le droit aux prestations définies aux cinq premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration du droit, de la procédure de dispense d'avance de frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité ».

La loi CMU (loi n°99-641 du 27/07/1999) prévoit au I de l'article 23 :

« Après l'article 6 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, il est inséré un article 6-1 ainsi rédigé :

A l'expiration de son droit aux prestations définies à l'article L 861-3 du code de la Sécurité Sociale, toute personne ayant bénéficié de la prise en charge prévue au b de l'article L 861-4 de ce code reçoit de l'organisme auprès duquel elle bénéficiait de cette prise en charge la proposition de prolonger son adhésion ou son contrat pour une période d'un an, avec les mêmes prestations et pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté ».

Dans tous les cas, le Professionnel de Santé doit :

- identifier le bénéficiaire comme « sortant de **C2S CMU Complémentaire** » à partir des éléments suivants : carte Vitale, service ADR, attestation AMO.
- **proposer d'**appliquer le tiers payant sur la part obligatoire, le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

Le Professionnel de Santé peut appliquer un tiers payant sur la part complémentaire si le bénéficiaire des soins justifie des droits au tiers payant complémentaire et si une convention de tiers payant existe entre le Professionnel de Santé et l'Assurance Maladie Complémentaire. Le Professionnel de Santé doit pouvoir identifier les droits au regard de l'Assurance Maladie Complémentaire, à partir de tout support de droits AMC, dans le cas où cet organisme n'est pas identifié dans le support de droits AMO.

3.2.2.6.3 Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire

L'article 56 de la Loi du 13 août 2004 prévoit pour les personnes dont les revenus dépassent le plafond de la CMU-C de moins de 15% un droit à une aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS).

L'article L.863-6 du code de la sécurité sociale modifié par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit une mise en concurrence des organismes complémentaires proposant une couverture santé aux bénéficiaires de l'ACS.

Le décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la mise en concurrence des organismes complémentaires proposant une couverture santé aux bénéficiaires de l'ACS, fixe les conditions dans lesquelles l'Etat pourra sélectionner les contrats éligibles à l'aide (contrats complémentaires ACS encadrés A, B ou C suivant les niveaux de garanties).

En conséquence, les spécificités du système de facturation pour ces bénéficiaires sont les suivantes :

Paramétrage initial du dispositif

Dans le cas d'un bénéficiaire de l'ACS ayant souscrit un contrat complémentaire ACS encadré, le Professionnel de Santé hors opticien et audioprothésiste, doit faire le choix du Tiers-payant AMC selon la procédure standard SESAM-Vitale ou bien du Tiers-payant coordonné par l'AMO. Il garde cependant la possibilité de modifier son choix à tout moment lors de l'élaboration de la facture.

Le Professionnel de Santé doit :

- identifier la situation du bénéficiaire des soins au regard de l'ACS, à partir des éléments suivants : carte Vitale, service ADR, attestations AMO ..., c'est-à-dire:
 - soit le bénéficiaire de l'ACS n'a pas souscrit de contrat complémentaire ;
 - soit le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat complémentaire non encadré ;
 - soit le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat complémentaire encadré (ACS A, ACS B, ACS C).

- appliquer le Tiers-payant sur la part Obligatoire et/ou sur la part Complémentaire en fonction :
 - de sa spécialité ;
 - des prestations délivrées ;
 - et de la situation du bénéficiaire au regard de l'ACS ;
- Le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais.

Spécialité du Professionnel de Santé	Prestations	Situation du bénéficiaire au regard du l'ACS	Part Obligatoire	Part Complémentaire	
			TP AMO	TP AMC	Dispositif de TPi, selon paramétrage initial
Médecin	Toutes	Bénéficiaire de l'ACS n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire	Le PS doit proposer le TP Social AMO ⁽¹⁾	Sans objet	Sans objet
Tous PS hors médecin			Le PS peut proposer le TP AMO		
Médecin		Bénéficiaire de l'ACS ayant souscrit un contrat complémentaire non encadré	Le PS doit proposer le TP Social AMO ⁽¹⁾	Le PS peut proposer le TP AMC, selon la convention 1.40	Sans objet
Tous PS hors médecin			Le PS peut proposer le TP AMO		
Tous PS hors opticien et audioprothésiste	Hors prestations d'optique et d'audioprothèse	Bénéficiaire de l'ACS, ayant souscrit un contrat complémentaire ACS encadré	Le PS doit proposer le TP AMO ⁽¹⁾	Le PS doit proposer le TP AMC ⁽¹⁾	TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale Ou TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO
	Prestations d'optique et d'audioprothèse		Le PS doit proposer le TP AMO ⁽¹⁾	Le PS doit proposer le TP AMC, selon la convention 1.40 ⁽¹⁾	TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale
Opticien et audioprothésiste	Toutes		Le PS doit proposer le TP AMO ⁽¹⁾	Le PS doit proposer le TP AMC, selon la convention 1.40 ⁽¹⁾	Sans objet

⁽¹⁾ si la facture est élaborée avec la nature d'assurance « Maladie » ou « Maternité ».

Le dispositif « TPI ACS : Paiement coordonné par l'AMO » :

- n'est pas autorisé pour les opticiens et audioprothésistes ;
- n'est pas autorisé pour les prestations d'optique et d'audioprothèse ;
 - dans ces situations, seule la procédure standard SESAM-Vitale est possible.
- est limité aux niveaux de garanties fixés dans le décret. Si le contrat complémentaire ACS encadré prévoit des garanties supérieures, alors le tiers-payant coordonné AMO ne pourra être réalisé que sur la base des niveaux prévus dans le décret,
 - dans ce cas, le Reste à Charge (RAC) à l'assuré est calculé à partir des garanties du contrat A, B ou C fixées dans le décret, et non à partir du niveau de garanties précisé sur le support de droits AMC.
- est à l'initiative du PS par rapport à la procédure standard SESAM-Vitale par paramétrage initial sur le LPS.

Dans le cadre de la procédure standard SESAM-Vitale, le tiers payant s'applique sur le niveau de garanties précisé sur le support de droits AMC.

3.2.2.6.4 Aide médicale d'Etat

Le Professionnel de Santé peut élaborer une FSE dans le cadre de l'aide médicale d'Etat.

Il doit appliquer le tiers payant sur la part AMO et la part complémentaire. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

- **AME**

Les personnes bénéficiaires de l'**AME** ne sont pas concernées par le dispositif médecin traitant et le parcours coordonné de soins.

Ces personnes ne possèdent pas de carte Vitale **mais** uniquement une attestation de droits AME (Attestation d'admission à l'aide médicale de l'Etat). La procédure dégradée doit donc être utilisée (sauf en cas de facturation d'actes de télémedecine autres que des prestations d'accompagnement à la téléconsultation où le mode de sécurisation dégradé est interdit, la procédure Sesam sans Vitale doit donc être appliquée).

Le Professionnel de Santé médecin doit identifier que le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de l'AME à partir des éléments suivants : service ADR et/ou attestation de droits AME (Attestation d'admission à l'aide médicale de l'Etat).

3.2.2.6.5 Migrants de passage

Il s'agit de ressortissants étrangers pris en charge par le régime général pendant un séjour temporaire et uniquement dans le cas où il existe une convention bilatérale entre la France et le pays d'origine.

Ces personnes sont identifiées par un NIR ayant une structure spécifique.

Elles ne sont pas détentrices d'une carte Vitale, la procédure dégradée doit donc être utilisée (sauf en cas de facturation d'actes de télémedecine autres que des prestations d'accompagnement à la téléconsultation où le mode de sécurisation dégradé est interdit, la procédure Sesam sans Vitale doit donc être appliquée). De plus, les migrants dits de passage ne sont pas concernés par le dispositif Médecin traitant et le parcours coordonné de soins.

3.2.2.6.6 Autre situation de migrant

Il s'agit d'assurés avec des droits de base AMO limités et possédant une carte Vitale.

3.2.2.6.7 Victime d'Attentat

Depuis la LFSS pour 2016, les personnes blessées ou impliquées dans un acte de terrorisme bénéficient de la dispense d'avance des frais pour les hospitalisations, actes, prestations et consultations liés à des actes de terrorisme, dans la limite des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie.

En modifiant l'article L. 169-8, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a étendu le tiers-payant aux dépassements.

Si les soins sont en lien avec des actes de terrorisme, le Professionnel de Santé, au vu de l'attestation de prise en charge des victimes d'attentat, indique que la facture concerne la situation particulière « Victime d'Attentat ».

En cas de situation « Victime d'Attentat », celle-ci prime sur les autres.

En conséquence, les règles liées aux autres situations particulières « CMU-C C2S », « Sortant CMU-C C2S », « ACS », « AME » et « Migrants » seront ignorées pour l'ensemble du processus de facturation en cas de situation « Victime d'Attentat ».

3.2.3 Conditions de génération des flux de FSE et DRE

3.2.3.1 Les documents donnant lieu à dématérialisation

Le système SESAM-Vitale permet de dématérialiser les documents papier suivants :

- la feuille de soins médecin,
- la feuille de soins chirurgien-dentiste,
- la feuille de soins sage-femme,
- la feuille de soins pharmacien,
- la feuille d'honoraires d'actes de biologie médicale,
- la feuille de soins des auxiliaires médicaux,
- la feuille de soins fournisseurs,
- la facture subrogatoire,
- le feuillet Accident du Travail (sous certaines conditions ; cf. annexe 2),
- le guide de maternité (sous certaines conditions ; cf. annexe 2),
- le carnet de soins gratuits SMG.

Les principes de dématérialisation de ces documents sont conformes à la réglementation⁴ et aux accords conventionnels.

⁴ Il s'agit du décret relatif aux documents ouvrant droit aux prestations de l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique. Les articles mentionnés dans le présent document font référence à ce décret.

3.2.3.2 Principes d'élaboration des flux

Lorsque le Professionnel de Santé réalise une FSE et une DRE, les deux factures sont établies sur la base des mêmes informations ce qui en garantit la cohérence.

Les informations nécessaires au remboursement de la part obligatoire sont transmises dans la FSE.

Les informations nécessaires au remboursement d'une éventuelle part complémentaire sont transmises, en fonction des conditions de génération des flux, soit dans la DRE, soit dans la FSE.

La somme des montants des parts obligatoire et complémentaire doit être inférieure ou égale à la dépense réelle.

Date de fin de validité du contexte ApCV

Si la date de fin de validité du contexte ApCV est dépassée, le Professionnel de Santé ne peut pas réaliser de flux signé avec l'ApCV.

ApCV en opposition

La validité d'un contexte ApCV vaut pour contrôle d'opposition de l'ApCV liée à ce contexte ApCV. L'utilisation de la liste d'opposition n'est donc pas nécessaire à l'usage d'une ApCV.

Date de fin de validité de la carte Vitale

Si la date de fin de validité de la carte Vitale est dépassée, le Professionnel de Santé ne peut pas réaliser de flux signé avec la carte Vitale (cf. chapitre 3.4.1.2 – Dysfonctionnements).

Carte Vitale en opposition

Si la carte Vitale est en opposition, le Professionnel de Santé ne peut produire ni FSE ni DRE.

Ce chapitre concerne actuellement la catégorie des Professionnels de Santé dont la convention précise l'utilisation de cette liste (Pharmacien PH).

La mise en œuvre, éventuellement avec des procédures adaptées, de la liste d'opposition, pourra être étendue à terme à l'ensemble des Professionnels de Santé en fonction de conventions signées avec l'Assurance Maladie.

Activation de la liste d'opposition :

Le Professionnel de Santé décide de l'activation ou de la désactivation du service d'opposition sur son Poste de Travail.

Dès l'activation du service de la liste d'opposition par le Professionnel de Santé sur son Poste de Travail, celui-ci doit être alerté dans le cas de non réception. cf. Annexe 6.

3.2.3.3 Conditions d'élaboration des parts obligatoire et complémentaire

3.2.3.3.1 Conditions d'élaboration de la part obligatoire

L'élaboration de la part obligatoire doit être conforme à la réglementation.

3.2.3.3.2 Conditions d'élaboration de la part complémentaire

Les conditions d'élaboration de la part complémentaire sont les suivantes :

- l'assuré a fourni les éléments nécessaires et suffisants à la prise en compte de la part complémentaire,
- le Professionnel de Santé a signé une convention avec un organisme gérant la part complémentaire,
- le Professionnel de Santé accepte de générer une part complémentaire en tiers payant ou en hors tiers payant à destination de l'organisme concerné,
- le Professionnel de Santé a réalisé un acte non remboursable AMO ou un acte non remboursé dans sa totalité par l'AMO.

3.2.3.4 Les différents types des flux (FSE et DRE)

Le Professionnel de Santé peut procéder à la constitution :

- **D'un flux « FSE sans DRE »** dans deux cas de figure :
 - Cas d'une FSE comportant uniquement les données nécessaires au remboursement de la part obligatoire, cas où :
 - les prestations n'ont pas de part complémentaire remboursable,
 - l'assuré ne cotise pas à un AMC ou ne fait pas état de son contrat avec la complémentaire,
 - les AMC ne peuvent pas recevoir de DRE ou ne souhaitent en recevoir que dans certaines configurations de traitement (indicateur de traitement AMC),
 - le Professionnel de Santé n'a pas de convention avec l'AMC,
 - le Professionnel de Santé ne souhaite pas envoyer de DRE.
 - Cas d'une FSE comportant les données nécessaires au remboursement de la part obligatoire et de la part complémentaire, cas où :
 - les AMO gèrent les parts obligatoire et complémentaire (en direct, par convention de gestion) et le Professionnel de Santé a signé une convention avec les organismes concernés,
 - les AMC gèrent les parts obligatoire et complémentaire (en direct, par délégation de gestion) et le Professionnel de Santé a signé une convention avec l'organisme concerné,
 - le Professionnel de Santé est lié contractuellement à un OCT qui se charge de l'éclatement des FSE et le Professionnel de Santé a signé une convention avec l'organisme couvrant la part complémentaire.

NB : la FSE peut éventuellement ne comporter que des données nécessaires au remboursement de la part complémentaire pour des actes qui ne sont remboursables que sur la part complémentaire.

- **De flux « FSE et DRE »** : c'est le cas d'une prestation dont la part obligatoire fait l'objet d'une FSE, et pour laquelle il reste une part complémentaire à rembourser par un AMC, et où les conditions sont remplies pour l'envoi d'une DRE. La DRE est adressée directement à l'AMC. Les deux flux peuvent également être adressés à un OCT qui les transmettra aux organismes concernés.

Les AMO et les AMC sont respectivement informés de l'éclatement des flux.

- **D'un flux « DRE sans FSE »** : lorsque le Professionnel de Santé réalise une prestation dont la part complémentaire est facturée seule ou lorsqu'une prestation est non remboursable par un AMO, mais prise en charge par un AMC.
- **De flux « DRE d'annulation »** : lorsqu'un Professionnel de Santé annule sa facture porteuse d'une part complémentaire transmise dans une DRE initiale ou dans une FSE contenant les informations relatives à la part complémentaire pour éclatement par un OCT. L'envoi de la DRE d'annulation est à l'initiative du Professionnel de Santé.

3.2.3.5 Constitution des flux (FSE et DRE)

3.2.3.5.1 Constitution des FSE

3.2.3.5.1.1 Conditions de la création de la FSE

Les FSE sont élaborées conformément aux dispositions réglementaires.

Pour générer une FSE contenant une part complémentaire, les éléments suivants doivent être réunis :

- le Professionnel de Santé respecte les conditions d'élaboration de la part complémentaire décrites précédemment,
- le Professionnel de Santé accepte de générer une FSE (tiers payant ou hors tiers payant) contenant les informations relatives à la part complémentaire.

Le Professionnel de Santé peut réaliser une FSE contenant une part complémentaire dans deux situations :

- dans le cas où les données relatives aux parts obligatoire et complémentaire sont transmises au même organisme destinataire (convention de gestion ou délégation de gestion) et le Professionnel de Santé a signé une convention de transmission de FSE avec l'organisme concerné,
- dans le cas où le Professionnel de Santé délègue l'éclatement des FSE à un OCT et a signé une convention avec l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire concerné.

3.2.3.5.1.2 Principes de la création de la FSE

Les éléments constitutifs de la FSE sont créés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé à partir :

- d'informations définies réglementairement. Il s'agit :
 - des informations d'identification, de situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé contenues dans la Carte du Professionnel de Santé et/ou sur son Poste de Travail,
 - des informations ~~identifiant le~~ d'identification du bénéficiaire, issues du support ~~Vitale de droits AMO~~,
 - des informations ~~identifiant la~~ d'identification de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire dont dépend le bénéficiaire, issues du support ~~Vitale de droits AMO~~,
 - des droits à l'Assurance Maladie Obligatoire du bénéficiaire, issus du support de droits AMO,
 - des informations saisies par le Professionnel de Santé,

- des données relatives à l'Aide Médicale d'Etat présentes sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé et/ou acquises avec le service ADR,
- de l'application de la réglementation,
- de l'application des règles de tarification de l'Assurance Maladie.
- d'informations définies conventionnellement. Il s'agit des données relatives à la (aux) convention(s) qui lie(nt) le Professionnel de Santé aux organismes d'Assurance Maladie Obligatoire.
- éventuellement d'informations liées à la part complémentaire. Il s'agit :
 - d'informations contenues dans la carte Vitale, issues du service ADR (uniquement la gestion unique), ou tout autre support de droits AMC identifiant l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire,
 - des données relatives à la (aux) conventions qui li(ent) le Professionnel de Santé aux organismes gérant à la fois les parts obligatoire et complémentaire,
 - lorsque le Professionnel de Santé utilise les services d'un OCT pour l'éclatement des FSE, des données relatives d'une part aux conventions qui li(ent) le Professionnel de Santé aux AMC et d'autre part aux accords contractuels avec l'OCT,
 - des droits à l'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire,
 - des conditions de constitution de la part complémentaire dans la FSE,
 - de l'application des règles de la tarification des organismes d'Assurance Maladie Complémentaire en cas de tiers payant sur la part complémentaire.

3.2.3.5.2 Constitution des DRE

3.2.3.5.2.1 Conditions de création de la DRE

Pour générer une DRE sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé, tous les éléments suivants doivent être réunis :

- le Professionnel de santé respecte les conditions d'élaboration de la part complémentaire décrites précédemment,
- l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire concerné a opté pour l'éclatement des flux à la source pour le type de service retenu par le Professionnel de Santé (TP ou HTP, CMU-C2S),
- le Professionnel de Santé a signé une convention de transmission de DRE avec l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire concerné,
- le Professionnel de Santé accepte de générer une DRE en tiers payant ou en hors tiers payant à destination de l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire concerné,
- le Professionnel de Santé n'utilise pas les services d'un OCT pour l'éclatement des FSE.

3.2.3.5.2.2 Principes de la création de la DRE

Les éléments constitutifs de la DRE sont récupérés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé à partir :

- des informations d'identification, de situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé contenues dans la Carte du Professionnel de Santé et/ou sur son Poste de Travail,
- des informations identifiant le bénéficiaire contenues dans la carte Vitale le support Vitale et dans tout autre support de droits AMC éventuel,
- d'informations contenues dans la carte Vitale ou tout autre support de droits AMC identifiant l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire,
- des données relatives à la (aux) convention(s) qui lie(nt) le Professionnel de Santé aux organismes d'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire,
- des droits à l'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire,
- des conditions de réalisation de la DRE,
- d'informations saisies par le Professionnel de Santé,
- des informations de tarification de la part obligatoire,
- de l'application de la tarification des organismes d'Assurance Maladie Complémentaire en cas de tiers payant sur la part complémentaire.

3.2.3.5.3 Constitution de DRE d'annulation

L'annulation d'une DRE est une opération réalisée au choix du Professionnel de Santé, indépendamment de la présence ou non d'un OCT.

Le processus d'annulation correspond à une génération de DRE seule ; il est indépendant de la génération de FSE.

Les règles de création d'une « DRE d'annulation » sont les suivantes :



Dans le cas de la transmission d'une DRE initiale :

- si la DRE initiale n'a pas été transmise au bon destinataire,
- si la DRE initiale a été transmise avec une erreur sur les données d'identification de l'assuré AMC (numéro d'adhérent),
- si en présence du bénéficiaire et après transmission de la DRE initiale, le Professionnel de Santé doit refaire une DRE en lieu et place de la DRE initiale (changement dans la prestation à l'initiative de l'assuré),
- si un rejet a été émis par l'AMO concernant une FSE pour laquelle la DRE a été créée.



Dans le cas de la transmission d'une FSE contenant les informations relatives à la part complémentaire transmise à un OCT, pour éclatement :

- un rejet a été émis par l'AMO concernant une FSE pour laquelle une part complémentaire a été créée.

3.2.4 Acquisition des informations liées à la prestation

3.2.4.1 Informations pour la part complémentaire

3.2.4.1.1 « Réponse de prise en charge » sur la part complémentaire

En présence d'une « réponse de prise en charge » positive sur la part complémentaire (c'est à-dire, accord de prise en charge) seuls les actes, produits ou prestations ayant donné lieu à accord de prise en charge doivent figurer sur la facture. Le cas échéant, les actes, produits ou prestations facturés en sus doivent faire l'objet d'une autre facturation.

Le Professionnel de Santé renseigne, en plus de la référence de la « réponse de prise en charge » :

- soit le montant total pris en charge par l'organisme complémentaire, au niveau facture,
- soit le montant de chaque acte, prestation ou produit de la « réponse de prise en charge » de la facture.

Il est à noter que le circuit de la demande de prise en charge n'est pas dans le périmètre du système de facturation SESAM-Vitale.

3.2.4.2 Affection exonérante

En présence d'une ordonnance comportant des prescriptions en rapport et d'autres sans rapport avec l'affection exonérante (ordonnance bi-zone), le Professionnel de Santé exécutant établit une seule FSE et éventuellement la DRE associée qui peuvent contenir des exonérations différentes.

En présence d'un protocole de soins ALD, le Professionnel de Santé précise si la prestation est prévue dans le protocole de soins ALD.

Un bénéficiaire en ALD est tenu, comme tout bénéficiaire de l'Assurance Maladie, de déclarer un médecin traitant.

Pour un bénéficiaire en ALD, les règles communes du parcours coordonné de soins s'appliquent que les soins soient prévus au protocole de soins ALD ou pas.

Si les soins sont prévus au protocole de soins, alors, le taux de remboursement AMO de la prestation n'est pas modulé, même si le patient se trouve hors parcours de soins. (cf. Annexe 2).

3.2.4.3 Accidents de droit commun

Le Professionnel de Santé doit indiquer dans la FSE si la prestation est en rapport avec un accident de droit commun en fonction des informations fournies par le bénéficiaire, seul responsable de la véracité des éléments fournis au Professionnel de Santé.

3.2.4.4 Format des codes CIP

Les médicaments sont identifiés :

➤ soit sous un code CIP 13 caractères

➤ soit sous un code CIP 7 caractères.

Les médicaments identifiés sous un code CIP 7 caractères disposent tous d'une correspondance CIP 13 caractères.

~~Pour ces derniers médicaments, Les Professionnels de Santé pharmaciens ou propharmaciens télétransmettront télétransmettent à l'Assurance Maladie soit le code CIP 7 caractères du produit délivré soit le code CIP 13 caractères correspondant.~~

~~Le choix de la codification (7 ou 13 caractères) est laissé à l'appréciation des Professionnels de Santé.~~

3.2.4.5 Facturation des honoraires de dispensation

L'article 26 à la Convention Nationale des Pharmaciens parue au JO le 06/05/2012 prévoit de payer aux pharmaciens un honoraire de dispensation par conditionnement remboursable et prescrit (facturable à l'AMO). Cet honoraire est communément appelé « honoraire simple » dans les références documentaires du cahier des charges.

Par ailleurs, un honoraire de dispensation complexe est dû aux pharmaciens qui délivrent une ordonnance contenant un nombre important de médicaments différents.

L'avenant 11 à la Convention Pharmaciens (signé le 20 juillet 2017) s'inscrit dans la continuité de la réforme du mode de rémunération engagée concrètement en 2015.

Il prévoit dans son article 4, la mise en place de trois nouvelles catégories d'honoraires de dispensation en plus de ceux en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2015 :

- Un honoraire de dispensation perçu pour l'exécution de toute ordonnance contenant au moins un médicament remboursable.
- Un honoraire de dispensation pour toute exécution pour les personnes âgées de moins de 3 ans et de 70 ans et plus.
- Un honoraire de dispensation particulière pour toute exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments dits spécifiques.

Par opposition à l'honoraire simple, l'honoraire complexe et les trois nouveaux honoraires sont dénommées « honoraires globaux ».

3.2.4.6 Facturation des médicaments déconditionnés

Les pharmaciens titulaires d'officine sont amenés à déconditionner certains médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans la mesure où la réglementation impose leur délivrance fractionnée (cf. articles R.5132-30 et R. 5132-33 du code de la santé publique).

Dans ce contexte, le pharmacien délivre au patient le nombre d'unités (Comprimés, gélules ...) nécessaires au traitement.

3.2.4.7 Soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné

Obligation est faite au bénéficiaire des soins d'indiquer au médecin traitant, à chaque prescription de ce type de produit, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance. Le médecin doit mentionner ce nom sur la prescription. Seule l'exécution par le pharmacien concerné donnera droit à la prise en charge.

Si le pharmacien précisé sur l'ordonnance n'est pas celui qui délivre le produit, ce dernier ne sera pas remboursable par l'Assurance Maladie.

3.2.4.8 Substitution des médicaments

La délivrance par le pharmacien de médicaments génériques et le respect des engagements conventionnels y afférents, impliquent l'exercice du droit de substitution dont dispose ce professionnel de santé (article L.5125-23 du Code de Santé Publique).

L'exercice de ce droit peut, dans certains cas, être tributaire de certaines situations :

- Mention par le prescripteur sur l'ordonnance du caractère non substituable des produits prescrits. A compter du 1er janvier 2020 (arrêté du 12 novembre 2019), la loi fait évoluer pour le médecin les modalités d'inscription sur l'ordonnance du caractère « Non substituable » d'un médicament : une justification médicale est attendue.
- Mention par le pharmacien du caractère non substituable des produits prescrits. L'arrêté du 30 janvier 2020 permet au pharmacien de justifier un refus de substitution et autorise le recours à la mention « non substituable ». Dans ce cas le pharmacien reporte cette mention sur l'ordonnance (sous forme manuscrite).
- Refus de la substitution par l'assuré. L'article 66 de la loi de financement 2019 prévoit que les assurés qui refusent la substitution d'un médicament princeps par un médicament générique ou hybride, sans justificatif du médecin ni du pharmacien, soient facturés sans Tiers Payant et soient remboursés sur la base du prix du générique le plus cher du même groupe du princeps.
- Délivrance en urgence du médicament générique

Le tableau ci-après précise les différentes situations et les informations à renseigner dans la facture :

Situation terrain		Tiers-Payant AMO (*)	Facture SESAM-Vitale	
Sur l'ordonnance	Délivrance pharmacien		Mode de prescription	Indicateur de substitution
Le médecin a indiqué « Non substituable » un critère de non substitution sur l'ordonnance	Le pharmacien délivre le princeps	Autorisé	M Valeur correspondant au critère de non substitution présent sur l'ordonnance et dans la table 65 de l'Annexe 2	blanc
	Le pharmacien ne dispose pas du princeps. Il délivre un générique	Autorisé	M Valeur correspondant au critère de non substitution présent sur l'ordonnance et dans la table 65 de l'Annexe 2	U
Pas de mention sur l'ordonnance ou critère de non substitution non valide	Le pharmacien délivre le générique	Autorisé	blanc	blanc
	Le Pharmacien délivre le princeps par application de l'arrêté du 30 janvier en reportant la mention « Non substituable (MTE-PH) » sur l'ordonnance	Autorisé	P	blanc
	Le patient refuse le générique, le pharmacien délivre et facture le princeps, la base de remboursement appliquée est calculée à partir du tarif ajusté.	Non autorisé	blanc	N
	Le pharmacien délivre le princeps car il ne dispose pas du générique	Autorisé	blanc	U

(*) cette information est fournie à titre réglementaire, un contrôle n'est pas demandé sur le poste de travail du PS, pour en vérifier la bonne application

3.2.4.9

Origine de la prescription

Dans le cas d'une prescription, le Professionnel de Santé pharmacien ou biologiste indique dans sa facture dans quel contexte de parcours de soins cette prescription a été établie (hormis les cas non concernés par le parcours de soins).

3.2.4.10 Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

Réglementation

Les dispositions législatives issues de la loi du 4 janvier 1993, précisées dans le décret du 6 mai 1995, confient aux Caisses Nationales d'Assurance Maladie la mise en place du codage des actes et prestations médicales ainsi que les moyens et les outils nécessaires à la maîtrise de l'évolution des dépenses.

C'est dans ce contexte législatif et réglementaire que s'inscrit, à la suite du codage des actes de biologie, de la pharmacie et de la LPP, le codage des actes médicaux.

Objet de la CCAM

L'objet de la CCAM est d'identifier chaque acte médical technique par un libellé spécifique et un code associé permettant de le repérer sans ambiguïté.

Elle se substitue progressivement à la NGAP. Par conséquent, le Professionnel de Santé utilise la CCAM pour facturer les actes techniques en remplacement des lettres clés correspondantes.

Les lettres clés concernées par la CCAM et entrant dans le système SESAM-Vitale sont les suivantes :

- pour les actes techniques : KA, KC, KE, KMO, Z ainsi que la plupart des K à l'exception des actes du chapitre 14 et 16 de la NGAP,
- pour les actes dentaires : D, DC, SC, SCM, SPR, PRO.

PS concernés

Les catégories de Professionnels de Santé concernées sont les médecins (catégorie 1), les chirurgiens dentistes (catégorie 4) et les Sages Femmes (catégorie 5), qu'ils exercent à titre libéral, salarié ou remplaçant.

Ces catégories relèvent chacune d'une convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Chacune de ces catégories démarre donc en CCAM à des dates différentes en fonction des conventions signées.

Base CCAM

L'ensemble des codes actes CCAM et les informations associées constituent une base de données nationale. Les données CCAM sur l'environnement de travail du Professionnel de Santé sont fournies par le GIE SESAM-Vitale qui assure le renseignement et l'actualisation de ces données à partir de la base nationale CCAM.

Activation de la CCAM

Le Professionnel de Santé décide de l'activation ou de la désactivation de la saisie d'actes CCAM sur son Poste de Travail.

3.2.4.11 Prévention commune AMO/AMC

Cette notion de prévention est issue de la loi de Réforme du 13 Août 2004 principalement pour les contrats AMC responsables. Cette notion est distincte du « risque prévention » déjà géré par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire.

Dans le cas d'un acte réalisé dans un tel contexte, le Professionnel de Santé est tenu d'indiquer ce contexte de prévention et éventuellement de le qualifier.

3.2.4.12 Cohabitation des actes sur une même facture

Une même facture peut comporter des actes faisant référence à des nomenclatures différentes (NGAP, CCAM, LPP...).

3.2.4.13 Actes en série

Le Professionnel de Santé peut réaliser une ou plusieurs FSE et éventuellement autant de DRE associées pour une même série d'actes.

La FSE et la DRE associée récapitulant plusieurs actes sont créées en une seule opération. Dans ce cas :

- la lecture de la carte Vitale **et ou** de tout autre support **de droits** éventuel est conseillée lors de la réalisation de chaque acte.
- il peut y avoir plusieurs motifs de rupture de séquence de facturation lors d'actes en série (changement d'organisme complémentaire, périodes de validité des données qui ne couvrent pas toute la période de facturation, évolution du ticket modérateur...). La rupture d'une FSE ou d'une DRE entraîne la rupture de l'autre type de facture.

3.2.4.14 Soins Médicaux Gratuits*Rapport des soins avec les SMG*

Le Professionnel de Santé apprécie le rapport des soins qu'il prodigue avec les SMG à partir des informations contenues sur la fiche descriptive des infirmités ou bien à partir de la prescription médicale préalablement établie.

Choix du contexte SMG

Le Professionnel de Santé peut établir la facturation dans le contexte des SMG lorsqu'il dispose des supports justificatifs du bénéfice des SMG et qu'il établit que les soins sont bien en relation avec les SMG.

Il choisit alors la nature d'assurance « SMG ».

Élaboration d'une facture SMG

Après avoir :

- signalé que les actes ou prestations qu'il allait dispenser ou délivrer étaient en rapport avec les SMG
- renseigné le montant total pris en charge au titre des SMG s'il y a lieu

le Professionnel de Santé procède à la saisie du ou des actes dispensés (ou prestations délivrées) dans les conditions habituelles.

Dans le cas où un accord de prise en charge SMG a été délivré, 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.

3.2.5 Tarification de la part obligatoire

Les règles de tarification de l'AMO doivent être appliquées quel que soit le mode de tarification AMO (hors tiers payant ou tiers payant).

3.2.6 Tarification de la part complémentaire

3.2.6.1 La « Réponse de prise en charge » de la part complémentaire

3.2.6.1.1 Vérification préalable des droits complémentaire

En présence d'une réponse de prise en charge, le Professionnel de Santé doit en premier lieu s'assurer que les droits pour cet assuré sont ouverts pour cette complémentaire, puis il doit vérifier la validité des dates de la réponse de prise en charge.

3.2.6.1.2 Contrôle de validité de la « réponse de prise en charge »

Il appartient au Professionnel de Santé de vérifier la période de validité de la réponse de la prise en charge.

Aucun renseignement supplémentaire autre que le n° de référence de la « réponse de prise en charge » et le (ou les) montant(s) n'est demandé au Professionnel de Santé.

En cas d'une « réponse de prise en charge » valide à une date donnée, et de droits complémentaires non ouverts, il n'est pas possible pour le Professionnel de Santé de réaliser une facture électronique. Cependant, le Professionnel de Santé a toujours la possibilité de forcer la date de fin de droit à partir d'un autre support de droits valide présenté par le bénéficiaire des soins.

3.2.6.1.3 Cohérence entre les n° d'organisme complémentaire de la « réponse de prise en charge » et celui du support de droits

Que ce soit en gestion unique ou en gestion séparée, lorsqu'il y a une « réponse de prise en charge » complémentaire, le Professionnel de Santé doit vérifier que la « réponse de prise en charge » complémentaire porte le numéro d'organisme complémentaire présenté sur le support de droits.

Il appartient au Professionnel de Santé de vérifier la cohérence au niveau de l'identification de l'organisme complémentaire.

- Si les n° de l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire sont identiques, le Professionnel de Santé conserve les données de l'organisme complémentaire déjà acquises.
- Si les n° de l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire sont différents, le Professionnel de Santé efface les données acquises précédemment.
 - Le Professionnel de Santé demande au bénéficiaire des soins le support de droits correspondant à l'organisme complémentaire présent sur la « réponse de prise en charge »,
 - Si le bénéficiaire des soins présente le support de droits correspondant, le Professionnel de Santé reprend le processus d'acquisition des données complémentaires à partir de ce support de droits.
 - Si le bénéficiaire des soins ne présente pas le support de droits correspondant, le Professionnel de Santé élabore une facture papier à partir des données administratives reprises sur la « réponse de prise en charge ».

3.2.6.1.4 Déterminer le tiers payant ou HTP sur la part complémentaire

Lorsque le Professionnel de Santé est en présence d'une « réponse de prise en charge », en plus du processus habituel (c.-à-d. sans réponse de prise en charge), il doit s'assurer que le choix de tiers payant la convention qu'il a sélectionnée est cohérente avec la nature (Tiers Payant ou Hors Tiers Payant) de la « réponse de prise en charge » dans le cas où cette information est présente sur la réponse de prise en charge.

Si le Professionnel de Santé choisit le sélectionne une convention en Tiers Payant et qu'il est inscrit Tiers Payant sur la « réponse de prise en charge », le Professionnel de Santé peut facturer une part complémentaire uniquement en Tiers Payant (DRE ou FSE enrichie ou FSE en gestion unique).

Si le Professionnel de Santé choisit le sélectionne une convention en Hors Tiers Payant et qu'il est inscrit Hors Tiers Payant sur la réponse de PEC, le Professionnel de Santé ne peut pas facturer une DRE en Tiers Payant, il peut facturer une DRE uniquement en Hors Tiers Payant.

Dans le cas où la réponse de prise en charge est différente de son choix de tiers payant, (Dans les autres cas,) le Professionnel de Santé ne peut pas transmettre de part complémentaire dans un flux SESAM-Vitale (FSE ou DRE).



Remarque : A défaut de mention sur la réponse de prise en charge, la « réponse de prise en charge » doit être considérée en tiers payant.

3.2.6.1.5 Valorisation de la part complémentaire

En présence d'une « réponse de prise en charge » complémentaire, le Professionnel de Santé renseigne

- soit le montant total venant de la « réponse prise en charge »
- soit les montants de chaque acte, produit ou prestation contenus sur la « réponse de prise en charge ».

Dans ce dernier cas, le Professionnel de Santé contrôle que le montant total de la part complémentaire correspond bien au montant total inscrit dans la « réponse de prise en charge », si cette dernière information y figure.

3.2.6.1.5.1 Valorisation de la part complémentaire en cas de CMU C2S

Pour la facturation CMU-C C2S, en cas d'accord de prise en charge (Accord donné sur demande de prise en charge ou devis), le Professionnel de Santé renseigne si nécessaire, les paramètres de la formule proposée par le STS.

3.2.6.2 Activation de la tarification complémentaire

Le Professionnel de Santé décide de l'activation ou de la désactivation de la tarification complémentaire par les modules STS pour chaque convention.

3.2.6.3 Tarification de la part complémentaire pour les Soins Médicaux Gratuits

Les Soins Médicaux Gratuits relèvent d'un droit à réparation de l'Etat et doivent à ce titre être gratuits.

Les facturations SMG incluant des dépassements non couverts au titre des SMG devraient ainsi être inexistantes ou, à tout le moins, exceptionnelles.

Dans ce contexte, la transmission de flux aux organismes complémentaires n'est pas prévue dans le système SESAM-Vitale.

En nature d'assurance SMG, la part complémentaire est donc nécessairement non renseignée et le type de facturation est nécessairement « FSE AMO seule ».

3.2.7 Constitution des flux pour envoi aux organismes d'Assurance Maladie

3.2.7.1 Identifiant des FSE et des DRE

Les identifiants de la FSE et de la DRE élaborées dans le cadre de l'éclatement à la source sont différents.

