



AVENANT 10

Avenant au CDC SESAM-Vitale,
Dispositif Intégré et TLA

Tiers Payant Généralisé (TPG)

- 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

Systeme de facturation SESAM-Vitale

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.





AVENANT10

Tiers Payant Généralisé (TPG)

Référence du document

Version du document **1.8**

Date **10/11/2017**

Référence **PDT-CDC-072**

Vue générale

Professionnels de Santé concernés **Tous**

Palier concerné **1.40 Addendum 7**

Compatibilités

Cahier des Charges SESAM-Vitale **7.20**

Package d'agrément **1.40.11**

Dispositif Intégré **3.90**

TLA **4.10**



TABLE DES MATIERES

1	Introduction	5
1.1	Contexte	5
1.2	Identification du socle fonctionnel de référence cible	6
1.3	Guide de lecture	6
2	Présentation des différentes mesures.....	7
2.1	EV84 : « Impacts de la PUMA sur la facturation SV »	7
2.2	EV85 : « Automatisation du tiers payant AMO en facturation SV »	8
2.3	EV86 : « Génération d'un rapport de réclamation »	10
2.4	EV88 : « Contrôle double facturation »	11
2.5	EV89 : « Obligation de la compatibilité LPS-OCT »	12
3	Impacts dans le CDC Editeurs.....	13
3.1	Synthèse des impacts dans le CDC Editeurs	13
3.2	Détail des impacts dans le Corps.....	17
3.3	Détail des impacts dans l'Annexe 1-A.....	25
3.4	Détail des impacts dans l'Annexe 1-A0.....	27
3.5	Détail des impacts dans l'Annexe 1-B.....	29
3.6	Détail des impacts dans l'Annexe 1-B0.....	30
3.7	Détail des impacts dans l'Annexe 2	45
3.8	Détail des impacts dans l'Annexe 2bis.....	47
3.9	Détail des impacts dans l'Annexe 4	48
3.10	Détail des impacts dans l'Annexe 5	69
3.11	Détail des impacts dans l'Annexe 8	70
4	Impacts dans le DI	72
4.1	Synthèse des impacts dans le dispositif intégré	72
4.2	Détail des impacts dans le « rh-integ-dsf-020 specification de l application_partie 1 »	73
4.3	Détail des impacts dans le « rh-integ-dsf-020 specification de l application_partie 2 »	78
4.4	Détail des impacts dans le « rh-integ-dsf-034 annexe 10 gestion amc »	80
5	Impacts dans le TLA	81
5.1	Synthèse des impacts dans le TLA.....	81
5.2	Détail des impacts dans le « rh-tla-dsf-002 application TLA »	82
5.3	Détail des impacts dans le « rh-tla-dsf-003 application TLA- Elaboration FSE visite »	82



1 Introduction

1.1 Contexte

Ce document constitue un avenant aux :

- cahier des charges SESAM-Vitale 1.40,
- référentiel « Dispositif intégré »,
- référentiel TLA.

Evolution

Cet avenant a pour objet de présenter les modifications du système de facturation SESAM-Vitale 1.40 pour la mise en œuvre des évolutions suivantes :

- EV84 : « Impacts de la PUMA sur la facturation SV »
- EV85 : « Automatisation du tiers payant AMO en facturation SV »
- EV86 : « Génération d'un rapport de réclamation »
- EV88 : « Contrôle double facturation »
- EV89 : « Obligation de la compatibilité LPS-OCT »

PS concernés

Cet avenant concerne les Professionnels de Santé suivants :

TOUS

Analyse d'impact

L'analyse d'impact et les modifications du système de facturation SESAM-Vitale sont présentées sous forme de delta par rapport au palier fonctionnel suivant :

1.40 – Addendum 7
+
EV78_TP ALD et Maternité
+
EV79_Suivi des facturations TP



1.2 Identification du socle fonctionnel de référence cible

Consigne d'implémentation

La version du socle fonctionnel de référence n'est pas modifiée par cet avenant.

Les éditeurs implémentent dans le champ 'sujet' du message SMTP transmis à l'organisme d'assurance maladie, la référence fournie par les API SSV en sortie de la fonction « Formater_Lot » dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.

1.3 Guide de lecture

Indications dans la marge



Les éléments importants et les remarques sont indiqués par une main dans la marge.



Les questions importantes sont indiquées par un point d'interrogation dans la marge.

Codes couleur

Les codes couleur suivants sont utilisés dans cet avenant et également dans les documents du cahier des charges SESAM-Vitale 1.40 ou du Dispositif intégré afin de permettre la lecture par thèmes :

Texte surligné en jaune

Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale ou Dispositif Intégré

Texte surligné en jaune foncé

Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale ou Dispositif Intégré par rapport à la précédente version de ce document

Texte surligné en gris

Texte ajouté par rapport à la précédente version de ce document

~~Texte barré suivant la couleur~~

Texte supprimé du CDC SESAM Vitale ou du Dispositif intégré

Le titre du paragraphe est surligné en couleur dès lors que le paragraphe est modifié.

Pour des besoins de commodités de lecture, lorsque le texte du paragraphe est entièrement nouveau, le texte n'est pas surligné en jaune, seuls les titres de paragraphes sont surlignés en jaune.



2 Présentation des différentes mesures

2.1 EV84 : « Impacts de la PUMA sur la facturation SV »

Présentation

Depuis le 01/01/2016, tous les assurés ont des droits de base AMO permanents sur condition de résidence ou d'activité, à l'exception des migrants possédant une carte Vitale qui conservent des droits de base AMO limités.