Ils sont constitués d'une valeur numérique unique commune à la FSE et à la DRE (n° de facture) et différenciés par le type de facture (lettre distinguant FSE et DRE).

3.2.7.2 Tableau récapitulatif des montants à renseigner

La présence dans le flux des montants des parts obligatoire et complémentaire varie en fonction des situations de facturation, résumées dans le tableau suivant :

	TP AMO	HTP AMO	TP AMO	HTP AMO
	HTP AMC		TP AMC	
Montants AMO				
• présents dans la FSE	OUI	OUI	OUI	OUI
• présents dans la DRE	OUI	OUI	OUI	OUI
Montants de la part complémentaire				
• présents dans la FSE	NON	NON	OUI si convention de gestion ou délégation de gestion ou éclatement OCT	OUI si convention de gestion ou délégation de gestion ou éclatement OCT
• présents dans la DRE	NON	NON	OUI	OUI

3.2.7.3 Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture

Conformément aux dispositions réglementaires (article R.161-47), le Professionnel de Santé conserve le double électronique des FSE transmises pendant une durée de quatre-vingt-dix jours au moins.

Ce double électronique comprend les données constitutives de la facture qui sont fournies en entrée de l'interface d'accès aux Services SESAM-Vitale par le logiciel du Professionnel de Santé, le nom et le prénom du bénéficiaire des soins.

Les données constitutives de la facture comprennent aussi les éléments ayant permis de générer une DRE et notamment les informations utilisées pour la tarification complémentaire (ex : formules appliquées pour un acte,...).



Cas particulier des factures issues de codes prestation « réservés PS »



Les prestations de type « réservées PS », et par conséquent les modalités de ce cas particulier, concernent les Professionnel de Santé Médecins et Chirurgiens-dentistes.

Sauvegarde des factures

Toute facture élaborée à partir d'un ou plusieurs codes prestation « réservés PS » doit être sauvegardée pendant une durée spécifique.

Le code prestation saisi par le PS pour l'élaboration de la facture* et le code transmis dans la facture* font partie des éléments constitutifs de la facture.

Cependant le code prestation saisi par le PS ne doit en aucun cas être restitué en dehors de la fonctionnalité de restitution décrite ci-après.

* Cf. A1-A0 §2.4.21.1.12 Spécificités Codes prestation « réservés PS »

Durée de sauvegarde

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé de modifier la durée de sauvegarde des factures à prestations réservées PS.

Par défaut cette durée est de 36 mois.

Recherche

Le système de facturation doit permettre de réaliser une recherche multi critères, a minima selon les critères suivants :

- N° de facture (1110-1)
- Date de la facture ou période de date de facture (1110-3)
- NIR de l'assuré (1130-2 + 1130-3)
- NIR du bénéficiaire (1160-1+1160-2)
- Date de naissance du bénéficiaire (1130-4)
- Rang de naissance du bénéficiaire (1130-5)
- Code régime de la facture (1310-1)
- Caisse gestionnaire de la facture (1310-2)
- Centre gestionnaire de la facture (1310-3)
- Période de dates de soins (1610-2)
- Pour chaque prestation de la facture :
 - Code prestation saisi par le PS (1610-4)*
 - Code de remplacement transmis (1610-4)*
 - Date des soins (1610-2)

* cf. Annexe1-A0 §2.4.21.1.12 «Spécificités Codes prestation « réservés PS »

Restitution

Pour chaque facture trouvée par la recherche précédente, le système de facturation doit restituer les éléments suivants :

- N° de facture (1110-1)
- Date de la facture (1110-3)
- NIR de l'assuré (1130-2 + 1130-3)
- NIR du bénéficiaire (1160-1+1160-2)
- Date de naissance du bénéficiaire (1130-4)
- Rang de naissance du bénéficiaire (1130-5)
- Code régime de la facture (1310-1)
- Caisse gestionnaire de la facture (1310-2)
- Centre gestionnaire de la facture (1310-3)
- Pour chaque prestation de la facture :
 - Code prestation saisi par le PS (1610-4)*
 - Code de remplacement transmis (1610-4)*
 - Date des soins (1610-2)

Le système de facturation doit permettre un export sous format csv de ces éléments, dans l'ordre énuméré ci-dessus.

* cf. Annexe1-A0 §2.4.21.1.12 « Spécificités Codes prestation « réservés PS »

Cas particulier des « FSE-TLA »

Pour les FSE réalisées sur un TLA, le code prestation saisi par le PS n'est pas retourné par la fonction SSV_Traduire FSE.

En conséquence, les fonctionnalités ci-avant de sauvegarde, recherche et restitution ne peuvent s'appuyer sur cette donnée : elles utilisent le code de remplacement transmis.

3.2.7.4 Copie des factures

Le Professionnel de Santé remet à la demande de l'assuré copie de la feuille de soins transmise, sauf modalités contraires prévues par convention⁵.

Cette copie n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'AMO.

Le Professionnel de Santé remet à la demande de l'assuré copie de la DRE transmise.

Cette copie n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'AMC.

3.2.8 Finalisation de la facturation

3.2.8.1 Quittance remise à l'assuré

Conformément aux dispositions législatives (article R.161-49) ou à la demande de l'assuré, le Professionnel de Santé réalise une quittance (imprimée ou manuscrite) en cas de paiement direct en espèces par l'assuré. Cette quittance n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'Assurance Maladie.

⁵ Les conventions ne prévoient aucune de ces modalités pour l'instant.

Le Professionnel de Santé peut inscrire sur la quittance toute information qu'il jugera utile de porter à la connaissance de son patient.

A titre indicatif, la quittance pourra contenir les informations suivantes :

- l'identification de l'émetteur,
- le nom de l'émetteur,
- la date de la facture,
- l'identifiant de la facture,
- le montant total de la prestation,
- le montant payé par l'assuré,
- le (ou les) organisme(s) d'Assurance Maladie destinataires de la (ou des) facture(s),
- l'identification du bénéficiaire.

Les Professionnels de Santé ont la possibilité d'inscrire les informations composant la quittance sur l'ordonnance papier.

3.2.8.2

Bon d'examen

Des dispositions particulières suivantes s'appliquent aux actes et prestations effectués ou servis par les laboratoires d'analyses biologiques et les anatomo-cyto-pathologistes.

Les prélèvements qui leur sont adressés sont accompagnés d'un bon d'examen, comportant les informations, non mentionnées sur l'ordonnance, nécessaires pour compléter les rubriques de la feuille de soins, envoyée à l'assuré ou à l'AMO.

Le bon d'examen doit obligatoirement comporter les informations suivantes, définies réglementairement (Article R.161-46) :

- l'identifiant de l'assuré et, lorsque ce dernier n'est pas le bénéficiaire des actes ou prestations, de son ayant droit,
- s'il y a lieu, la mention du fait que les actes ou prestations sont effectués ou servis consécutivement à un accident, et des éléments permettant d'identifier cet accident,
- s'il y a lieu, la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée.

Et en complément,

- l'identifiant des organismes d'Assurance Maladie,
- les informations liées à l'AMC,
- l'adresse physique de l'assuré.

Il est recommandé que les progiciels des Professionnels de Santé **prescripteurs** inscrivent sur l'ordonnance ou sur la demande d'examen les éléments du bon d'examen suivi du code couverture issu de la lecture de la carte Vitale et valide à la date de prescription.

Les informations liées à l'AMC :

- le numéro d'AMC,
- le code aiguillage STS,
- le code routage,

- l'identification de l'hôte,
- le nom de domaine,
- l'indicateur de traitement,
- le niveau de garantie (pour application du Tiers payant sur la part complémentaire),
- le type de convention,
- le critère secondaire
- le NIR individuel,
- l'identifiant de l'assuré AMC.

3.2.8.3 Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier

L'inscription des références (désignées sous le terme « Ticket Vitale » pour les pharmaciens) sur les ordonnances papier est définie réglementairement (article R.161-45).

Il est recommandé que le progiciel rende possible l'impression de ces références (seule la signature doit obligatoirement être manuscrite).

Les mentions manuscrites peuvent également être utilisées lorsque la FSE est élaborée au domicile du patient.

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

- Les données prévues dans le Code de la Santé Publique et le Code de la Sécurité Sociale.
- Pour le prescripteur :
 - l'identification du prescripteur⁶ réalisant les prestations et, s'il exerce en tant que salarié, l'identification de la structure⁷,
 - la date de la prescription,
 - l'identification du bénéficiaire des soins : le nom, le prénom et le NIR,
 - la condition d'exercice du prescripteur, à savoir : libéral, salarié ou bénévole,
 - le cas échéant, le signalement d'une spécialité pharmaceutique en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'Assurance Maladie,
 - le cas échéant, la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée.
 - le cas échéant le contexte de parcours de soins dans lequel cette prescription a été établie (suite au décret des contrats responsables du 29 septembre 2005),

⁶ L'identification du prescripteur correspond à l'identifiant de facturation du Professionnel de Santé complété le cas échéant de son n° RPPS si celui-ci est connu. **Le LPS du prescripteur doit renseigner systématiquement sur l'ordonnance l'identifiant de facturation de celui-ci.**

⁷ Dans le cadre d'une session de remplacement, l'ordonnance devra comporter l'identifiant de facturation de Professionnel de Santé Remplacé ainsi que les identifiants de facturation du Professionnel de Santé remplaçant avec le libellé « remplaçant ».

- le cas échéant, le rapport des soins prescrits avec les Soins Médicaux Gratuits (SMG) : mention « en rapport avec les soins médicaux gratuits ». (l'ordonnance SMG devra permettre une identification claire et rapide du rapport des soins prescrits avec les SMG).

Si le progiciel n'effectue pas l'impression de l'ordonnance, il doit informer le Professionnel de Santé prescripteur du contexte SMG de sa facture, afin qu'il puisse reporter cette mention sur son ordonnance manuscrite.

- Pour l'exécutant :
 - l'identification de l'exécutant,
 - les références permettant le rapprochement de l'ordonnance avec la FSE de l'exécutant :
 - la date de l'exécution,
 - le nom et le prénom du bénéficiaire des soins,
 - l'identification de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire de l'assuré,
 - le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques de l'assuré ou, si celui-ci n'est pas le bénéficiaire des soins, le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques ou, à défaut, la date de naissance de ce dernier.
- Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens et Fournisseurs
 - et suivant l'article L162-36 du code de la sécurité sociale, le montant de la somme effectivement payée par l'assuré pour l'achat de chacun des produits ou articles délivrés en mentionnant le montant ou le taux de la réduction accordée
- Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens
 - et suivant le décret 2004-1281, le montant total des produits délivrés ainsi que la part prise en charge par le régime d'Assurance Maladie Obligatoire du patient. (S'il n'y a pas de prise en charge le montant est indiqué à zéro).
 - le nom du pharmacien chargé de la délivrance du produit en cas de prescription de soins ou traitement susceptibles d'un usage détourné.
 - les informations spécifiées par l'article D161-13-1 du code de la Sécurité Sociale et présentées conformément à la présentation normalisée prévue par les arrêtés du 27 juin 2014 et du 24 Décembre 2014.
 - A compter du 1er janvier 2015, selon le décret du 24 Décembre 2014, l'information comprendra également le montant des honoraires de dispensation i.e. honoraire par boîte de médicaments délivrée ainsi que, le cas échéant, d'autres catégories d'honoraires dont le tarif est fixé par la convention nationale prévue à l'article L.162-16-1 du code de la sécurité sociale.

Les nouveaux honoraires de dispensation mis en place à partir du 01/01/2019 (Avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017) devront apparaître sur le ticket en fin de liste.

L'ordre de présentation des médicaments et des honoraires de dispensation sur le ticket Vitale sera donc le suivant :

- Médicaments et leurs honoraires de dispensation simples, puis s'il y a lieu :

- L'honoraire de dispensation complexe
- L'honoraire de dispensation pour médicament(s) remboursable(s)
- L'honoraire de dispensation lié à l'âge
- L'honoraire de dispensation pour médicament spécifique

- A compter du 1er janvier 2020, l'article 66 de la loi de financement 2019 prévoit que les assurés qui refuseront la substitution d'un médicament princeps par un médicament générique ou hybride, seront dorénavant remboursés sur la base du prix du générique le plus cher du même groupe du princeps.

Dans cette situation, sur le ticket Vitale :

- Le prix unitaire affiché sera égal au prix unitaire du princeps délivré
- La base de remboursement affichée sera égale au prix unitaire ajusté



Remarque : Ces dispositions réglementaires n'interdisent pas pour autant au progiciel d'imprimer d'autres éléments de facturation mentionnés pour information soit à l'assuré soit aux organismes d'Assurance Maladie.

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

Les ordonnances ainsi que les informations du Ticket Vitale peuvent être télétransmises à l'AMO via le système SCOR.

3.2.8.4 Bordereau accompagnant les ordonnances

Les ordonnances sont accompagnées d'un bordereau pour toutes les professions prescrites tenues d'adresser les ordonnances aux organismes AMO.

Ce bordereau d'accompagnement récapitule l'ensemble des FSE correspondantes.

Le logiciel doit donc permettre l'édition de ce bordereau.

Lorsque les ordonnances sont télétransmises à l'AMO via le système SCOR, le bordereau n'est pas nécessaire.

3.2.8.4.1 Mise en œuvre pour les Pharmaciens

L'arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie fixe les modalités de transmission des FSE entre les régimes d'assurance maladie et les pharmaciens et précise en son article 49.1 "Tri des ordonnances" les modalités de tri des ordonnances devant être adressées aux caisses.

Le format d'édition du « **bordereau d'accompagnement** » des paquets d'ordonnances ainsi établis, est décrit ci-après.

3.2.8.4.1.1 Constitution des paquets d'ordonnances relatifs aux FSE

Les duplicata des ordonnances (hors cas de renouvellement) sont mis à disposition, selon le cas, de la caisse primaire du ressort géographique de la pharmacie, des autres caisses ou des différents organismes conventionnés, accompagnés d'un bordereau récapitulatif des FSE. Ils sont classés, autant que faire se peut, dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau.

Le pharmacien met à disposition les ordonnances dans les conditions fixées par la convention.

A savoir, exemple de tri :

Régime Général : 01 – Distinction des assurés de la circonscription de ceux hors circonscription.

Régimes Agricoles : 02 – Distinction des assurés de la circonscription de ceux hors circonscription.

Régime RSI: 03 –

Pour les assurés qui dépendent de la caisse régionale compétente pour le lieu d'exercice du pharmacien, constituer un paquet par organisme conventionné.

Pour les autres assurés, trier les ordonnances par caisse régionale et par organisme conventionné.

Sections Locales Mutualistes : 91 à 99 : - Distinction par mutuelle de rattachement (MGEN, MG, CMCAS...) sans séparation, sauf demande expresse, entre les assurés de la circonscription et ceux hors circonscription.

3.2.8.4.1.2 Constitution des paquets d'ordonnances relatifs au mode « SESAM-Vitale dégradé »

Le Professionnel de Santé pharmacien transmet la feuille de soins SESAM « dégradé » correspondant à sa facturation à la caisse d'affiliation de l'assuré bénéficiant de la dispense d'avance de frais. Parallèlement à l'envoi de la feuille de soins « dégradé », le pharmacien adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives papier (feuille de soins sous forme papier, duplicata de l'ordonnance hors cas de renouvellement).

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé » (mode SESAM-Vitale dégradé selon chapitre sur les Cas particuliers de fonctionnement), le pharmacien bénéficie du dispositif de ramassage visé à l'article 49 de l'arrête du 11 juillet 2006 pour la seule transmission des pièces justificatives papier concernant les assurés affiliés à la caisse du même ressort géographique que lui.

3.2.8.4.1.3 Présentation des bordereaux d'accompagnement pour le Pharmacien

Le pharmacien s'engage à éditer un bordereau récapitulatif accompagnant chacun des paquets d'ordonnances, selon leur destination, en fonction des critères de tri décrits plus haut.

Le logiciel du pharmacien doit donc éditer :

- un bordereau par régime pour les ordonnances correspondant aux FSE transmises à la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire de la circonscription du pharmacien,
- un bordereau par régime pour l'ensemble des ordonnances correspondant aux FSE destinées aux caisses d'Assurance Maladie Obligatoire hors circonscription,

- un bordereau par caisse d'Assurance Maladie Obligatoire d'affiliation et par procédure de règlement pour les ordonnances correspondant au mode dégradé.

Le modèle du bordereau est unique, seules les ruptures changent en fonction des critères de tri des paquets.

Les informations à éditer sont les suivantes :

Un en-tête :

- un titre : « Bordereau récapitulatif des ordonnances pour le régime XXX »,
- identification du partenaire de santé (Numéro de facturation),
- date de création de chaque lot constituant le bordereau,
- numéro de chaque lot constituant le bordereau.

Une ligne par facture par ordre croissant des numéros de facture

- renouvellement d'ordonnances (en cas de renouvellement, la mention « R » sera indiquée),
- n° de lot,
- n° de facture,
- n° d'immatriculation de l'assuré (NIR),
- nom de l'assuré,
- date de naissance du bénéficiaire,
- montant total de la facture,
- type de destinataire de règlement (partenaire de santé ou assuré),
- n° de l'organisme d'Assurance Maladie destinataire.

Une ligne « total général »

- nombre total des FSE correspondant au bordereau,
- nombre total des ordonnances correspondant au bordereau.

Un récapitulatif des N° de FSE triées par caisse d'Assurance Maladie Obligatoire hors circonscription

Le bordereau concernant les ordonnances destinées aux caisses d'Assurance Maladie Obligatoire hors circonscription récapitulera, à la suite et triées par numéro de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (mentionné) et par ordre croissant, les numéros de FSE concernées.

3.2.8.4.2 Mise en œuvre pour les Auxiliaires Médicaux et les Fournisseurs

3.2.8.4.2.1 Présentation des bordereaux d'accompagnement

3.2.8.4.2.1.1 Masseurs kinésithérapeutes

Les masseurs kinésithérapeutes s'engagent à éditer un bordereau **mensuel** récapitulatif accompagnant chacun des paquets d'ordonnances, selon leur destination, en fonction des critères de tri cités ci après.

Le progiciel des masseurs kinésithérapeutes doit donc éditer un bordereau récapitulant les FSE transmises, quelle que soit la caisse d'affiliation de l'assuré, selon le tri suivant :

- Régime général,
- Régime agricole : distinction des régimes MSA, GAMEX,
- RSI
- Sections Locales Mutualistes (91 à 99)
- Autres

L'ensemble des ordonnances correspondant aux FSE est transmis à la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire de rattachement du masseur kinésithérapeute.

Le modèle du bordereau est unique. Les informations à éditer sont les suivantes :

Un en-tête :

- un titre : « Bordereau récapitulatif des ordonnances pour le régime XX »,
- identification du partenaire de santé (Numéro de facturation),

Les régimes « Autres » sont réunis sur un bordereau unique. Il convient alors de reproduire cet en-tête autant de fois que de régimes concernés.

Sur l'ensemble des bordereaux, le classement se décline par organisme sur la base d'un classement numérique croissant, puis par lots à l'intérieur de l'organisme. Les lots sont classés par ordre chronologique.

Les numéros de lot et date de création du lot précèdent le détail de niveau ligne décrit infra.

Une ligne par facture par ordre croissant des numéros de facture.

Pour chaque facture du lot écrire une ligne indiquant les éléments suivants :

- n° de facture,
- n° d'immatriculation de l'assuré (NIR),
- nom et prénom du bénéficiaire,
- date de naissance du bénéficiaire,
- montant total de la facture,
- type de destinataire de règlement (Information codée sur 3 caractères au plus),

Valeurs possibles du type de destinataire de règlement : « A » pour paiement à l'assuré, « TP » pour tiers payant sur les parts obligatoire et complémentaire, « TPO » pour tiers payant sur la part AMO seule, « TPC » pour tiers payant sur la part complémentaire seule. Ces valeurs s'appuient sur le cadre de remboursement donné dans l'annexe 1-A0 (groupe 1410) comme indiqué dans le tableau de correspondance ci-après.

Valeur à imprimer sur le bordereau	Signification	A partir du Cadre de remboursement des FSE
« A »	paiement à l'assuré	1
« TP »	tiers payant sur les parts obligatoire et complémentaire	3
« TPO »	tiers payant sur la part obligatoire seule	2 ou 5

Valeur à imprimer sur le bordereau	Signification	A partir du Cadre de remboursement des FSE
« TPC »	<i>tiers payant sur la part complémentaire seule</i>	4



Remarque : Pour la profession des masseurs kinésithérapeutes seules les ordonnances correspondant aux FSE élaborées en tiers payant sur la part obligatoire ou en tiers payant sur les parts obligatoire et complémentaire doivent être adressées par le Professionnel de Santé à l'AMO.

- Motif de l'absence de l'ordonnance (Information codée sur 3 caractères au plus),

Valeurs possible du motif de l'absence de l'ordonnance : "PFR" pour paiement fractionné; « AP », en cas d'ordonnance transmise avec une demande d'accord préalable. Cette liste est évolutive, elle doit être adaptée aux besoins de la profession.

Une ligne « total général »

- nombre total des FSE correspondant au bordereau,
- nombre total des ordonnances correspondant au bordereau.

3.2.8.4.2.1.2 Auxiliaires Médicaux - Fournisseurs

Ces dispositions sont applicables à toutes les spécialités des Auxiliaires Médicaux ainsi qu'à la famille des Fournisseurs. Toutefois et s'agissant de la famille Fournisseurs, la fréquence d'édition des bordereaux est définie conventionnellement.

3.2.8.5 Informations de vaccination

Dans le cadre de la vaccination antigrippale, l'Article R5125-33-9 prévoit que :

« Le pharmacien inscrit dans le carnet de santé, le carnet de vaccination ou le dossier médical partagé de la personne vaccinée ses nom et prénom d'exercice, la dénomination du vaccin administré, la date de son administration et son numéro de lot. A défaut de cette inscription, il délivre à la personne vaccinée une attestation de vaccination qui comporte ces informations »

Le logiciel des Pharmaciens doit donc éditer d'une attestation de vaccination au dos du bon de prise en charge de la vaccination antigrippale mentionnant les informations prévues à l'article R5125-33-9 de l'avenant 16 à la convention nationale Pharmaciens.

3.2.9 Sécurisation des flux SESAM-Vitale

3.2.9.1 Les différents modes de sécurisation des factures

Il existe trois modes de sécurisation :

1. Le mode de sécurisation **SESAM-Vitale** qui nécessite :

- a. soit la présence simultanée du support Vitale et de la CPS des cartes CPS et Vitale dans le(s) lecteur(s),
- b. soit une sécurisation en 2 temps : (la sécurisation **désynchronisée**) la première sécurisation est réalisée en présence de la carte Vitale du support Vitale seule et la deuxième en présence de la CPS seule.

Par exemple, lorsque la facture est élaborée avec une CPE non habilitée à signer des FSE, la facture est sécurisée dans un premier temps par la carte Vitale le support Vitale (la CPE est non utilisée), et dans un 2ème temps par la CPS correspondant à cette CPE.

Les données sensibles sont chiffrées et les factures signées.

2. Le mode de sécurisation **SESAM sans Vitale** qui nécessite uniquement la présence de la CPS dans le lecteur. Les données sensibles sont chiffrées et les factures signées.
3. Le mode de sécurisation **SESAM-Vitale dégradé**, dans lequel, la carte Vitale le support Vitale étant absente, la sécurisation est réalisée par la CPS seule. Les données sensibles contenues dans le flux sont chiffrées et les factures sont signées par la CPS.

Pour les AMO, la pièce justificative est la FSE pour les deux premiers modes et la feuille de soins papier pour le dernier mode.

3.2.9.2 Chiffrement des données sensibles de la facture

SESAM-Vitale permet de chiffrer les données sensibles des factures lorsqu'elles sont véhiculées dans un flux électronique.

Conformément aux actuelles dispositions réglementaires et législatives, il est rappelé que les Organismes Complémentaires ne doivent pas avoir connaissance des informations relatives au codage (codes affinés, modificateurs signifiants pour la CCAM,...).

3.2.9.3 Signature des flux SESAM-Vitale

3.2.9.3.1 Signature des factures

3.2.9.3.1.1 Signature des FSE

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

Signature pour toutes les catégories de Professionnel de Santé (Mode SESAM-Vitale)

Une FSE ne peut être créée sans la carte Vitale le support 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 des FSE peut être réalisée lorsque ces deux cartes supports sont présentes simultanément ou pas.

Signature pour les laboratoires d'analyse, médecins en anatomo-cyto-pathologie, directeurs de laboratoire médecin, pharmaciens, fournisseurs, la télémédecine (Mode SESAM sans Vitale)

La présence ~~de la carte Vitale~~ du support Vitale n'est pas obligatoire pour sécuriser la FSE pour

- la **catégorie famille** des laboratoires d'analyse de biologie médicale,
- les médecins spécialisés en anatomo-cyto-pathologie,
- les directeurs de laboratoire médecin (hors Centre de Santé),
- ~~et~~ la famille pharmaciens, ~~(lors de la délivrance d'un contraceptif à une mineure)~~
- ~~et~~ les familles « pharmaciens », « fournisseurs » (pour certains produits de la LPP destinés à la location ainsi que les prestations délivrées au long cours inscrites au TITRE I et au TITRE II de la LPP)
- et les Professionnels de Santé lors de la réalisation d'actes de télémédecine **(à l'exclusion des prestations d'accompagnement à la téléconsultation)**.

Règles de saisie du code porteur

SESAM-Vitale impose que le code porteur de la Carte Professionnel de Santé soit saisi pour la signature des FSE.

La Carte Professionnel de Santé impose que le code porteur soit fourni pour la lecture des situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé. Ce principe s'applique selon les règles suivantes :

- Dans le cas d'un lecteur SESAM-Vitale, la saisie du code porteur peut se faire soit au niveau du progiciel depuis le clavier du poste Professionnel de Santé, soit sur le lecteur.
- Dans le cas de lecteurs PC/SC, la saisie du code porteur se fait obligatoirement au niveau du progiciel depuis le clavier du poste Professionnel de Santé.
- Lorsqu'une Carte Professionnel de Santé est insérée dans le lecteur et que le code porteur n'a pas encore été saisi par le Professionnel de Santé, alors la première lecture nécessite de fournir ce code porteur.
- Tant que cette même Carte Professionnel de Santé n'est ni retirée du lecteur ni mise hors tension, toute lecture supplémentaire ne nécessite pas une nouvelle saisie du code porteur.
- Le code porteur de la CPS ne doit pas être mémorisé par le progiciel (disque dur, mémoire...).

Habilitations des Professionnels de Santé

La signature des FSE est soumise aux règles suivantes :

- Les CPS, CPF et CDE habilités peuvent signer des FSE.
- En ce qui concerne les CPE :
 - Pour la catégorie des Pharmaciens, et des Fournisseurs les cartes CPE sont habilitées à signer des FSE, en fonction de la demande d'attribution de la carte formulée par le Pharmacien ou le Fournisseur et des règles déontologiques de cette profession.

- Pour les autres catégories de Professionnels de Santé, les cartes CPE ne sont pas actuellement habilitées à signer des FSE.

3.2.9.3.1.2 Signature des DRE

La signature des DRE est définie conventionnellement.

Le mode de sécurisation d'une DRE (DRE réalisée avec une FSE ou DRE réalisée seule) est identique au mode de sécurisation de la FSE.

Pour une DRE d'annulation, le mode de sécurisation SESAM-Vitale dégradé peut avoir, dans le respect des accords conventionnels, la même valeur que le mode SESAM-Vitale.

3.2.9.3.2 Signatures des lots

3.2.9.3.2.1 Signature des lots de FSE et de DRE

Un lot de FSE ou un lot de DRE ne peut être créé sans la Carte du Professionnel de Santé qui est un des composants essentiels de la sécurité du système SESAM-Vitale.

Règles de saisie du code porteur

SESAM-Vitale impose que le code porteur de la Carte Professionnel de Santé soit saisi pour la signature des lots de FSE. Ce principe s'applique selon les règles suivantes :

- les lots peuvent être signés en série,
- la signature du premier lot de FSE ou DRE de la série nécessite la saisie du code porteur,
- la saisie du code porteur n'est pas obligatoire pour la signature des autres lots de la série (sauf retrait ou mise hors tension de la carte).

Habilitations des Professionnels de Santé

La signature des lots de FSE et de DRE sont soumises aux règles suivantes :

- Les CPS, CPF et CDE habilités peuvent signer des lots de FSE ou DRE.
- En ce qui concerne les CPE :
 - Pour la catégorie des Pharmaciens, les cartes CPE ne sont pas habilitées à signer des lots de FSE ou DRE.
 - Pour les autres catégories de Professionnels de Santé, les cartes CPE peuvent être habilitées à signer des lots de FSE ou DRE, en fonction de la demande d'attribution de la carte formulée par le Professionnel de Santé et des règles déontologiques de sa profession. La CPE d'un employé de cabinet de groupe peut signer les lots de FSE ou DRE élaborées par l'ensemble des Professionnels de Santé du cabinet. Pour les centres de santé polyvalents, le logiciel devra contrôler que le numéro de facturation porté en carte CPE ou CDE est bien l'un des numéros attribués à ce centre (les postes de travail ou serveurs ayant été paramétrés préalablement).

Le présent document ne spécifie pas les procédures de demande, d'attribution et de distribution des différentes cartes de Professionnels de Santé.

3.2.9.4 Chiffrement de pièce jointe

La version 1.40 assure intrinsèquement la confidentialité des données sensibles (cf. §3.2.9.2) via des certificats de chiffrement de données (premier niveau de chiffrement).

La version 1.40 assure également la confidentialité de l'ensemble des données transmises vers l'assurance maladie via le chiffrement de pièce jointe des messages SMTP et de certificats de chiffrement de pièce jointe (second niveau de chiffrement) (cf. description à l'annexe 4).

Les flux retours des organismes d'Assurance Maladie ne sont pas chiffrés.

3.2.10 Transmission des flux SESAM-Vitale aux organismes d'Assurance Maladie

3.2.10.1 Création des lots de factures électroniques

3.2.10.1.1 Mise en forme des lots de factures

Les factures électroniques sont regroupées en lots en vue de leur transmission aux organismes d'Assurance Maladie.

Le critère de regroupement des FSE utilisé pour la mise en lot est constitué des éléments suivants fournis ci-après à titre indicatif⁸ :

- numéro d'identification de facturation du Professionnel de Santé,
- type de norme d'échange,
- régime d'Assurance Maladie (code régime contenu dans la carte Vitale),
- organisme destinataire,
- destinataire de règlement (tiers payant, hors tiers payant),
- mode de sécurisation (dégradé, SESAM-Vitale ou SESAM sans Vitale),
- critère spécifique AMO (par exemple distinction de la nature d'assurance AT/MP pour certains régimes),
- type de flux (test, démonstration, réel),
- version de norme,
- numéro de Certificat de Conformité du TLA,
- type de facture (« F » pour Feuille de Soins Electronique),

Le critère de regroupement des DRE utilisé pour la mise en lot est constitué des éléments suivants fournis ci-après à titre indicatif⁹ :

- numéro d'identification de facturation du Professionnel de Santé,
- numéro d'AMC ou numéro d'opérateur de règlement,
- mode de sécurisation (dégradé, SESAM-Vitale ou SESAM sans Vitale),
- unité monétaire (EUR),
- version de norme,

⁸ Ces critères de regroupement sont susceptibles d'évoluer dans le temps. Ces évolutions sont rendues transparentes par les Services SESAM-Vitale. Il est fortement déconseillé d'utiliser ces critères de regroupement à des fins autres que celles prévues au Cahier des Charges.

- numéro de Certificat de Conformité du TLA,
- type de facture (« D » pour Demande de Remboursement Electronique),
- code Norme,
- type de flux (test, démonstration, réel),
- code application,
- type de service AMC,
- code routage,
- identifiant de l'hôte,
- domaine.

Le Professionnel de Santé doit disposer d'une fonction de visualisation de l'ensemble des factures contenues dans un lot, avant sa signature.

3.2.10.1.2 Sauvegarde des lots de factures

Les lots de factures, mis en forme et sécurisés grâce aux modules SESAM-Vitale et à la Carte Professionnel de Santé, sont archivés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé.

Ces lots de factures doivent être conservés au moins tant que les ARL positifs correspondants n'ont pas été reçus afin de permettre une éventuelle réémission (cf. chapitre concernant les cas particuliers de fonctionnement).

Par ailleurs, il est recommandé au Professionnel de Santé de conserver sur son Poste de Travail les références des lots de factures. Celles-ci peuvent s'avérer utiles en cas de dysfonctionnement du système SESAM-Vitale.

3.2.10.2 La création des fichiers

Les lots de factures électroniques sont regroupés en fichiers en vue de leur transmission à l'Assurance Maladie.

Le critère de regroupement des lots de FSE en fichier est constitué des éléments suivants fournis à titre indicatif⁹ :

- type d'émetteur,
- numéro d'émetteur,
- régime d'Assurance Maladie (code régime contenu dans la carte Vitale),
- code norme,
- organisme destinataire (pour les flux véhiculés par le Réseau SESAM-Vitale),
- type de flux (test, démonstration, réel).

Le critère de regroupement des lots de DRE en fichier est constitué des éléments suivants fournis à titre indicatif¹⁰ :

- type émetteur,
- n° émetteur,
- n° destinataire fichier,

⁹ Ces critères de regroupement sont susceptibles d'évoluer dans le temps. Ces évolutions sont rendues transparentes par les Services SESAM-Vitale. Il est fortement déconseillé d'utiliser ces critères de regroupement à des fins autres que celles prévues au Cahier des Charges.

- type destinataire fichier,
- nom du domaine de l'adresse du destinataire,
- type de facture,
- code application,
- code norme,
- type de flux,
- version de norme DRE.

Les fichiers sont conservés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé en prévision des cas de réémission possibles.

La création d'un fichier ne nécessite pas la présence de la Carte Professionnel de Santé.

Il est recommandé que la mise en forme des fichiers de lots de DRE soit effectuée consécutivement à la mise en forme des fichiers de lots de FSE.

Cette opération peut être réalisée sur le poste du Professionnel de Santé mais aussi par un Organisme Concentrateur Technique en cas de délégation de transmission.

3.2.10.3 La transmission des fichiers de factures électroniques

La procédure de transmission des FSE doit être conforme aux dispositions législatives (article R.161-47). Le Professionnel de Santé ayant dispensé les actes ou prestations remboursables par l'Assurance Maladie transmet les FSE dans un délai de trois jours ouvrés en cas de paiement direct par l'assuré, ou, en cas de dispense d'avance de frais, dans un délai de huit jours ouvrés à compter de la date d'élaboration de la feuille de soins.

Bien qu'il n'existe pas de dispositions législatives pour le Professionnel de Santé et pour l'AMC, la procédure de transmission des DRE est définie conventionnellement et est identique à la procédure appliquée pour les FSE.

La transmission des factures électroniques nécessite l'envoi de fichiers à l'organisme d'Assurance Maladie via un réseau de télécommunication de données (cf. Annexe 4).

La transmission de ces fichiers peut se réaliser :

- soit directement entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie via un réseau de messageries,
- soit entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie via un Organisme Concentrateur Technique ou un réseau tiers.

La transmission des messages peut être décorrélée de la mise en forme des lots et des fichiers.

Le Poste de Travail du Professionnel de Santé doit demander à recevoir de la part du réseau les avis de non-remise pour les messages SMTP envoyés.

La confidentialité des données est assurée selon les règles décrites dans le chapitre relatif à la sécurité des flux SESAM-Vitale.

Pour optimiser la volumétrie des données transportées, la compression des messages à partir d'un outil spécifique peut être utilisée sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé (cf. Annexe 4 – chapitre 5).

Adressage des flux de factures

La constitution de l'adresse électronique est fonction du type de BAL destinataire (BAL dédiée à un AMC ou à un AMO ; BAL commune à des AMC, connue ou non du poste Professionnel de Santé). Cette adresse est définie par les données **en carte du support Vitale ou du support de droits**, et sur un autre support **de droits AMC éventuel**, ainsi que par les **informations administratives et de routage issues de l'Annuaire AMC ou des** tables conventionnelles pour les flux de DRE tiers payant.

Routage des flux SMG

A partir du moment où le Professionnel de Santé choisit le contexte de facturation SMG, la facture est transmise à la CNMSS chargée de la gestion des flux SMG (cf. § 4.2.1.12.2).

3.3 Réception des retours sur le poste du Professionnel de Santé

Pour la description des retours concernant les rapports de réclamation, cf. annexe 1-B0.

3.3.1 Les accusés de réception logique (ARL)

L'organisme d'Assurance Maladie crée un accusé de réception logique (ARL) par :

- lot de FSE reçu, uniquement **sécurisé** en mode SESAM-Vitale ou en mode SESAM sans Vitale,
- lot de DRE reçu, quel que soit le mode de sécurisation.

3.3.1.1 Un ARL positif

Un ARL positif signifie que la transmission de ce lot s'est bien déroulée, c'est-à-dire :

- le lot de factures électroniques est intègre et l'organisme d'Assurance Maladie reconnaît son origine. Cela ne signifie pas que le contenu du lot est accepté par cet organisme d'Assurance Maladie (les factures n'ont pas encore été « liquidées »),
- l'assurance au Professionnel de Santé que le lot de factures électroniques a bien été reçu par le destinataire escompté¹⁰,
- le Professionnel de Santé est déchargé de sa responsabilité de transmettre ce lot.

Sauvegarde

Pour la FSE, conformément aux dispositions réglementaires (R161-47), le logiciel doit sauvegarder l'ARL positif associé, pendant 90 jours au moins.

Les principes de sauvegarde énoncés pour les ARL positifs émis par les AMO s'appliquent aux ARL positifs émis par les AMC.

3.3.1.2 Un ARL négatif

Signification d'un ARL négatif

Un ARL négatif signifie que le lot de factures électroniques n'a pas été transmis avec succès, c'est-à-dire que le Professionnel de Santé n'est pas déchargé de sa responsabilité de transmettre ce lot. Un ARL négatif peut éventuellement indiquer la première facture électronique incorrecte contenue dans le lot traité.

Son traitement sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé est décrit au chapitre relatif aux cas particuliers de fonctionnement.

Origine d'un ARL négatif

L'origine de l'ARL négatif peut être :

- le Professionnel de Santé émetteur n'est pas reconnu (la Carte Professionnel de Santé utilisée pour signer le lot de factures électroniques est invalide),
- la syntaxe des lots de factures électroniques reçus est incorrecte (exemple de cause possible : dysfonctionnement matériel ou logiciel),

¹⁰ L'Assurance Maladie Obligatoire assure l'archivage des flux dématérialisés (lots de feuilles de soin électroniques et accusés de réception logiques) conformément à la réglementation.

- les lots de factures électroniques reçus ne sont pas intègres (exemples de causes possibles : erreur de transmission, dysfonctionnement du matériel informatique du Professionnel de Santé),
- le numéro d'agrément du progiciel du Professionnel de Santé n'est plus ou pas valide.
- la première facture détectée erronée ou non intègre contenue dans le lot.

Traitement de l'ARL négatif par le Professionnel de Santé

Après transmission des lots de factures électroniques, le Professionnel de Santé reçoit, lors d'une connexion ultérieure, un ARL négatif émis par l'organisme d'Assurance Maladie destinataire du lot. Le traitement de l'ARL négatif est fait par le Professionnel de Santé à l'aide des informations transmises dans l'ARL négatif.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit être capable de retransmettre un lot de factures électroniques tel que précédemment émis, débarrassé éventuellement des factures électroniques incriminées dans le rejet du lot. Dans ce dernier cas, les numéros des deux lots doivent être différents et le nouveau lot doit être sécurisé.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit être capable, à des fins d'analyse, de sauvegarder dans un fichier (tel que défini par le système d'exploitation de l'équipement informatique) un lot de factures électroniques qui posent un problème.

Pour la FSE, les éléments qui suivent sont définis réglementairement (article R.161-47). Lorsque le Professionnel de Santé reçoit un ARL négatif, il dispose de deux jours ouvrés pour réémettre les lots de factures électroniques et prévenir l'organisme destinataire, ou, au plus tard, jusqu'à la transmission d'une nouvelle facture. Ce délai ne court pas durant les périodes d'absence du Professionnel de Santé d'une durée supérieure à deux jours ouvrés.

Sauf dispositions conventionnelles spécifiques, cette disposition est applicable à la DRE.

En cas de réception d'un ARL négatif pour des lots créés depuis plus de 90 jours ou post datés de plus de 2 jours, il est inutile de réémettre le lot dans les 48 heures. Il convient d'adopter la procédure de remise du duplicata sur support papier.

3.3.2

Les flux de rejet / signalement / paiement (RSP)

Normes utilisées

La référence NOEMIE-PS 580 a été choisie comme référence unique de retour par tous les Organismes d'Assurance Maladie.

Elle doit à terme remplacer les retours existants :

- les références 576 et 900 de la norme NOEMIE pour les AMO,
- les flux de paiement et de rejet en provenance des AMC actuellement transmis

Le progiciel du Professionnel de Santé doit être capable de traiter les données constituant la référence 580 de la Norme NOEMIE, ainsi que les références 576 et 900 (sauf pour les pharmaciens).

Par ailleurs, il est recommandé que la gestion des flux de paiement et de rejet en provenance des AMC actuellement transmis soit maintenue pour les progiciels qui offraient cette fonctionnalité.

Rapprochement

Quelle que soit la référence traitée par le progiciel, le Professionnel de Santé doit pouvoir effectuer :

- le rapprochement entre les flux aller (émis par le Professionnel de Santé) et les flux retours (émis par les organismes d'assurance maladie),
- les rapprochements comptable et bancaire.

Réception d'un flux de rejet / signalement sur une facture

Après transmission des lots de factures électroniques, le Professionnel de Santé reçoit, lors d'une connexion ultérieure, un flux de RSP (rejet / signalement / paiement) émis par l'organisme d'Assurance Maladie destinataire.

Les flux de rejet / signalement / paiement sont créés dans les cas suivants :

- systématiquement en tiers payant,
- occasionnellement en hors tiers payant. Certains organismes d'Assurance Maladie génèrent des retours en cas de rejet ou signalement,
- pour retour d'informations relatives à des paiements ponctuels (aide pérenne, ROSP, RMT, ..) au Professionnel de Santé.

Le flux de rejet / signalement / paiement indique pour chaque facture électronique traitée :

- soit le motif du non traitement (indication de rejet),
- soit les caractéristiques du traitement (paiement ou signalement), accompagnées du montant remboursé après liquidation

En cas de rejet d'une FSE, il est alors nécessaire :

- soit de revenir au circuit papier traditionnel ; le Professionnel de Santé remet un duplicata (sur support papier) à l'assuré ou à l'organisme servant à ce dernier les prestations de base de l'Assurance Maladie. Ce duplicata comprend les données constitutives de la facture électronique, ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire des soins.
- soit de réaliser une nouvelle facture électronique si l'assuré peut se représenter chez le Professionnel de Santé. Dans ce cas, un nouveau numéro doit être attribué à cette facture.

Pour la DRE, le traitement des rejets relève des accords conventionnels.

3.3.3 Messages de service

Suite à la télétransmission par le Professionnel de Santé de messages contenant des factures, le Poste de Travail du Professionnel de Santé est susceptible de recevoir des messages dits de « service ».

3.3.3.1 Message de service de l'Assurance Maladie

Les messages de service sont envoyés par les régimes d'Assurance Maladie en réponse à des erreurs détectées au niveau des en-têtes SMTP, de l'enveloppe des fichiers contenant les lots, lors de la détection ou d'une erreur du chiffrement.

Les Professionnels de Santé peuvent recevoir par les régimes d'Assurance Maladie obligatoire ou complémentaire, suite à la transmission de fichier vers les organismes d'Assurance Maladie :

- un message de service de rejet SMTP en réponse à des erreurs détectées au niveau des en-têtes SMTP,
- ou un message de service de rejet de fichier en réponse à des erreurs détectées au niveau de l'enveloppe des fichiers contenant les lots,
- ou un message de service de rejet de chiffrement en réponse à des erreurs détectées au niveau du chiffrement.

3.3.3.2

Message de service de l'opérateur de messagerie

Les Professionnels de Santé peuvent recevoir par l'opérateur de messagerie, suite à la transmission de fichier vers les organismes d'Assurance Maladie :

- un message de service d'accusé de réception provisoire (AR_P) en cas d'indisponibilité d'un site d'exploitation de l'Assurance Maladie,

Le lecteur peut se référer à l'annexe 1-B et à l'annexe 4 pour information complémentaire.

3.4 Cas particuliers de fonctionnement

3.4.1 Cas de fonctionnement dégradé

3.4.1.1 Accident du travail

Dans le cas où les informations relatives à l'AT ou celles relatives à l'identification de la caisse gestionnaire du risque AT, fournies par la victime diffèrent des informations contenues en carte Vitale, le Professionnel de Santé peut réaliser une feuille de soins en mode SESAM-Vitale dégradé.

3.4.1.2 Dysfonctionnements

Ce paragraphe indique les modes de fonctionnement prévus en cas de dysfonctionnement du système SESAM-Vitale ou d'un de ses composants.

Fonctionnement Dégradé

~~Si la carte est absente ou ne fonctionne pas ou si sa date de validité est dépassée~~
En cas d'absence de support Vitale ou de dysfonctionnement lié à son utilisation, il est nécessaire :

- soit de revenir au circuit papier traditionnel,
- soit de réaliser un flux électronique en mode SESAM-Vitale dégradé.
Les données sont alors chiffrées en l'absence de la carte Vitale du support Vitale (dans la précédente version du Cahier des Charges V1.31, le mode non sécurisé était proposé dans ce cas).

A l'occasion de ce fonctionnement dégradé, le logiciel peut appeler le service ADR.

Dysfonctionnement du terminal lecteur ou absence de la CPS

Si le terminal lecteur (lecteur mono-applicatif ou multi-applicatif, ou TLA) du Professionnel de Santé ne fonctionne pas ou que sa CPS est absente ou ne fonctionne pas, il est nécessaire de revenir au circuit traditionnel.

Dysfonctionnement du Poste de Travail du Professionnel de Santé

Si le Poste de Travail du Professionnel de Santé ne fonctionne pas, l'élaboration de la facture ne peut avoir lieu. Pour les AMO, il est alors nécessaire de revenir au circuit papier conformément aux dispositions législatives et pour les AMC aux dispositions conventionnelles.

Dysfonctionnement du réseau de télécommunication

Si le réseau de télécommunication n'est pas accessible ou ne fonctionne pas, le progiciel du Professionnel de Santé effectue plusieurs tentatives de connexion ou de transmission.

Suite à la réception d'un avis de non remise du réseau de messagerie signifiant que le message SMTP n'a pu être transmis à l'organisme d'Assurance Maladie et qu'il est perdu, le Professionnel de Santé renvoie à l'identique les données initialement émises.

Il est recommandé au progiciel du Professionnel de Santé d'alerter le Professionnel de Santé dès lors que plusieurs avis de non-remise sont reçus successivement concernant l'envoi d'un ou plusieurs messages à un ou plusieurs destinataires.

Perte de la facture électronique

En cas de dysfonctionnement grave du système entraînant la perte définitive soit de la FSE soit de la DRE (par exemple, panne de disque dur), il est alors nécessaire :

- soit de revenir au circuit papier traditionnel sous la forme d'un duplicata pour la FSE,
Bien qu'il n'existe pas de dispositions législatives pour le Professionnel de Santé et pour l'AMC, le Professionnel de Santé transmet une facture papier à l'AMC (dans le cas de tiers-payant sur la part complémentaire),
- soit de réaliser la (ou les) factures électronique(s) en mode SESAM-Vitale dégradé,
- soit de réaliser une nouvelle FSE, ou une DRE, si l'assuré peut se représenter chez le Professionnel de Santé.

Absence d'ARL

Les éléments qui suivent sont définis réglementairement (article R.161-47) pour la FSE. Lorsque le Professionnel de Santé n'a pas pu obtenir d'ARL dans les deux jours ouvrés suivant l'émission des lots de factures électroniques, il dispose de deux jours ouvrés pour les réémettre et prévenir l'organisme destinataire, ou, au plus tard, jusqu'à la transmission d'une nouvelle facture. Ce délai ne court pas durant les périodes d'absence du Professionnel de Santé d'une durée supérieure à deux jours ouvrés.

Les principes cités ci-dessus pour la FSE s'appliquent à la DRE.

Échec de la réémission d'une facture électronique

En cas d'échec de la réémission d'une FSE, le Professionnel de Santé remet un duplicata sur support papier à l'assuré ou à l'AMO.

En cas d'échec de la réémission d'une DRE, les dispositions conventionnelles s'appliquent.

3.4.2 Feuille de soins papier pour la FSE dégradée

Parallèlement à la transmission du flux à l'AMO, le Professionnel de Santé adresse à la caisse du régime obligatoire les pièces justificatives papier, à savoir la feuille de soins sur support papier établie sur l'imprimé conforme au modèle CERFA.

Pour tous les cas de dysfonctionnement et dans le cas d'accident de travail, lorsqu'il y a utilisation du mode SESAM-Vitale dégradé, la mention « Télétransmission dégradée » doit figurer sur la feuille de soins papier, pour toutes les familles.

La feuille de soins papier peut être télétransmise à l'AMO via le système SCOR.

3.4.3 Contenu d'un duplicata papier pour la FSE

Conformément aux dispositions législatives (article R.161-47), si le Professionnel de Santé n'est pas en mesure de transmettre la FSE, il remet un duplicata sur support papier à l'assuré ou à l'organisme servant à ce dernier les prestations de base de l'Assurance Maladie selon des modalités fixées par convention. Ce duplicata comprend les données constitutives de la FSE, ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire des soins.

Le duplicata doit être rédigé ou imprimé sur un feuillet normalisé CERFA sur lequel est indiquée la mention « DUPLICATA ».

3.4.4 Mode test

Le mode test correspond à l'élaboration de FSE ou de DRE à partir de cartes Vitale support Vitale de test et CPS de test et à leur transmission vers les AMO et les AMC conformément aux spécifications de l'annexe 4.

Par conséquent le progiciel doit prévoir un mode de configuration test spécifique.

3.4.5 Mode démonstration

Lors de l'utilisation d'une carte Vitale d'un support Vitale de démonstration avec une CPS réelle, le progiciel du Professionnel de Santé doit reconnaître la carte Vitale le support Vitale de démonstration sur la base des informations « code régime » et « code caisse » (01 et 999) et doit afficher au Professionnel de Santé qu'il est en train d'effectuer un flux de démonstration.

3.5 Récapitulatif des émissions / réceptions du Professionnel de Santé par modes de sécurisation

Le tableau ci-dessous récapitule en fonctionnement nominal ou dégradé les émissions et les réceptions du Professionnel de Santé par mode de sécurisation de la facture.

Mode de sécurisation	Émission / Réception du Professionnel de Santé	
	Flux AMO	Flux AMC
SESAM-Vitale SESAM-Vitale désynchronisé avec désynchronisation Pour toutes catégories Facture électronique chiffrée et signée en présence de la carte Vitale du support Vitale et d'une CPS	<ul style="list-style-type: none"> FSE sans papier en parallèle Réception d'ARL 	<ul style="list-style-type: none"> DRE sans papier en parallèle Réception d'ARL
SESAM sans Vitale Uniquement pour les laboratoires d'analyse, les médecins en anatomo-cyto-pathologie, les pharmaciens et fournisseurs (sous certaines restrictions), et les professionnels de Santé lors de la réalisation d'actes de télémédecine autres que des prestations d'accompagnement à la téléconsultation. Facture électronique chiffrée et signée en présence uniquement de la CPS	<ul style="list-style-type: none"> FSE sans papier en parallèle Réception d'ARL 	<ul style="list-style-type: none"> DRE sans papier en parallèle Réception d'ARL

	Émission / Réception du Professionnel de Santé	
<p>Dégradé Pour toutes catégories, uniquement en cas d'absence ou de dysfonctionnement de la carte Vitale du support Vitale, ou FSE AT lorsque l'organisme de la facture est différent de celui de la carte Vitale</p> <p>Facture électronique chiffrée et signée en présence uniquement de la CPS et signée.</p> <p>Le mode dégradé est interdit en cas de facturation d'acte de télémedecine autres que des prestations d'accompagnement à la téléconsultation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • facture électronique en mode «dégradé» avec papier en parallèle • Pas de réception d'ARL 	<ul style="list-style-type: none"> • DRE sans papier en parallèle • Réception d'ARL

3.6 L'administration du système SESAM-Vitale

L'administration du système SESAM-Vitale est une fonction essentielle pour assurer un fonctionnement conforme aux objectifs de qualité fixés.

En tant qu'organisme spécificateur et fournisseur de matériel et logiciel, le GIE SESAM-Vitale est partie prenante dans le fonctionnement et l'évolution de l'équipement du Professionnel de Santé.

3.6.1 Suivi du Parc

Le Suivi de Parc a pour but de fournir des informations sur l'état du parc des postes des Professionnels de Santé au GIE SESAM-Vitale. Il permet :

- de connaître les différentes versions des fournitures SESAM-Vitale installées sur le terrain, notamment pour évaluer l'état d'avancement des migrations,
- de repérer les postes du Professionnel de Santé qui nécessitent une action ciblée de la part des correspondants SESAM-Vitale, notamment lorsque certains composants sont incompatibles ou lorsqu'un composant nécessite une mise à jour réglementaire,
- d'élaborer des statistiques sur l'état du parc.

Le Suivi de Parc concerne les postes de travail suivants :

- les postes qui élaborent des factures électroniques,
- les postes qui mettent en forme des lots de FSE.

Le Suivi de parc concerne les éléments suivants (liste non limitative) :

- le numéro d'agrément,
- les composants ou produits homologués (terminal lecteur ou intégrés) par le GIE SESAM-Vitale,
- les fournitures SESAM-Vitale,
- certaines fournitures de l'ASIP Santé.

Ces informations sont transmises périodiquement avec les FSE.

3.6.2 Mise à jour du Poste de Travail du Professionnel de Santé

3.6.2.1 Objectifs

Le système de mise à jour des composants SESAM-Vitale du Poste du Professionnel de Santé a pour objectif de définir, caractériser et mettre en place les services nécessaires à la mise à jour de l'équipement des Professionnels de Santé afin d'offrir au système l'évolutivité en particulier du fait de l'introduction de la CCAM, de la tarification de la part complémentaire.

3.6.2.2 Les composants susceptibles de faire l'objet d'une mise à jour

Parmi les composants présents sur l'équipement du Professionnel de Santé et constituant une version donnée, il convient de distinguer sur le Poste de Travail :

- les tables de données (tarification CCAM et complémentaire),
- les fichiers de paramétrage des modules de traitement,
- les bibliothèques ou exécutables (certaines bibliothèques exploitent ces tables ou fichiers),

et sur le terminal lecteur :

- les composantes système (noyau, superviseur, ...),
- les applications (ex : EI96, TLA).

3.6.2.3 Exigences

Pour que le Professionnel de Santé puisse élaborer des flux de production corrects au niveau de son progiciel, le système de mise à jour doit permettre de mettre à jour les composants SESAM-Vitale présents sur son Poste de Travail avec les éléments les plus récents disponibles.

3.6.2.4 Circuit de mise à jour

Le système de mise à jour peut être utilisé pour mettre à jour des fichiers de paramétrage ou des « bibliothèques de fonctions » dans le cas où l'évolution a un impact limité au périmètre du composant lui-même (ex : correction du code d'un module, évolution d'un module associée à une version de table de données).

Les évolutions de composants ne peuvent porter que sur celles qui interviennent entre deux versions du Cahier des Charges et du package SESAM-Vitale associé. Sont essentiellement concernées les évolutions de composants qui n'impactent pas le progiciel (interfaces technique et fonctionnelle constantes vis à vis du progiciel).

3.6.3 Mise à jour des tables de conventions du Professionnel de Santé

Les tables de conventions peuvent être mises à jour par le Professionnel de Santé soit par saisie manuelle, soit par récupération de fichiers normés. Ces fichiers de Conventions et de Regroupements normés sont transmis ou mis à disposition soit :

- directement par les organismes signataires de conventions,
- via les OCT ou les éditeurs de logiciels qui le souhaiteraient,
- par le GIE SESAM-Vitale dans le cas des conventions en gestion unique.

Plusieurs circuits de diffusion des fichiers normés sont possibles :

- Envoi des fichiers de conventions et de regroupements normés dans une BAL et plus particulièrement la BAL SESAM-Vitale du Professionnel de Santé (la procédure de récupération des fichiers normés est détaillée dans les annexes 3 et 4 du présent Cahier des Charges SESAM-Vitale),
- Chargement des fichiers de conventions et de regroupements normés par le Professionnel de Santé à partir de support de l'Assurance Maladie (serveurs, CD, etc ...) (*procédure non décrite dans ce document*),
- Mise à disposition de ces fichiers via les éditeurs ou les OCT (*procédure non décrite dans ce document*).

3.6.4 Mise à jour des certificats de chiffrement et de la liste de révocation des certificats de chiffrement

Le Professionnel de Santé doit émettre des FSE ou DRE avec une CRL de chiffrement de données et des certificats de chiffrement de données à jour sur son poste.

De même, le Professionnel de Santé doit émettre des FSE ou DRE avec une CRL de chiffrage de pièces jointes et des certificats de chiffrage de pièces jointes à jour sur son poste.

4 Le Poste de Travail du Professionnel de Santé

Ce chapitre décrit la participation du Poste de Travail du Professionnel de Santé à la mise en œuvre des fonctionnalités de SESAM-Vitale définies au chapitre 3.

Il spécifie les accès aux Fournitures SESAM-Vitale pour un équipement informatique.

4.1 Présentation du Poste de Travail

4.1.1 Architecture matérielle

La description de l'architecture matérielle ainsi que les exigences en terme d'architecture et de sécurité qui lui sont attachées sont fournies dans une nouvelle annexe : 'L'annexe 7 – Architecture et sécurité'.

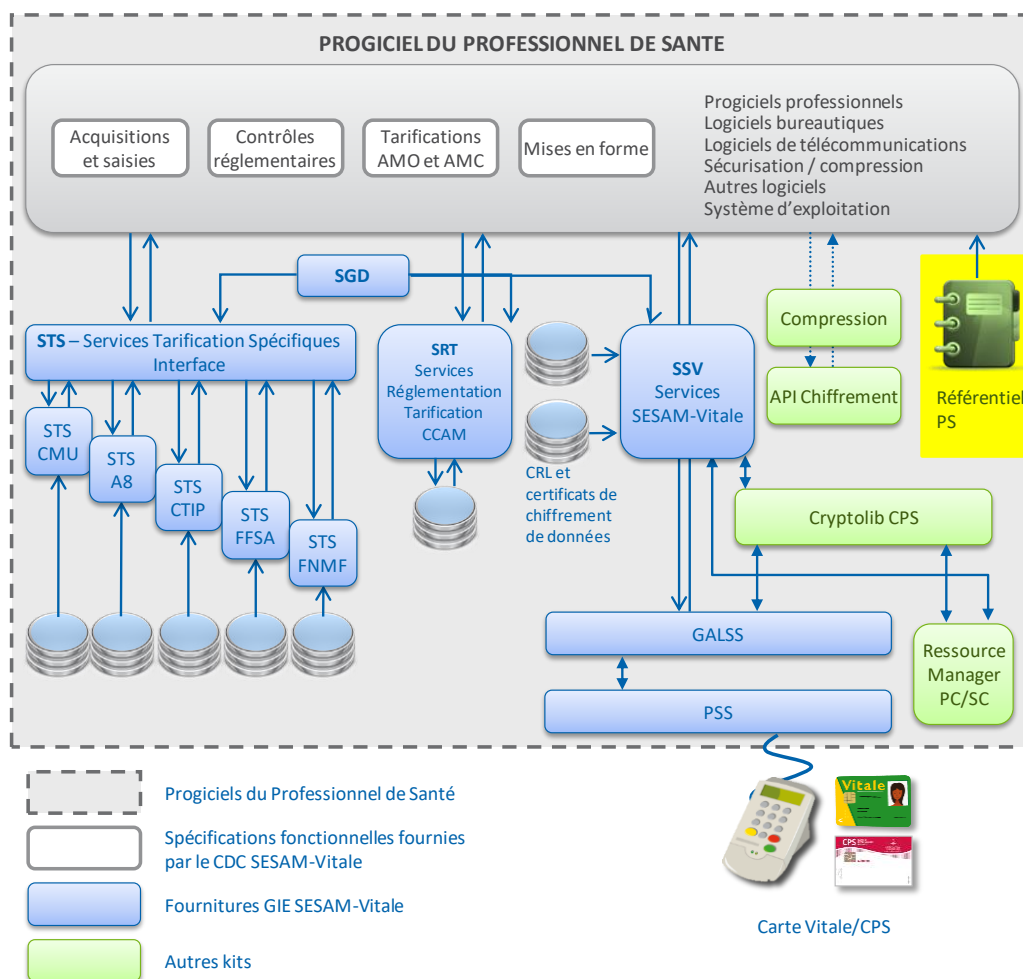
4.1.2 Architecture logicielle

Ce chapitre décrit l'architecture logicielle globale de l'équipement informatique du Professionnel de Santé.

Les configurations matérielles et logicielles non couvertes par le présent document sont soumises à homologation par le GIE SESAM-Vitale conformément aux spécifications fonctionnelles du système SESAM-Vitale.

Les progiciels agréés par l'Assurance Maladie, permettant au Professionnel de Santé de gérer son activité, intègrent des fonctions spécifiées dans le présent document liées à l'application de la réglementation et de la tarification des organismes d'Assurance Maladie ainsi que les modules SESAM-Vitale fournis par l'Assurance Maladie.

L'architecture logicielle de l'équipement informatique du Professionnel de Santé est la suivante :



Le schéma précédent présente l'ensemble des fournitures utilisable par le progiciel de santé :

- Les SGD (Service de Gestion de Données), offrent une interface simplifiée au progiciel pour les différents modules SESAM-Vitale.
- Les SSV et le terminal lecteur servent à la facturation (entre autres, acquisition des données cartes CPS et Vitale, et mise en forme et sécurisation de la FSE et de la DRE). Les SSV permettent également de lister les lecteurs PC/SC et de donner des informations sur la carte présente dans le lecteur.
- Les SRT servent à la réglementation et à la tarification de la nomenclature CCAM. Ils sont composés d'une partie logicielle et d'un fichier des données CCAM dénommé référentiel électronique.
- Les progiciels à destination des pharmaciens doivent utiliser un référentiel PS pour acquérir des informations sur les PS prescripteurs. Ce référentiel est mis à jour régulièrement **à partir des informations obtenues par l'éditeur** (cf. document « Elaboration et utilisation du référentiel PS », FACT-GU-001 du GIE SESAM-Vitale). L'éditeur doit être en mesure de déterminer pour chaque Professionnel de Santé la date de la dernière mise à jour du référentiel sur son Poste de Travail.

Le référentiel électronique contient des données de la nomenclature CCAM. Il est constitué à partir de la base nationale de la CCAM, la référence électronique de la nomenclature. Ces données sont utilisées par la partie logicielle pour la mise en œuvre des services SRT.

- Les STS gèrent les règles spécifiques de calcul des AMC et permettent le calcul du montant de la part complémentaire pour chaque acte de la facture. Ils comportent également des services d'assistance à la tarification.

Le mode d'utilisation d'un module STS par le progiciel de santé est identique pour tous les STS. Les fonctions, l'interface, la cinématique d'appel sont identiques.

La répartition des modules STS est la suivante :

- une interface STS unique, entre le progiciel et les différents modules de tarification STS qui suivent,
- les services de tarification de la part complémentaire spécifiques par famille ou groupe de familles de complémentaires :
 - CTIP (STS-CTIP),
 - FFA FFSA (STS-FFSA),
 - FNMF (STS-FNMF),
 - AMO (STS-A8) en convention de gestion et AMC délégataires de gestion,
- le service de tarification complémentaire pour la CMU-C C2S. Ce STS-CMU est unique et gère la tarification de la même façon pour tous les bénéficiaires de la CMU-C C2S. Les garanties et les forfaits sont définis par l'Etat. Ce même service de tarification STS-CMU est également utilisé lorsque la facture est élaborée dans le cadre du dispositif « TPI ACS - Paiement coordonné par l'AMO ».

Accès à la CPS et à la carte Vitale

Par ailleurs, au sein du Poste de Travail, l'accès à la CPS et à la carte Vitale peut être réalisé au moyen d'un lecteur SESAM-Vitale ou de lecteurs PC/SC (mono-fente ou bi-fente).

- le Gestionnaire d'Accès au Lecteur Santé Social (GALSS) gère les accès de tout logiciel implanté sur l'équipement informatique à une même ressource (lecteur SESAM-Vitale, carte Vitale, CPS,...). Dans toutes les configurations, lorsqu'une application accède à une ressource donnée, toutes les ressources connectées via la même connexion (c'est-à-dire le même canal) deviennent inaccessibles à toute autre application.
- L'accès aux lecteurs PC/SC est réalisé par interfaçage direct avec le Ressource Manager PC/SC.

Remarque : Des recommandations sur les lecteurs PC/SC sont disponibles dans un document dédié diffusé par le GIE SESAM-Vitale.

Les SSV permettent l'utilisation de plusieurs lecteurs sur un même poste de travail. Ces lecteurs peuvent être indifféremment des terminaux lecteurs homologués SESAM-Vitale ou des lecteurs PC/SC. Cependant, pour un même service SSV ("lire droit vitale" et "formater facture") accédant à la carte Vitale et à la CPS, seules les configurations suivantes sont autorisées :

- Vitale et CPS présentes dans un même lecteur SESAM-Vitale,
- Vitale et CPS insérées dans deux lecteurs PC/SC.



Remarque

Certaines tables ou listes (table des tarifs, Liste des Produits et Prestations remboursables, table des actes de biologie...) sont nécessaires au bon fonctionnement du logiciel et à son utilisation par le Professionnel de santé.

Pour autant, ces tables et/ou listes sont hors du périmètre SESAM-Vitale et ne sont donc pas décrites dans le présent Cahier des charges ou mises à disposition par le GIE SESAM-Vitale.

Pour se les procurer, l'éditeur de logiciel peut consulter les différents sites internet publics utiles.

4.1.2.1 Les systèmes d'exploitation

La liste des environnements possibles acceptant les fournitures SESAM-Vitale est susceptible d'évoluer, elle est de ce fait disponible sur le site du GIE SESAM-Vitale <http://www.sesam-vitale.fr>.

Les sociétés désirant disposer des Fournitures SESAM-Vitale dans d'autres environnements que ceux indiqués dans cette liste sont invitées à prendre contact avec le GIE SESAM-Vitale.

4.1.2.2 Les progiciels du Professionnel de Santé

Le Poste de Travail comprend les applications nécessaires au Professionnel de Santé pour exercer son activité :

- gestion de cabinet,
- gestion des dossiers patients,
- accès à des bases de données médicales,
- etc.

Le présent document ne contient aucune spécification des progiciels du Professionnel de Santé ne participant pas à la création ou à la transmission de FSE et de DRE.

Les progiciels présents sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé qui permettent de créer et de transmettre des FSE et des DRE doivent être conformes aux règles décrites dans le présent document.

Le packaging du progiciel de santé est sous la responsabilité de l'éditeur.

Ce document ne contient aucune spécification relative :

- à l'implémentation des règles du Cahier des Charges dans le progiciel du Professionnel de Santé,
- à l'interface utilisateur du Poste de Travail du Professionnel de Santé et de ses progiciels¹¹,
- aux fonctions de traçabilité des échanges de données électroniques (lots de FSE, etc.) dans le progiciel du Professionnel de Santé.

Il est recommandé que le Professionnel de Santé puisse vérifier que la date système de son Poste de Travail corresponde à la date du jour, afin d'éviter la lecture des droits en carte d'un bénéficiaire ou l'élaboration de FSE et/ou DRE, et de lots à des dates antérieures ou postérieures à la date du jour (sources de rejet).

¹¹ Il est recommandé que les sociétés éditrices utilisent les termes définis dans le lexique du présent document.

Les progiciels présents sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé permettant de créer et de transmettre des FSE et/ou des DRE sont soumis à agrément par les organismes d'Assurance Maladie.

Le progiciel doit offrir au Professionnel de Santé, la visualisation :

- du numéro de version du Cahier des Charges SESAM-Vitale pour lequel le progiciel a obtenu l'agrément,
- du nom de sa « **boîte aux lettres SESAM-Vitale** »,
- du nom du « **répertoire de stockage des fichiers de conventions et de regroupements normés** », (cf. Annexe 3)
- des données remontées par la fonction « Lecture Configuration » (cf. Annexe 1-C).

Le progiciel doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé d'activer ou de désactiver la saisie de prestations CCAM, se cumulant avec la saisie de prestations NGAP.

Le progiciel doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé d'activer ou de désactiver globalement les services de tarification complémentaire et de la liste d'opposition.

Si la liste d'opposition est activée, le progiciel doit offrir au Professionnel de Santé, la visualisation du nom de sa « **boîte aux lettres Opposition** » si différente de la « boîte aux lettres SESAM-Vitale » de facturation.

4.1.2.3 Les modules SESAM-Vitale

Les progiciels agréés par l'Assurance Maladie intègrent les modules SESAM-Vitale fournis par les organismes d'Assurance Maladie.

Les modules SESAM-Vitale :

- sont mis gratuitement à disposition des sociétés éditrices de progiciels pour Professionnels de Santé par l'Assurance Maladie.
- proposent une interface d'accès afin d'isoler au maximum les progiciels des Professionnels de Santé des évolutions de SESAM-Vitale (changement du masque de la carte Vitale, modification de la norme d'échange ou des mécanismes de sécurité, etc.).
- ne sont pas autonomes. Ils s'exécutent sous le contrôle du progiciel du Professionnel de Santé qui est l'application maître.
- regroupent les modules de facturation (constitution et sécurisation de la facture), et les modules de tarification :
 - les modules de facturation regroupent le module SSV : Services SESAM-Vitale et le logiciel lecteur. Ils permettent l'accès aux cartes Vitale et Professionnel de Santé pour la création et la sécurisation des factures électroniques. Les SSV doivent être utilisés par tous les progiciels élaborant des flux SESAM-Vitale,
 - les modules de tarification regroupent le module SRT : Services de Réglementation et Tarification pour la tarification des actes CCAM. Les SRT doivent être utilisés par tous les progiciels des éditeurs de la famille des prescripteurs,
 - les modules de tarification regroupent les modules STS : Services de Tarification Spécifiques pour la part complémentaire. Les STS doivent être utilisés par tous les progiciels élaborant des flux SESAM-Vitale.

Le présent document contient les spécifications d'utilisation des Services SESAM-Vitale (SSV), des Services de Réglementation et Tarification (SRT) et des Services de Tarification Spécifiques (STS).

Les modules SESAM-Vitale sont accompagnés chacun d'un manuel de programmation. Ce manuel de programmation est un document de référence pour la mise en œuvre du module et donne par rapport au Cahier des Charges des précisions techniques complémentaires pour faciliter l'intégration des Fournitures SESAM-Vitale au sein du progiciel du Professionnel de Santé.

Par ailleurs, les progiciels du Professionnel de Santé peuvent accéder aux services de la Carte de Professionnel de Santé via les modules « Services génériques CPS » fournis par le G.I.P. «CPS». Le présent document ne contient aucune spécification des « Services génériques CPS ».

4.2 Participation du Poste de Travail aux fonctions SESAM-Vitale

Cette section spécifie la participation du Poste de Travail du Professionnel de Santé (dans son ensemble) aux fonctions SESAM-Vitale définies au chapitre 3.

4.2.1 Élaboration d'une FSE et/ou d'une DRE (fonctionnement nominal)

4.2.1.1 Schéma d'élaboration de la FSE et/ou d'une DRE

Le schéma global d'élaboration des factures électroniques est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale ou Services en ligne	Périphériques
Acquisition des données relatives au Professionnel de Santé	→ ←	SSV – Lecture carte du PS (optionnelle pour chaque facture)	CPS
Sélection de la situation d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé (optionnelle)			
Acquisition des données relatives au bénéficiaire des soins à partir de la carte Vitale du support Vitale et d'un autre support de droits éventuel¹²	→ ←	Si support Vitale = Carte Vitale : SSV – Lecture droits Vitale Si support Vitale = ApCV : WS_ApCV – Demander l'authentification de l'utilisateur d'une ApCV	Carte VITALE et CPS dans le(s) lecteur(s) ApCV CPS
Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire (sélection du code couverture)		ADR - Acquérir les droits en ligne (obligatoire à l'usage d'une ApCV)	
Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part complémentaire	→ ←	Annuaire AMC	
Acquisition des informations relatives aux prestations Détermination du contexte du parcours coordonné de soins	→ ←	SRT – Consultation et Contrôles CCAM (conditionnels) ¹³ STS ¹⁴ – Assistance à la tarification complémentaire (optionnelle)	
Tarification de la part obligatoire	→ ←	SRT - Règles de tarification CCAM (conditionnelles) ¹⁵	
Contrôle complet CCAM	→ ←	SRT ¹⁶ - Contrôle complet CCAM (conditionnel)	
Tarification de la part complémentaire	→ ←	STS – Tarification complémentaire (conditionnelle)	
Constitution et sécurisation des FSE et DRE			

¹² Cette fonctionnalité peut être exécutée plus en amont dans le processus d'élaboration de la facture.

¹³ Uniquement si un acte CCAM est présent dans la facture.

¹⁴ Ce service peut être appelé par le Professionnel de Santé dès que le numéro de Mutuelle ou le numéro d'AMC est connu ou que le patient bénéficie d'une **CMU complémentaire C2S**.

¹⁵ Uniquement si un acte CCAM est présent dans la facture.

¹⁶ Uniquement si un acte CCAM est présent dans la facture.

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale ou Services en ligne	Périphériques
Attribution d'un N° facture ¹⁷			
Contrôle de cohérence des données d'identification			
Sauvegarde des données de la facture			
Mise en forme et sécurisation facture	→ ←	SSV- Mise en forme et sécurisation Facture	Carte VITALE et CPS dans le(s) lecteur(s)
Mise en forme de la facture	→ ←	SSV- Mise en forme Facture	
Chiffrement de la facture	→ ←	SSV- Chiffrement Facture	
Sécurisation Signature Vitale de la facture	→ ←	Si support Vitale = Carte Vitale : SSV- Sécurisation Signature Vitale de la Facture	Carte VITALE et CPS dans le(s) lecteur(s)
	→ ←	Si support Vitale = ApCV : SSV - Calculer l'empreinte de la Facture WS_ApCV – Demander la signature Vitale de la Facture SSV - Ajouter la signature dans la Facture	CPS
Sécurisation Signature CPS de la facture	→ ←	SSV- Sécurisation Signature CPS de la Facture	CPS Carte VITALE et CPS dans le(s) lecteur(s)
Limitation des doublons			
Sauvegarde des factures sécurisées			
Finalisation de la facture			
Quittance pour l'assuré (optionnel)			Imprimante (optionnel)
Bon d'examen ¹⁸			
Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier (cf. 3.2.8.3)			
Bordereau récapitulatif des ordonnances ¹⁹			

Changement des éléments de facturation

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

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

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

¹⁷ Le numéro de la facture doit être unique, quel que soit le mode de sécurisation. Le numéro de facture est une partie de l'identifiant facture.

¹⁸ Pour les laboratoires d'analyses biologiques et les anatomo-cyto-pathologistes

¹⁹ Pour les pharmaciens, les laboratoires d'analyse de biologie médicale, les auxiliaires médicaux et les fournisseurs

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

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

En gestion séparée, un changement de type de service AMC (de TP en HTP ou vice-versa) doit conduire le progiciel à refaire la recherche de la convention applicable. Le changement de type de service n'est possible que si l'indicateur de traitement valorisé l'autorise (indicateur = « 3x »).

En gestion unique, un passage de TP AMC en HTP AMC doit entraîner une mise en forme de la facture sans informations relatives à la part complémentaire. Un passage de HTP AMC en TP AMC doit conduire le progiciel à faire la recherche de la convention applicable.

Actes en série

Lorsque le Professionnel de Santé crée une facture récapitulant plusieurs actes, le schéma général décrit précédemment s'applique en renseignant dans la facture tous les actes réalisés pour la série.