La date de fin de droits de base AMO inscrite en carte Vitale n'est donc plus une donnée justifiant des droits de base AMO.

L'inscription des droits en carte vitale n'est pas modifiée, de ce fait, le système de facturation ne doit donc plus utiliser cette date pour déterminer le droit au tiers payant et de ce fait inciter à la mise à jour de la carte Vitale.

Cependant, afin de conserver un parc de cartes Vitale à jour, l'incitation à la mise à jour est conservée chez les Professionnels de Santé pharmaciens.

De plus, la PUMA faisant disparaître la notion de maintien de droit, le dispositif AME-C est supprimé.

Impacts SESAM-Vitale

Les impacts sur le logiciel de facturation du Professionnel de Santé sont les suivants :

- suppression de l'incitation à la mise à jour et du forçage tiers payant chez les Professionnel de Santé non pharmaciens (les PS pharmaciens conservent l'incitation à la mise à jour telle que décrite actuellement),
- précision sur l'affichage des droits de base AMO en fonction du type de bénéficiaire :
 - avec identification des bénéficiaires ne possédant pas de droits permanents (cas de migrants possédant une carte Vitale).
- suppression du dispositif de l'AME-C.



2.2 EV85 : « Automatisation du tiers payant AMO en facturation SV »

Présentation

Dans le cadre de la généralisation du tiers payant sur la part obligatoire, l'accès au tiers payant ne doit plus être limité dans le temps en fonction de la date de fin de droits, à l'exception des migrants possédant une carte Vitale qui conservent des droits de base AMO limités (cf. EV84 : « Impacts de la PUMA sur la facturation SV »).

Le tiers payant AMO doit être activé par défaut par le logiciel du Professionnel de Santé de par la seule présence de la carte Vitale du Bénéficiaire des Soins non inscrite sur la liste d'opposition. Cette activation automatique n'est pas effective pour les Bénéficiaires de Soins migrants (possédant une carte Vitale) dont la date de fin de droit est dépassée : dans cette situation, le positionnement du tiers payant par le Professionnel de Santé entraîne un forçage de la facture.

Le Bénéficiaire des Soins a toujours la possibilité de refuser l'avance des frais.

Lors de l'application du tiers payant, dans les cas de hors parcours de soins, le logiciel n'applique pas la majoration du ticket modérateur.

Report du Tiers Payant Généralisé

La ministre des solidarités et de la santé ayant annoncé que le tiers payant ne sera pas généralisé le 30 novembre 2017, il convient donc de surseoir à l'application de la fonctionnalité décrite dans cet avenant.

En conséquence, les impacts SESAM-Vitale sont mis à jour : la date de fin de l'activation/désactivation du positionnement automatique du tiers-payant n'est plus positionnée au 29/11/2017 mais au 31/12/2099.

Impacts SESAM-Vitale

Les impacts sur le logiciel de facturation du Professionnel de Santé sont les suivants :

- l'accès au tiers payant AMO n'est plus limité en fonction des droits, à l'exception des migrants possédant une carte Vitale,
- modification des cas de tiers payant AMO obligatoire pour ajout de la situation générale
 - avec possibilité, pour le Professionnel de Santé (hors pharmacies, centres de santé, fournisseurs et laboratoires), de pouvoir activer / désactiver le positionnement automatique du tiers-payant AMO entre le 01/01/2017 et le 29/11/2017 31/12/2099. Ce paramétrage ne s'applique pas dans les autres situations de Tiers-Payant AMO (ALD, Maternité, Accident du travail, CMU-C, etc.)



- modification des cas de non-majoration du ticket modérateur en hors parcours de soins.



2.3 EV86 : « Génération d'un rapport de réclamation »

Présentation

Dans le cadre du Tiers-Payant généralisé (TPG), l'Assurance Maladie met en place une plate forme d'assistance pour les PS, le Centre de Service Inter-régimes Tiers-Payant (CESI).

Lorsque le PS est face à une facturation à un état « rejeté », ou « en anomalie », ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés (délai paramétrable dans le logiciel), son logiciel lui permet de créer et de transmettre un rapport de réclamation pour la prise en charge de la réclamation du PS.

Dans un premier temps, le CESI ne traite que les facturations en tiers-payant pour la part obligatoire et la part complémentaire en gestion unique. Une date d'ouverture de la transmission des rapports de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire en gestion unique doit être paramétrable par l'éditeur au niveau du logiciel PS.

De même, une date d'ouverture de la transmission des rapports de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée (DRE et part complémentaire des FSE enrichies) doit être paramétrable par l'éditeur au niveau du logiciel PS.

En cas de gestion séparée, un rapport de réclamation peut être créé et transmis pour chaque part (part obligatoire et part complémentaire).

NB : cette évolution ne concerne pas le TLA.

Impacts SESAM-Vitale

La possibilité de demander la création d'un rapport de réclamation est ajoutée dans le tableau de suivi des facturations en tiers-payant.

La création et la transmission du rapport de réclamation sont prises en charge par le système de facturation du PS.



2.4 EV88 : « Contrôle double facturation »

Présentation

L'objectif de cette évolution est la réduction des rejets suite à une double facturation.

Un nombre important de rejets de facture en double provient de la tentative faite par le Professionnel de Santé de réémettre une facture déjà émise.

NB : cette évolution ne concerne pas le TLA.

Impacts SESAM-Vitale

Afin d'éviter la transmission de factures identiques (au numéro de facture près), le progiciel de santé doit proposer au PS une fonction lui permettant de :

- **visualiser les factures réalisées sur le poste de travail avant transmission à l'AM**, et ce à n'importe quel moment de sa journée de facturation (*ceci répondra au besoin de vérifier si une facture a été correctement réalisée*)
- **supprimer une facture de son choix** (*ceci répondra au besoin d'annuler une facture réalisé et non encore transmise à l'AM*).