4.2.1.2 Acquisition des données relatives au Professionnel de Santé

4.2.1.2.1 Données issues de la CPS

Le progiciel du Professionnel de Santé a besoin de collecter des informations relatives au Professionnel de Santé contenues dans sa carte :

- son identification,
- sa (ses) situation(s) d'exercice et de facturation au regard de l'AMO. Pour les centres de santé, et les fournisseurs les informations conventionnelles sont contenues sur les postes de travail ou serveurs.

Dans le cas où la Carte de Professionnel de Santé posséderait plusieurs situations d'exercice et de facturation, le progiciel doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé de sélectionner la situation d'exercice et de facturation appropriée.

Dans l'annexe 1-A, il est décrit dans quelle mesure le progiciel du Professionnel de Santé peut obtenir ces informations par lecture de la Carte de Professionnel de Santé.

Il n'est pas imposé une lecture systématique (c'est-à-dire pour chaque facture électronique) de la Carte de Professionnel de Santé ; en d'autres termes, le progiciel du Professionnel de Santé peut, par exemple, lire une première fois la carte et réutiliser l'information autant de fois que désiré.

Les principes de saisie du code porteur sont les suivants :

- lorsqu'une Carte de Professionnel de Santé est insérée dans le lecteur et que le code porteur n'a pas encore été saisi par le Professionnel de Santé, alors la première lecture nécessite de fournir ce code porteur,
- tant que cette même Carte de Professionnel de Santé n'est ni retirée du lecteur ni mise hors tension, toute lecture supplémentaire ne nécessite pas une nouvelle saisie du code porteur.

Le code porteur de la Carte Professionnel de Santé est fourni aux modules SESAM-Vitale :

- soit par le progiciel du Professionnel de Santé²⁰, quel que soit le type de lecteur utilisé,
- soit par saisie sur le clavier du lecteur SESAM-Vitale dans le cas où le progiciel du Professionnel de Santé ne le fournit pas (cas non permis actuellement avec des lecteurs PC/SC).

Les données de la CPS sont acquises par le lecteur et transmises au progiciel par les Services SESAM-Vitale. Les spécifications d'appel au module de lecture de la carte du Professionnel de Santé sont décrites dans l'annexe 1-A.

4.2.1.2.2 Données paramétrées sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé

Certaines données relatives au Professionnel de Santé nécessaires à l'élaboration de la facture non présentes en CPS doivent être renseignées par le Professionnel de Santé au minimum une fois au préalable de la constitution des factures (ces données peuvent être mémorisées sur le poste). (Cf. Annexe 1 –A)

4.2.1.3 Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins

Le progiciel du Professionnel de Santé peut acquérir les informations d'identification relatives au bénéficiaire des soins à partir d'un des supports Vitale : la carte Vitale ou l'ApCV.

Le Professionnel de Santé sélectionne le bénéficiaire des soins (cas d'un support familial comportant plusieurs bénéficiaires).

Le progiciel du Professionnel de Santé peut acquérir les informations de droits relatives au bénéficiaire des soins à partir d'un des supports de droits AMO suivants : la carte Vitale ou le service ADR. ~~Le Professionnel de Santé sélectionne le bénéficiaire des soins si nécessaire à la lecture de la carte Vitale (cas d'une carte familiale comportant plusieurs bénéficiaires).~~

Les informations collectées, ~~à partir du support de droits AMO~~, sont :

- identification du bénéficiaire,
- régime d'appartenance et Organisme d'Assurance Maladie Obligatoire dont dépend le bénéficiaire,
- droits du bénéficiaire²¹ à l'Assurance Maladie Obligatoire,
- organisme d'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire,
- droits du bénéficiaire à l'Assurance Maladie Complémentaire.

Dans l'annexe 1-A, il est décrit comment le progiciel du Professionnel de Santé obtient ces informations par la lecture de la carte Vitale ou par l'acquisition d'un contexte ApCV.

L'acquisition des données à partir du service ADR est décrite dans la documentation spécifique du service.

Le progiciel doit permettre l'acquisition des données de tout autre support de droits présenté par l'assuré.

²⁰ Le progiciel du Professionnel de Santé ne doit pas mémoriser le code porteur de la Carte Professionnel de Santé.

²¹ Les informations relatives à une exonération de ticket modérateur issues du support de droits AMO ne sont accessibles qu'aux professionnels, établissements de santé. Cet accès nécessite l'emploi d'une carte de Professionnel de Santé (CPS ; CPE, CDE, CPF).

Choix du support Vitale

Le progiciel détermine le support Vitale présenté par le bénéficiaire des soins au Professionnel de Santé et utilisé pour l'acquisition des informations du bénéficiaire des soins : la carte Vitale ou l'ApCV.

La mixité des données entre supports Vitale n'est pas autorisée. Si en cours de facturation, le Professionnel de Santé change de support Vitale, cela entraîne la perte des données précédemment acquises et la reprise de l'acquisition des informations du bénéficiaire des soins.

Acquisition des informations avec la Carte Vitale

Après lecture de la carte Vitale, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de visualiser le contenu des informations de la carte Vitale.

Le progiciel doit par ailleurs afficher que les données proviennent de la carte Vitale.

L'affichage des données en zone Mutuelle et des données en zone AMC de la carte Vitale n'est effectué que si aucune information en provenance d'un autre support de droits AMC n'a été acquise auparavant, hors base patient (cf. § 4.2.1.3.2 décrivant les règles d'acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins pour la complémentaire).

Date de validité de la carte Vitale

Lorsque la date de fin de validité de la carte Vitale est dépassée, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé l'élaboration de facture uniquement en mode de sécurisation SESAM-Vitale dégradé. La lecture de la carte Vitale et la sécurisation des factures sont interdites.

Carte Vitale en opposition

Le progiciel, pour les spécialités concernées, doit avertir le Professionnel de Santé dès lors que la carte est présente dans la liste d'opposition et empêcher la création de flux vers les organismes d'Assurance Maladie.

Carte Vitale non authenticifiée

Lorsque la carte Vitale est détectée non authentique, le progiciel informe le Professionnel de Santé que la carte n'est pas authentifiée. La réalisation d'une FSE et/ou d'une DRE est impossible à partir des données de cette carte Vitale.

Acquisition des informations avec l'ApCV

Après acquisition d'un contexte ApCV, le progiciel permet au Professionnel de Santé de visualiser le contenu des informations du contexte ApCV.

Le progiciel affiche par ailleurs que les données proviennent de l'ApCV.

L'appel au service en ligne ADR est systématique après la sélection du bénéficiaire des soins.

**Date de fin de
validité du
contexte ApCV**

Lorsque la date de fin de validité du contexte ApCV est dépassée, le progiciel informe le Professionnel de Santé qu'il ne peut pas réaliser de flux signé avec l'ApCV et lui propose une nouvelle demande d'authentification de l'utilisateur de l'ApCV.

**ApCV en
opposition**

La validité d'un contexte ApCV vaut pour contrôle d'opposition de l'ApCV liée à ce contexte ApCV. Le progiciel n'utilise pas la liste d'opposition à l'usage d'une ApCV.

**Dysfonctionne-
ments à l'usage
d'une ApCV**

Dans le cas où :

- la demande d'authentification de l'utilisateur de l'ApCV ne retourne pas de réponse ou la réponse est une erreur ;
- et/ou ADR ne retourne pas de réponse ou la réponse est une erreur

le progiciel informe le Professionnel de Santé qu'il ne peut pas réaliser de flux signé avec l'ApCV et lui propose de reprendre le processus d'acquisition des informations du bénéficiaire des soins à partir d'un autre support.

4.2.1.3.1 Acquisition des informations de droits relatives au bénéficiaire des soins pour la part obligatoire

**Acquisition des
informations de
droits**

Le progiciel du Professionnel de Santé permet l'acquisition des informations de droits relatives à l'Assurance Maladie Obligatoire à partir des informations issues du support de droits AMO (carte Vitale ou service ADR) et/ou la saisie à partir de tout autre support de droits éventuel présenté par l'assuré.

Les données concernant la part obligatoire acquises avec le service ADR prévalent sur les informations issues de la carte Vitale et de tout autre support de droits (hors réglementation AT).

Le progiciel doit mémoriser le type de support de droits utilisé pour l'acquisition des informations sur le bénéficiaire des soins (Carte Vitale, service ADR, ...) et utilisé pour la facture (cf. Annexe 1-A0 – Groupe 1420 – Groupe Identification de pièce justificative AMO).

**Déclaration du
Médecin
Traitant**

L'information de la déclaration d'un Médecin traitant par le bénéficiaire des soins est éventuellement présente dans le support de droits AMO.

Dès lors que cette information est connue, le Progiciel doit l'afficher au Professionnel de Santé.

Cet affichage concerne tout type de progiciel, indépendamment de la ou des familles de Professionnel de Santé auxquelles il s'adresse.

**Droits aux
Soins Médicaux
Gratuits**

Les droits aux SMG ne sont pas contrôlés par le progiciel. Ils sont induits par le choix du Professionnel de Santé de la nature d'assurance SMG.

4.2.1.3.2 Acquisition des informations de droits relatives au bénéficiaire des soins pour la complémentaire**4.2.1.3.2.1 Gestion séparée, gestion unique**

Les organismes gérant uniquement la part complémentaire pour un assuré sont appelés dans ce document organismes en mode de gestion séparée.

Les organismes gérant à la fois les parts obligatoire et complémentaire pour un assuré sont appelés dans ce document *organismes en mode de gestion unique*.

4.2.1.3.2.2 Acquisition des informations de droits

Le progiciel du Professionnel de Santé permet la saisie et/ou l'acquisition des informations de droits relatives à l'Assurance Maladie Complémentaire à partir des informations contenues dans la carte Vitale, acquises avec le service ADR ou à partir de tout autre support de droits éventuel présenté par l'assuré. Les données complémentaires peuvent aussi être récupérées à partir d'un fichier patient du poste du Professionnel de Santé.

Tout support de droits complémentaires, **présenté ou choisi** par le bénéficiaire des soins, prévaut sur le contenu complémentaire de la carte Vitale ou du service ADR.

Dans ce cadre,

- les informations acquises avec une carte Vitale, le service ADR ou un autre support de droits AMC priment sur les données d'un fichier patient,
- les informations complémentaires d'un organisme en gestion unique acquises avec le service ADR priment sur les données complémentaires en gestion unique de la carte Vitale ou d'un fichier patient,
- si le patient présente un support de droits d'un AMC différent de celui de la carte Vitale ou de la réponse du service ADR, le progiciel doit effacer les données complémentaires précédemment acquises et reprendre le processus d'acquisition des données à partir du support de droits présenté. Dans cette hypothèse, aucune des données précédemment acquises ne doit être utilisée.
- le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de modifier la période de droits complémentaire issue de la carte Vitale. En gestion unique, il doit également permettre de modifier le champ « garantie effective ».

Le progiciel doit déterminer s'il est en présence d'un organisme complémentaire en gestion séparée ou en gestion unique puis mémoriser le type de support de droits présenté par l'assuré (carte Vitale, service ADR, attestation papier...) et utilisé pour la facture (cf. Annexe 1-A0 – Groupe 1321 – Groupe Organisme Complémentaire).

Le Professionnel de Santé détermine visuellement si l'attestation est délivrée par un AMO ou par un AMC.



Remarque : En nature d'assurance SMG, aucun traitement concernant la part complémentaire n'est effectué : l'ensemble de ces informations est ignoré par le progiciel.

Acquisition à partir d'une carte Vitale

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'acquérir automatiquement les données de la complémentaire à partir de la carte Vitale.

Les règles d'acquisition et de détermination du mode de gestion (gestion unique ou gestion séparée) sont définies dans l'annexe 1-A « Lecture Droits Vitale ».

Acquisition à partir du service ADR

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'acquérir automatiquement les données de la complémentaire en gestion unique à partir du service ADR.

Les règles d'acquisition sont décrites dans la documentation spécifique au service ADR.

Acquisition des droits complémentaires en gestion unique à partir du support de droits (délivré par un AMO ou un organisme complémentaire)

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé d'acquérir les données de la complémentaire à partir d'une attestation papier délivrée par un AMO ou un AMC.

La complémentaire portée sur l'attestation papier peut être identifiée par un « MUTNUM » ou un numéro d'organisme complémentaire.

La saisie des informations relatives à l'organisme complémentaire peut être réalisée soit au fur et à mesure des étapes du processus de facturation, soit en une seule fois.

Le système de facturation doit permettre la saisie de toutes les données décrites pour la lecture <<de la carte Vitale>> à l'exception des données « Zone commune complémentaire ». L'ensemble de ces données n'est pas systématiquement présent sur ce support.

Acquisition à partir d'une attestation papier AMC

~~La saisie peut être réalisée à partir d'une attestation papier d'un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire.~~

Sauf mention particulière, la complémentaire est en gestion séparée si l'attestation papier présentée par l'Assuré est délivrée par un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire.

Le Professionnel de Santé identifie que la complémentaire est en gestion unique si l'attestation papier délivrée par l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire comporte la mention « RO » dans le champ « type de convention » ~~comporte au moins l'une des mentions suivantes :~~

- ~~• Mention « GESTION UNIQUE » ou autre mention équivalente interprétée par le Professionnel de Santé~~
- ~~• Type de convention « RO »~~

~~La saisie des informations relatives à l'organisme complémentaire peut être réalisée soit au fur et à mesure des étapes du processus de facturation, soit en une seule fois.~~

Le progiciel doit permettre la saisie de toutes les données décrites pour la lecture des droits Vitale à l'exception des données « Zone commune complémentaire ». L'ensemble de ces données n'est pas systématiquement présent sur ce support.

Acquisition à partir d'une attestation papier AMO

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'acquiescer les données de la complémentaire à partir d'une attestation papier délivrée par un AMO indiquant le contenu de la carte Vitale.

Le Professionnel de Santé peut déterminer s'il est en présence d'un organisme en gestion unique si une complémentaire est renseignée sur l'attestation papier.

La complémentaire portée sur l'attestation papier peut être identifiée par un « MUTNUM » ou un numéro d'organisme complémentaire.

Un « MUTNUM » comporte toujours 8 caractères.

Un numéro qui comporte 9 caractères est un numéro d'organisme complémentaire.

Acquisition à partir d'un fichier patient

Le progiciel peut utiliser les données d'un fichier patient afin d'optimiser le processus de facturation.

Détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique

La détermination des identifiants de la complémentaire en gestion unique (MUTNUM et N° AMC) se déroule en fonction de l'identifiant présent sur le support et s'appuie sur une table de correspondance lorsque les deux identifiants ne sont pas présents sur le support.

Données de la table de correspondance

Les données contenues dans la table de correspondance sont :

- Le MUTNUM,

Cette donnée peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec la donnée issue de la carte Vitale ou d'un autre support éventuel.

- Le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre),

Cette donnée peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec les données issues de la carte Vitale ou d'un autre support éventuel. Le code régime est toujours renseigné.

- Le numéro d'organisme complémentaire,

- Le libellé de l'organisme complémentaire,

- Eventuellement d'autres données utiles, mises à disposition du Professionnel de Santé pour lui permettre de mettre à jour, au fil de l'eau, sa table des conventions. Ces données seront fournies dans le fichier de correspondance normé.

Les critères d'accès à la table de correspondance sont :

- Le MUTNUM,

- Le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre).

Mise à jour de la Table de correspondance

- Le progiciel doit permettre de mettre à jour la table de correspondance à partir du fichier normé fourni par les organismes d'Assurance Maladie. Ce fichier normé annule et remplace la table de correspondance contenue sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé.
- Le Professionnel de Santé peut visualiser la table de correspondance mais ne peut pas la modifier.

Dans l'annexe 1-A, il est décrit comment le progiciel du Professionnel de Santé détermine ces identifiants.

Détermination du type de convention en gestion unique

En gestion unique, le type de convention est égal à « RO ».

4.2.1.3.2.3 Détermination de la date de référence pour la prise en compte de la part complémentaire

Le progiciel doit prendre la date utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO pour contrôler l'ouverture des droits sur la part complémentaire présents sur le support de droits AMC (les règles de détermination de la date à prendre en compte pour la tarification complémentaire sont identiques à celles définies dans l'annexe 2 du Cahier des Charges servant à déterminer le taux de remboursement pour la part AMO).



Cas particulier d'une facture en gestion séparée élaborée par un Professionnel de Santé de la famille « Pharmaciens », « Fournisseurs » ou « Auxiliaires Médicaux en cas de traitements en série » :

Pour contrôler l'ouverture des droits sur la part complémentaire, le progiciel d'un Professionnel de Santé de la famille « Pharmaciens », « Fournisseurs » ou « Auxiliaires Médicaux » dans le cas de traitements en série, doit :

- utiliser par défaut la date d'exécution de l'acte (date de délivrance pour les médicaments, date de délivrance ou de début de location pour les dispositifs médicaux, date d'exécution de chaque acte en cas de traitement en série),
- permettre au Professionnel de Santé de sélectionner une autre date : la date de prescription ou la date de facturation. Cette sélection, peu fréquente, ne constitue pas un forçage (pas d'indicateur de forçage positionné dans la facture).

Ces règles s'appliquent pour les factures élaborées en Tiers Payant ou en hors Tiers Payant.

4.2.1.3.2.4 Contrôle de l'ouverture des droits complémentaires avec possibilité de forçage

Contrôler l'ouverture des droits à la date de référence pour la prise en compte de la part complémentaire

Le progiciel du Professionnel de Santé vérifie l'ouverture des droits du bénéficiaire à partir des données lues sur le support :

- Dans le cadre d'une gestion unique :
 - garanties effectives,

- date de début droits Mutuelle,
- date de fin droits Mutuelle.
- Dans le cadre gestion séparée :
 - date de début de validité des données,
 - date de fin de validité des données.



Cas particuliers des traitements en série effectués par un Professionnel de Santé de la famille Auxiliaire Médicaux en gestion séparée

- si la date de référence complémentaire est la date d'exécution et si cette dernière est en dehors de la période de droits, alors le progiciel affiche le message suivant au Professionnel de Santé :

« Vérifiez les droits de la complémentaire ou fractionnez votre facturation »
- si la date de référence complémentaire est la date de prescription et si cette dernière est en dehors de la période de droits, alors le progiciel affiche le message suivant au Professionnel de Santé :

« La date de prescription est hors période de la validité des droits de la complémentaire : vérifiez que le bénéficiaire n'a pas changé de complémentaire »



Cas d'erreur : droits non ouverts

Si les droits ne sont pas ouverts, le Professionnel de Santé a la possibilité soit de forcer les dates d'ouverture des droits soit d'abandonner la transmission des informations relatives à la complémentaire.

4.2.1.3.2.5 Acquisition de la référence de la réponse de prise en charge

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'acquérir la référence de la «réponse de prise en charge» inscrite sur la « réponse de prise en charge » sur la part complémentaire.

4.2.1.3.3 Situations particulières du bénéficiaire des soins

Le progiciel doit identifier la situation particulière à la date de référence identique à celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (les règles de détermination de la date de référence sont identiques à celles définies dans l'annexe 2 du Cahier des Charges servant à déterminer le taux de remboursement pour la part AMO).



Cas particulier des prestations pharmaceutiques et des dispositifs de la LPP pour les droits à la CMU-C C2S et à l'ACS :

Pour la CMU-C C2S et l'ACS, en ce qui concerne les prestations pharmaceutiques (type de nomenclature = « Frais PH » cf. Annexe 2 – Table 1) et les dispositifs de la LPP (type de nomenclature = « LPP » cf. Annexe 2 – Table 1), il convient de retenir la date de délivrance comme date de référence.



Remarque : En cas de nature d'assurance SMG, il y a lieu d'ignorer toute situation particulière du bénéficiaire des soins.

4.2.1.3.3.1 **CMU Complémentaire Santé Solidaire (C2S)**

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits du bénéficiaire des soins au regard de la **CMU-C C2S**.

Le progiciel informe le Professionnel de Santé si le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de la **CMU Complémentaire santé solidaire** gérée par :

- un AMO (gestion unique) ; dans ce cas, le progiciel affiche à l'écran la mention « **CMU** complémentaire **santé solidaire** gérée par le régime obligatoire ».
- un AMC en convention de gestion avec un AMO (gestion unique), dans ce cas, le progiciel affiche à l'écran la mention « **CMU** complémentaire **santé solidaire** gérée par un organisme en gestion unique ».
- un AMC (gestion séparée) ; dans ce cas le progiciel affiche à l'écran la mention « **CMU** complémentaire **santé solidaire** – transmission directe possible » si des données sont présentes dans la zone AMC, sinon, le progiciel affiche à l'écran « **CMU** complémentaire **santé solidaire** – éventuelle attestation complémentaire pour transmission directe ».

Les règles d'identification et de détermination des différentes situations sont décrites dans l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges.

L'indicateur de traitement AMC ne permet pas, pour le progiciel, l'identification d'un bénéficiaire de la **CMU-C C2S**. Cette identification s'effectue à partir de l'attestation **CMU-C C2S** délivrée par l'AMO, ou des données issues du support de droits AMO (code service AMO bénéficiaire ou zone mutuelle).

Si une situation de **CMU-C C2S** est identifiée à partir des informations du support de droits AMO, en priorité selon le « code service AMO bénéficiaire ». La période de validité des droits est alors déterminée à partir des dates « début et fin service AMO bénéficiaire ».

En l'absence de « code service AMO bénéficiaire », la situation est identifiée à partir de l'identification mutuelle (informations contenues dans la zone mutuelle). La période de validité des droits est déterminée à partir des dates mentionnées dans cette zone.

Dans le cas d'une gestion séparée, les dates de validité de la zone AMC ou du support **de droits** AMC doivent être utilisées uniquement pour déterminer la période de télétransmission directe possible vers l'AMC (Cf. Annexe 1-A Fonction lecture Droits Vitale).

Pendant cette période, le progiciel doit proposer la télétransmission directe vers l'AMC.

En dehors de cette période ou si le Professionnel de Santé refuse la transmission directe, il doit proposer le Tiers Payant Coordonné que l'on peut assimiler à un mode de gestion unique.



Cas particulier pour la « réponse de prise en charge » complémentaire

En **C2S CMU Complémentaire**, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de renseigner la référence de la réponse de prise en charge de façon facultative : elle est présente sur la « réponse de prise en charge » envoyée par l'organisme complémentaire, elle n'existe pas sur l'accord de devis renvoyé par l'AMO.

4.2.1.3.3.2 Sortants de CMU Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits du bénéficiaire des soins au regard du dispositif de sortant de CMU-C C2S.

Le progiciel affiche alors à l'écran la mention « Sortant de Complémentaire Santé Solidaire CMU complémentaire ».

Les règles d'identification et de détermination des différentes situations sont décrites dans l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges.

L'indicateur de traitement AMC ne permet pas, pour le progiciel, l'identification d'un bénéficiaire sortant de la CMU-C C2S. Cette identification s'effectue à partir de l'attestation sortant de CMU-C C2S délivré par l'AMO, ou des données issues du support de droits AMO (code service AMO bénéficiaire ou zone mutuelle).

Si une situation de sortant de CMU-C C2S est identifiée à partir des informations du support de droits AMO : en priorité selon le « code service AMO bénéficiaire ». La période de validité des droits est alors déterminée à partir des dates « début et fin service AMO bénéficiaire ».

En l'absence de « code service AMO bénéficiaire », la situation est identifiée à partir de l'identification mutuelle (informations contenues notamment dans la zone mutuelle). La période de validité des droits est déterminée à partir des dates mentionnées dans cette zone.

4.2.1.3.3.3 Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits et la situation du bénéficiaire des soins au regard du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire.

Il doit afficher à l'écran la mention suivante, en fonction de la situation du bénéficiaire des soins au regard de l'ACS :

Mention à afficher	Situation du bénéficiaire au regard de l'ACS
« ACS TP Social AMO »	<p>Dans le cas d'un bénéficiaire d'ACS TP Social AMO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bénéficiaire du dispositif ACS Tiers Payant AMO n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire -Bénéficiaire du dispositif ACS Tiers Payant AMO ayant souscrit un contrat complémentaire non encadré
« TPI ACS A »	Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS A
« TPI ACS B »	Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS B
« TPI ACS C »	Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS C

Les règles d'identification sont décrites dans l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges.

Si le bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire est identifié à partir des informations du support de droits AMO, la période de validité des droits est déterminée à partir des dates début et fin service AMO bénéficiaire.

En l'absence de « code service AMO bénéficiaire », la situation est identifiée à partir de l'identification mutuelle (informations contenues dans la zone mutuelle). La période de validité des droits est déterminée à partir des dates mentionnées dans cette zone.

4.2.1.3.3.4 Aide Médicale d'Etat

AME

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits du bénéficiaire des soins au regard de l'aide médicale d'état.

Le progiciel affiche alors à l'écran la mention « AME ».

Les règles d'identification sont décrites dans l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges.

Cette identification s'effectue à partir des données acquises avec le service ADR et de l'attestation d'admission à l'aide médicale d'état.



Médicaments à faible service médical rendu (SMR)

Le décret N° 2015-120 paru au JO du 05/02/2015 et relatif à la prise en charge des frais de santé par l'Aide Médicale Etat, complète la liste des prestations non prises en charge pour les bénéficiaires de l'AME (décret N° 2011-1311 du 17/10/2011) pour y inclure les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible (médicaments remboursés à 15 %).

Cette non prise en charge des médicaments à faible service médical rendu (SMR) remboursés à 15 % concerne les bénéficiaires majeurs de l'Aide Médicale de l'ETAT (AME), qui doivent régler l'intégralité du prix du médicament, avec ou sans ordonnance.

La présentation au remboursement des produits précités, délivrés aux bénéficiaires majeurs de l'AME, ne sera plus acceptée. En conséquence, ces codes prestations ne doivent plus figurer sur une FSE.

Préconisation

Il est recommandé au LPS d'identifier cette situation particulière de facturation, à savoir la facturation pour un bénéficiaire de l'AME majeur, afin d'en informer le pharmacien et / ou de garantir l'absence de prestations à 15% sur la facture.

4.2.1.3.3.5 Migrants de passage

Les règles d'identification sont décrites dans l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges.

4.2.1.3.3.6 Autre situation de migrant

Les règles d'identification sont décrites dans l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges.

4.2.1.3.3.7 Victime d'Attentat

Le progiciel doit permettre au professionnel de santé, au vu de l'attestation « Victime d'Attentat » fournie par le Bénéficiaire des soins, d'indiquer que les soins facturés sont en lien avec des actes de terrorisme et que la facture concerne donc la situation particulière Victime d'Attentat.

Dans ce cas, le progiciel

- ignore les règles spécifiques aux autres situations particulières
- génère automatiquement les prestations de dépassements s'il y a lieu
- Propose le tiers payant (prise en charge intégrale)
- envoi un flux unique vers l'AMO.

4.2.1.4 Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire***Restitution de plusieurs codes situations***

Dans ce contexte, lorsque l'application de la règle T1x (Cf. annexe 2) conduit à identifier plusieurs codes situations pour une même facturation, alors il convient d'élaborer une FSE et une DRE par code situation différent.

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

- lorsque l'évolution de la situation du bénéficiaire des soins est favorable,
- en cas de succession d'actes isolés facturés en fin de traitement par un prescripteur (exemples : séance de désensibilisation, succession d'actes dentaires isolés facturés sur une même FSE).
- en cas de réparation d'appareils relevant de la LPP et de délivrance en même temps de produit LPP ou de médicaments.
- pour les pédicures podologues en cas de facture comprenant des soins de pédicuries et des orthèses plantaires.

Date de fin de droits

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

Accès au tiers payant conditionné par la mise à jour de la carte**Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens :**

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

La date à prendre en compte pour examiner le droit au tiers payant est celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (définie dans l'annexe 2 du Cahier des Charges - Partie Détermination du taux de remboursement).

Si cette date est supérieure à la date de fin de la période de droits AMO présente en carte ou s'il n'y a pas de période de droits AMO remontée de la lecture de la carte, le progiciel doit informer le Professionnel de Santé que la carte n'est pas à jour. Le message à afficher est le suivant : « La carte Vitale doit être mise à jour. Dans le cas contraire, l'application du tiers payant AMO générera un forçage transmis dans la FSE. ».

Dans ce cas le tiers payant ne peut pas s'appliquer sans forçage. Pour bénéficier à nouveau du tiers payant sans forçage, le bénéficiaire doit effectuer la mise à jour de sa carte (cf. annexe 1-forçage de l'accès au tiers payant)

Ce principe s'applique pour toutes les situations d'accès au tiers payant y compris les situations particulières décrites ci-après.

Dans le cas où la « date de fin de droits AMO » est non renseignée (la date de début étant renseignée) l'accès au tiers payant n'est pas limité dans le temps.

Cette règle ne concerne pas :

- les factures en nature d'assurance SMG,
- les factures en contexte APIAS,
- les factures dont les informations du bénéficiaire des soins ont été acquises avec le service ADR.

Dans ces contextes, le Professionnel de Santé a la possibilité d'accorder à l'assuré le tiers payant sur la part obligatoire, indépendamment des droits AMO inscrits en carte.

Pour les Professionnels de Santé hors Pharmaciens :

L'accès au tiers payant AMO n'est pas limité par la date de fin de droits AMO, à l'exception des bénéficiaires « autre situation de migrant » et des bénéficiaires de soins adhérents à la Caisse des Français à l'Etranger.

Pour ces derniers, l'accès au tiers payant est interprété en fonction de l'information « date de fin droits AMO ». La date à prendre en compte pour examiner le droit au tiers payant est celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (définie dans l'annexe 2 du Cahier des Charges - Partie Détermination du taux de remboursement). Si cette date est supérieure à la date de fin de la période de droits AMO présente en carte, le tiers payant ne peut pas s'appliquer sans forçage (cf. annexe 1-forçage de l'accès au tiers payant).

Accès au tiers payant en nature d'assurance SMG

Le tiers payant sur la part obligatoire est fortement recommandée au Professionnel de Santé. A ce titre, le progiciel doit considérer par défaut la facture en « Tiers Payant AMO », le Professionnel de Santé pouvant toujours modifier cette information.

Situations particulières du bénéficiaire au regard de l'accès au tiers payant

- **CMU-C C2S**

Dans le cas où le progiciel identifierait un bénéficiaire de la **C2S CMU Complémentaire**, il doit proposer au Professionnel de Santé l'application du tiers payant sur la part obligatoire.

- **Sortants de CMU-C C2S**

Dans le cas où le progiciel identifierait un sortant de **C2S CMU-C**, il doit proposer au Professionnel de Santé l'application du tiers payant sur la part obligatoire.

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

- **Bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS)**

Dans le cas où le progiciel identifierait un bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire, il doit proposer l'application du tiers payant sur la part obligatoire :

- au Professionnel de Santé **médecin**, en situation de TP **Social** AMO, quelle que soit la situation au regard de la complémentaire (pas de contrat, contrat non encadré, contrat ACS encadré).
- à tous les Professionnels de Santé, dès lors que le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat ACS encadré (A, B, C) auprès d'une complémentaire (TP AMO)

La situation du bénéficiaire permet l'application du tiers payant sur la part obligatoire qui est conditionnée par :

- les dates de validité lues en zone service AMO bénéficiaire ou en zone Mutuelle du support de droits AMO ou lues sur l'attestation AMO ;
- le contexte de la facture : celle-ci doit être réalisée pour les natures d'assurance « Maladie » et « Maternité ».

- **AME**

Dans le cas où le progiciel identifie un bénéficiaire de l'AME, le progiciel doit proposer au Professionnel de Santé l'application du tiers payant sur les parts AMO et AMC.

Tiers payant réglementaire

En cas de Tiers Payant AMO réglementaire (cf. Annexe 2 -règle R29), le progiciel doit considérer par défaut la facture en « Tiers Payant AMO », le Professionnel de Santé pouvant toujours modifier cette information.

4.2.1.5

Détermination des informations administratives et de routage du contexte de facturation au regard de la complémentaire Détermination du contexte conventionnel au regard de la complémentaire

La recherche des informations administratives et de routage s'effectue :

- dans l'Annuaire AMC, en cas de gestion séparée (hors CMU-C C2S et ACS),
- dans la table des conventions, pour les autres cas ou si aucune réponse n'a été trouvée lors de la recherche via l'Annuaire AMC.

La présentation générale des tables de conventions est décrite ci-après.

L'acquisition du contexte de facturation au regard de la part complémentaire est décrite dans l'annexe 1 – A2.

4.2.1.5.1 Introduction aux tables de regroupement et de conventions

Un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire, un organisme d'Assurance Maladie Obligatoire ou un organisme mandaté par un ou plusieurs AMC peuvent signer des conventions d'échanges pour la complémentaire avec les Professionnels de Santé ou leurs représentants. Dans certains cas, une même convention concerne plusieurs organismes d'Assurance Maladie Complémentaire, il est question de « regroupement » ou de « convention groupée ».

Une convention est signée par « l'organisme signataire de la convention » et fixe notamment le cadre des échanges.

Le progiciel du Professionnel de Santé, pour les flux SESAM-Vitale du présent Cahier des charges, ne doit permettre la prise en compte de la complémentaire que s'il existe une convention passée avec la complémentaire du bénéficiaire et que si cette convention est applicable à son contexte de facturation.

Ce chapitre explique comment est réalisée la recherche de la convention applicable par le Professionnel de Santé dans le contexte de facturation, pour le patient auquel il s'adresse, et pour l'organisme complémentaire qui le couvre.

Cette recherche se fait dans une « table des conventions » dans laquelle le Professionnel de Santé inscrit pour chaque convention signée, toutes les propriétés de cette convention.

Dans la suite du document, on appellera table des conventions, la liste des données conventionnelles utilisées pour ce Cahier des charges.

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

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

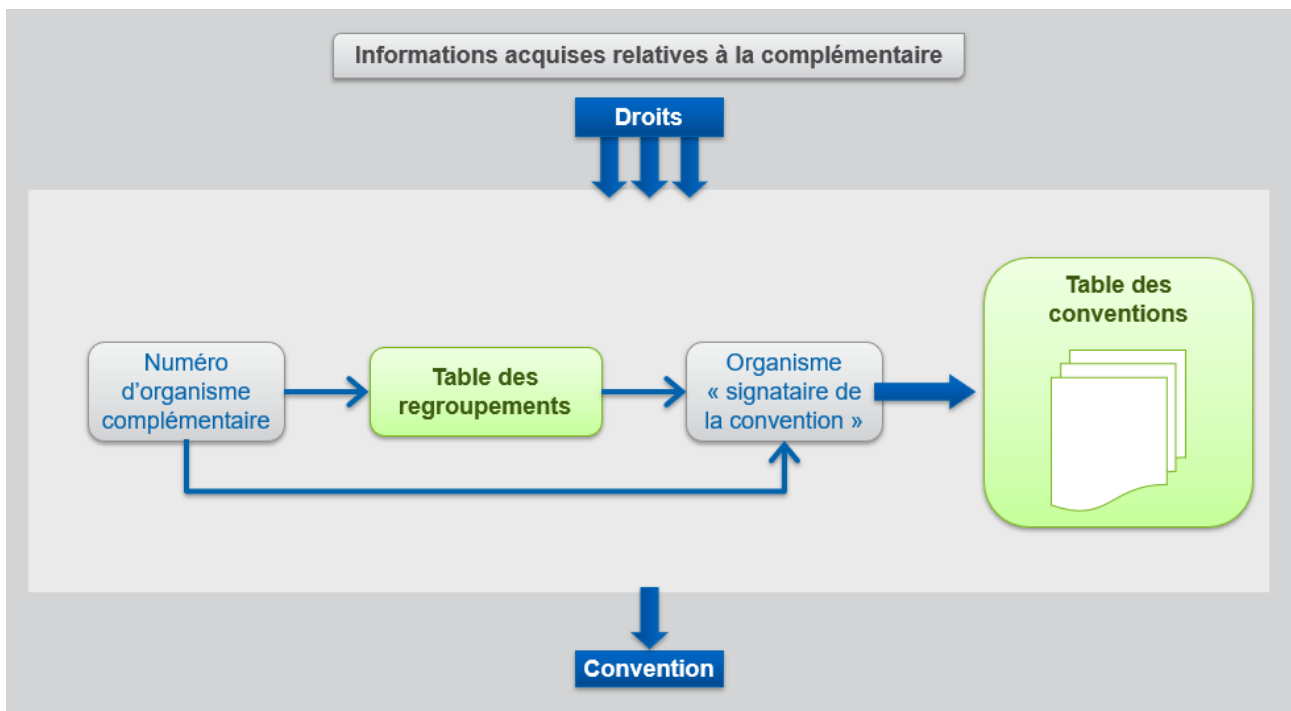
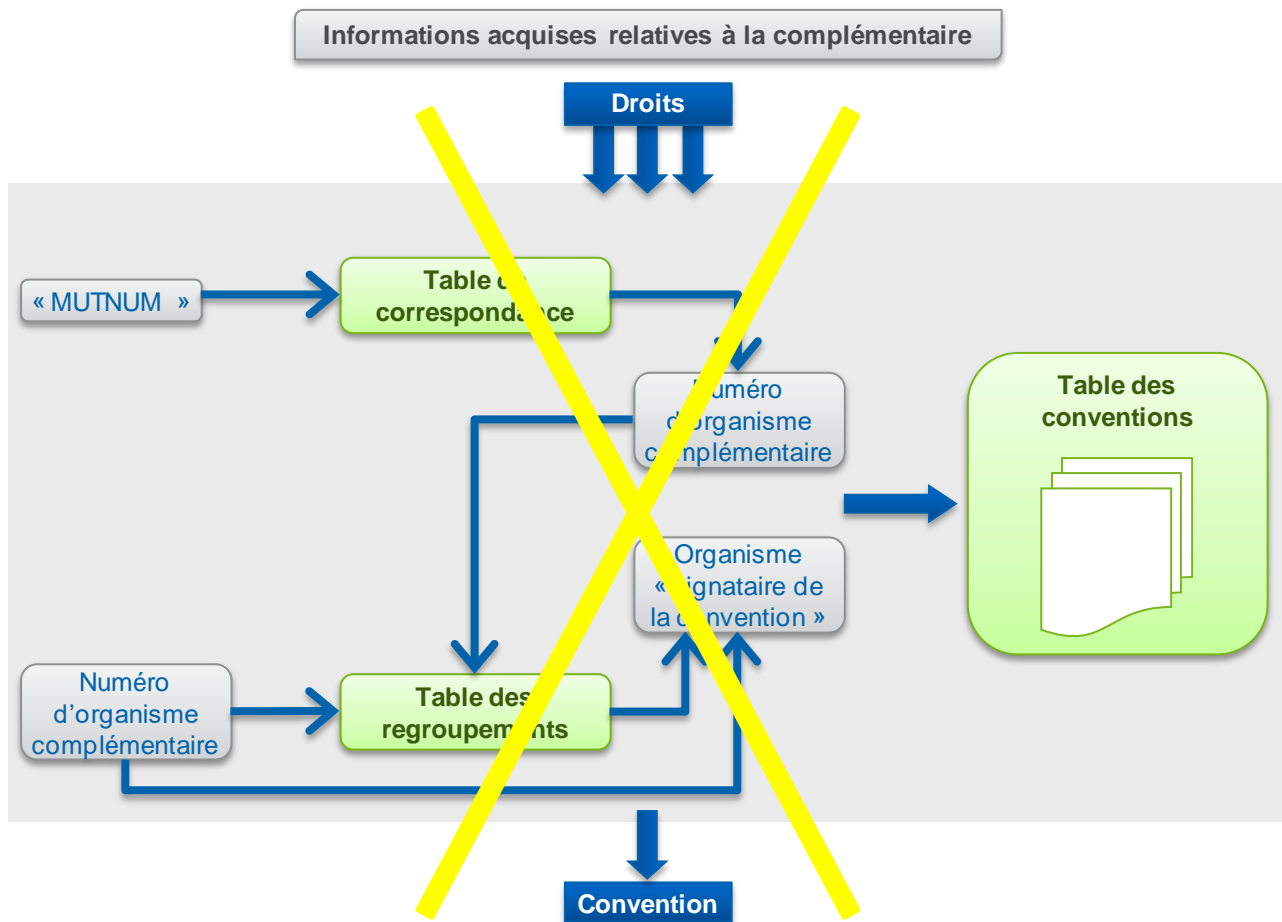
- en gestion séparée, les conventions de télétransmission en tiers payant ou en hors tiers payant,
- en gestion unique, les conventions de tiers payant (la télétransmission des informations relatives à la complémentaire est couverte par la télétransmission de la FSE).