2.5 EV89 : « Obligation de la compatibilité LPS-OCT »

Présentation

Dans le cadre de la généralisation du TP, et au vu des solutions de mise en œuvre envisagées par les organismes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires, les OCT ont exprimé le besoin d'assurer la possibilité aux PS qui souhaitent télétransmettre via un OCT, de le faire sans être contraints par des LPS SV « incompatibles OCT ».

La compatibilité LPS-OCT est assurée et décrite dans l'annexe 5 du cahier des charges SV « Transmission des flux SESAM-Vitale via les organismes concentrateurs techniques ».

NB : cette évolution ne concerne pas le TLA.

Impacts SESAM-Vitale

L'implémentation de l'annexe 5 du cahier des charges SV devient obligatoire pour l'agrément.



3 Impacts dans le CDC Editeurs

3.1 Synthèse des impacts dans le CDC Editeurs

	§	Nature de l'impact / Commentaire	EV
Corps	2.2.4.3 (nouveau chapitre)	Les flux entre le Poste de Travail des Professionnels de Santé et l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI	86
	3.2.2.1	Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part obligatoire Hors PS pharmaciens : modification du § sur l'accès au tiers payant pour : <ul style="list-style-type: none"> supprimer l'accès au tiers payant en fonction de la date de fin de droits, supprimer la notion de forçage tiers payant. 	84
	3.2.2.6	Situations Particulières Ajout d'un § pour les BS « autre situation de migrant ».	84
	3.2.2.6.4	Aide médicale d'Etat Suppression des particularités AME-C.	84
	3.3	Réception des retours sur le poste du Professionnel de Santé Ajout d'un renvoi vers l'annexe 1-B0 pour les retours spécifiques aux rapports de réclamation.	86
	3.3.2	Les flux de rejet / signalement / paiement (RSP) Modification pour les références 576 et 900	
	4.2.1.3.3	Situations Particulières Ajout d'un § pour les BS « autre situation de migrant ».	85
	4.2.1.3.3.4	Aide Médicale d'Etat Suppression des particularités AME-C.	84
	4.2.1.4	Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire Hors PS pharmaciens : modification du § sur l'accès au tiers payant conditionné par la mise à jour de la carte : <ul style="list-style-type: none"> supprimer l'accès au tiers payant en fonction de la date de fin de droits, supprimer la notion de forçage tiers payant. 	84
	4.2.1.9	Tarifcation de la part complémentaire Suppression des particularités AME-C.	84
4.2.1.13	Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale <u>Consignes pour éviter les doublons</u> Ajout des consignes du service de visualisation et de suppression des factures sécurisées et non transmises.	88	



	4.2.4	Transmission des fichiers et réception des fichiers retour Ajout d'un renvoi vers l'annexe 1-B0 pour les retours spécifiques aux rapports de réclamation.	86
Annexe 1-A	2.1.2	Données paramétrées sur le poste de travail du Professionnel de Santé Ajout d'un renvoi vers l'annexe 1-B0 pour les paramètres liés aux rapports de réclamation.	86
	2.1.2.5	Tiers-Payant AMO Ajout d'un paramétrage pour le positionnement par défaut du TP AMO	85
	2.1.3	Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins Ajout d'un § pour l'affichage de la période de droit.	84
	2.1.3.4	Identification de certaines catégories de bénéficiaires Ajout d'un § pour les BS « autre situation de migrant ».	85
	2.1.3.4.4	Aide médical d'état Suppression des particularités AME-C.	84
Annexe 1-A0	2.4.14	1321-Groupes Organisme Complémentaire Suppression du dispositif AME-C.	84
	2.4.16	1410-Groupe Cadre de Remboursement Suppression des particularités AME-C.	84
	2.4.21.1.1	Règles particulières de présentation concernant certains types d'actes Suppression des particularités AME-C.	84
Annexe 1-B	1.1	Présentation du document Ajout d'un renvoi vers l'annexe 1-B0 pour les traitements des retours spécifiques aux rapports de réclamation.	86
Annexe 1-B0	1.2	Abréviations Ajout de l'abréviation « CESI ».	86
	3.1.1	RR02.01 : suivre les facturations et les opérations ponctuelles Ajout de « RR02.01.07 : créer et transmettre un rapport de réclamation » dans le schéma.	86
	3.1.1.2	RR02.01.02 : alimenter le tableau de suivi des facturations en tiers-payant Ajout dans RG_RR023 d'une possibilité de créer et de transmettre un rapport de réclamation. Renvoi vers « RR02.01.07 : Créer et transmettre un rapport de réclamation ».	86



	3.1.1.7 (nouveau chapitre)	RR02.01.07 : créer et transmettre un rapport de réclamation Ce chapitre contient les règles de gestion suivantes : - [RG_RR036] Demander la création des rapports de réclamation, - [RG_RR037] Renseigner l'objet de sa réclamation, - [RG_RR038] Créer un rapport de réclamation, - [RG_RR039] Confirmer l'envoi du rapport de réclamation, - [RG_RR040] Transmettre le rapport de réclamation, - [RG_RR041] Réceptionner les retours de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI (ajout de la description de cette règle de gestion), - [RG_RR042] Alimenter le tableau de suivi des rapports de réclamation (ajout de la description de cette règle de gestion).	86
Annexe 2	R29	Détermination du contexte tiers-payant lié à des dispositions réglementaires spécifiques Ajout de l'automatisation du TP AMO dans les conditions du TPG	85
	R29	Détermination du contexte tiers-payant lié à des dispositions réglementaires spécifiques Suppression des particularités AME-C.	84
Annexe 2bis	Table 14	Table de détermination de « diminution TAUX » hors parcours de soins Non application de la MTM hors parcours en cas de TP AMO.	85
Annexe 4	1	Présentation Ajout du rapport de réclamation.	86
	4	Nature des flux Ajout du rapport de réclamation.	86
	5	Compression Ajout du rapport de réclamation.	86
	6	Chiffrement de pièce jointe Ajout du rapport de réclamation.	86
	7	Profil des messages réels SMTP Ajout du rapport de réclamation.	86
	8	Profil des messages test SMTP Ajout du rapport de réclamation.	86
	11	Profil des messages de service SMTP de l'Assurance Maladie Ajout du rapport de réclamation.	86
Annexe 5	1	Introduction Suppression de la phrase « L'implémentation de cette annexe n'est pas obligatoire pour obtention de l'agrément ».	89
	5.3	Les fichiers RSP Modification pour les références 576 et 900	
Annexe 8	3.1.3	Récupérer les données de contexte de facturation Suppression des particularités AME-C.	84



	3.3.2	Récupérer les données utiles à la détermination du contexte de facturation Suppression des particularités AME-C.	84
	3.3.5	Elaborer la FSE Suppression des particularités AME-C.	84



3.2 Détail des impacts dans le Corps

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.

3.2.2.1 Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part obligatoire

/.../

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 la carte Vitale, ce dernier pouvant la refuser.

Cas particulier : bénéficiaires « autre situation de migrant »

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 au tiers-payant :

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 ».

Pour les bénéficiaires « autre situation de migrant », 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.



3.2.2.6 Situations Particulières

/.../

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 de base**

Les personnes bénéficiaires de l'**AME de base** 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.

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

/.../

3.2.2.6.6 Autre situation de migrant

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



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.

/.../

3.3.2 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.



4.2.1.3.3 Situations particulières du bénéficiaire des soins

/.../

4.2.1.3.3.4 Aide Médicale d'Etat**AME de base**

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits du bénéficiaire des soins au regard de l'aide médicale d'état de base.

Le progiciel affiche alors à l'écran la mention « AME de base ».

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.

/.../

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.



4.2.1.4 Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire

/.../

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 ».

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).



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, 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 de base, le progiciel ne doit pas faire appel aux modules de tarification STS pour la tarification complémentaire.

.../...

4.2.1.13 Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale

.../...

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).



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.

/.../



3.3 Détail des impacts dans l'Annexe 1-A

2.1.2 Données paramétrées sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé

NB : d'autres paramètres sont définis dans l'annexe 1-B0 pour les rapports de réclamation.

/.../

2.1.3 Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins

/.../

2.1.3.6 Affichage des périodes de droits AMO

Les périodes de droits ne doivent pas être affichées. Le progiciel doit afficher « Droits AMO ouverts » quelles que soient les périodes de droits AMO lues sur le support de droits AMO.

Cette règle d'affichage ne concerne pas les bénéficiaires « autre situation de migrant », pour lesquels le progiciel doit afficher les périodes de droits AMO : « droits AMO du xx/xx/20xx au xx/xx/20xx ».

/.../

2.1.2.5 Tiers-Payant AMO

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé (hors pharmacies, centres de santé, fournisseurs et laboratoires), par paramétrage, d'activer ou de désactiver le positionnement automatique du TP AMO.

Ce paramétrage s'applique uniquement :

- dans le cas général (cf. annexe 2 – R29 : 1-Cas général)
 - *ce paramétrage ne s'applique pas dans les autres situations de Tiers-Payant AMO (ALD, Maternité, Accident du travail, CMU-C, etc.)*
- entre le 01/01/2017 et le ~~29/11/2017~~ 31/12/2099 (période durant laquelle le Professionnel de Santé aura la possibilité, et non l'obligation, de pratiquer le TP AMO)

Le paramétrage initial ne doit pas être positionné à une valeur par défaut et doit être modifiable à tout moment par le Professionnel de Santé.

Les dates de début (01/01/2017) et fin (~~29/11/2017~~ 31/12/2099) doivent pouvoir être modifiées par paramétrage du progiciel. La modification est effectuée par l'éditeur à partir des consignes / fiches d'information de l'Assurance Maladie. Le Professionnel de Santé n'a pas la possibilité de modifier ces dates.

A partir du lendemain de la date de fin (~~30/11/2017~~ 01/01/2100), si le paramétrage indiquait une désactivation du positionnement automatique du TP AMO, le progiciel doit alerter le Professionnel de Santé que celui-ci est modifié (TP AMO activé par défaut).

/.../



2.1.3.4 Identification de certaines catégories de bénéficiaires

/.../

2.1.3.4.4 Aide médical d'état

L'identification d'un bénéficiaire « AME de base » s'effectue de cette façon :

	AME de base
Identifiant mutuelle	75500017 Sauf exception ADR : dans ce cas, l'identification est décrite dans la documentation spécifique du service
Carte Vitale	Absente
Attestation papier	Attestation d'admission à l'aide médicale de l'état qui identifie un bénéficiaire de l'AME de base

Le Professionnel de Santé, à qui l'attestation est présentée, est alors seul en mesure d'indiquer s'il s'agit d'une AME de base. Le progiciel du Professionnel de Santé doit donc prévoir la saisie de cette information dans ce cas là.