Afin de faciliter la recherche de la convention applicable dans la table des conventions, les organismes d'Assurance Maladie fournissent aux éditeurs **une** **deux** listes de données que l'on appelle tables dans la suite du document.

La Les tables fournies est la sont les suivantes :

- ~~une table de correspondance permettant d'identifier le numéro d'organisme complémentaire en cas de gestion unique,~~
- une table de regroupement permettant d'identifier l'organisme signataire de la convention dans le cas d'une convention regroupant plusieurs complémentaires (cette table peut être la matérialisation d'une liste d'organismes complémentaires fournie en annexe d'une convention).

Le schéma ci-dessous présente l'utilisation des différentes tables :



CMU-C C2S

En gestion unique, le progiciel ne recherche pas le contexte conventionnel.

En gestion séparée, le progiciel suit le processus de recherche du contexte conventionnel. Ce processus porte uniquement sur la transmission directe des informations et non sur le tiers payant.

AME

Le progiciel ne recherche pas le contexte conventionnel, la facture est nécessairement en gestion unique, et il ne faut pas utiliser les tables de convention.

Bénéficiaires de l'ACS

Pour les factures élaborées selon le dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO », le système de facturation ne recherche pas le contexte conventionnel.

Dans les autres cas, le progiciel suit le processus de recherche du contexte conventionnel.

4.2.1.5.2 Détermination du service ouvert pour l'assuré par la complémentaire

Le progiciel identifie les services que l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire propose dans le cadre de SESAM-Vitale au bénéficiaire des soins, par l'analyse de l'indicateur de traitement renseigné sur le support utilisé ou par l'interprétation d'une mention indiquant le service ouvert pour l'assuré.

L'indicateur de traitement permet de préciser les traitements possibles acceptés par l'AMC pour cet assuré : tiers payant seul, hors tiers payant seul, tiers payant ou hors tiers payant.

● **Gestion séparée**

Le tableau ci-dessous récapitule le service ouvert à l'assuré en fonction de la valeur de l'indicateur de traitement (première position de l'indicateur de traitement) :

Valeur de la première position de l'indicateur de traitement	Service ouvert pour l'assuré
1	Hors tiers payant
2, 6, 7	Tiers Payant
3	Tiers Payant ou Hors tiers payant
0	Pas de DRE possible

Dans le cadre de la présentation d'une attestation papier, c'est l'indicateur d'usage de l'attestation présent dans la table des conventions qui permet de renseigner les données SESAM-Vitale (en particulier l'indicateur de traitement).

- Si l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 0 », c'est la valeur de l'indicateur de traitement mentionnée sur l'attestation qui est prise en compte. Si l'indicateur de traitement n'est pas présent, le progiciel doit le valoriser automatiquement à « 00 ».
- Si l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 1 », le progiciel doit valoriser automatiquement l'indicateur de traitement à « 32 ».

● **Gestion unique**

Le tableau ci-dessous récapitule le service ouvert à l'assuré en fonction de la valeur de l'indicateur de traitement quand il est renseigné :

Valeur de l'indicateur de traitement	Service ouvert pour l'assuré
00	Pas de transmission d'information complémentaire
01,02, 62, 71	Tiers Payant

Dans l'hypothèse où l'indicateur de traitement n'est pas restitué dans les informations issues de la lecture de la carte Vitale ou du service ADR, le progiciel doit proposer un tiers payant sur la part complémentaire et valoriser l'indicateur de traitement à 01.

CMU-C

Le progiciel doit proposer le tiers payant sur la part complémentaire.

Dans un contexte de CMU-C, le Tiers Payant Coordonné doit toujours être possible.

En Tiers Payant Coordonné, le progiciel doit renseigner l'indicateur de traitement à « 62 ».

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

Lorsque le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat ACS encadré (A, B, C), chez le Professionnel de Santé hors opticien et audioprothésiste et hors prestations d'optique et d'audioprothèse, si la facture est élaborée selon le dispositif « TPI ACS – Paiement coordonné par l'AMO », le progiciel doit renseigner l'indicateur de traitement à « 62 ». Les prestations d'optique ou d'audioprothèse sont identifiées par leur groupe fonctionnel général valorisé à « optique » ou « audioprothèse » cf. Table 1 de l'annexe2.

Dans tous les autres cas, le service ouvert pour l'assuré par la complémentaire est déterminé selon le processus standard SESAM-Vitale.

4.2.1.5.3 Recherche de la convention applicable

Pour éclairer l'utilisation des tables de correspondance, des regroupements et des conventions, les objectifs des chapitres ci-après sont :

- expliquer quelles sont les différentes données utilisées pour la recherche et le choix de la convention applicable au contexte de facturation,
- guider la recherche de la convention.

4.2.1.5.3.1 Présentation des tables

La recherche de la convention applicable sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé nécessite :

- une table contenant les conventions signées par le Professionnel de Santé ou ses représentants ;
- une table des regroupements permettant d'identifier l'organisme signataire de la convention pour un numéro d'organisme complémentaire ;
- une table de correspondance permettant dans le cas d'une gestion unique d'associer un numéro d'organisme complémentaire au « MUTNUM » présent sur le support présenté par le bénéficiaire des soins.

Chaque table est présentée avec ses données et ses critères d'accès. Cependant, n'importe quelle autre donnée peut être utilisée pour faciliter la recherche ou la sélection.

Dans ce chapitre, on appelle critères d'accès les données que le progiciel doit, au minimum, implémenter pour la recherche dans ces tables.

Données de la table des conventions et critères d'accès

Les données nécessaires à SESAM-Vitale et contenues dans la table des conventions sont, pour un organisme complémentaire :

- L'identifiant de l'organisme signataire de la convention
- Le libellé de l'organisme signataire de la convention
- L'indicateur de convention « groupée » : cet indicateur permet de distinguer :
 - les conventions signées directement par l'organisme AMC ou par un organisme AMO pour le compte d'un seul organisme complémentaire (valeur égale à « 0 ») ;
 - les conventions signées par un organisme mandaté (organisme signataire de la convention) pour le compte de plusieurs organismes complémentaires (valeur égale à « 1 »).
- Le type de convention lié à la structure signataire des conventions :
 - convention Professionnel de Santé avec un AMO ou un AMC pour un organisme en gestion unique,
 - convention Professionnel de Santé avec un AMC pour un organisme en gestion séparée,
 - convention Professionnel de Santé avec un organisme mandaté par un ou plusieurs AMC pour un organisme en gestion séparée.
- Le critère secondaire permettant de sectoriser une population d'assurés.

Dans le cadre de la gestion unique, cette donnée prend la valeur code régime, code caisse gestionnaire et centre gestionnaire. Elle peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec les données issues de la carte Vitale ou d'un autre support de droits éventuel. Le code régime est toujours renseigné.

Ceci permet d'exprimer qu'une convention est associée à :

- un régime quels que soient la caisse gestionnaire et le centre gestionnaire,
- un régime et une partie des caisses gestionnaires quel que soit le centre gestionnaire,
- un régime et une partie des centres gestionnaires quelle que soit la caisse gestionnaire,
- un régime et une caisse gestionnaire et un centre gestionnaire.
- Le type d'accord défini précisant les traitements conventionnels acceptés par l'organisme complémentaire : Tiers Payant ou Hors Tiers Payant
- Le numéro d'organisme complémentaire (n° AMC)
- Le libellé de l'organisme complémentaire
- L'indicateur de désactivation des STS. Pour une convention donnée, le progiciel doit appeler les STS pour calculer la part complémentaire, sauf si cet indicateur est positionné.

- Le code aiguillage STS.

En gestion séparée :

- L'indicateur d'usage de l'attestation papier n'est pas utilisé : cet indicateur n'est pertinent que dans le cas de l'utilisation d'une attestation papier,
 - une valeur « 0 » signifie que l'attestation papier est indispensable avec la table des conventions pour obtenir les informations relatives à SESAM-Vitale (code aiguillage, indicateur de traitement...) et déterminer le type de flux et le destinataire,
 - une valeur « 1 » signifie que les informations relatives à SESAM-Vitale sont issues de la table des conventions et que l'attestation papier est un complément à la table des conventions pour déterminer le type de flux et le destinataire.
- L'indicateur d'acceptation de DRE d'annulation (accord conventionnel)
- En tiers payant, l'identifiant de l'opérateur de règlement²². Cette donnée est utilisée dans les critères de regroupement des DRE en lots
- En tiers payant, les données d'adressage du destinataire des flux²³ (code routage, identifiant de l'hôte, nom de domaine). Ces données d'adressage peuvent aussi être renseignées en hors tiers payant.

Les critères d'accès à la table des conventions sont :

- L'identifiant de l'organisme signataire de la convention,
- L'indicateur de convention « groupée »,
- Le type de convention pour la gestion de la complémentaire,
- Le critère secondaire précisant le périmètre de la convention,
- Le numéro d'organisme complémentaire (n° AMC),
- Le type d'accord de la convention.

Ces critères d'accès sont renseignés en fonction du contexte de facturation.

Données de la table de correspondance et critères d'accès

Les données contenues dans la table de correspondance sont :

- Le MUTNUM,

Cette donnée peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec la donnée issue de la carte Vitale ou d'un autre support éventuel.

- Le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre),

Cette donnée peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec les données issues de la carte Vitale ou d'un autre support éventuel. Le code régime est toujours renseigné.

²² L'« opérateur de règlement » est l'opérateur qui rembourse au Professionnel de Santé les prestations complémentaires en tiers payant pour le compte de l'organisme complémentaire.

²³ L'« opérateur destinataire des flux complémentaires » est l'opérateur qui reçoit les flux contenant la part complémentaire pour le compte de l'organisme complémentaire.

- Le numéro d'organisme complémentaire,
- Le libellé de l'organisme complémentaire,
- Eventuellement d'autres données utiles, mises à disposition du Professionnel de Santé pour lui permettre de mettre à jour, au fil de l'eau, sa table des conventions. Ces données seront fournies dans le fichier de correspondance normé.

Les critères d'accès à la table de correspondance sont :

- Le MUTNUM,
- Le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre).

Données de la table des regroupements et critères d'accès

Les données contenues dans la table des regroupements sont :

- Le numéro d'organisme complémentaire,
- Le libellé de l'organisme complémentaire,
- Le type de convention,
- Le libellé du type de convention,
- Le critère secondaire permettant de sectoriser une population d'assurés,

Dans le cadre de la gestion unique, cette donnée prend la valeur code régime, code caisse gestionnaire et centre gestionnaire. Elle peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec les données issues de la carte Vitale ou d'un autre support de droits éventuel. Le code régime est toujours renseigné.

- L'identifiant de l'organisme signataire de la convention,
- Le libellé de l'organisme signataire de la convention,

NB : dans cette table, un organisme signataire d'une convention est associé à plusieurs complémentaires couvertes par cette convention.

Les critères d'accès à la table des regroupements sont :

- Le numéro d'organisme complémentaire,
- Le type de convention,
- Le critère secondaire permettant de sectoriser une population d'assurés.

Ces critères d'accès sont renseignés en fonction du contexte de facturation.

4.2.1.5.3.2 Recherche dans la table de correspondance

En gestion unique, dans le cas où le numéro d'organisme complémentaire n'est pas connu, le progiciel doit consulter la table de correspondance si le « MUTNUM » est connu.

Valorisation des critères d'accès à la table de correspondance

Le « MUTNUM » et le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre) doivent être valorisés à partir des informations acquises.

Pour le Régime Agricole, si le 5ème caractère (correspond au 3ème caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 ».

Détermination du numéro d'organisme complémentaire

Le progiciel récupère une ligne de correspondance contenant :

- le numéro d'organisme complémentaire associé au « MUTNUM »;

Dans ce cas, le numéro d'organisme complémentaire peut être utilisé pour accéder aux tables des regroupements et de conventions.

Si aucune ligne n'est restituée, la table de correspondance ne fournit pas le numéro d'organisme complémentaire.

Si plusieurs lignes sont restituées, le progiciel est en présence d'un cas d'erreur et ne permet pas la prise en compte de la complémentaire.

4.2.1.5.3.3 Recherche dans la table des regroupements

La recherche dans la table des regroupements est obligatoire. Elle permet d'identifier l'organisme signataire de la convention dans le cas où l'organisme complémentaire est concerné par une convention groupée.

Valorisation des critères d'accès à la table des regroupements

Le progiciel valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises. Le tableau suivant récapitule les cas possibles de recherche selon le mode de gestion déterminé pour l'Organisme Complémentaire (cf. Annexe 1-A § « Détermination du mode de gestion »).

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le progiciel
Type de convention	Gestion unique	« RO »
	Gestion séparée et présent sur le support	A partir du support.
	Gestion séparée et absent ou à blanc sur le support	Critère non utilisé
Critère secondaire	Gestion unique	Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire issu du support Pour le Régime Agricole, si le 5ème caractère (correspond au 3ème caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 »
	Gestion séparée et présent sur le support	A partir du support
	Gestion séparée et absent ou à blanc sur le support	Critère non utilisé
Numéro d'organisme complémentaire	Si le numéro d'organisme complémentaire est issu du support ou acquis à partir de la table de correspondance	A partir du support ou de la table de correspondance
	Si le numéro d'organisme complémentaire reste inconnu (absent du support et de la table de correspondance, non saisi par le Professionnel de Santé)	Critère non utilisé

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 convention et/ou de critères secondaires disponibles.

Détermination du n° d'organisme signataire de la convention

La liste restituée peut contenir :

- Aucune ligne : l'organisme complémentaire n'est pas concerné par une convention groupée.
- Une ou plusieurs lignes : l'organisme complémentaire est concerné par une ou plusieurs conventions groupées.

4.2.1.5.3.4 Recherche dans la table des conventions**Valorisation des critères d'accès à la table des conventions**

Le progiciel valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises. Le tableau suivant récapitule les cas possibles de recherche selon le mode de gestion déterminé pour l'Organisme Complémentaire (cf. Annexe 1-A § « Détermination du mode de gestion »).

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le progiciel
Indicateur de convention groupée	En gestion unique, si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	« 1 »
	En gestion unique, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée	« 0 »
	En gestion séparée	Critère non utilisé
Type de convention	Gestion unique	« RO »
	Gestion séparée et présent sur le support	A partir du support.
	En gestion séparée, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée et type de convention absent ou à blanc sur le support.	Critère non utilisé
	En gestion séparée, si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée et type de convention absent ou à blanc sur le support.	A partir du type de convention issu de la table des regroupements.
Critère secondaire	Gestion unique	Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire issus du support Pour le Régime Agricole, si le 5ème caractère (correspond au 3ème caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 »
	En gestion séparée, si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	Critère non utilisé
	En gestion séparée, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée et critère secondaire présent sur le support	A partir du support
	En gestion séparée, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée et critère secondaire absent ou à blanc sur le support	Critère non utilisé

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le progiciel
Organisme signataire de la convention	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	A partir de l'organisme signataire issu de la table des regroupements.
	En gestion séparée, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée	Numéro d'organisme complémentaire issu du support
	Autres situations	Critère non utilisé
Numéro d'organisme complémentaire	En gestion unique, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée et si le numéro d'organisme complémentaire est issu du support ou acquis à partir de la table de correspondance	A partir du support ou de la table de correspondance
	Autres situations	Critère non utilisé

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 convention et/ou de critères secondaires disponibles.

Autant de lignes sont restituées en table que de combinaisons possibles entre types de conventions et critères secondaires (le résultat de la recherche peut aboutir à 8 lignes restituées au maximum).

Restitution des conventions

La recherche en table des conventions est réalisée simultanément par le passage en table des regroupements, et par le passage direct par la table des conventions.

Suite à cette recherche, le progiciel restitue au Professionnel de Santé, le résultat sous forme d'une liste des conventions groupées et non groupées selon les principes suivants :

Gestion unique

- Si aucune ligne n'a été trouvée dans la table des regroupements, la recherche dans la table des conventions est réalisée en renseignant l'indicateur de convention groupée à « 0 », le type de convention à « RO », le critère secondaire et éventuellement le numéro d'organisme complémentaire.
- Si une ou plusieurs lignes sont trouvées dans la table des regroupements, la recherche dans la table des conventions est réalisée :
 - à partir des signataires de conventions groupées issus de la recherche dans la table de regroupement en renseignant l'indicateur de convention groupée à « 1 », le type de convention à « RO », le critère secondaire, et l'identifiant du signataire ;
 - et, à partir des conventions non groupées, en renseignant l'indicateur de convention groupée à « 0 », le type de convention à « RO », le critère secondaire et éventuellement le numéro d'organisme complémentaire.
- En cas de recherche de conventions infructueuse avec le numéro d'organisme complémentaire comme critère de recherche, le progiciel doit réaliser une nouvelle recherche dans la table des conventions sans le numéro d'organisme complémentaire et en renseignant l'indicateur de convention groupée à « 0 », le type de convention à « RO », et le critère secondaire.

Gestion séparée

A l'issue de la recherche dans la table des regroupements :

- Si aucune ligne n'est restituée dans la table des regroupements, la recherche dans la table des conventions est réalisée à partir du numéro d'organisme complémentaire (en tant que signataire de la convention).
- Si une ou plusieurs lignes sont trouvées dans la table des regroupements, la recherche dans la table des conventions est réalisée :
 - à partir des signataires de conventions groupées, issus de la recherche dans la table de regroupement, accompagné de l'éventuel type de convention
 - et à partir du numéro d'organisme complémentaire (en tant que signataire de la convention) accompagné des éventuels type de convention et critère secondaire.

Lorsque plusieurs conventions groupées et non groupées sont alors trouvées, celles-ci sont restituées au Professionnel de Santé pour sélection.

Pour chaque convention restituée, le progiciel permet l'affichage de toutes les données contenues dans la table. Pour une convention groupée, le progiciel peut lister à partir de la table des regroupements les organismes complémentaires concernés par cette convention.

**- Cas particuliers en gestion unique et en gestion séparée :**

- Cas 1 : Plusieurs PS utilisateurs d'un même poste et conventions signées entre un PS et un organisme complémentaire :

Dans le cas où le progiciel est utilisé par plusieurs Professionnels de Santé, le progiciel doit restituer à chaque Professionnel de Santé la table de conventions le concernant (conventions qu'il a renseignées par mise à jour directe, conventions de son choix mises à jour à partir des fichiers normés...).

- Cas 2 : Conventions signées pour tout ou partie des spécialités entre un centre de santé et un organisme complémentaire

Dans le cas d'un centre de santé, le progiciel doit restituer les conventions de la structure applicables à la spécialité de l'exécutant de la prestation.

4.2.1.5.3.5 Choix d'une convention par le Professionnel de Santé

La liste des conventions restituée par la table des conventions peut contenir :

- une seule convention : le progiciel demande au Professionnel de Santé s'il souhaite appliquer ou non la convention,
- plusieurs conventions de même type (Tiers Payant et / ou Hors Tiers Payant) ou de type différent : le progiciel demande au Professionnel de Santé de choisir ou non l'une des conventions,
- aucune convention : le progiciel demande au Professionnel de Santé s'il souhaite mettre à jour sa table des conventions. Pour pouvoir appliquer cette nouvelle convention, le progiciel doit vérifier qu'elle est compatible avec les critères d'accès précédemment valorisés.

La convention choisie doit être compatible, dans sa portée (Tiers Payant et / ou Hors Tiers Payant), avec l'indicateur de traitement (cf. § 4.2.1.5.2).

La convention choisie par le Professionnel de Santé définit notamment le service appliqué à la facture (tiers payant ou hors tiers payant) qui est le résultat du rapprochement entre ce que peuvent faire l'organisme et le Professionnel de Santé.

La convention sélectionnée doit être applicable à la complémentaire identifiée.

Si le Professionnel de Santé décide de ne pas sélectionner une convention parmi celle(s) proposée(s) (ou si aucune convention n'est restituée par la table des conventions), le progiciel ne permet pas la prise en compte de la complémentaire selon le Cahier des Charges SESAM-Vitale. Cependant, en gestion séparée, le Professionnel de Santé peut choisir de transmettre les informations de la complémentaire par un autre moyen hors SESAM-Vitale (flux direct) ou avec une FSE enrichie sans données d'adressage AMC (flux passant par un OCT) ou un flux papier.

Il est recommandé aux éditeurs de progiciel de conserver la liste des conventions applicables durant le processus de facturation. Le Professionnel de Santé peut être amené à sélectionner une autre convention en cours de facturation (ex : cas du passage en hors tiers payant).

CMU-C

En gestion séparée, si le Professionnel de Santé décide de ne pas sélectionner une convention parmi celle(s) proposée(s) (ou si le Professionnel de Santé n'a pas de convention de télétransmission), le Professionnel de Santé doit réaliser un flux Tiers Payant Coordonné qui peut être assimilé à un mode de gestion unique. Le progiciel doit permettre cette fonctionnalité au Professionnel de Santé.

Bénéficiaires du dispositif « TPi ACS »

Pour les factures élaborées selon le dispositif « TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale », si le Professionnel de Santé (hors opticien et audioprothésistes) décide de ne pas sélectionner une convention parmi celle(s) proposée(s) (ou si le Professionnel de Santé n'a pas de convention de télétransmission), le Professionnel de Santé doit réaliser un flux Tiers Payant Coordonné qui peut être assimilé à un mode de gestion unique (dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »). Le progiciel doit permettre cette fonctionnalité au Professionnel de Santé sauf pour les prestations d'optique et d'audioprothèse. Les prestations d'optique ou d'audioprothèse sont identifiées par leur groupe fonctionnel général valorisé à « optique » ou « audioprothèse » cf. Table 1 de l'annexe2.

Modalités de choix du Professionnel de Santé

Il est recommandé aux éditeurs de proposer un paramétrage permettant au Professionnel de Santé d'exprimer son choix. Par exemple, il peut paramétrer :

- globalement, au niveau de son poste, le fait qu'il accepte d'appliquer toute convention existante sur son poste,
- convention par convention au niveau de sa table (accord implicite d'application ou demande au cas par cas)
- globalement, au niveau de son poste le fait d'être systématiquement interrogé avant application de la convention, pour chaque facture.

Détermination du code aiguillage STS

La table des conventions contient le code aiguillage des modules STS. Le progiciel réalise un contrôle de compatibilité entre le code aiguillage acquis et celui contenu dans la table des conventions. Ce contrôle est réalisé seulement si les STS sont activés.

Le code aiguillage utilisé pour l'appel aux STS dépend du support présenté et de l'indicateur d'usage de l'attestation pour la convention choisie :

- Si le code aiguillage du support est identique au code aiguillage de la table, le code aiguillage à prendre pour l'appel des STS est celui contenu dans la table.
- Si le code aiguillage du support est différent du code aiguillage de la table,
 - Si le support utilisé est le support de droits AMO (ou un autre support électronique), soit le Professionnel de Santé met à jour la table des conventions, soit il abandonne l'envoi d'un flux de données complémentaires.
 - Si le support présenté est une attestation papier et que l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 0 », soit le Professionnel de Santé met à jour la table des conventions, soit il abandonne l'envoi d'un flux de données complémentaires.
 - Si le support présenté est une attestation papier et que l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 1 », le code aiguillage à prendre pour l'appel des STS est celui contenu dans la table.
- Si le code aiguillage est présent sur le support et absent de la table, soit le Professionnel de Santé met à jour la table des conventions, soit il abandonne l'envoi d'un flux de données complémentaires.
- Si le code aiguillage est absent du support et présent dans la table, le progiciel utilise celui présent dans la table des conventions.
- Si le code aiguillage est absent du support et de la table, celui-ci n'est pas valorisé lors de l'appel aux STS.

4.2.1.5.3.6 Conditions de mise à jour des tables

Les organismes d'Assurance Maladie peuvent mettre à disposition des fichiers normés :

- contenant les conventions signées entre les Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie ;
- recensant les organismes faisant l'objet d'un regroupement dans le contexte d'une convention ;
- contenant la correspondance entre un « MUTNUM » et un numéro d'organisme complémentaire. Ce fichier normé est fourni par le GIE SESAM-Vitale.

La mise à jour des tables des conventions et des regroupements relève de la responsabilité du Professionnel de Santé. Les conventions précisent les données techniques à y inscrire.

Afin de faciliter la mise à jour des tables, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de prendre en compte les fichiers normés directement sur son Poste de Travail.

Pour la mise à jour des tables de conventions et de regroupements, le progiciel du Professionnel de Santé doit réaliser les étapes suivantes :

- la **récupération des fichiers normés** transmis par les organismes émetteurs sur le poste du Professionnel de Santé,
- le **filtrage des fichiers normés** par le progiciel pour remonter uniquement les conventions et regroupements qui correspondent au Professionnel de Santé,
- l'**importation des fichiers normés filtrés** dans les tables déjà installées sur le poste du Professionnel de Santé.

Les formats et procédures d'échange des fichiers normés sont décrits dans l'annexe 3.

Mise à jour de la Table des conventions

Le progiciel doit permettre de renseigner sur le Poste de Travail la table des conventions soit à partir des données fournies dans les fichiers des conventions normés, soit par saisie directe.

Mise à jour par saisie directe (manuelle)

Le progiciel doit mettre à disposition du Professionnel de Santé des fonctions de mise à jour de la table des conventions (création, modification, suppression et consultation) permettant d'aboutir à la recherche de convention applicable. Toutes ces fonctions doivent être accessibles à toutes les étapes du processus de facturation.

Par exemple, la consultation peut restituer une liste des conventions pour un même signataire de convention, et/ou une liste des conventions pour un même organisme complémentaire.

Mise à jour par fichier de conventions normé

Le progiciel doit réaliser les actions suivantes :

- le progiciel filtre le fichier de conventions normé selon la catégorie et/ou la spécialité du Professionnel de Santé (cf. § « Règles sur le filtrage des conventions » de l'annexe 3).
- le progiciel recueille l'accord du Professionnel de Santé pour l'importation du fichier normé dans sa table des conventions, en lui permettant de visualiser le fichier (cf. § « Règles de gestion des codes actions » de l'annexe 3).
- le progiciel met à jour ou supprime les conventions selon l'accord du Professionnel de Santé (cf. § « Règles de gestion des codes actions » de l'annexe 3).

Mise à jour de la Table des regroupements

Le progiciel doit permettre de renseigner sur le Poste de Travail la table des regroupements soit à partir des données fournies dans les fichiers des regroupements normés, soit par saisie directe.

Le progiciel peut mettre à disposition du Professionnel de Santé un outil de consultation à tout moment du contenu de la table des regroupements. Cette consultation peut, par exemple, restituer une liste des organismes complémentaires pour un même signataire de convention, et/ou une liste des signataires de convention pour un même organisme complémentaire.

Mise à jour par saisie directe (manuelle)

La table des regroupements, utilisée par le progiciel dans la recherche des conventions applicables, peut être modifiée à tout moment par le Professionnel de Santé uniquement pour des modifications ponctuelles (cas où le Professionnel de Santé a connaissance d'un regroupement et que la table des regroupements n'est pas actualisée). La mise à jour de cette table relève de la responsabilité du Professionnel de Santé.

Mise à jour par fichier de regroupements normé

Le progiciel doit permettre de mettre à jour la table des regroupements contenue sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé à partir des fichiers normés fournis par les organismes d'Assurance Maladie.

Le progiciel doit réaliser les actions suivantes :

- Le progiciel filtre le fichier de regroupements normé selon la catégorie et/ou la spécialité du Professionnel de Santé (cf. § « Règles de gestion des codes actions » de l'annexe 3).
- Le progiciel permet au Professionnel de Santé de suivre le déroulement de l'importation du fichier de regroupements normé dans sa table des regroupements, en lui permettant de visualiser le fichier (cf. § « Règles de gestion des codes actions » de l'annexe 3).
- Le progiciel met à jour ou supprime les lignes de regroupement.

Mise à jour de la Table de correspondance

~~Le progiciel doit permettre de mettre à jour la table de correspondance à partir du fichier normé fourni par les organismes d'Assurance Maladie. Ce fichier normé annule et remplace la table de correspondance contenue sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé.~~

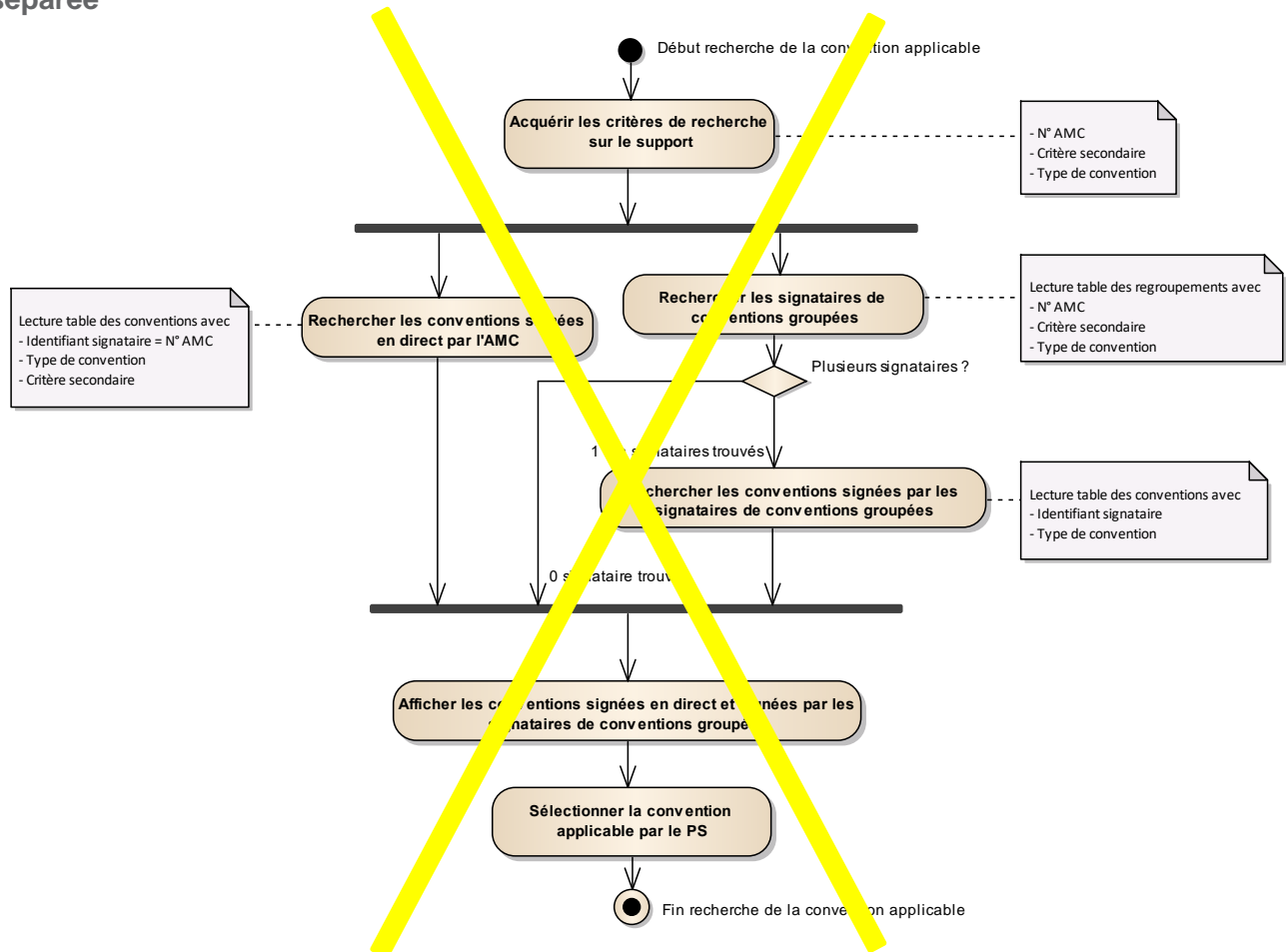
~~Le Professionnel de Santé peut visualiser la table de correspondance mais ne peut pas la modifier.~~

4.2.1.5.3.7 Schémas de la recherche de la convention applicable

Les schémas ci-dessous illustrent les paragraphes précédents en présentant des cinématiques possibles de recherche de la convention applicable. On distingue la recherche dans le cadre d'une gestion unique ou d'une gestion séparée.

Légende : la barre horizontale indique que l'ensemble des traitements en amont doit être terminé pour effectuer les traitements suivants.