/.../

2.1.3.4.6 Les bénéficiaires « autre situation de migrant »

Un bénéficiaire « autre situation de migrant » est caractérisé par son code régime égale à « 01 » et son code gestion égale à « 70 ».

/.../



3.4 Détail des impacts dans l'Annexe 1-A0

2.4.16 1410-Groupe Cadre de Remboursement

/.../

Renseignement du cadre de remboursement

Le groupe 1410 : cadre de remboursement indique la situation de règlement des parts obligatoire et complémentaire gérées directement par l'AMO.

Le cadre de remboursement **est renseigné par le progiciel** en fonction de l'application ou non du tiers-payant sur la part obligatoire et éventuellement de la prise en compte de la part complémentaire quand elle est gérée directement par l'AMO.

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des cas possibles :

Part obligatoire	Part complémentaire			
	Absence	Gestion unique		Gestion séparée
	so	HTP	TP	TP
HTP	1	1	4	1
TP	2	2	3	2



Remarque : en gestion unique, le Hors Tiers-Payant sur la part complémentaire entraîne la non transmission d'informations complémentaires (cf. 1321) dans la facture.



Cas particulier : pour l'AME de base, la valeur de cadre de remboursement à utiliser est la valeur 3.



2.4.21.1.1 Règles particulières de présentation concernant certains types d'actes

/.../

AME

Pour les bénéficiaires de l'AME de base, le montant du remboursement (part obligatoire + part complémentaire) est renseigné dans la part complémentaire (« montant théorique remboursable de la part complémentaire » groupe 1610, champ 15).

/.../

3.5 **Détail des impacts dans l'Annexe 1-B**

1.1. **Présentation du document**

/.../

NB : les traitements relatifs aux flux retours concernant les rapports de réclamation sont définis dans l'annexe 1-B0.



3.6 Détail des impacts dans l'Annexe 1-B0

§1.2 Abréviations

Abréviations	
CESI	C Entre de S ervice I nter-régimes Tiers-payant
FSP	F euille de S oins P apier
GU	G estion U nique
GS	G estion S éparée
NOEMIE	N orme O uverte d' E change entre la M aladie et les I ntervenants E xtérieurs
RSP	R ejet / S ignalement / P aielement

2. Principes généraux

/.../

Les Retours 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

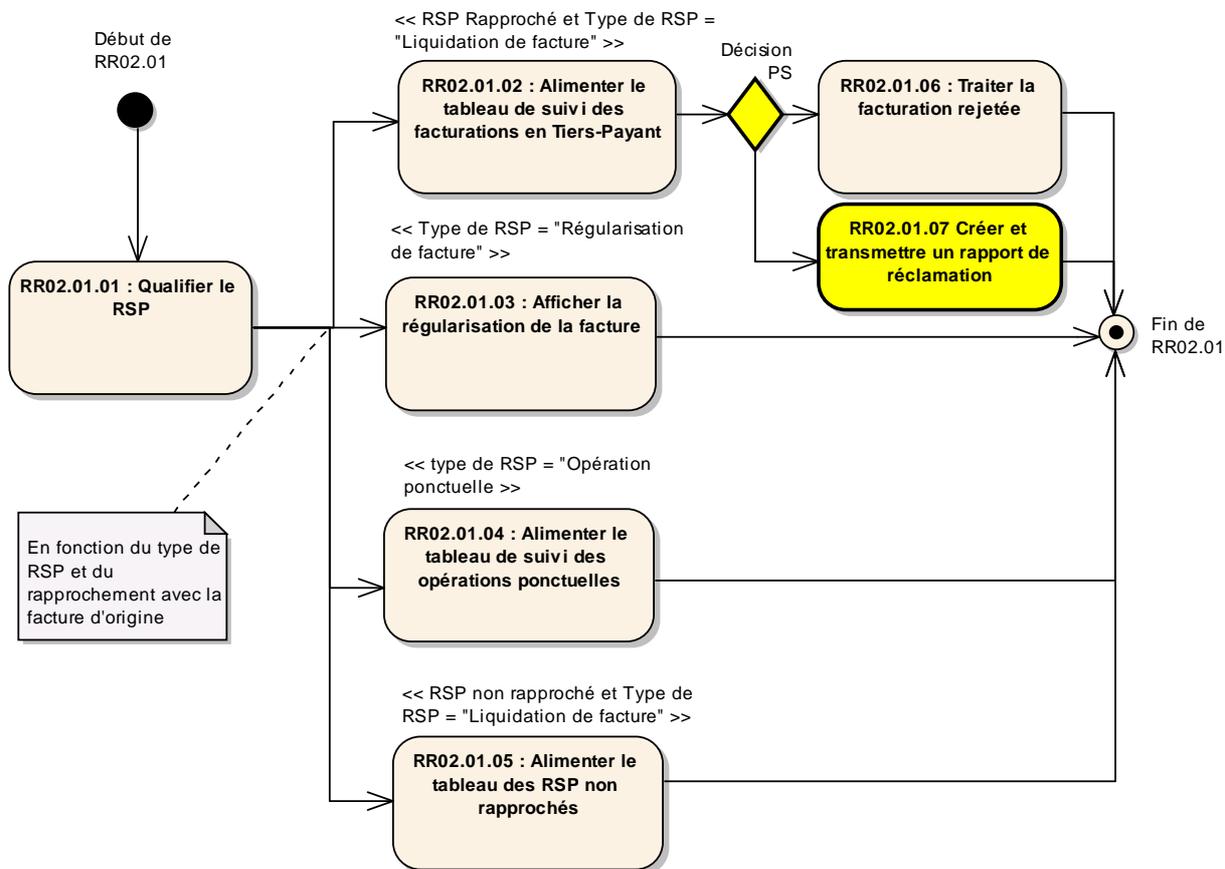
Le système de facturation doit être capable de traiter les données constituant la référence 580 de la norme NOEMIE, ainsi que les références 576 et 900 (sauf pour les pharmaciens).

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 systèmes d'information qui offraient cette fonctionnalité.



§ 3.1.1 RR02.01 : Suivre les facturations et les opérations ponctuelles

.../...



.../...

3.1.1.2 RR02.01.02 : alimenter le tableau de suivi des facturations en tiers-payant

.../...

[RG_RR023] Déterminer les actions possibles sur le tableau de suivi des facturations en Tiers-payant

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le tableau de suivi des facturations doit permettre, à minima, au Professionnel de Santé :

- de traiter une facturation rejetée (cf. RR02.01.06 : Traiter la facturation rejetée)
- de forcer manuellement l'état d'une facture à « Payé »
 - cas d'un RSP non reçu alors que le Professionnel de Santé sait que la facture a été payée suite à un contact avec l'émetteur du retour ou tout autre moyen à sa disposition.
- de créer puis de transmettre un rapport de réclamation à la demande du PS (cf. RR02.01.07 : Créer et transmettre un rapport de réclamation) pour une facturation à l'état « rejeté », « en anomalie » ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés (délai paramétrable dans le logiciel).

.../...



§ 3.1.1.7 RR02.01.07 : Créer et transmettre un rapport de réclamation

Vue générale

Evènement déclencheur Facturation à l'état « rejeté » ou « en anomalie », ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés (paramétrable dans le logiciel).

Description Cette opération consiste à décrire les actions à effectuer par le système de facturation lorsque le Professionnel de Santé demande la création d'un rapport de réclamation pour une facture TP donnée.

Entrées Facturation à l'état « rejeté » ou « en anomalie », ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés.

Sorties Un rapport de réclamation transmis au CESI.

Règles de gestion

[RG_RR036] Demander la création des rapports de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation permet au PS d'indiquer qu'il souhaite créer un rapport de réclamation pour la part obligatoire et/ou la part complémentaire de la facturation. Les choix possibles dépendent :

- de la facturation concernée,

Facturation concernée	Rapports de réclamation possibles
Une FSE seule	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire
Une FSE en gestion unique	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire
Une DRE seule	Un rapport de réclamation pour la part complémentaire
Une DRE d'annulation	Un rapport de réclamation pour la part complémentaire
Une FSE et une DRE	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire et/ou un rapport de réclamation pour la part complémentaire
Une FSE enrichie	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire et/ou un rapport de réclamation pour la part complémentaire

- des dates d'ouverture de la fonctionnalité de création et de transmission des rapports de réclamation,
 - une date d'ouverture des rapports de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire en gestion unique,
 - une date d'ouverture des rapports de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée.

Ces deux dates d'ouverture doivent être paramétrables par l'éditeur. Elles seront mises à jour sur instruction des AMO et AMC, par note technique SESAM-Vitale.

- et, pour les facturations à l'état « en cours », d'un délai à respecter.



La création d'un rapport de réclamation n'est possible qu'après un délai d'au moins 7 jours ouvrés suivant le passage à l'état « en cours ». Ce délai minimal doit être paramétrable par l'éditeur pour chaque spécialité de PS.



Cas d'erreur

[CE1] : la date d'ouverture de la fonctionnalité de création des rapports de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire en gestion unique n'est pas atteinte

Le système de facturation ne doit pas proposer la création du rapport de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire en gestion unique lorsque la date d'ouverture n'est pas atteinte.

[CE2] : la date d'ouverture de la fonctionnalité de création des rapports de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée n'est pas atteinte

Le système de facturation ne doit pas proposer la création du rapport de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée lorsque la date d'ouverture n'est pas atteinte.

[CE3] : le délai minimal avant l'envoi d'un rapport de réclamation pour une facturation « en cours » n'est pas respecté

Le système de facturation ne doit pas proposer la création du rapport de réclamation pour une facturation à l'état « en cours » lorsque le délai (paramétrable) d'au moins 7 jours ouvrés n'est pas respecté.

Règles de gestion

Pour chaque rapport de réclamation demandé par le PS

[RG_RR037] Renseigner l'objet de sa réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le PS doit indiquer l'objet de sa réclamation (texte libre).

Cette action est obligatoire pour pouvoir transmettre le rapport de réclamation.

[RG_RR038] Créer un rapport de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation crée le rapport de réclamation demandé par le PS.

Toutes les données du rapport de réclamation doivent être alimentées si celles-ci sont disponibles dans le système de facturation du PS.

Les données suivantes ne doivent pas être alimentées :

- lors de la transmission du rapport de réclamation pour la part obligatoire
- en présence d'une part complémentaire en gestion séparée et
- avant la date d'ouverture des rapports de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée.



Liste des données :

- le montant RC demandé par le PS (groupe 1910),
- le montant RC payé par l'AMC (entité 199 du RSP),
- le montant de la part assuré (groupe 1910),
- le montant global payé,
- le N° organisme complémentaire (groupe 1321),
- le N° opérateur de règlement /N°AMC (groupe 1330),
- le contexte conventionnel AMC (groupe 1330),
- le N° du Lot (de la DRE),
- et les données des RSP AMC.



Remarque : les données relatives à la part complémentaire en gestion unique devront être alimentées dans le rapport de réclamation.