Gestion séparée



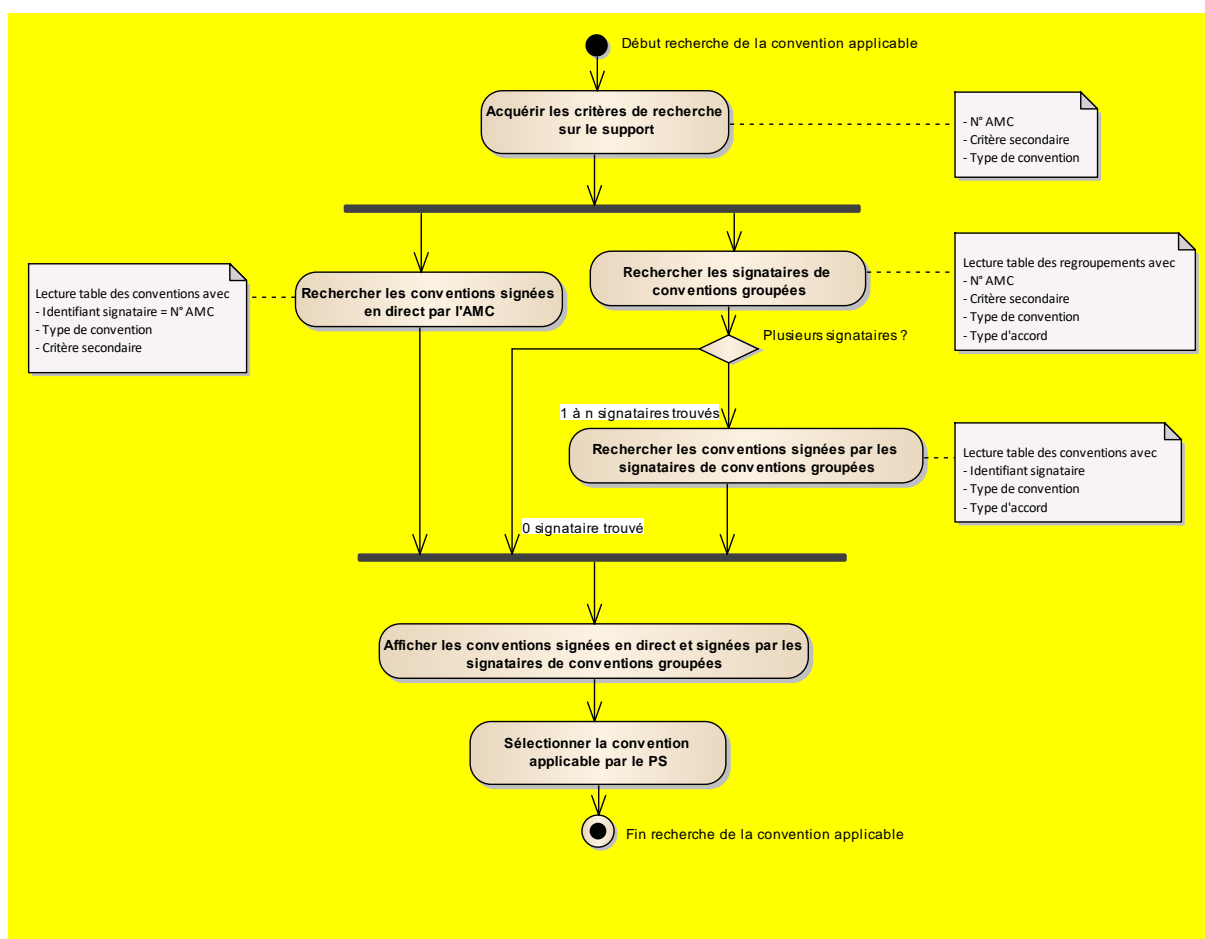
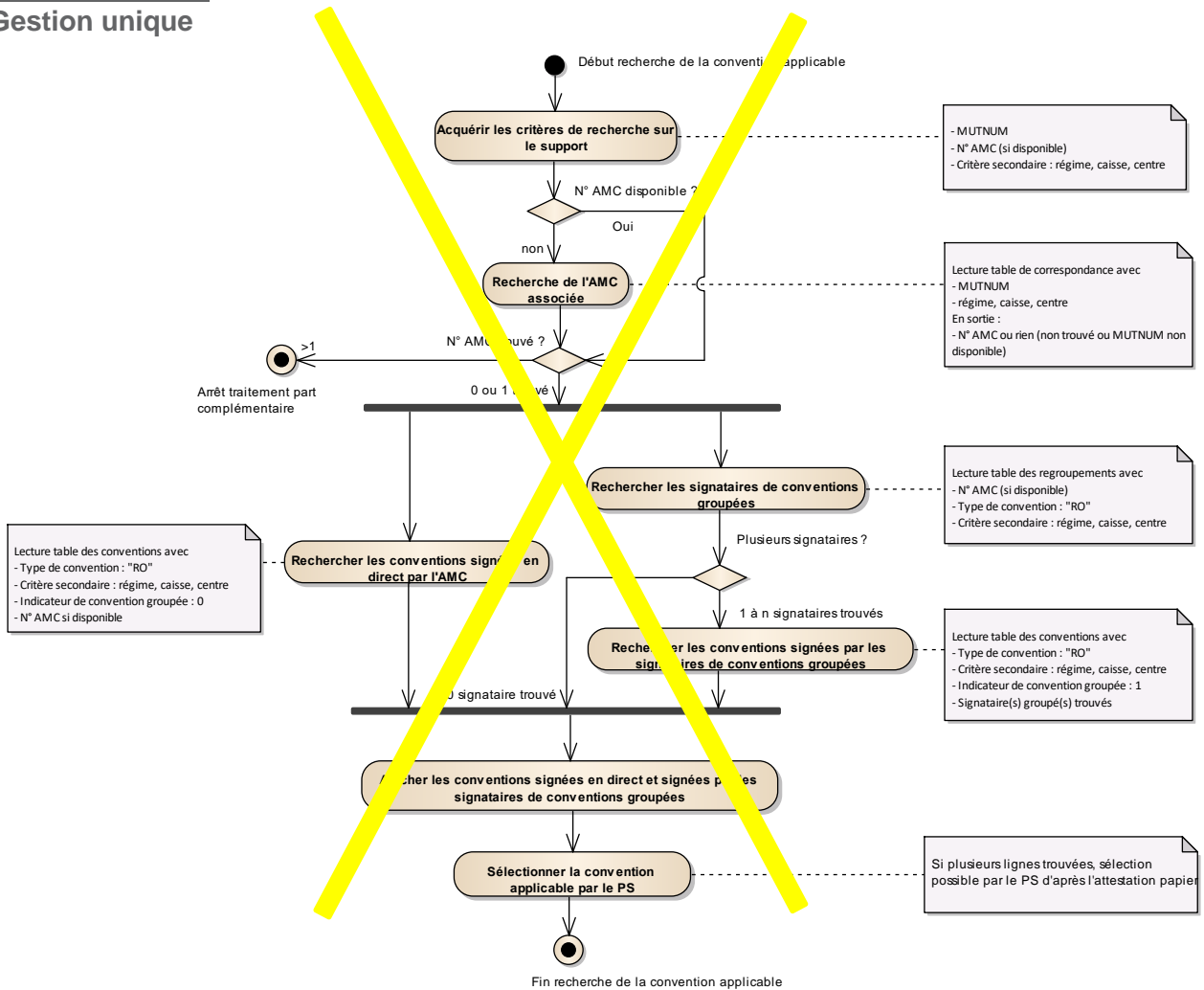


Schéma de la recherche de la convention applicable en gestion séparée

Gestion unique



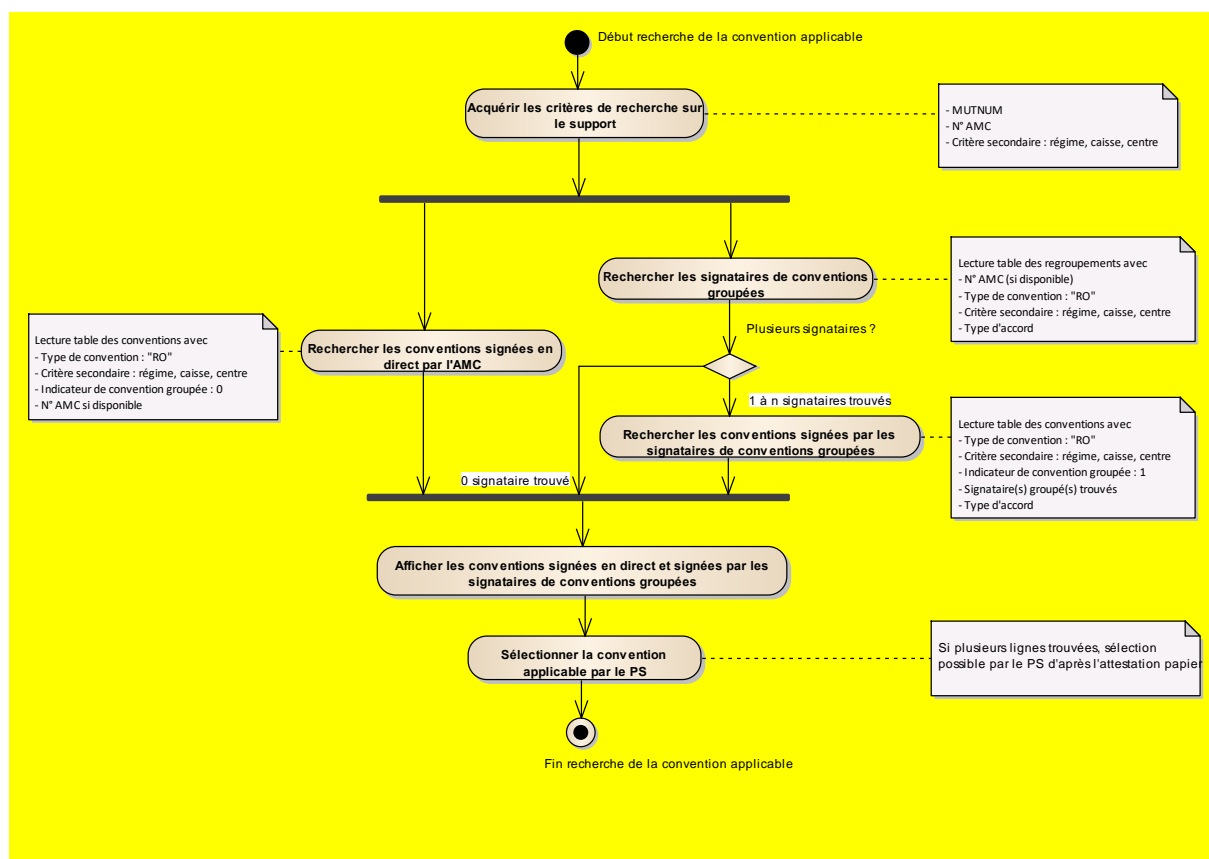


Schéma de la recherche de la convention applicable en gestion unique

4.2.1.6 Acquisition des informations relatives à la prestation

Le progiciel du Professionnel de Santé permet la saisie et l'acquisition des informations relatives aux prestations effectuées, au type de facturation applicable, etc.

Pour chaque prestation, le progiciel du Professionnel de Santé doit permettre au Professionnel de Santé d'indiquer si les soins sont liés à un accident de droit commun.

- Pour les Professionnel de Santé prescripteurs, le progiciel ne doit pas renseigner préalablement la zone prévue à cet effet.
- Pour les Professionnel de Santé prescrits, le progiciel doit renseigner par défaut cette zone à « soins non en rapport avec un accident de droit commun », le Professionnel de Santé pouvant toujours la modifier si nécessaire

Le progiciel du Professionnel de Santé applique les contrôles sur les actes relevant de la NGAP, de la CCAM ainsi que d'autres liés à l'application de la réglementation AMO (NABM). Ces contrôles ont pour but d'assurer la validité des informations créées sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé. Ils portent sur les aspects réglementaires, la cohérence et les valeurs des données.

- Actes non CCAM

En premier lieu, pour toute lettre clé saisie par un Professionnel de Santé de la famille prescripteur, il convient d'appliquer systématiquement le contrôle de validité des lettres clé obligatoirement automatisé par le service SRT et spécifié dans l'annexe 1-A (cf. schéma SR1, règle CC6).

Les spécifications des contrôles réglementaires de l'AMO sont décrites dans l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale.

- Actes CCAM

Les spécifications des règles CCAM sont décrites dans l'annexe 1-A1. Le progiciel s'appuie obligatoirement sur l'utilisation des services SRT telle que spécifiée dans l'annexe 1-A1.

Dans une même facture peuvent être présents à la fois des prestations non CCAM et des prestations CCAM.

Origine de la prescription pour les exécutants

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé des familles Pharmaciens et Laboratoires de renseigner dans sa facture l'origine de la prescription, à savoir : prescription établie

- par le médecin traitant,
- par un médecin correspondant,
- par un autre médecin dans le respect du parcours de soins,
- hors parcours de soins.

Cette information est lue, le cas échéant, par le Professionnel de Santé exécutant sur l'ordonnance. (Cf. §4.2.1.11 Inscription des références du parcours coordonné de soins sur l'ordonnance).

Il est à noter que les Professionnels de Santé de la famille Fournisseurs ne sont pas concernés par le renseignement du code origine de la prescription pour le contexte du parcours de soins.

Origine de la prescription pour la délivrance d'optique

Le progiciel doit permettre aux Professionnels de Santé des familles Pharmaciens et Fournisseurs de renseigner dans sa facture l'origine de la prescription lors de la délivrance d'optique, à savoir :

- renouvellement à l'identique de la prescription médicale,
- renouvellement adapté de la prescription médicale,

Prévention commune AMO/AMC

Le progiciel permet au Professionnel de Santé de saisir les informations relatives à la prévention commune AMO/AMC, à savoir :

- un « Top Prévention commune AMO/AMC »,
- un qualifiant de dispositif de prévention en saisie libre.

Ces deux informations de niveau acte sont renseignées par le progiciel et placées dans la facture.

Identification du prescripteur

Le progiciel permet au Professionnel de Santé d'acquérir les informations d'identification du prescripteur à partir de la prescription à savoir :

- le n° d'identification de facturation du prescripteur,
 - Pour les prescripteurs exerçant comme salariés dans les établissements et centres de santé, ce numéro est le n° FINESS de l'établissement
- le n° de RPPS du prescripteur,
- la condition d'exercice du prescripteur,
- la date de la prescription
- le code spécialité du prescripteur (uniquement pour les prescripteurs salariés),
- l'identification de la structure dans laquelle le prescripteur exerce.

Codage des médicaments

Pour les médicaments bénéficiant d'une double identification : CIP7 et CIP13, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de sélectionner le code CIP à transmettre dans les factures, soit le CIP7, soit le CIP13.

Cette sélection doit se présenter sous la forme d'un paramétrage du logiciel.

Indicateur du médicament délivré

Cette information n'est pas transmise dans un premier temps.

Il est recommandé au progiciel de permettre au Professionnel de Santé, à son choix, de transmettre ou pas cette information.

La transmission de la donnée « Indicateur du médicament délivré » est un choix du Professionnel de Santé conditionné par la valeur d'un paramètre du progiciel.

Honoraires de dispensation

Les prestations d'honoraire de dispensation ne sont pas saisies par le Professionnel de Santé : le progiciel doit les générer automatiquement dans la facture à partir des médicaments remboursables renseignés par le Professionnel de Santé.

4.2.1.7 Détermination du contexte du Parcours coordonné de soins

Le progiciel examine tous les cas d'exclusion et détermine si la facture est concernée par le parcours de soins.

Dans le cas où la facture est concernée par le parcours de soins, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de saisir les deux informations suivantes :

- L'existence d'un médecin traitant déclaré par le patient,
Cette information est notamment disponible au niveau du support de droits AMO et est affichée au Professionnel de Santé. Cependant le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de confirmer ou modifier cette information.
- La réponse du Professionnel de Santé sur le contexte du parcours de soins à savoir si la facture est élaborée :
 - par le Médecin traitant déclaré,
 - par le Nouveau médecin traitant,
 - par un Médecin correspondant (cas d'orientation par le médecin traitant),
 - par un médecin pour un bénéficiaire orienté par un autre médecin que le médecin traitant (autres cas d'orientation),
 - par le généraliste récemment installé en exercice libéral,
 - par le médecin installé en zone sous médicalisée,
 - en Urgence,
 - en Accès direct spécifique,
 - par le médecin traitant de substitution,
 - hors résidence habituelle du patient,
 - hors Accès direct spécifique,
 - hors parcours de soins.

Le progiciel détermine, à partir de ces 2 informations, l'indicateur du parcours de soins transmis dans la facture (cf. Annexe1-A0).

Pour une facture élaborée par le médecin correspondant ou un médecin pour un bénéficiaire orienté par un médecin autre que le médecin traitant (médecin orienté), le progiciel oblige la saisie des nom et prénom du médecin qui a orienté le patient.

4.2.1.8 Tarification de la part obligatoire

Le progiciel du Professionnel de Santé applique également les règles de tarification qui représentent un ensemble de règles de calcul de remboursement pour l'Assurance Maladie des différentes prestations en fonction de critères liés à la catégorie professionnelle, à l'acte, à la date, aux droits de paiement, etc.

Les règles de tarification des AMO doivent être appliquées quel que soit le mode de tarification AMO (hors tiers payant ou tiers payant).

Ces règles permettent de déterminer :

- la base de remboursement des actes médicaux ou paramédicaux,
- la base de remboursement des frais de déplacement,
- le taux de remboursement,

- le montant remboursable par l'AMO.

Le progiciel devra comporter des modules capables de traiter l'intégralité des règles de tarification applicables à une profession.

Les spécifications des règles de tarification de l'AMO sont décrites dans les annexes 1 et 2.

Dans un but de clarification de la présentation, les calculs nécessaires à la tarification ont été découpés en règles simples. De ce fait, ces règles possèdent un enchaînement logique qui est traduit par les schémas figurant dans l'annexe 1-A.

- *Base de Remboursement*

Pour la détermination de la base de remboursement des prestations CCAM, le progiciel utilise les services SRT de calcul du Prix Unitaire (PU) et de la Base de Remboursement (BR). Les spécifications d'appel aux services élémentaires des SRT sont décrites dans l'annexe 1-A1.

- *Taux de Remboursement et Montant remboursable AMO*

Pour la détermination du taux de remboursement ainsi que du montant remboursable par l'AMO, le progiciel s'appuie sur les règles décrites dans l'annexe 2.

Dans le cas de prestations CCAM, la détermination du taux de remboursement peut nécessiter l'utilisation de services SRT dont l'appel est précisé dans l'annexe 2 et l'implémentation est décrite dans l'annexe 1-A1.

Contrôle complet CCAM

Une fois que le progiciel de Santé a terminé la tarification AMO, il est obligatoire d'appeler le service SRT de contrôle complet CCAM pour effectuer un contrôle complet vis-à-vis de la réglementation et de la tarification CCAM si la facture comporte au moins un acte CCAM.

En entrée, le progiciel fournit au service contrôle complet CCAM les données d'entrée de constitution de la facture à contrôler. Tous les actes de la facture doivent être saisis.

En sortie, les SRT retournent une liste de diagnostics détaillant les erreurs détectées par rapport aux règles CCAM. Le progiciel doit alors présenter ces diagnostics au Professionnel de Santé pour que ce dernier effectue les corrections nécessaires.

En cas de correction apportée par le Professionnel de Santé, le contrôle complet CCAM doit alors être appelé à nouveau, et ce jusqu'à ce qu'aucun diagnostic d'erreur ne soit plus détecté (hors cas de forçage spécifiés dans l'annexe 1-A).

En mode nominal, le contrôle complet CCAM est terminé quand aucun diagnostic d'erreur n'est plus remonté.

Les spécifications d'appel au service « contrôle complet » des SRT sont décrites dans l'annexe 1-A1.

4.2.1.9

Tarification de la part complémentaire

Pour la tarification de la part complémentaire le Professionnel de Santé peut renseigner des montants et utiliser les modules de tarifications STS.

Cas particulier : en nature d'assurance SMG, ainsi qu'en contexte APIAS, ou en cas de situation de Victime d'Attentat, la part complémentaire est nécessairement non renseignée : le progiciel ne détermine pas la part complémentaire, ce chapitre ne s'applique pas.

Dans le cadre de l'AME, le progiciel ne doit pas faire appel aux modules de tarification STS pour la tarification complémentaire.

4.2.1.9.1 **Acquérir les montants de la « réponse de la prise en charge »**

En présence d'une référence de « réponse de prise en charge », le progiciel doit offrir au Professionnel de Santé deux modes d'acquisition des montants de la « réponse de prise en charge » :

- Mode 1 : Acquérir les montants pour chaque prestation de la facture,
- Mode 2 : Acquérir le montant total de la « réponse de prise en charge » et le ventiler

Définition du mode 1 : La « réponse de prise en charge » détaille les montants de la part complémentaire pour chaque code de prestation et il y a stricte adéquation entre les codes « prestation » de la facture et ceux figurant sur la « réponse de la prise en charge »,

Définition du mode 2 : Tous les autres cas.

Exemples :

- Divergence entre les codes « prestation » de la facture et ceux figurant sur la « réponse de la prise en charge » (utilisation par l'organisme complémentaire d'un référentiel différent de celui de l'AMO, ...)
- la réponse contient uniquement le montant total de la prise en charge,
- ...

Les accords passés entre le Professionnel de Santé et l'organisme complémentaire peuvent éventuellement indiquer le mode d'acquisition à privilégier.

Recommandation

Le progiciel peut indiquer le cas échéant, une information au Professionnel de Santé, stipulant que 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.

4.2.1.9.1.1 **Acquérir les montants de chaque prestation de la « réponse de prise en charge »**

Dans le mode 1, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'acquérir le montant complémentaire de chaque prestation à partir de la « réponse de la prise en charge » et calcule le montant total de la part complémentaire qu'il affiche au Professionnel de Santé.

Le progiciel positionne un indicateur de forçage de niveau acte pour chaque acte renseigné.

4.2.1.9.1.2 **Acquérir le montant total de la prise en charge et le ventiler**

Dans le mode 2, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'acquérir le montant global de la « réponse de prise en charge ».

Le progiciel doit ventiler le montant total complémentaire inscrit sur la « réponse de prise en charge » en commençant par la première prestation, et selon les principes suivants.

Pour chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé, le progiciel doit :

- déterminer le montant restant, du montant global de la « réponse de prise en charge » complémentaire, à ventiler sur les lignes d'actes suivantes.

Pour toutes les autres lignes d'actes (i) différentes de la première ligne, le montant restant à ventiler est égal au montant restant à ventiler de la ligne précédente diminué du montant théorique remboursable de la part complémentaire de la prestation de la ligne précédente (i-1). (C'est-à-dire celui calculé pour la ligne précédente.)

Le montant restant à ventiler (i) = Montant restant à ventiler (i-1) – montant théorique remboursable de la part complémentaire de la prestation (i-1)

Pour la première ligne d'acte, le montant restant à ventiler est égal au montant global de la « réponse de prise en charge ».

- calculer le montant théorique remboursable de la part complémentaire pour chaque prestation (i).

Ce montant pour chaque prestation (i) correspond au minimum entre le montant des honoraires de la prestation (i) déduit du montant remboursable AMO de la prestation (i) et le montant restant à ventiler (i) de la « réponse de la prise en charge ».

Le montant théorique remboursable de la part complémentaire de la prestation (i) = MIN [le montant des honoraires de la prestation (i) – montant remboursable AMO (i) ; Montant restant à ventiler (i)]

Le progiciel positionne un indicateur de forçage de niveau acte pour chaque acte.

Le progiciel renseigne le montant total théorique remboursable de la part complémentaire par le montant global de la « réponse de prise en charge » complémentaire renseigné par le Professionnel de Santé.

4.2.1.9.2 Tarification de la part complémentaire par le module de tarification complémentaire

Le progiciel doit faire appel aux modules de tarification STS pour la tarification complémentaire via l'interface unique d'appel aux STS sauf si, pour la convention sélectionnée, l'indicateur de désactivation des STS est positionné. L'interface est complétée avec toutes les données connues du progiciel (informations issues de la lecture de la CPS, de la carte Vitale, facture tarifiée AMO, code aiguillage STS...).

Le progiciel valorise systématiquement le Top CMU avant l'appel aux STS (cf. annexe 1 – A2 – groupe 3700).

Le progiciel valorise le Top Médecin Référent avant l'appel aux STS (cf. annexe 1 – A2 – groupe 3700).

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé un appel optionnel à la fonction « Assistance à la Tarification » pour obtenir des informations liées à la tarification complémentaire de la facture. Le progiciel peut appeler la fonction « Assistance à la tarification » dès lors que l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire a été identifié.

Le progiciel doit effectuer un appel systématique à la fonction « Tarification » (en Tiers-Payant ou hors Tiers-Payant) pour calculer le montant de la part complémentaire au niveau acte et au niveau facture. Le progiciel peut appeler la fonction « Tarification » dès lors que l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire a été identifié, que le service (Tiers Payant ou Hors Tiers Payant) est sélectionné par le Professionnel de Santé par le choix d'une convention et que la tarification de la part obligatoire et le contrôle complet des données CCAM sont terminés.

Une facture n'est pas valide tant que les STS retournent un diagnostic bloquant en tarification (niveau de diagnostic supérieur ou égal à 3). Dans ce cas de figure, le Professionnel de Santé doit intervenir sur la facture avant sa mise en forme (corriger, passer en hors tiers payant par choix d'une autre convention, modifier les montants, abandonner la transmission de la part complémentaire...). Un diagnostic de niveau supérieur ou égal à 3 nécessite un nouvel appel à la fonction « Tarification » des STS si le Professionnel de Santé maintient la transmission des informations relatives à la complémentaire. Pour les actes ayant fait l'objet d'un diagnostic bloquant (niveau supérieur ou égal à 3), le progiciel doit ignorer l'éventuel montant de la part complémentaire calculé par les STS.

A l'issue de la tarification complémentaire, le progiciel réalise la sauvegarde des informations de tarification utilisées ou restituées par les modules STS dans le but de pouvoir les réafficher au Professionnel de Santé.

- Cas particulier pour la « réponse de prise en charge »

L'appel au service de tarification de la part complémentaire (STS) doit être réalisé après la réalisation du calcul par le progiciel du mode 1 ou du mode 2.

- Cas particulier pour la tarification de la part complémentaire en cas de **CMU-C C2S** ou dans le cadre du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'appeler le STS-CMU et éventuellement, de renseigner le paramètre associé à chaque prestation de la facture.

- Information au Professionnel de Santé

En fin de Tarification SESAM-Vitale, c'est-à-dire après valorisation de la part obligatoire et de la part complémentaire si les conditions suivantes sont réunies :

- la facture est en Tiers Payant sur la part complémentaire,
- les STS sont débrayés,
- les données complémentaires sont issues de la carte Vitale,

alors le progiciel doit informer le Professionnel de Santé selon les termes suivants :

"Attention, les montants de la part complémentaires proposés ne sont pas issus des moteurs de tarification SESAM-Vitale "

Il est à noter que cette information ne nécessite pas une validation de la part du Professionnel de Santé.

Ce message ne doit pas être affiché dans un contexte de **CMU-C C2S** et de dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO ».

- **Recommandations seulement en cas d'échec à la tarification**

Lorsque la tarification ne peut pas être réalisée automatiquement, le progiciel peut :

- soit faire appel à la fonction « Assistance à la tarification » pour que le Professionnel de Santé choisisse la formule (par son numéro et son libellé) correspondant au support de droits AMC, et valoriser les paramètres associés pour les transmettre à la fonction de tarification ;
- soit « traduire » des éléments de tarification du fichier patient existant en formule et paramètres associés pour les transmettre à la fonction « Tarification » ;
- soit faire appel à son logiciel métier pour renseigner le montant de la part complémentaire.

4.2.1.10 Forçage

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de modifier les éléments constitutifs de la facture dans la limite des données de l'annexe 1-A1 et sans modification de leur définition fonctionnelle.

Ce forçage des données par le Professionnel de Santé est matérialisé par des indicateurs de forçage au niveau acte ou au niveau facture.

Les spécifications liées au forçage sont décrites dans l'annexe 1-A.

4.2.1.11 Inscription des références du parcours coordonné de soins sur l'ordonnance

La mention portée sur l'ordonnance par le prescripteur est fonction du contexte du parcours de soins dans lequel sa facture a été établie. Cette mention est reportée par l'exécutant (familles Pharmacien et Laboratoire d'analyse de biologie médicale) dans sa facture dans l'information « origine de la prescription ».

Cette mention correspond aux situations suivantes :

Pour une facture élaborée :	Inscription sur l'ordonnance :
<ul style="list-style-type: none"> • par le Médecin traitant déclaré • le nouveau médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription établie par le médecin traitant
<ul style="list-style-type: none"> • par un Médecin pour un bénéficiaire orienté par le médecin traitant, 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription établie par un médecin pour un bénéficiaire orienté par le médecin traitant

Pour une facture élaborée :	Inscription sur l'ordonnance :
<ul style="list-style-type: none"> • par un médecin pour un bénéficiaire orienté par un autre médecin que le médecin traitant • par le médecin traitant de substitution • en Accès direct spécifique • hors résidence habituelle du patient • par un généraliste récemment installé (et le patient a déclaré un médecin traitant) • par un médecin installé en zone sous médicalisée (et le patient a déclaré un médecin traitant) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription établie par un autre médecin dans le respect du parcours de soins
<ul style="list-style-type: none"> • hors parcours de soins. • hors accès direct spécifique 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription établie hors parcours de soins
<ul style="list-style-type: none"> • en Urgence • dans un cas d'exclusion du parcours de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Blanc

4.2.1.12 Préparation à la transmission des informations relatives à la complémentaire

4.2.1.12.1 Détermination des types de flux à transmettre

La détermination des types de flux à transmettre (FSE seule, DRE seule, FSE+DRE) est réalisée par le progiciel, en fonction de différentes situations décrites dans le tableau ci-dessous.

Les informations relatives à l'Assurance Maladie Complémentaire sont :

- soit à transmettre dans une DRE, pour un mode de gestion séparée et si le Professionnel de Santé n'utilise pas les services d'un OCT pour l'éclatement de FSE
- soit à inscrire dans la FSE,
 - pour un mode de gestion unique,
 - ou, pour un mode de gestion séparée, lorsque le Professionnel de Santé utilise les services d'un OCT pour l'éclatement de FSE.

Le progiciel doit pouvoir paramétrer l'existence ou non de l'utilisation par le Professionnel de Santé d'un service d'éclatement de FSE proposé par un OCT.

Le tableau ci-dessous récapitule les types de flux à émettre selon les situations.

AMO	AMC	Mode gestion	OCT éclateur facture	FSE	DRE	Remarques
Il existe au moins un	Pas de convention		Sans OCT	X		Possibilité d'avoir un flux AMC actuel.

AMO	AMC	Mode gestion	OCT éclateur facture	FSE	DRE	Remarques
acte à transmettre à l'AMO	SESAM-Vitale		Avec OCT	X		Part complémentaire dans FSE pour éclatement (actuel pour AMC). FSE enrichie sans données d'adressage AMC.
	Convention SESAM-Vitale existante	Gestion séparée	Sans OCT	X	X	
			Avec OCT	X		Part complémentaire dans FSE pour éclatement. FSE enrichie avec données d'adressage AMC
		Gestion unique		X		
Il n'existe pas d'acte à transmettre à l'AMO	Convention SESAM-Vitale existante	Gestion séparée	Sans OCT		X	
			Avec OCT	X		FSE enrichie avec données d'adressage AMC
		Gestion unique		X		
	Pas de convention SESAM-Vitale		Sans OCT			Possibilité d'avoir un flux AMC actuel.
			Avec OCT	X		Part complémentaire dans FSE pour éclatement, FSE enrichie sans données d'adressage AMC.

4.2.1.12.2 Détermination du destinataire des flux

4.2.1.12.2.1 Pour la FSE

La détermination de l'organisme destinataire des flux est décrite dans l'annexe 1-A0 (groupe 1310).

Routage des flux SMG

A partir du moment où le Professionnel de Santé choisit le contexte de facturation SMG, le progiciel ignore l'organisme gestionnaire de la carte Vitale et utilise dans tous les cas celui de la caisse dédiée à la gestion des flux SMG à savoir l'organisme gestionnaire suivant :

- Code régime **08**
- Code caisse gestionnaire **835**
- Code centre gestionnaire **0300**

4.2.1.12.2.2 Pour la DRE

En plus du numéro d'organisme complémentaire (issu du support de droits AMC) ou du numéro de l'opérateur de règlement (issu de la table des conventions), les informations nécessaires à l'adressage des DRE sont issues des informations administratives et de routage déterminées lors de la recherche dans l'Annuaire AMC ou à défaut dans la table de conventions. :

- le code routage,
- l'identifiant de l'hôte,
- le nom de domaine choisi par l'organisme AMC.

Les données code routage, identifiant de l'hôte et nom de domaine doivent provenir du même support AMC. Il n'est pas autorisé de mixer ces données à partir des différents supports (carte Vitale, support AMC, table des conventions).

Si les trois données proviennent du même support, l'adresse est complète et utilisable.

L'acquisition de ces données d'adressage se fait de deux manières, en fonction du choix du Professionnel de Santé d'appliquer ou non le tiers payant (choix exprimé par la sélection de la convention) :

- dans le contexte hors tiers payant de la part complémentaire, ces informations dépendent du support présenté et de l'indicateur d'usage de l'attestation pour la convention choisie :
 - si le support présenté est la carte Vitale (ou un autre support électronique), les informations d'adressage utilisées sont celles issues du support présenté par l'assuré ; en cas d'absence d'une des trois données d'adressage, les informations d'adressage utilisées sont celles de la table des conventions ;
 - si le support présenté est une attestation papier et que l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 0 », les informations d'adressage utilisées sont celles issues de l'attestation²⁴ ; en cas d'absence d'une des trois données d'adressage, les informations d'adressage utilisées sont celles de la table des conventions ;
 - si le support présenté est une attestation papier et que l'indicateur est égal à « 1 », les informations d'adressage utilisées sont celles de la table des conventions ; en cas d'absence d'une des trois données d'adressage, le Professionnel de Santé ne peut pas transmettre les informations de la complémentaire dans une DRE (il s'agit d'une erreur dans la table des conventions ; le Professionnel de Santé doit la corriger en contactant le cas échéant le signataire de la convention).
- dans le contexte tiers payant de la part complémentaire, les informations d'adressage utilisées sont celles de la table des conventions.

Quel que soit le contexte, en cas d'absence d'une des informations d'adressage, le Professionnel de Santé ne peut pas transmettre les informations de la complémentaire dans une DRE.

Le tableau ci-dessous résume les règles d'obtention des informations d'adressage dans les différentes situations :

Présence de l'adresse sur le support ²⁵	TP	HTP
Carte Vitale et table des conventions	Adresse issue de la table des conventions	Adresse issue de la carte Vitale
Carte Vitale seulement	Pas de DRE possible	Adresse issue de la carte Vitale

²⁴ Afin de faciliter la saisie des informations d'adressage par le Professionnel de Santé, le progiciel peut pré-remplir l'écran de saisie avec les données d'adressage présentes en table des conventions.

²⁵ L'adresse est présente sur le support si les trois données sont effectivement présentes sur le support.

Présence de l'adresse sur le support ²⁵	TP	HTP
Table des conventions seulement	Adresse issue de la table des conventions	Adresse issue de la table des conventions
Table des conventions et Attestation, avec indicateur d'usage attestation à 0	Adresse issue de la table des conventions	Adresse issue de l'attestation (écran de saisie avec pré-remplissage avec l'adresse présente dans la table des conventions)
Table des conventions et Attestation, avec indicateur d'usage attestation à 1	Adresse issue de la table des conventions	Adresse issue de la table des conventions
Attestation seulement	Pas de DRE possible	Si l'indicateur d'usage est égal à 0, l'adresse est issue de l'attestation (écran de saisie sans pré-remplissage) Si l'indicateur d'usage est égal à 1 il n'y a pas de DRE possible.

Données de la part complémentaires dans la FSE

Les données d'Assurance Maladie Complémentaire sont à inscrire dans les zones prévues à cet effet dans la FSE, celle-ci est transmise suivant les règles existantes d'adressage de la FSE.

4.2.1.13 Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale

Les informations nécessaires au remboursement des soins (identification du Professionnel de Santé, de l'assuré, code prestation, montant payé, etc.) sont fournies par le progiciel du Professionnel de Santé aux Services SESAM-Vitale. Le progiciel du Professionnel de Santé doit fournir systématiquement les éléments issus des calculs.

La lecture de la carte Vitale L'acquisition des informations du support Vitale par le progiciel est imposée au moins une fois au début de l'élaboration de la facture.

En cas de signature avec la carte Vitale, le progiciel réalise un contrôle de cohérence sur les données d'identification du bénéficiaire présentes à la fois dans la carte Vitale sécurisant la facture et dans la facture (date de naissance, rang de naissance, code régime, code caisse gestionnaire et code centre gestionnaire).

Cas particulier : Dans le cadre des risques AT et SMG, cette cohérence porte uniquement sur l'identification du bénéficiaire (la date de naissance et le rang de naissance) et ne porte pas sur les codes régime, caisse et centre inscrits en carte.

En cas de signature avec l'ApCV, le progiciel réalise un contrôle de validité du contexte ApCV et du support de droits AMO (cf annexe 1-A – §2.5.3.2 : Signature Vitale avec une ApCV).

La facture ne peut pas être sécurisée en mode SESAM-Vitale si une incohérence est détectée sauf cas particulier prévu par :

- l'utilisation du service ADR pour acquérir les informations du bénéficiaire des soins, ou
- le forçage (cf. annexe 1-A).

Les données obligatoirement fournies par le progiciel du Professionnel de Santé sont définies dans l'annexe 1-A⁴ du présent document.

Une fois les informations constitutives de la FSE et de la DRE collectées et sauvegardées avec les informations relatives au calcul de la part complémentaire, le progiciel du Professionnel de Santé utilise les SSV afin de procéder :

- 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 aux normes d'échanges utilisées par les organismes d'Assurance Maladie,
- au chiffrement des factures,
- à la sécurisation (signature) des factures électroniques en faisant appel au support Vitale et à la CPS au lecteur SESAM-Vitale et aux cartes Vitale et Professionnel de Santé,
- à la génération des Critères de Regroupement en Lots.

Les Services SESAM-Vitale rendent au progiciel du Professionnel de Santé, si tout se déroule correctement, les factures électroniques mises en forme et sécurisées, prêtes à être intégrées dans des lots. Les Services SESAM-Vitale rendent également un critère, pour chaque type de facture, qui permet le regroupement des factures électroniques en lots.

Consignes pour éviter les doublons

Afin d'éviter la création de deux factures identiques (au numéro de facture près) le progiciel du Professionnel de Santé doit :

- dès la sécurisation des factures effectuées, réinitialiser l'ensemble des groupes d'entrée de la fonction permettant la mise en forme et la sécurisation des factures. Le progiciel du Professionnel de Santé doit également réinitialiser les zones de saisie à l'écran.
- proposer une fonction permettant au Professionnel de Santé de visualiser les factures sécurisées (FSE et/ou DRE) en attente de transmission à l'Assurance Maladie, et ce à n'importe quel moment de sa journée de facturation. Le progiciel doit également offrir la possibilité au Professionnel de Santé de supprimer les factures consultées (FSE et/ou DRE).

Certificat de chiffrement de données révoqué

Si un des certificats de chiffrement des données de la facture est révoqué, la constitution et la sécurisation des FSE et des DRE est impossible.

Certificat de chiffrement de données périmé

Le progiciel du Professionnel de Santé doit remonter un message d'alerte au Professionnel de Santé afin de lui signifier l'utilisation d'un certificat de chiffrement de données périmé. Ce message ne bloque pas la création de la FSE et/ou de la DRE. Il convient de mettre à jour les certificats sur le poste de travail du Professionnel de Santé.

Il est recommandé aux éditeurs de proposer un paramétrage permettant au minimum de remonter cette alerte aux Professionnels de Santé au moins une fois par jour.

4.2.1.14 DRE d'annulation

Schéma d'élaboration de la DRE d'annulation

Le Professionnel de Santé doit indiquer la DRE à annuler avant la mise en forme et sécurisation de la facture.

4.2.1.15 Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale avec désynchronisation des signatures

Les opérations d'acquisition et de tarification sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé sont identiques à celles spécifiées pour la création des factures électroniques en mode SESAM-Vitale, à l'exception de la règle suivante : une facture électronique désynchronisée est signée dans un premier temps en présence de la carte Vitale du support Vitale puis dans un second par la CPS.

En cas de signature désynchronisée, la sécurisation en mode SESAM-Vitale désynchronisé est présentée de la façon suivante dans le schéma de sécurisation des factures électroniques :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Constitution et sécurisation des FSE et DRE			
Attribution d'un N° facture ²⁶			
Contrôle de cohérence des données d'identification			
Sauvegarde des données de la facture			
Mise en forme de la facture	→	SSV- Mise en forme Facture	
	←		
Chiffrement de la facture	→	SSV- Chiffrement Facture	
	←		

²⁶ Le numéro de la facture doit être unique, quel que soit le mode de sécurisation. Le numéro de facture est une partie de l'identifiant facture.