Les données du rapport de réclamation sont réparties en trois blocs :

- les données propres au rapport de réclamation,
- les données reprises de la facturation,
- les données reprises de chaque RSP liés à la facturation.

Le tableau ci-dessous présente l'alimentation des données propres au rapport de réclamation.

Données	Description de la donnée
Date de création	Date de création du rapport de réclamation par le logiciel PS. Format « AAAAMMJJ0000 » (les 4 derniers caractères sont des zéros).
Identifiant du rapport de réclamation attribué par le LPS	Identifiant attribué par le logiciel du PS servant à faire le lien avec les retours du CESI (accusé de réception, rejets, ...).
Type de réclamation	Correspond à l'état de la facturation concernée : « rejeté », « en anomalie », « en cours ».
Objet de la réclamation	Texte saisi par le PS dans la règle de gestion RG_RR037.
Part concernée	Valeur « RO » si le rapport de réclamation concerne une FSE ou la part obligatoire d'une FSE enrichie. Valeur « RC » si le rapport de réclamation concerne une DRE ou la part complémentaire d'une FSE enrichie. Valeur « GU » si le rapport de réclamation concerne une FSE en gestion unique.
N° Tel du PS	Numéro de téléphone du PS utilisable par le CESI pour contacter le PS.
Adresse mail du PS	Adresse mail du PS utilisable par le CESI pour contacter le PS.



Le tableau ci-dessous présente l'alimentation des données reprises de la facturation. Les données doivent être alimentées sans modification de format par rapport au contenu de la facture.

Données	Description de la donnée
Identification du professionnel de santé	
N° Professionnel de Santé	Groupe 1120 (N° d'identification de facturation du PS + Clé du n° d'identification de facturation du PS)
Identifiant national du PS	RPPS si disponible : Groupe 1120 (N° RPPS du PS + Clé du N° RPPS du PS). Sinon ADELI si disponible. NB : l'ADELI n'est pas présent dans l'annexe 1-A0. Il est disponible dans le groupe 1 dans les données « N° d'identification nationale » et « Clé du n° d'identification nationale ».
Code spécialité du PS	Groupe 1120
Identification de l'organisme AMO	
Organisme AMO	Groupe 1310
Identification de l'organisme complémentaire	
N° organisme complémentaire	Groupe 1321
N° opérateur de règlement /N°AMC	Groupe 1330
Contexte conventionnel AMC	Groupe 1330 Cette donnée contient les informations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> N° de version de la structure de contexte conventionnel (positions 1 et 2), Code spécialité du Professionnel de Santé (positions 3 et 4), Code conventionnel du Professionnel de Santé (position 5), Code type de convention (positions 6 et 7), Critère secondaire (positions 8 à 16), Code norme retour attendu (positions 17 à 19).
Type de contrat	Groupe 1321
Identification de la facture	
Numéro de facturation	Groupe 1110 (N° de Facture)
Date de la facturation	Groupe 1110 (Date élaboration de la Facture)
Top éclatement des flux par le PS	Valeur « E » si une FSE et une DRE ont été émises par le poste du PS. Donnée non renseignée dans les autres cas.
N° du Lot (de la FSE)	Groupe 8
N° du Lot (de la DRE)	Groupe 88
Date de création du lot de FSE	Groupe 8 (Date du lot)



Date de création du lot de DRE	Groupe 88 (Date du lot)
Identification de l'assuré	
Nom patronymique	Alimenter ces données si celles-ci sont connues dans le logiciel PS.
Nom d'usage	
Prénom	
N° national d'immatriculation : NIR assuré	Groupe 1130
Clé du NIR	Groupe 1130
Identification du bénéficiaire des soins	
Nom d'usage	Groupe 104 (Nom usuel du bénéficiaire)
Prénom	Groupe 104 (Prénom du bénéficiaire)
N° national d'immatriculation individuel	Groupe 1160
Clé du N° national d'immatriculation individuel	Groupe 1160
Date de naissance du bénéficiaire	Groupe 1130
Rang de naissance	Groupe 1130
Identification du logiciel PS	
Editeur du logiciel PS	Donnée à fournir par l'éditeur du logiciel PS.
Nom du logiciel PS	Donnée à fournir par l'éditeur du logiciel PS.
Version du logiciel PS	Donnée à fournir par l'éditeur du logiciel PS.
N° d'agrément du Progiciel de Santé	Groupe 8
Montants demandés par le PS	
Montant RO demandé par le PS	Montant Total remboursable par l'AMO (cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0)
Montant RC demandé par le PS	Total remboursable de la part complémentaire (cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0)
Montant de la part assuré	Equivaut à « Total montants facturés - Total remboursable par AMO - Total remboursable de la part complémentaire » (cf. groupe 1910 de l'Annexe 1-A0)
Montant global des honoraires demandé par le PS	Total des montants facturés (cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0)



Le tableau ci-dessous présente l'alimentation des données de chaque RSP lié la facturation.

NB : il peut y avoir zéro, un ou plusieurs RSP pour une facturation.

Les données doivent être alimentées sans modification de format par rapport au contenu du RSP.