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Mise en forme et sécurisation facture Signature Vitale	→ ←	SSV – Mise en forme et sécurisation facture Si support Vitale = Carte Vitale : SSV - Sécurisation Signature Vitale (FSE et/ou DRE) Si support Vitale = ApCV : SSV - Calculer l'empreinte de la Facture WS_ApCV – Demander la signature Vitale de la Facture SSV - Ajouter la signature dans la Facture	Carte Vitale dans le lecteur
Limitation des doublons			
Finalisation de la facture			
Quittance pour l'assuré (optionnel)			Imprimante (optionnel)
Bon d'examen ²⁷			
Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier (cf. 3.2.8.3)			
Bordereau récapitulatif des ordonnances ²⁸			
Sécurisation Signature CPS	→ ←	SSV – Sécurisation facture SSV - Sécurisation Signature CPS de la Facture (FSE et/ou DRE)	CPS dans le lecteur
Récupération des FSE et/ou DRE partiellement sécurisées			
Sécurisation Signature facture			
Sauvegarde de la FSE sécurisée et/ou de la DRE sécurisée			

²⁷ Pour les laboratoires d'analyses biologiques et les anatomo-cyto-pathologistes²⁸ Pour les pharmaciens, les laboratoires d'analyse de biologie médicale, les auxiliaires médicaux et les fournisseurs

En cas de signature désynchronisée, la cinématique de la signature en mode SESAM-Vitale ~~désynchronisé~~ est la suivante :

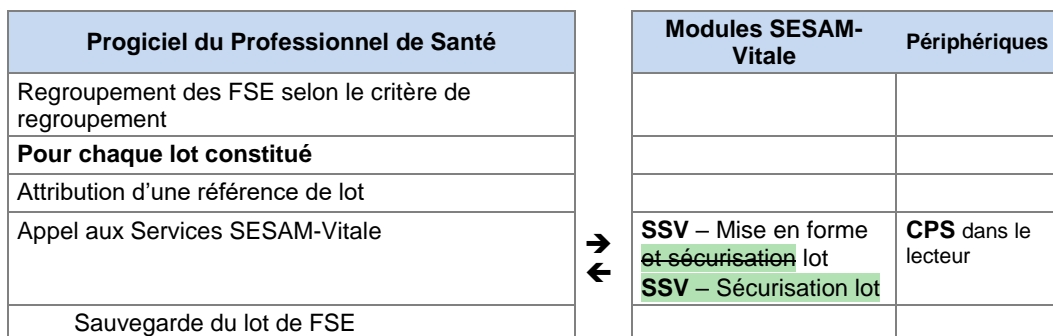
- Dans un premier temps, lors de l'élaboration de la facture, le progiciel appelle les fonctions de mise en forme, chiffrement et signature Vitale de la facture la fonction de mise en forme et sécurisation facture avec la sécurisation désynchronisée, carte Vitale support Vitale présente uniquement. Au retour, les Services SESAM-Vitale retournent une facture partiellement sécurisée ainsi que son critère de regroupement en lot accompagnée de données supplémentaires qui vont permettre la deuxième sécurisation.
- Dans un second temps, la CPS présente, le progiciel donne, en entrée de la fonction de deuxième signature, la facture accompagnée de ses données complémentaires. A l'issue du traitement de sécurisation, les Services SESAM-Vitale retournent au progiciel la facture sécurisée ainsi que son critère de regroupement en lot.

4.2.1.16 Transmission des flux aux organismes d'Assurance Maladie

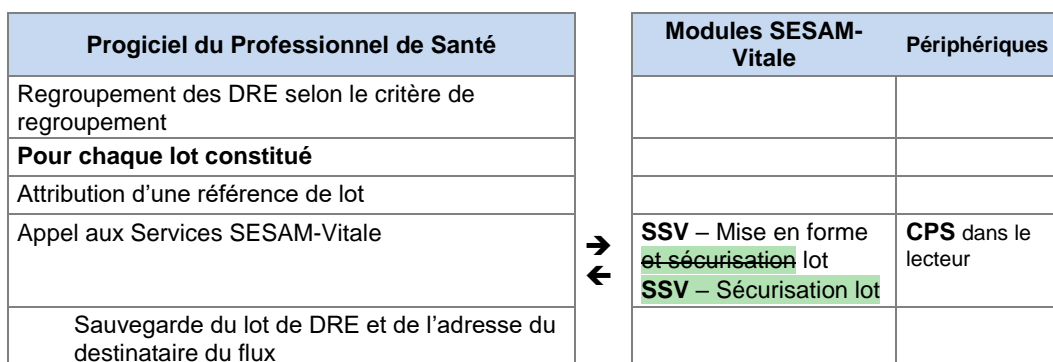
4.2.1.16.1 Constitution et sécurisation des lots de Factures

Schéma d'élaboration du lot de Factures

Le schéma global d'élaboration des lots de FSE est résumé ci-dessous :



Le schéma global d'élaboration des lots de DRE est résumé ci-dessous :



Le regroupement des factures électroniques

Les factures électroniques sont regroupées en lots en vue de leur transmission à l'Assurance Maladie.

Le regroupement des factures électroniques en lots est simplifié grâce aux Services SESAM-Vitale : le progiciel du Professionnel de Santé effectue le regroupement des factures électroniques à partir du critère rendu par la fonction de création des factures électroniques. Toute évolution des critères de regroupement des factures électroniques en lots est ainsi rendue transparente par les Services SESAM-Vitale.

Pour chaque lot, le progiciel du Professionnel de Santé doit trier les factures électroniques par ordre croissant de numéro de facture.

Attribution d'une référence de lot

La référence d'un lot caractérise l'ensemble des factures transmises à un destinataire.

La référence doit être impérativement différente d'un lot à l'autre et évolutive de 001 à 999 pour la FSE et de AAA à ZZZ pour la DRE.

L'appel aux Services SESAM-Vitale

Une fois les factures regroupées en lots, le progiciel du Professionnel de Santé utilise les Services SESAM-Vitale afin que ceux-ci procèdent :

- 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 du lot en faisant appel au lecteur SESAM-Vitale et à la Carte Professionnel de Santé,
- à la génération des Critères de Regroupement en Fichiers.

Un lot de factures électroniques dont les factures sont sécurisées ne peut être créé sans utiliser la Carte Professionnel de Santé et sans utiliser un lecteur SESAM-Vitale ou un lecteur PC/SC.

Le code porteur de la Carte Professionnel de Santé peut être fourni au module SESAM-Vitale :

- soit par saisie sur le clavier du lecteur SESAM-Vitale,
- soit par le progiciel du Professionnel de Santé.

Les lots peuvent être créés en série (enchaînement d'appels à la fonction « Mise en forme et sécurisation lot ») afin d'éviter la multiplication des saisies de code porteur. Pour chaque série de lots, le code porteur n'est requis qu'au premier lot de la série. Une série de lots peut comprendre à la fois des lots de FSE et des lots de DRE. Il est recommandé que la mise en forme des lots de DRE soit effectuée par le progiciel consécutivement à la mise en forme des lots de FSE.

Un lot de DRE peut comprendre des DRE ou des DRE d'annulation.

Au cours de la sécurisation d'une même série de lots, le progiciel de santé empêche l'accès à une carte Vitale et à la carte Professionnel de Santé, ainsi, aucun appel à une de ces deux cartes ne peut aboutir tant que le dernier appel aux Services SESAM-Vitale n'a pas été effectué.

Si tout se déroule correctement, les Services SESAM-Vitale rendent au progiciel du Professionnel de Santé, un lot de factures électroniques mis en forme et sécurisé, prêt à être intégré dans un fichier. Les Services SESAM-Vitale rendent également un critère qui permet le regroupement des lots en fichiers et les éléments d'adressage.

4.2.1.16.2 Constitution des fichiers*Schéma d'élaboration du fichier*

Le schéma global d'élaboration des fichiers de lots de FSE est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des lots en attente de transmission selon le type de norme d'échange et le critère de regroupement			
Pour chaque critère fichier			
Attribution du N° de fichier à transmettre			
Appel aux Services SESAM-Vitale	→ ←	SSV – Mise en forme en-tête et fin de fichier	
Encadrement des lots de FSE constituant le fichier			
Stockage du fichier			

Le schéma global d'élaboration des fichiers de lots de DRE est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des lots de DRE en attente de transmission selon le critère de regroupement			
Pour chaque critère fichier			
Attribution du N° de fichier à transmettre			
Appel aux Services SESAM-Vitale	→ ←	SSV – Mise en forme en-tête et fin du fichier	
Encadrement des lots de DRE constituant le fichier			
Stockage du fichier			

Le regroupement des lots de factures électroniques

Les lots non encore transmis sont regroupés en fichiers en vue de leur transmission à l'Assurance Maladie.

Le regroupement des lots en fichiers est simplifié grâce aux Services SESAM-Vitale : le progiciel du Professionnel de Santé effectue le tri des lots à partir du critère restitué par la fonction de création du lot. Toute évolution des critères de regroupement des lots en fichiers est ainsi rendue transparente par les Services SESAM-Vitale.

L'appel aux Services SESAM-Vitale

Une fois les lots regroupés dans des fichiers, le progiciel du Professionnel de Santé appelle, pour chaque fichier, les Services SESAM-Vitale qui procèdent :

- 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 en-têtes et fins de fichier qui doivent encadrer les lots dans le fichier.

Stockage

Les fichiers sont conservés par le progiciel du Professionnel de Santé sur le Poste de Travail jusqu'au 1er ARL positif d'un lot contenu dans le fichier, afin de prévoir les cas possibles de réémission.

4.2.2 Réception des retours sur le poste Professionnel de Santé

4.2.2.1 Traitement des Accusés de Réception Logiques

Schéma global de traitement

Le schéma global de traitement des fichiers retours est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Pour chaque fichier retour reçu			
Demande de traduction du fichier retour			
Appel aux Services SESAM-Vitale	→	SSV – Traduction ARL	
	←		
Prise en compte des comptes rendus contenus dans l'ARL			
Rapprochement de chaque ARL avec le lot associé.			
Sauvegarde des ARL positifs			

L'appel aux Services SESAM-Vitale

Le progiciel du Professionnel de Santé appelle les Services SESAM-Vitale afin que ceux-ci procèdent :

- à la vérification des données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé (format des données, présence des données),
- à la restitution des informations relatives aux accusés de réception logiques contenus dans le fichier retour.

Le progiciel du Professionnel de Santé utilise les informations rendues par les Services SESAM-Vitale afin de procéder à la corrélation des informations contenues dans les accusés de réception logiques avec celles relatives aux lots précédemment émis (références du lot acquitté, type d'acquittement, éventuellement code rejet).

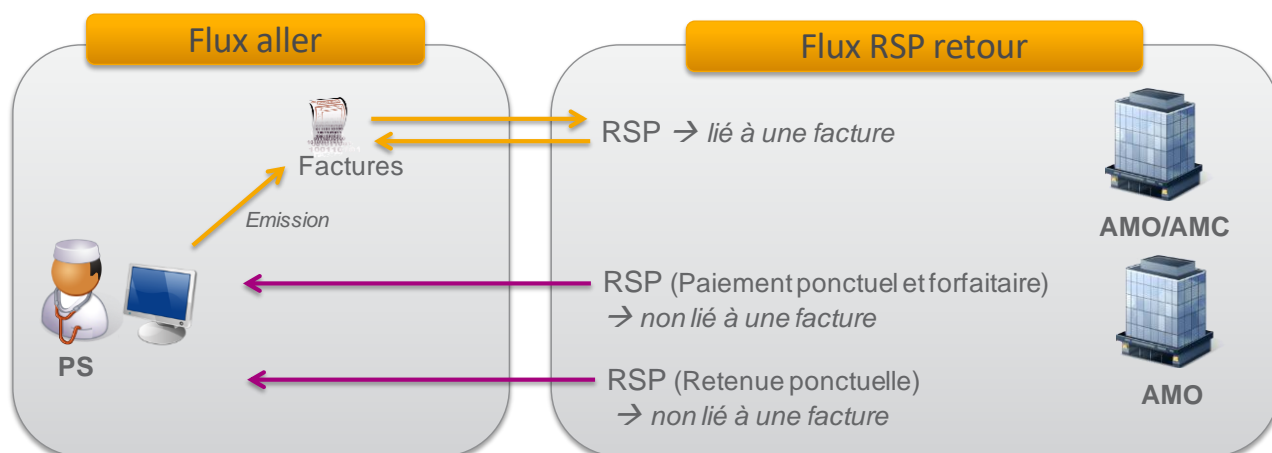
4.2.2.2 Traitement des flux de rejet / signalement / paiement

Les Services SESAM-Vitale ne fournissent pas de fonction d'interprétation des flux de rejet / signalement / paiement (RSP).

Les flux de rejet / signalement / paiement sont créés dans les cas suivants :

- lors du traitement d'une facture par l'Assurance Maladie
- pour retour d'informations relatives à des opérations ponctuelles (uniquement envoyées par les organismes AMO), qui peuvent être des :
 - paiements ponctuels et forfaitaires (par ex. aide pérenne, ROSP, RMT, ..)
 - retenues ponctuelles (par ex. récupération pour satisfaire les besoins d'organismes extérieurs à l'Assurance Maladie)

Le schéma ci-dessous illustre le périmètre des RSP :



Le progiciel du Professionnel de Santé procède au traitement des flux de RSP conformément aux règles décrites dans l'Annexe 1-B0.

Remarque : certains organismes d'Assurance Maladie Obligatoire transmettent également un flux de RSP pour des Feuilles de Soin Papier.

4.2.3 Fonctionnements dégradés

4.2.3.1 Mise en forme des factures électroniques en mode SESAM-Vitale dégradé

Les opérations d'acquisition et de tarification sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé sont identiques à celles spécifiées pour la création des factures électroniques en mode SESAM-Vitale, à l'exception de la règle suivante : une facture électronique en mode dégradé est créée et sécurisée uniquement en présence de la CPS.

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Constitution et sécurisation des FSE et DRE			
Attribution d'un N° facture ²⁹			
Contrôle de cohérence des données d'identification			
Sauvegarde des données de la facture			
Mise en forme et sécurisation facture	→	SSV - Mise en forme et sécurisation Facture	CPS seule
Mise en forme de la facture	←	SSV - Mise en forme Facture	
Chiffrement de la facture	→	SSV - Chiffrement Facture	
Signature CPS de la facture	→	SSV - Signature CPS de la Facture	CPS dans le lecteur
Limitation des doublons	←		
Sauvegarde des factures sécurisées			
Finalisation de la facture			
Quittance pour l'assuré (optionnel)			Imprimante (optionnel)

²⁹ Le numéro de la facture doit être unique, quel que soit le mode de sécurisation. Le numéro de facture est une partie de l'identifiant facture.

Progiciel du Professionnel de Santé	Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Bon d'examen ³⁰		
Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier (cf. 3.2.8.3)		
Bordereau récapitulatif des ordonnances ³¹		
Mention de « Télétransmission dégradée » sur la Feuille de soins papier ³²		

La FSE sécurisée en mode SESAM-Vitale dégradé doit être accompagnée d'un flux papier.

En cas d'impression de la feuille de soins papier, il est demandé au progiciel de faire figurer la mention « Télétransmission dégradée » sur la feuille de soins papier, quelle que soit la famille de Professionnel de Santé.

La feuille de soins papier peut être télétransmise à l'AMO via le système SCOR.

La DRE sécurisée en mode SESAM-Vitale dégradé n'a pas besoin de flux papier.

4.2.3.2 Mise en forme des lots de factures électroniques en mode SESAM-Vitale dégradé

Le schéma global d'élaboration des lots en mode dégradé est identique au schéma d'élaboration des lots en mode SESAM-Vitale.

L'utilisation de cette fonction nécessite la saisie du code porteur de la Carte du Professionnel de Santé.

Le schéma global d'élaboration des lots de FSE en mode dégradé est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé	Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des FSE selon le critère de regroupement		
Pour chaque lot constitué		
Attribution d'une référence de lot		
Appel aux Services SESAM-Vitale	SSV – Mise en forme et sécurisation lot	CPS seule
	SSV – Sécurisation lot	
Sauvegarde du lot de FSE		

Dans le cas de lots contenant des FSE en mode SESAM-Vitale dégradé, le Poste de Travail ne reçoit pas d'ARL correspondant. Ces lots doivent être directement archivés après transmission.

Le schéma global d'élaboration des lots de DRE en mode dégradé est résumé ci-dessous :

³⁰ Pour les laboratoires d'analyses biologiques et les anatomo-cyto-pathologistes.

³¹ Pour les pharmaciens, les laboratoires d'analyse de biologie médicale, les auxiliaires médicaux et les fournisseurs

³² Pour tous les Professionnels de Santé

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Regroupement des DRE selon le critère de regroupement			
Pour chaque lot constitué			
Attribution d'une référence de lot			
Appel aux Services SESAM-Vitale	→ ←	SSV – Mise en forme et sécurisation lot SSV – Sécurisation lot	CPS seule
Sauvegarde du lot de DRE et adresse du destinataire du flux			

Dans le cas de lots de DRE en mode SESAM-Vitale dégradé, le Poste de Travail reçoit les ARL correspondants. Ces lots doivent donc être directement archivés après transmission au moins jusqu'à la réception de l'ARL positif.

4.2.4

Transmission des fichiers et réception des fichiers retour

Pour la description de la transmission des rapports de réclamation et de la réception des retours correspondants, cf. annexe 1-B0.

Le schéma global de transmission des fichiers et de réception des fichiers retours est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
Pour chaque fichier à émettre			
Détermination de l'adresse du destinataire.			
Chiffrement de la pièce jointe			
Constitution de l'enveloppe MIME			
Formatage du message SMTP			
Réception des fichiers retour			modem
Transmission des fichiers constitués vers les différents organismes			
			modem
Traitement des comptes rendus des transmissions			

Pour l'échange des factures électroniques, le progiciel du Professionnel de Santé doit faire appel aux logiciels de gestion des protocoles de communication.

Les Services SESAM-Vitale ne fournissent pas de fonction de télétransmission.

Les retours reçus par le Poste de Travail du Professionnel de Santé ne sont pas chiffrés.

Les certificats de chiffrement de pièce jointe sont stockés sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé et doivent pouvoir être mis à jour dans leur annuaire des certificats.

Adressage des flux de FSE

La constitution de l'adresse électronique est fonction :

- du code régime,
- et du numéro de l'organisme destinataire (dédit à partir de la table de correspondance fournie dans l'Annexe 1-A et les données contenues en carte Vitale).

Adressage des flux de DRE

Les éléments d'adressage AMC sont fournis en sortie de la fonction « mise en lot » des Services SESAM-Vitale conformément aux règles d'adressage.

4.2.5 Session du remplaçant

La gestion du remplacement s'organise autour de trois phases :

- la préparation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé remplacé,
- l'utilisation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé remplaçant,
- la suppression des données de remplacement par le Professionnel de Santé remplacé.

4.2.5.1 Préparation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé remplacé

Recommandation :

« L'ergonomie du progiciel de santé doit permettre un accès rapide et simple à cette fonctionnalité. L'accès à cette fonctionnalité doit se situer au même niveau que les fonctionnalités principales du progiciel »

Il est nécessaire, avant la création d'une session de remplacement, que :

- le Professionnel de Santé, qui souhaite se faire remplacer, connaisse au préalable l'identifiant national de son remplaçant pour pouvoir en effectuer la saisie ou puisse utiliser la Carte du Professionnel de Santé remplaçant pour permettre au progiciel de santé d'en faire l'acquisition en carte.
- si nécessaire, le Professionnel de Santé remplacé, fournisse à son remplaçant les éléments nécessaires à l'accès à sa (ses) boîte(s) aux lettres électroniques et/ou demande le (les) autorisation(s) d'accès à son fournisseur d'accès. Le Professionnel de Santé remplaçant utilisera la (les) boîte(s) aux lettres du remplacé pour la transmission des fichiers de FSE et de DRE.

Le progiciel de santé doit permettre, pour un Professionnel de Santé titulaire, le paramétrage de plusieurs sessions de remplacement, correspondant à des PS remplaçants différents. Ces sessions doivent pouvoir être réutilisées pour des remplacements ultérieurs, effectués par les mêmes PS remplaçants.

Par ailleurs, le progiciel de santé doit également permettre le paramétrage d'un remplacement régulier (par exemple, le PS titulaire est remplacé tous les mercredis par le PS remplaçant A et à chaque période de vacances par le PS remplaçant B).

Le progiciel de santé doit permettre au Professionnel de Santé remplacé :

- la copie sur le Poste de Travail de l'ensemble des informations de facturation du Professionnel de Santé remplacé, contenues dans le Domaine d'Assurance Maladie de sa Carte de Professionnel de Santé, pour toutes les situations de facturation du Professionnel de Santé remplacé :
 - le mode d'exercice,
 - le type d'identification de la structure,
 - le numéro d'identification de la structure et sa clé,
 - la raison sociale de la structure,
 - le numéro d'identification de facturation et sa clé,
 - le code conventionnel,

- le code spécialité,
- le code zone tarifaire,
- le code zone IK,
- le code agrément 1, 2 et 3.
- L'acquisition par saisie ou par lecture de la Carte de Professionnel de Santé remplaçant de l'identifiant national du Professionnel de Santé remplaçant.

4.2.5.2 Utilisation en facturation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé remplaçant

Pour permettre l'activation de la session de remplacement, le progiciel vérifie que l'identifiant national lu dans la Carte du Professionnel de Santé remplaçant est identique à celui que le progiciel de santé a mémorisé sur le Poste de Travail lors de l'initialisation de la session.

En cas de remplacement pour plusieurs situations de facturation, le Professionnel de Santé remplaçant sélectionne, sur le Poste de Travail, l'une des situations de facturation du Professionnel de Santé titulaire (remplacé) pour laquelle le remplacement doit être effectué.

Le progiciel de santé établit les factures avec l'identifiant de facturation du Professionnel de Santé titulaire et renseigne dans celles-ci l'identifiant de facturation du Professionnel de Santé remplaçant. La tarification sera établie avec l'ensemble des informations du Professionnel de Santé titulaire. Le progiciel assure l'incrémentation de la numérotation des factures élaborées par le Professionnel de santé remplaçant dans la continuité de celles élaborées par le Professionnel de Santé titulaire.

Le Professionnel de Santé remplaçant réalise la sécurisation du lot de ses factures avec sa propre CPS, dans ce cas le Professionnel de Santé remplaçant réalise le lot avec son propre identifiant de facturation.

Les lots signés par le Professionnel de Santé remplaçant peuvent contenir des factures élaborées et signées par le Professionnel de Santé titulaire ou par les salariés de ce dernier. Le progiciel de santé assure l'incrémentation de la numérotation des lots constitués par le Professionnel de Santé remplaçant dans la continuité de ceux constitués par le Professionnel de Santé titulaire.

La mise en lot et la transmission par le remplaçant ou par le titulaire doivent respecter les délais prévus par le chapitre 3.2.10.1.2. – « Sauvegarde des lots de factures » de ce présent Cahier des Charges.

La mise en forme et la transmission des fichiers doivent être effectuées quelle que soit la session : remplaçant ou titulaire.

La gestion des ARL et des RSP doit être effectuée quelle que soit la session : remplaçant ou titulaire.

En cas de réception d'un ARL négatif reçu par le Professionnel de Santé remplaçant pour un lot dont il n'est pas l'émetteur, le Professionnel de Santé remplaçant a la possibilité de :

- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec une CPE,
- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec sa propre CPS ; dans ce cas le Professionnel de Santé réalise le lot avec sa propre CPS en indiquant son identifiant de facturation en tant que signataire du lot,

- ou éventuellement demander au Professionnel de Santé qui a réalisé les soins de transmettre à l'organisme d'assurance maladie les duplicatas des factures contenues dans le lot.

Avant la fermeture définitive de la session de remplacement, il est conseillé de faire vérifier par le progiciel de santé que toutes les FSE et DRE réalisées par le Professionnel de Santé remplaçant sont mises en lots.

4.2.5.3 Suppression des données de remplacement par le Professionnel de Santé titulaire

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé titulaire de clore la session de remplacement et de proposer la suppression de l'ensemble des informations mémorisées lors de la phase de préparation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé titulaire.

En cas de réception d'un ARL négatif reçu par le Professionnel de Santé titulaire pour un lot dont il n'est pas l'émetteur, le Professionnel de Santé titulaire a la possibilité de :

- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec une CPE,
- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec sa propre CPS, dans ce cas le Professionnel de Santé réalise le lot avec sa propre CPS en indiquant son identifiant de facturation en tant que signataire du lot,
- ou éventuellement demander au Professionnel de Santé remplaçant qui a réalisé les soins de transmettre à l'organisme d'assurance maladie les duplicatas des factures contenues dans le lot.



Cas particuliers des Professionnels de Santé Pharmaciens dits multi-employeurs

Les règles de gestion et la cinématique associée de constitution des factures, des lots et des fichiers s'appliquant aux Professionnels de Santé Pharmaciens dits multi-employeurs sont identiques à celles décrites pour les professionnels de Santé effectuant des remplacements.

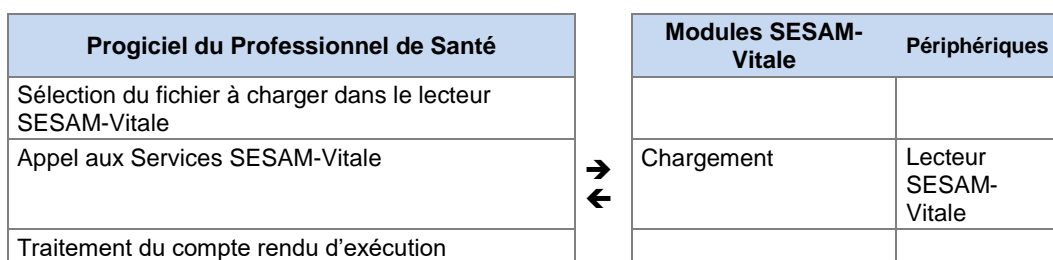
De plus, le Professionnel de Santé Pharmacien multi-employeur peut sécuriser les lots comportant des factures sécurisées par les préparateurs de l'officine.

4.2.6 L'administration du système SESAM-Vitale

4.2.6.1 Chargement de logiciel dans le lecteur SESAM-Vitale

Schéma global du chargement

Le schéma global du chargement de logiciel dans le lecteur est résumé ci-dessous :



L'appel aux Services SESAM-Vitale

Lorsqu'une mise à jour du logiciel du lecteur doit être effectuée, le progiciel du Professionnel de Santé transmet aux Services SESAM-Vitale le fichier comprenant le logiciel à charger.

Les Services SESAM-Vitale envoient ce fichier au lecteur SESAM-Vitale qui effectue la mise à jour et restitue le résultat de ce traitement.

4.2.6.2 Mise à jour du Poste de Travail du Professionnel de Santé

Au niveau de l'équipement du Poste de Travail du Professionnel de Santé, l'outil de mise à jour remplit les activités suivantes :

- **Auditer** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Qu'est-ce qui est présent sur le poste ? ».

Elle doit permettre d'établir la liste exhaustive des fournitures SESAM-Vitale présentes sur le poste et sur le terminal lecteur mais également d'identifier unitairement le Poste de Travail, sa configuration et de déterminer le niveau d'OS.

- **Analyser** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Qu'est-il nécessaire de changer ? ».

Elle nécessite la connaissance du référentiel de composants à la base du Socle Technique de Référence.

- **Installer – mettre à jour** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Comment mettre à jour le poste ? ».

La mise en œuvre de cette fonctionnalité est fortement contrainte par les limitations liées aux droits d'accès et aux typologies. Elle nécessite la maîtrise des configurations déployées.

- **Contrôler** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « La mise à jour a-t-elle réussi ? ».

Cette étape est dimensionnée par la nature des éléments mis à jour : tables de données, fichiers de paramétrage, bibliothèques ou exécutables. La réversibilité de l'opération de mise à jour est assurée au cours de cette opération. Un échec constaté lors des tests de contrôle entraîne un basculement vers l'ancienne version présente initialement sur le poste.

- **Paramétrer** : Cette activité est transversale et préparatoire à l'ensemble des fonctionnalités décrites précédemment. Elle est réalisée lors de la phase de déploiement d'une nouvelle version. Elle permet de paramétrer l'outil de mise à jour afin de lui fournir la configuration (environnement, typologie, ...) du Poste de Travail du Professionnel de Santé et de lui traduire les caractéristiques techniques d'interfaçage avec le serveur de diffusion. La complexité de paramétrage est directement liée à celle de la typologie et de la configuration du poste. La mise en place du paramétrage sera plus aisée si l'on opère via une IHM simplificatrice.

Ce paramétrage peut être considéré comme optionnel dans le cas où le produit de mise à jour a été mis au point pour couvrir une configuration poste Professionnel de Santé type pré-définie.

- **Acheminer sur le poste du Professionnel de Santé** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Comment amener sur le poste les éléments à changer ? »

Elle est complètement dépendante des moyens mis en œuvre (support physique (CD, disquette, bande), mise à jour en ligne, intervention sur site, ...) et peut ne pas être supportée par l'outillage de mise à jour.

L'ensemble des activités devra être supporté par un outillage de mise à jour.

En vue d'assurer la pérennité de l'outil au fil des évolutions des fournitures SESAM-Vitale, il est recommandé de concevoir un outil autonome d'administration des fournitures SESAM-Vitale indépendant du logiciel agréé de production de flux.

Le GIE SESAM-Vitale remettra aux éditeurs une boîte à outils permettant de procéder, sous leur propre responsabilité, au développement d'un outil autonome d'administration des fournitures SESAM-Vitale. Ces éléments seront accompagnés d'une documentation (manuel d'utilisation et manuel de programmation).

Il est important de signaler que les éléments apportés par le GIE SESAM-Vitale pour la mise à jour sur le poste Professionnel de Santé ne constituent pas une fourniture SESAM-Vitale au même titre que les SSV par exemple. L'éditeur pourra donc en reprendre tout ou partie, voire rien.

4.2.6.3 Administration de la liste d'opposition pour les catégories de Professionnel de Santé concernées

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'utiliser la liste d'opposition conformément aux règles décrites à l'annexe 6 du Cahier des Charges.

Le progiciel doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé de consulter à tout moment les références de la liste d'opposition active sur son Poste de Travail.

4.2.6.4 Administration des certificats de chiffrement et de la CRL des certificats de chiffrement

Le progiciel doit permettre la mise à jour des certificats de chiffrement de données et de la CRL des certificats de chiffrement de données pour chiffrer les FSE et/ou les DRE conformément aux règles décrites à l'annexe 1 partie C du cahier des charges.

De même, le progiciel doit permettre la mise à jour des certificats de chiffrement de pièce jointe et de la CRL des certificats de chiffrement de pièce jointe pour chiffrer les fichiers de lots de FSE et/ou DRE conformément aux règles décrites à l'annexe 4 du cahier des charges. Toutes procédures de mise à jour des certificats de chiffrement et de la CRL des certificats de chiffrement de pièce jointe doivent être réalisées de façon transparente et automatique pour le PS. Un message informatif de mise à jour d'un certificat de chiffrement de pièce jointe peut être affiché au PS.

4.2.6.5 Recommandations

Il est recommandé au Professionnel de Santé d'utiliser un antivirus et anti spam.

5 Procédure d'agrément SESAM-Vitale

5.1 Qu'est-ce que l'agrément ?

C'est un acte qui garantit la conformité au Cahier des Charges SESAM-Vitale, d'un progiciel de création et de transmission de factures électroniques (FSE et DRE).

5.2 Pourquoi agréer ?

Les progiciels de création et de transmission de factures électroniques (FSE et DRE) doivent être agréés, car ils traitent les informations précédemment portées par la feuille de soins papier et le décompte papier ; documents réglementaires supprimés dans le cadre du projet SESAM-Vitale au profit de la FSE pour le premier et de la DRE pour le second.

5.3 Progiciels soumis à agrément

Tous les progiciels distribués par les sociétés éditrices aux Professionnels de Santé et comportant un module de création de factures électroniques doivent être agréés. Les fonctionnalités autres que celles décrites dans le présent Cahier des Charges ne sont pas concernées par l'agrément, notamment l'ergonomie ou les services offerts par les sociétés éditrices.

NB : L'ensemble des fonctionnalités fournies par les API du GIE SESAM Vitale et/ou données par le Cahier des Charges SESAM-Vitale doit impérativement être pris en compte par la solution. En particulier, l'utilisation d'un module propriétaire en remplacement d'une fonctionnalité offerte par les dites API impose à la solution de passer par une homologation relative au référentiel Dispositif Intégré.

5.4 Organisme d'agrément

L'agrément SESAM-Vitale est délivré par les organismes d'Assurance Maladie au terme de la procédure décrite au paragraphe 5.5. Cet agrément est pris en charge par le CNDA.

5.5 Procédure d'agrément

Elle se déroule selon les étapes ci-après :

1. retrait du présent Cahier des Charges par la société editrice,
2. signature du protocole d'agrément entre le CNDA et la société editrice,
3. remise à la société editrice du jeu de cartes de test, d'un formulaire d'inscription à la plate-forme de diffusion sécurisée des Fournitures SESAM-Vitale contre un chèque de caution de 800 euros,

si la solution proposée par l'éditeur fonctionne avec un réseau distant, les étapes 4 à 6 s'appliquent, sinon la procédure se poursuit par l'étape 7.

4. retrait d'un modèle de dossier de sécurité sur le site web www.cnda.ameli.fr
5. transmission d'un dossier sécurité dûment complété par l'éditeur au GIE SESAM-Vitale et au CNDA
6. transmission à l'éditeur d'un Procès Verbal de sécurité suite à l'analyse du dossier par le GIE SESAM-Vitale. Si ce Procès Verbal est négatif, l'éditeur devra compléter et/ou corriger son dossier et reprendre cette procédure à l'étape 5)

7. demande d'autorisation de pré examen par la société éditrice constituée sur la base des cahiers de tests et du jeu d'essai téléchargeables sur le site web www.cnda.ameli.fr <http://www.cnda-vitale.fr/>,
8. sous réserve de la validation du dossier de sécurité, dans le cas d'une solution fonctionnant avec un réseau distant, étude par le CNDA du contenu de la demande de la société éditrice,
9. pré examen du progiciel au CNDA en présence de la société éditrice,
10. si pré examen concluant, publication du progiciel sur le site web www.cnda.ameli.fr,
11. télétransmission par la société éditrice des factures électroniques du jeu d'essai de facturation inter-régimes,
12. analyse par le CNDA de la conformité des flux transmis,
13. dépôt de la version exécutable du progiciel par la société éditrice ; ainsi que l'environnement matériel nécessaire, au CNDA pour tests de non régression,
14. prononcé de l'agrément au terme de la phase de test de non régression si concluante,
15. publication sur le site web du CNDA : www.cnda.ameli.fr <http://www.cnda-vitale.fr/> (liste des progiciels agréés),
16. dépôt par le CNDA, pour le compte de la société éditrice, de la version exécutable du progiciel agréé à l'APP (Agence pour la Protection des Programmes).

On notera que l'analyse du dossier de sécurité (étapes 5 à 6) peut se dérouler en parallèle de la phase de tests à distance (Phase nécessaire à la constitution du dossier de demande de pré-examen).

Toute adaptation ou modification d'une des fonctionnalités du présent document comporte obligation d'effectuer à nouveau la procédure d'agrément.

Les sociétés éditrices disposent d'une période de six mois pour procéder aux modifications demandées par l'Assurance Maladie, sauf en cas d'évolution réglementaire comportant une date d'effet impérative.

5.6 Protocole d'agrément

Le protocole d'agrément est disponible en téléchargement sur le site web du CNDA www.cnda.ameli.fr <http://www.cnda-vitale.fr/>.

5.7 Prix

L'agrément est effectué à titre gratuit, sauf en ce qui concerne les frais de dépôt versés à l'APP.

6 Glossaire

Accident de Droit Commun	<p>Dans le cadre du système de facturation SESAM-Vitale, la notion d'accident de droit commun est utilisée pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les accidents de circulation, mais aussi les accidents dans lesquels la responsabilité d'un tiers, quel qu'il soit, peut être mise en cause, • les accidents de la vie courante survenus soit à la maison, à l'école, ou sur les aires de sport ou de loisirs où la victime se blesse seule (accident domestique, accident de sport, accident scolaire, accident de loisir, jardinage, etc..). • pour les bénéficiaires de tous les régimes hormis les bénéficiaires non salariés du régime agricole.
Accident de la vie privée	<p>Dans le cadre du système de facturation SESAM-Vitale, le terme « accident de la vie privée » est utilisée pour tous les bénéficiaires non salariés du régime agricole et est équivalente à la notion « d'accident de droit commun » pour les autres régimes.</p>
ACS	Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé
Acte isolé	<p>Par opposition à un traitement en série, un acte isolé est un acte qui n'appartient pas à un traitement en série.</p> <p>Un acte isolé est facturé généralement sans prescription</p> <p>Un acte isolé peut faire suite à une prescription, mais il est en dehors d'un traitement en série.</p>
Actes en série	Synonyme de traitement en série
ADELI	Répertoire des professions médicales et paramédicales. Le numéro d'enregistrement du Professionnel de Santé sert d'identifiant vis-à-vis des régimes.
ADR	<p><i>Acquisition des Droits</i></p> <p>Service en ligne d'acquisition des droits proposé par l'assurance maladie obligatoire.</p>
Affiliation	<p>Détermine la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire à laquelle le bénéficiaire est rattaché pour le versement de ses prestations en nature ou en espèces.</p> <p>Par exemple, pour le Régime Général, l'assuré est affilié à la caisse dont la circonscription couvre sa résidence principale.</p> <p>L'employeur est responsable de l'affiliation de tout salarié.</p>
Agrément	Reconnaissance de la conformité aux spécifications d'un produit (précédemment appelé labellisation).
ALD	<i>Affection Longue Durée</i>
AMC	<p><i>Assurance Maladie Complémentaire (Assurance Complémentaire)</i></p> <p>Organisme apportant un complément au remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et pouvant rembourser les dépenses non prises en charge par l'AMO.</p> <p>Ce peut être :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une mutuelle régie par le code de la mutualité, • une société ou une mutuelle d'assurance régie par le code des assurances, • une institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale. <p>Certains organismes d'Assurance Maladie Complémentaire traitent la part obligatoire dans le cadre d'une délégation de gestion légale ou d'une habilitation conventionnelle établie avec un AMO.</p>
AME	<i>Aide Médicale d'Etat</i>

AMO	<p><i>Assurance Maladie Obligatoire (Assurance Obligatoire)</i></p> <p>Ensemble des Régimes assurant le paiement de la part obligatoire du remboursement relatif à des dépenses maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le régime général, • le régime agricole, • le régime des professions indépendantes, • les régimes spéciaux. <p>Certains organismes d'Assurance Maladie Obligatoire traitent la part complémentaire dans le cadre d'une convention de gestion entre AMO et AMC.</p>
Annuaire AMC	L'Annuaire AMC est un outil des AMC permettant de garantir le bon acheminement des échanges dématérialisés des professionnels de santé et des centres de santé vers les AMC ; il répertorie les adresses des téléservices AMC et des DRE.
ApCV	<p><i>Application carte Vitale ou appli carte Vitale</i></p> <p>Dispositif sécurisé d'authentification sur système mobile permettant l'accès aux services de l'assurance maladie.</p> <p>L'appli carte Vitale est un portefeuille de-cartes Vitale individuelles dématérialisées, chacune portant les données d'identification d'un seul bénéficiaire.</p>
API – SV	<p><i>Application Programming Interface – SESAM-Vitale</i></p> <p>Ensemble des procédures permettant au logiciel du Professionnel de Santé d'utiliser les ressources et fonctionnalités offertes par les modules SESAM-Vitale.</p>
APIAS	<i>Affection présumée imputable au service.</i>
ARAN	<i>Accusé de Réception Applicatif Négatif</i>
Archivage	Conservation de données, durant une durée légale ou réglementaire, afin de pouvoir y faire référence (lecture/impression), en cas de consultation ultérieure. Notion distincte de celle de sauvegarde d'exploitation (journalière, hebdomadaire, ...).
ARL	<p><i>Accusé de Réception Logique</i></p> <p>Accusé de réception électronique émis par le centre informatique et renvoyé au Professionnel de Santé.</p>
ASPA	<i>Allocation de Solidarité aux Personnes Agées.</i>
Assujettissement	Reconnaissance de la qualité d'assuré social auprès d'un régime obligatoire d'assurance maladie.
Assuré (social)	Personne titulaire d'un droit au regard de la protection sociale.
AT	<i>Accident du Travail</i>
Authentification	Preuve de l'identité d'un correspondant apportée par un élément qu'il est seul à connaître ou à détenir.
Authentification d'origine	Fonction de sécurité apportant au destinataire d'un message la preuve de l'identité de l'émetteur.
Authentification mutuelle	Fonction de sécurité permettant aux deux acteurs d'un dialogue de posséder la preuve de l'identité de leur interlocuteur.
Autorisation préalable	Voir Entente préalable.
Ayant droit	Personne rattachée à un assuré bénéficiant des droits aux prestations de l'Assurance Maladie.
B2	Norme d'échange des feuilles de soins électroniques.
BAL	<i>Boîte aux lettres électronique.</i>
BAL Opposition	Boîte aux lettres électronique utilisée par le Professionnel de Santé pour l'émission et la réception des incréments d'LOI. Celle-ci peut être identique ou différente de la BAL de facturation.
BAL SESAM-Vitale	Boîte aux lettres électronique utilisée par le Professionnel de Santé pour l'émission et la réception des flux SESAM-Vitale.
Bénéficiaire	Personne bénéficiant d'une protection sociale (assuré social ou ayant droit).

Bibliothèque SV	<i>Bibliothèque SESAM-Vitale</i> Ensemble des modules logiciels fournis par l'Assurance Maladie Obligatoire installés sur l'équipement informatique du Professionnel de Santé : <ul style="list-style-type: none"> • les modules SESAM-Vitale, • le GALSS, • le PSS.
Borne (point de mise à jour)	Dispositif matériel permettant l'accès aux services associés à la carte Vitale, c'est-à-dire la consultation et la mise à jour des informations en carte.
C2S	Complémentaire Santé Solidaire
Caisse de rattachement du Professionnel de Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Caisse à laquelle est rattaché le Professionnel de Santé pour sa situation d'exercice et de facturation.
Caisse gestionnaire	Caisse à laquelle est affilié le bénéficiaire des soins. Subdivision administrative des régimes. Elle peut être nationale, régionale, départementale ou locale.
CANSSM	<i>Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines</i>
Carte d'Assuré Social	Carte papier contenant les informations relatives à l'assuré et à ses ayants droit. Elle est remplacée par la carte Vitale.
Carte Professionnel de Santé	Terme générique désignant une carte sans distinction de son type (CPS, CPE, CPF).
CAS	<i>Contrat d'Accès aux Soins</i>
CAVIMAC	<i>Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes</i>
Cas d'erreur	Arrêt du fonctionnement du processus.
Cas particulier	Déroulement ponctuel hors cas nominal.
CCAM	<i>Classification Commune des Actes Médicaux</i>
CCMSA	<i>Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole</i>
CDE	<i>Carte de Directeur d'Etablissement</i> (famille CPS)
Centre Informatique	Centre de production de l'assurance maladie destinataire des flux SESAM-Vitale pour assurer leur traitement.
Certificat X509	Objet sécuritaire contenant la clé publique utilisé par les algorithmes de chiffrement ou de signature et permettant d'attester l'identité d'une personne ou d'un organisme.
Certificat périmé	Certificat dont la date de validité est dépassée à la date de vérification
Certificat obsolète	Un nouveau certificat plus récent pour la personne ou l'organisme concerné a été publié. Le certificat est cependant toujours valide
Certificat révoqué	Le certificat a été déclaré invalide par l'autorité de certification avant sa fin de validité et ne doit plus être utilisé. Ce certificat est présent dans la liste de révocation (CRL) associée.
Chiffrement	Mécanisme de sécurité consistant à rendre des données confidentielles, c'est-à-dire non interprétables par toute personne non autorisée.
CIP	<i>Club Inter Pharmaceutique</i>
CMU	<i>Couverture Maladie Universelle</i>
CMU-C	<i>Couverture Maladie Universelle Complémentaire</i>
CMS	<i>Cryptographic Message Syntax</i>
CNAMTS	<i>Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés</i>
CNDA	<i>Centre National de Dépôt et d'Agrément</i> Centre de l'assurance maladie ayant pour missions l'agrément et l'enregistrement des logiciels du marché interfacés avec SESAM-Vitale
CNIL	<i>Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés</i>

CNMSS	<i>Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale</i>
CNPS	<i>Centre National des Professionnels de Santé</i>
C.O.	<i>Chirurgie Orale</i> Spécialité dentaire de Professionnel de Santé
Configuration	Ensemble des caractéristiques fonctionnelles et physiques d'un produit définies par les documents techniques et obtenues par le produit.
Configuration (gestion de la)	Activités d'ordre technique et organisationnel : <ul style="list-style-type: none"> • identification de la configuration • maîtrise de la configuration • enregistrement de la configuration • audit de la configuration
Contrat Responsable	Dit également « <i>contrat aidé</i> » Contrat complémentaire qui respecte le décret 2005-1226 du 29 septembre 2005.
Contrat tarifaire PS	Ce contrat correspond aux pratiques tarifaires sur lesquelles le PS s'engage auprès de l'Assurance Maladie
CPAM	<i>Caisse Primaire d'Assurance Maladie</i>
CPE	<i>Carte de Personnel d'Etablissement (famille CPS)</i>
CPF	<i>Carte de Professionnel en Formation (famille CPS)</i>
CPRPSNCF	<i>Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF</i>
CPS	<i>Carte du Professionnel de Santé</i> Carte à microprocesseur d'identification et d'habilitation du Professionnel de Santé développée par le G.I.P. «CPS».
CRL	Liste des Certificats Révoqués
CSA	<i>Centre de Sécurité des Appels</i>
CTIP	<i>Centre Technique des Institutions de Prévoyance</i>
DAM	<i>Domaine de l'Assurance Maladie sur la Carte du Professionnel de Santé</i>
Date de délivrance	Notion Métier. Elle correspond, dans le cas des médicaments et de la LPP, à la date d'exécution c'est-à-dire à la délivrance des médicaments.
DCSSI	<i>Direction Centrale de la Sécurité des Systèmes d'Information.</i> Elle a été instituée par décret le 31 juillet 2001
Décompte Papier	Document émis par les organismes d'Assurances Maladies Obligatoires permettant le remboursement de la part complémentaire.
Distributeur d'opposition	Serveur fournissant au Professionnel de Santé le fichier des incréments dLOI (GIE SESAM-Vitale ou OCT)
dLOI (n)	<i>Delta entre la LOI (n) et la LOI (n-1)</i> Fichier d'incréments entre la Liste d'Opposition Incrémentale (n) et la Liste d'Opposition Incrémentale (n-1).
DRE	<i>Demande de Remboursement Electronique</i> Facture électronique permettant le remboursement des soins sur la part complémentaire, transmise à un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire. Il s'agit aussi de la norme des DRE.
DRE d'annulation	<i>Demande de Remboursement Electronique d'annulation</i> Document électronique permettant d'indiquer à l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire l'annulation de la DRE portant le numéro de celle-ci.

DMTF	<i>Desktop Management Task Force</i> Alliance multipartenaire, créée en 1992, pour définir et mettre en œuvre une nouvelle génération de systèmes et de produits de type PC. Poussée par la forte demande des utilisateurs, la DMTF s'est notamment fixée comme objectif de fournir un cadre commun de gestion des configurations des PC (matérielles et logicielles). Elle encourage en ce sens les constructeurs et les éditeurs de logiciels à mettre rapidement sur le marché des produits répondant à ces préconisations. Le standard MIF (dans sa version 2.0) va dans ce sens et permet de décrire une configuration complète d'équipements informatiques. Des informations complémentaires sont disponibles sur le serveur Web de la DMTF à l'adresse suivante : http://www.dmtf.org Les principaux membres de la DMTF (122 en tout) sont Compaq, Dell, Digital, Hewlett-Packard, IBM, Microsoft, NEC, Novell, SCO (Santa Cruz Operation), SunSoft et Symantec.
Droits	Reconnaissance juridique du bénéfice d'une prestation donnée.
DSN	<i>Delivery Status Notification</i>
Eclatement d'une FSE	Opération qui consiste à créer à partir d'une FSE élaborée par un Professionnel de Santé un flux à destination de l'AMO et un flux à destination de l'AMC.
EI	<i>Equipement Informatique</i> Ensemble du matériel informatique du Professionnel de Santé.
Entente préalable (Accord préalable)	Procédure d'autorisation préalable (sauf urgence) à certains actes ou traitements, délivrée par l'Assurance Maladie Obligatoire, et subordonnant leur prise en charge par celle-ci. L'entente préalable équivaut à accord préalable.
ESMTP	<i>Extended Simple Mail Transfer Protocol</i>
ETM	<i>Exonération du Ticket Modérateur</i>
Facture électronique	Terme utilisé dans ce document pour désigner la Feuille de Soins Electronique et la Demande de Remboursement Electronique
FAI	<i>Fournisseur d'accès à Internet</i>
FAT	<i>Feuillet Accident du Travail</i>
Facture subrogatoire	Facture de remboursement papier, faite en fonction des droits du bénéficiaire lors d'un tiers payant. Cette notion disparaît avec SESAM-Vitale.
FDI	<i>Fiche Descriptive des Infirmités (SMG)</i>
Feuille de soins	Preuve de l'accomplissement d'un acte et de sa facturation. Elle représente la demande de remboursement.
FMF	<i>Fédération des Mutuelles de France</i>
FFSA	Fédération Française des Sociétés d'Assurance
FFA	Fédération Française de l'Assurance (anciennement FFSA : Fédération Française des Sociétés d'Assurance)
FNMF	<i>Fédération Nationale de la Mutualité Française</i>
FNS	<i>Fond National de Solidarité</i> Terme remplacé par FSV
Fonction	Sous-ensemble indivisible d'un module destiné à remplir une seule fonctionnalité parmi celles offertes par le module.
Fournisseurs	Famille de Professionnel de Santé du CDC-Editeurs, Les fournisseurs peuvent parfois être dénommés « Professionnels de la LPP ». au niveau des textes réglementaires et conventionnels.

Fournitures SESAM-Vitale	Ensemble des modules logiciels, fourni par l'Assurance Maladie, comprenant : <ul style="list-style-type: none"> • les Modules SESAM-Vitale, • le GALSS, • le PSS, • le logiciel du lecteur SESAM-Vitale, • les logiciels d'installation.
FSE	<i>Feuille de Soins Electronique</i> Facture électronique permettant le remboursement des soins sur la part obligatoire et éventuellement sur la part complémentaire.
FSV	Cette abréviation couvre 2 significations : <ul style="list-style-type: none"> • soit Fond de Solidarité Vieillesse (contexte fonctionnel) • Terme remplacé par ASPA. • soit Fournitures SESAM-Vitale (contexte technique)
GALSS	<i>Gestionnaire d'Accès au Lecteur Santé/Social</i>
GAMEX	<i>Groupement d'Assurance Maladie des Exploitants Agricoles. Il appartient au Régime Agricole.</i> <i>Gestion assurée par la MSA depuis le 01/07/2014</i>
Généraliste	Professionnel de Santé Médecin (famille Prescripteur) rattaché à l'une des spécialités suivantes : 01, 22, 23
Générer	Le terme « Générer » correspond à une création automatique par le système de facturation.
Gestion Unique	Les organismes gérant à la fois les parts obligatoire et complémentaire pour un assuré sont appelés dans ce document <i>organismes en mode de gestion unique (GU)</i> .
Gestion Séparée	Les organismes gérant la part complémentaire et ne gérant pas la part obligatoire pour un assuré sont appelés dans ce document <i>organismes en mode de gestion séparée (GS)</i> .
GIE SESAM-Vitale	<i>Groupement d'Intérêt Economique SESAM-Vitale</i> Créé en 1993, il a pour missions l'étude, la réalisation, la mise en œuvre et la normalisation du programme SESAM-Vitale. Membres fondateurs : CNAMTS, CCMSA, RSI, UNRS. Membres associés : GAMEX, CAVIMAC, MFP. Membres à voix consultative au Comité Directeur : le Ministère du travail et des affaires sociales, le CNPS.
G.I.P. «CPS»	<i>Groupement d'Intérêt Public Carte de Professionnel de Santé</i> Créé en 1993, par arrêté ministériel, il est chargé d'émettre, de gérer et de promouvoir la carte CPS. Cette création s'inscrit dans l'esprit de la loi de 1982 qui a institué les G.I.P. «CPS» aux fins d'allier, sur des objectifs d'intérêt général, les secteurs public et privé. Membres : <ul style="list-style-type: none"> • L'Etat : Ministère du Travail et des Affaires Sociales, Ministère de l'Agriculture et de la pêche, Ministère du budget • Les régimes d'Assurance Maladie Obligatoire : CNAMTS, CCMSA, RSI, UNRS • Les fédérations d'organismes complémentaires : FNMF, FMF, FFA, FFSA, CTIP • Les ordres professionnels : médecins, chirurgiens-dentistes, sages femmes, pharmaciens • Les organismes utilisateurs : OPHIS, MG France, SSA, CNEH.
GSIT	<i>Groupement pour un Système Interbancaire de Télécompensation</i>
Hors tiers payant	Montant payé au Professionnel de Santé par le bénéficiaire.

Identification	Fonction permettant de reconnaître un interlocuteur de manière unique dans un système donné (numéro ou adresse).
IETF	Internet Engineering Task Force
IFD	Indemnité Forfaitaire de Déplacement
Informations conventionnelles AMO	Informations relatives à la situation de facturation du Professionnel de Santé. Constituées du code spécialité, du code conventionnel, du code zone tarifaire et du code zone IK.
IK	Indemnité Kilométrique
Informations médicales à caractère nominatif	Informations relatives à une personne physique protégées par le secret médical (par exemple : codes acte, codes pathologie).
Intégrité	Fonction de sécurité garantissant qu'une information n'est pas altérée de manière intentionnelle ou non.
Inter- régime	Terme qui, appliqué à la carte Vitale, indique que le support physique possède toujours le même visuel et qu'il peut contenir les informations relatives au bénéficiaire, même en cas de changement de régime.
IPS	Indicateur de parcours de soins. Cette notion est liée à la Réforme d'Assurance Maladie – loi du 13 août 2004 (mesure parcours coordonné de soins).
Lecteur PC/SC	Lecteur sans application propriétaire embarquée répondant au standard PC/SC.
Lecteur SESAM-Vitale	Lecteur de cartes à microprocesseur (CPS et carte Vitale).
LOI	<i>Liste d'Opposition Incrémentale</i> Liste des cartes en opposition présente sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé.
LPP	Liste des Produits et Prestations remboursables au titre de l'article L165-1 du code de la sécurité sociale
Masque	Système d'exploitation de la carte à microprocesseur.
M.B.D	<i>Médecine Bucco-Dentaire</i>
Médecin correspondant	Médecin vers lequel le bénéficiaire est orienté par son médecin traitant.
Médecin généraliste	Voir Généraliste
Médecin orienté (Médecin pour un bénéficiaire orienté)	Médecin vers lequel le bénéficiaire est orienté par un autre médecin que le MT dans le respect du parcours coordonné de soins
Médecin spécialiste	Voir Spécialiste
Médecin traitant de substitution	Dans le cadre du parcours coordonné de soins, lorsque le patient a déclaré un médecin traitant mais que celui-ci est indisponible, le patient se rend chez un autre médecin qui est appelé médecin traitant de substitution. Cette notion est liée à la Réforme d'Assurance Maladie – loi du 13 août 2004 (mesure parcours coordonné de soins).
MFP	<i>Mutualité de la Fonction Publique</i>
MG	<i>Mutuelle Générale</i>
NGAP	<i>Nomenclature Générale des Actes Professionnels</i>
MGEN	<i>Mutuelle Générale de l'Education Nationale</i>
MGP	<i>Mutuelle Générale de la Police</i>
MIF	<i>Management Information Format</i> Standard établi par la DMTF
MIME	<i>Multipurpose Internet Mail Extensions</i>

MODEM	Modulateur DEModulateur Équipement électronique permettant l'envoi et la réception de données sur une ligne téléphonique.
MT	Médecin Traitant
Module de saisie à la source	Sous-ensemble logiciel du progiciel du Professionnel de Santé développé par les sociétés éditrices et objet du présent Cahier des Charges. Il intègre les modules SESAM-Vitale.
Modules SESAM-Vitale	Ensemble des modules logiciels, fourni par l'Assurance Maladie, comprenant les services offerts par SESAM-Vitale (SSV, STS, SRT,...)
MUTAME	<i>Mutuelle des Agents territoriaux et des Membres Extérieurs</i>
MFGAM	<i>Mutuelle de Fonctionnaires pour la Gestion de l'Assurance Maladie</i> regroupant les régimes MGEN, MG, MGP, MFP, MNH, MNAM et MNT
MGAT	<i>Mutuelle Générale des Agents Territoriaux</i>
MNH	<i>Mutuelle Nationale des Hospitaliers</i>
MNAM	<i>Mutuelle Nationale Aviation Marine</i>
MNT	<i>Mutuelle Nationale Territoriale</i>
MSA	<i>Mutualité Sociale Agricole</i>
MTM	<i>Modulation du Ticket Modérateur</i>
NABM	<i>Nomenclature des Actes de Biologie Médicale</i>
NGAP	<i>Nomenclature Générale des Actes Professionnels</i>
NIR	<i>Numéro d'Inscription au Répertoire</i>
NIR étendu	Il est constitué du NIR de l'assuré, de la date de naissance et du rang du bénéficiaire
NOEMIE	<i>Norme Ouverte d'Echange pour la Maladie avec les Intervenants Extérieurs</i> Norme d'échange utilisée pour transmettre les flux retour du centre informatique AMO vers le partenaire de santé ; ces échanges se font aussi avec les AMC (télétransmission du double magnétique des décomptes).
Non répudiation d'origine d'un message	Fonction de sécurité garantissant au destinataire l'origine d'un message et empêchant l'émetteur de nier l'avoir envoyé.
Non répudiation de réception d'un message	Fonction de sécurité protégeant l'émetteur d'un message en empêchant le destinataire de nier l'avoir reçu.
Non concerné	Les cas non concernés par le parcours de soins correspondent aux cas d'exclusions et d'Urgence. Cette notion est liée à la Réforme d'Assurance Maladie – loi du 13 août 2004 (mesure parcours coordonné de soins).
OCT	<i>Organisme Concentrateur Technique</i> se chargeant de centraliser, pour le compte des Professionnels de Santé, la télétransmission des échanges avec les organismes d'Assurance Maladie.
Opérateur de diffusion LOI	Intermédiaire entre le distributeur d'Opposition et le progiciel pour la diffusion de la liste LOI. (Editeurs ou OCT)
OPTAM	<i>Option Pratique TARifaire Maitrisée</i>
OPTAM-CO	<i>Option Pratique TARifaire Maitrisée pour les Chirurgiens – Obstétriciens</i>
Ordonnance médicale	Document réalisé par un prescripteur permettant soit la délivrance de médicaments et/ou de produits de la LPP soit l'exécution d'actes par un auxiliaire médical. L'ordonnance est également appelée la prescription médicale.
PAB	<i>Port Autonome de Bordeaux</i>
PeSIT	<i>Protocole d'Echange pour un Système Interbancaire de Télécompensation</i>
PINPad	Clavier numérique de saisie sur un lecteur de carte.
PIRES	Protocole Inter Régime d'Examens Spéciaux
PKCS	<i>Public Key Cryptographic Standards</i>

Poste de travail du Professionnel de Santé	Ensemble de matériels et progiciels contribuant à l'ensemble des activités du Professionnel de Santé.
Prescripteurs	Les Professionnels de santé (PS) dits « prescripteurs » sont les médecins, les chirurgiens-dentistes, et les sages-femmes.
Prescrits	Les Professionnels de santé (PS) dits « prescrits » sont les auxiliaires médicaux, les sages-femmes, les laboratoires d'analyse de biologie médicale, les pharmaciens, et les professionnels de la LPP (famille Fournisseurs).
Prestation en nature	Remboursement des frais médicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, de radiologie, d'analyse ou d'appareillage, ainsi que des dépenses engagées pour obtenir certaines de ces prestations (frais de séjour notamment).
Prévention	Sauf mention contraire ce terme désigne le risque prévention géré par les organismes Assurance Maladie Obligatoires.
Prévention commune AMO/AMC	Cette disposition est introduite par la réforme d'Assurance Maladie (loi du 13 août 2004). Elle n'est pas liée au risque prévention géré par les organismes AMO.
Prise en charge	<i>Prise en charge au titre de l'assurance complémentaire</i> : procédure visant à informer l'assuré des conditions de remboursement de l'assurance complémentaire au préalable à la réalisation de certains actes ou traitements. <i>Prise en charge au titre de l'assurance obligatoire</i> : accord de prise en charge délivré par l'organisme de base faisant généralement suite à une demande d'entente préalable ou à un devis.
Progiciel	Ensemble autonome et indivisible regroupant un ou plusieurs modules logiciels et permettant de réaliser toutes les fonctionnalités de ces modules.
Progiciel du Professionnel de Santé	Progiciel comprenant : <ul style="list-style-type: none"> • les modules propres aux fonctionnalités spécifiques offertes par le progiciel (aide à la prescription, dossier médical, ...), • le module de saisie à la source.
PS	<i>Professionnel de Santé</i> Médecin, kinésithérapeute, infirmier, pharmacien, etc. <i>Pour la famille « Fournisseurs »</i> , Il faut comprendre également dans le terme PS, des « non PS » qui sont des Professionnels de domaines associés à la Santé, en plus de la définition habituelle.
PSS	<i>Protocole Santé/Social</i>
RAMAGE	<i>Réseau de l'Assurance Maladie du régime Général</i> Réseau privé X.25 du régime général.
RC	<i>Régime Complémentaire</i>
Référentiel PS	Référentiel constitué par l'éditeur à partir du référentiel RPPS diffusé par l'ASIP et de la table de correspondance des spécialités diffusée par le GIE SESAM-Vitale. Ce référentiel est mis à jour régulièrement à partir des informations obtenues par l'éditeur. Se reporter au document « Guide d'intégration et d'utilisation du référentiel PS », FACT-GU-001 du GIE SESAM-Vitale)
Répertoire de stockage des fichiers de conventions et de regroupements normés	Répertoire utilisé par le Professionnel de Santé pour stocker les fichiers de conventions et de regroupements normés. C'est depuis ce répertoire que le progiciel importe les fichiers normés pour la mise à jour des tables de conventions.

Réponse de prise en charge	<p><u>Organisme d'Assurance Maladie Complémentaire</u></p> <p>Lorsque la « réponse de prise en charge » est positive, elle correspond à un acte de garantie de remboursement d'un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire vis-à-vis d'un Professionnel de Santé dans le cadre des prestations en tiers-payant ou vis-à-vis d'un assuré dans le cadre d'une prestation hors tiers-payant, sauf élément contraire dans la convention signée entre le Professionnel de Santé et l'organisme complémentaire.</p> <p>Il ne s'agit pas d'un support de droits. Cette définition n'est valable que dans le cadre du contexte de facturation ambulatoire.</p> <p>Cette « réponse de prise en charge » est caractérisée par une référence.</p> <p><u>SMG</u></p> <p>Lorsque la « réponse de prise en charge » est positive, elle correspond à un acte de garantie de remboursement de la CNMSS. Il ne s'agit pas d'un support de droits.</p>
Ressource	Unité de traitement à laquelle les applications du Poste de Travail peuvent accéder. Il s'agit soit d'une application implantée dans un lecteur programmable, soit d'une carte à microprocesseur insérée dans le lecteur SESAM-Vitale
RFC	Requests for Comments
RG	Régime Général
RNIS	Réseau Numérique à Intégration de Service
RO	Régime Obligatoire
RSI	Régime des salariés Indépendant A compter du 01/01/2018 : Sécurité sociale Indépendants
RSS	Réseau Santé Social
RTC	Réseau Téléphonique Commuté
Sauvegarde	Copie des données permettant de relancer les traitements en cas d'avarie. Leur délai de conservation est limité à la fréquence des opérations de sauvegarde.
SD_SMG	Supplément Dérogatoire SMG
Série d'actes	Série d'actes isolés Cas du dentiste ou du laboratoire qui exécute plusieurs actes.
Service	voir fonction
SESAM	<p>Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie</p> <p>Système dont l'objectif est le traitement électronique des feuilles de soins.</p> <p>Ses trois composantes de base sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> la carte le support Vitale de l'assuré social : carte Vitale ou ApCV (avec l'usage du service ADR) la carte d'identification et d'habilitation du Professionnel de Santé : CPS le logiciel d'élaboration de feuilles de soins électroniques et de demandes de remboursement électroniques.
Services SESAM-Vitale (SSV)	Module fourni par l'Assurance Maladie.
SGD	<p>Service de Gestion de Données</p> <p>Offre une interface simplifiée au progiciel pour les différents modules SESAM-Vitale.</p>
Signature numérique	Mécanisme de sécurité utilisé pour remplir les fonctions de non répudiation.
SIRET	Numéro d'identification professionnelle de l'établissement.
Situation conventionnelle	Nature de la convention liant le Professionnel de Santé et l'Assurance Maladie.
Situation d'exercice	Lien entre le Professionnel de Santé et la structure dans laquelle il exerce.

Situation de facturation	Ensemble des informations relatives au Professionnel de Santé intervenant dans la tarification et la facturation pour l'Assurance Maladie.
SLM	<i>Section Locale Mutualiste</i>
S/MIME	<i>Secure Multipurpose Internet Mail Extensions</i>
SMG	<i>Soins Médicaux Gratuits</i>
SMTP	<i>Simple Mail Transfer Protocol</i>
SNCF	<i>Société Nationale des Chemins de Fer</i>
Sous-système « Equipement Professionnel de Santé »	Ensemble matériel et logiciel composé du terminal lecteur et du Poste de Travail
Spécialiste	Professionnel de Santé Médecin (famille Prescripteur) non généraliste
SRT	<i>Services de Réglementation et Tarification de la part AMO</i>
SSV	<i>Services SESAM Vitale</i>
STS	<i>Services de Tarification Spécifique</i> Module d'aide à la tarification de la part complémentaire
Support de droits AMC	Le support de droits AMC, reflet de la situation d'un assuré / bénéficiaire vis à vis d'un AMC. Ce support comporte l'ensemble des informations d'identification et certaines informations de tarification (période couverte, garanties/couverture ou formules de tarification).
Support Vitale	Le support Vitale est le support nominal du processus de facturation, à savoir la carte Vitale ou l'ApCV. C'est un support d'identification et de signature (la carte Vitale étant aussi un support de droits contrairement à l'ApCV).
Taux UNCAM	Le taux UNCAM est le taux de diminution utilisé dans le hors parcours de soins. Il est défini par avis du CA de l'UNCAM publié au JO.
TCP/IP	<i>Transmission Control Protocol / Internet Protocol</i>
TFR	<i>Tarif Forfaitaire de Responsabilité</i>
Terminal lecteur	Ensemble matériel et logiciel composé du lecteur et des logiciels embarqués comme EI96
Ticket modérateur	Différence entre le tarif servant de base au remboursement de l'AMO et le montant de ce remboursement (n'équivaut pas aux dépenses restant à charge notamment en cas de dépassements d'honoraires).
Ticket Vitale	Le Ticket Vitale est une facture récapitulative éditée par le pharmacien, au dos de l'ordonnance rendue au patient, « afin de garantir aux assurés sociaux une bonne information sur le coût des produits de santé qui leur sont délivrés, incluant les honoraires de dispensation, et, le cas échéant, d'autres catégories d'honoraires » (convention nationale des pharmaciens §36.5.2)
Tiers payant	Processus permettant la dispense d'avance des frais pour les parts obligatoire et ou complémentaire.
Traitement en série	Dès qu'il s'agit d'actes facturés dans le cadre d'une prescription et par un Professionnel de Santé de la famille Auxiliaires médicaux ou par une sage-femme (famille Prescripteurs).
TRSS	Tarif de responsabilité de sécurité sociale
TTP	<i>Trusted Third Party (tierce partie de confiance)</i>
UNCAM	<i>Union Nationales des Caisses d'Assurance Maladie</i>

UNRS	<p><i>Union Nationale des Régimes Spéciaux</i></p> <p>Composée de :</p> <p>Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF</p> <p>Unité Décentralisée de Protection Sociale de la RATP</p> <p>Etablissement National des Invalides de la Marine</p> <p>Caisse Autonome de Sécurité Sociale dans les Mines</p> <p>Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale</p> <p>Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaire</p> <p>Caisse Autonome de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale</p> <p>Caisse de Prévoyance du Port Autonome de Bordeaux</p> <p>Caisse Autonome de Sécurité Sociale du Sénat</p> <p>Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes</p>
Version du Cahier des Charges	Numéro de version du Cahier des Charges éditeurs pour lequel le progiciel du Professionnel de Santé a été agréé.
Vitale	Carte à microprocesseur d'identification et de droits du patient. Dans l'étape 2, elle contiendra le Volet d'Informations Médicales.
Volet de facturation	Partie de la feuille de soins réservée à la délivrance de la prescription.
Volet de santé	Partie de la carte Vitale comportant les informations à caractère médical.
Volet d'identification	Partie de la carte Vitale permettant une identification fiable de l'assuré : nom, prénom, numéro national d'identification.
Volet Régime Complémentaire	Partie de la carte Vitale permettant la reconnaissance de l'organisme d'affiliation complémentaire et des droits de l'assuré.
Volet Régime Obligatoire	Partie de la carte Vitale permettant la reconnaissance de l'organisme d'affiliation obligatoire et des droits de l'assuré.
X509	Norme ISO définissant le contenu d'un certificat électronique.
XMODEM-CNAMTS	<p>Protocole de transfert de fichiers entre un centre informatique de l'Assurance Maladie et l'Équipement Informatique du Professionnel de Santé.</p> <p>Produit du domaine public adapté par la CNAMTS.</p>

7

Références

Dans le Cahier des Charges SESAM-Vitale, l'adjectif « réglementaire » couvre l'ensemble des textes référencés ci-dessous.

7.1

Ordonnances, Lois, Décrets, Codes

Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Elle aborde, dans le titre 4, les systèmes d'information de l'Assurance Maladie et la carte de santé et fixe la distribution à l'ensemble des français de la carte familiale avant le 31 décembre 1998 et d'une carte individuelle avant le 31 décembre 1999.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, sur le dispositif du médecin traitant et du parcours coordonné de soins.

Décret N°97-1321 du 30/12/97 relatif aux documents ouvrant droit aux prestations de l'Assurance Maladie et modifiant le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique (les articles mentionnés dans le présent document sont issus de ce décret).

Décret n°98-271 du 9 avril 1998 relatif à la Carte de Professionnel de Santé et modifiant le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en conseil d'Etat).

Décret n°98-275 du 9 avril 1998 relatif à la carte d'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en conseil d'Etat).

Décret n°2003-399 du 28 avril 2003 relatif aux documents ouvrant droit aux prestations de l'Assurance Maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décret en conseil d'état).

Décret n° 2005-1369 du 3 novembre 2005 relatif aux limites et conditions de fixation de la majoration de participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et modifiant le code de la sécurité sociale

Décret n° 2005-1368 du 3 novembre 2005 relatif à la majoration de participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code.

Décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 relatif au contenu des dispositifs d'assurance complémentaire bénéficiant d'un aide et modifiant le code de la sécurité sociale.

Arrêté du 10 février 2004 pris pour l'application de l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pour lesquels la signature de la feuille de soins, électronique ou sur support papier, par l'assuré ou le bénéficiaire n'est pas exigée.

Arrêté du 30 juin 2004 et du 22 sept 2004 pour les médecins (concernant l'addendum n°3 au CdC SESAM-Vitale).

Décret n°2007-199 du 14 février 2007 relatif à la carte d'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (CPMIVG)

Arrêté du 31 mars 2011 paru au JO le 19 avril 2011 (concernant la prise en compte des nouvelles spécialités dentaires dans l'addendum 7)

Articles L. 713-1-1 et L. 713-20 du code de la sécurité sociale (concernant l'intégration des APIAS dans l'addendum 7)

Décret n°2014-1144 du 8 octobre (concernant l'intégration du TPI ACS)

Arrêté de marge (concernant la mise en place des Honoraires de Dispensation):
Arrêté du 28 novembre 2014 modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu
(Référence - NOR : AFSS1420392A)

Pour le ticket Vitale :

Arrêté du 24 décembre 2014 modifiant l'arrêté du 27 juin 2014 fixant le modèle normalisé et les spécifications techniques applicables pour la mise en œuvre de l'information des patients sur le coût des produits de santé délivrés
(Référence - NOR : AFSS1427692A)

7.2 Conventions

Convention nationale des médecins généralistes :

- Arrêté du 4 décembre 1988
- Arrêté du 11 août 1999 – avenant n°1
- Avenant n°4, JO n°71 du 24 mars 2001

Convention nationale des médecins libéraux :

- Signé le 12 janvier 2005
- Avenant de mars 2005
- Avenant n°8, JO du 7 Août 2005
- Avenant n°8, JO du 7 décembre 2012.

Convention nationale des sages-femmes :

- Avenant n°3, JO n° 297 du 21 décembre 2002
- Avenant n°6, JO du 21 novembre 2004
- Arrêté paru au JO du 21/11/2004, modifiant la NGAP

Convention nationale des chirurgiens dentistes :

- Avenant n°4, JO n°49 du 27 février 2003
- Avenant n°3, JO du 30 novembre 2013

Convention nationale des Pharmaciens d'officine :

- Avenant au protocole d'accord du 30 septembre 1975 entre les syndicats nationaux représentant les pharmaciens d'officine et les trois caisses nationales d'assurance maladie (Date : le 19 août 1996).
- Arrêté du 12 août 1999 portant approbation de la convention nationale fixant les modalités de transmission des feuilles de soins électroniques entre les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats représentant les pharmaciens d'officine.
- Arrêté du 26 juin 2003 (JO du 06 septembre 2003) obligation de codage LPP.
- Arrêté de la convention Pharmacien du 11 juillet 2006.
- Arrêté du 28 novembre 2014 portant approbation des avenants nos 3, 4 et 5 à la convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie (Référence - NOR : AFSS1420396A)
- Arrêté du 18 décembre 2014 relatif aux modalités d'application de la convention nationale pharmaceutique aux pharmacies mutualistes et minières (Référence - NOR : AFSS1429105A)

Convention nationale des fournisseurs de biens médicaux inscrits aux Titres I et IV de la L.P.P :

- Signé le 7 août 2002

7.3 Normes et standards

B2	Utilisée pour la télétransmission de factures entre les Professionnels de santé et les Organismes d'Assurance Maladie Obligatoire.
DRE	Demande de Remboursement Electronique Format d'échanges électroniques « Santé » entre Professionnel de Santé et l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire -
DSN	Delevery Status Notification Request For Comments n° 1891, 1893, 1894 ³³
FIPS-180-2	Secure Hash Standard
IP	Internet Protocol Version 4 Request For Comments n°791
ISO 646	Jeu de caractères codés à 7 éléments pour l'échange d'information (équivalence NF Z 62-010) Janvier 1987
ISO 7816	Cartes d'identification Cartes à circuit(s) intégré(s) à contacts (équivalence NF EN 27816) Décembre 1989
MIME	Multipurpose Internet Mail Extensions Requests for Comments n°1521
NOEMIE	Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs IRIS Inter-Régime. Télétransmission de retour d'informations entre les Organismes d'Assurance Maladie et les Professionnels de Santé
PC/SC	Spécifications rédigées par le PC/SC Workgroups* et permettant d'interfacer un ordinateur avec une (ou des) carte(s) à puce via un (ou des) lecteur(s) répondant à ce standard. L'interface permet de solliciter directement la carte avec des « ordres carte ». www.pcscworkgroup.com
PeSIT/Hors SIT	Groupe pour le Système Interbancaire de Télécompensation Version D 15 novembre 1987
POP3	Post Office Protocol Version 3 Request for Comments n°1460
Retour OC –PS	Télétransmission de retours d'informations entre les Organismes d'Assurance Maladie complémentaire et les Professionnels de Santé - 1996
RFC 2459	Internet X.509 Public Key Infrastructure Certificate and CRL Profile
RFC 2630	Cryptographic Message Syntax
RFC2633	S/MIME Version 3 Message Specification
RSA – 2002	PKCS#1 version 2.1
SMTP	Simple Mail Transfer Protocol Request for Comments n°821, 822
V.32 bis	Recommandation V.32 bis Union Internationale des Télécommunications Comité Consultatif International Télégraphique et Téléphonique Genève 1991
V.34	Recommandation UIT-T V.34

³³ Sous réserve d'éventuelles mises à jour.

X.1 à X.32

Union Internationale des Télécommunications Secteur de la normalisation des télécommunications de l'UIT

Recommandations X1 à X.32

Union Internationale des Télécommunications

Comité Consultatif International Télégraphique et Téléphonique

Melbourne, 14-25 novembre 1988