Données	Description de la donnée
Identification du professionnel de santé	
N° Professionnel de Santé	Entité 040, champ « Numéro de destinataire de règlement final » (pos. 6)
Identification de l'organisme AMO	
Organisme AMO	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos.6). cf. §4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour les cas particuliers Cette donnée ne doit être renseignée que lorsque l'organisme émetteur du RSP est un organisme AMO
Identification de l'organisme complémentaire	
N° organisme complémentaire	Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76)
Identification de la facture	
Numéro de facturation	Entité 102, champ « N° de facture » (pos. 6)
Date de la facturation	Entité 102, champ « Date de facturation » (pos. 31)
Type de facture	Entité 102, champ « type de facture » (pos. 30)
Numéro du lot de la facture	Entité 102, champ « N° de lot » (pos. 21)
Date de création du lot de la facture	Entité 102, champ « Date de création du lot » (pos. 24)
Identification du bénéficiaire des soins	
Nom d'usage	Entité 103 (si présente), champ « Nom » (pos. 108).
Prénom	Entité 103 (si présente), champ « Prénom » (pos. 133).
N° national d'immatriculation individuel	Entité 103 (si présente), champ « N°d'immatriculation individuel » (pos 86).
Clé du N° national d'immatriculation individuel	Entité 103 (si présente), champ « clé du N°d'immatriculation individuel » (pos. 99)
Date de naissance du bénéficiaire	Entité 103 (si présente), champ « Date de naissance » (pos. 101).
Rang de naissance	Entité 103 (si présente), champ « Rang de naissance » (pos. 107).
Identification de l'assuré	
Nom patronymique	Entité 103 (si présente), champ « Nom patronymique » (pos 21).
Nom d'usage	Entité 103 (si présente), champ « Nom d'usage » (pos 46).
Prénom	Entité 103 (si présente), champ « Prénom » (pos 71)



N° national d'immatriculation : NIR assuré	Entité 103 (si présente), champ « N°d'immatriculation » (pos. 6).
Clé du NIR	Entité 103 (si présente), Champ « clé du N°d'immatriculation » (pos. 19)
Montants payés	
Montant RO payé	Entité 198, champ « Montant AMO payé » (pos.15) + champ « Signe du montant AMO payé » (pos. 23)
Montant RC payé	Entité 199, champ « Montant AMC payé » (pos.15) + champ « Signe du montant AMC payé » (pos. 23)
Montant global payé	Correspond au Montant RO payé auquel on ajoute le Montant RC payé
Virement bancaire	
La référence du virement bancaire (Non renseignée pour la part rejetée)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Libellé du virement</u> Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44) • <u>La date de journée comptable</u> Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6) • <u>Organisme payeur</u> Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 44) -> cf. §4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs
Commentaire	
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7) ^(a)

(a) En cas de présence d'une ou plusieurs entités 295 dans le RSP, la donnée commentaire est alimentée par la concaténation des commentaires véhiculés dans les entités 295 du RSP.

Pour chaque RSP lié la facturation, les informations suivantes sont à intégrer dans le rapport de réclamation si la facturation est à l'état « rejeté », autant de fois que d'entités 294 présentes dans ce RSP.

Informations du rapport de réclamation	Règle de détermination
La part concernée	Entité 294, champ « Part concernée » (pos. 97)
Le code du rejet	Entité 294, champ « Codification du rejet » (pos. 6)
Le libellé du rejet	Entité 294, champ « Libellé du rejet » (pos. 16)
Le niveau de rejet	Entité 294, champ « niveau de rejet » (pos. 96)
Détail de la prestation rejetée -> pour les Rejets de niveau « type ligne de prestation (L) »	Entité 294 <ul style="list-style-type: none"> • Nature de la prestation concernée (pos. 98) • Date des soins (pos. 103) • Numéro d'exécutant (pos. 109)



--	--

Afin de pouvoir traiter de nouveaux besoins de routage, la structure des données prévoit les données présentées ci-dessous.

Critères supplémentaires de routage	
Critère de routage (donnée à occurrence multiple)	Des critères de routage supplémentaires pourront être ajoutés. Chaque critère de routage se présente sous la forme d'un couple : <ul style="list-style-type: none"> • type du critère de routage, • valeur du critère de routage.

Description des données au format XML

Chaque donnée citée en amont alimente un fichier XML dont la structure est présentée dans le tableau ci-dessous.

NB1 : le caractère obligatoire de certaines données est indiqué dans la définition fonctionnelle en amont dans les règles de gestion.

Balises XML Gras : élément vide <i>Italique</i> : élément avec contenu Rouge : attribut	Occurrence	Format	Valeur ou donnée
RapportReclamation (Namespace : http://www.sesam-vitale.fr/XMLSchema/SVRapportReclamation/1/0)	1		
version	0..1		version fixée dans le xsd fourni
Description	0..1		(Rapport de réclamation)
<i>DateCreation</i>	0..1	AN	Date de création
<i>IdentifiantRapport</i>	0..1	AN	Identifiant du rapport de réclamation attribué par le LPS
<i>Type</i>	0..1	AN	Type de réclamation
<i>Objet</i>	0..1	AN	Objet de la réclamation
<i>PartConcernee</i>	0..1	AN	Part concernée
<i>Telephone</i>	0..1	AN	N° Tel du PS
<i>Mail</i>	0..1	AN	Adresse mail du PS
IdentifiantPS	1		(Identification du professionnel de santé reprise de la facturation)
<i>NoFacturation</i>	0..1	AN	N° Professionnel de Santé
<i>IdentifiantNational</i>	0..1	AN	Identifiant national du PS
<i>CodeSpecialite</i>	1	AN	Code spécialité du PS
OrganismeAMO	0..1		(Identification de l'organisme AMO reprise de la facturation)
<i>CodeOrganisme</i>	0..1	AN	Organisme AMO



OrganismeComplementaire		0..1		(Identification de l'organisme complémentaire reprise de la facturation)
	NoOrganisme	0..1	AN	N° organisme complémentaire
	NoOperateurReglementAMC	0..1	AN	N° opérateur de règlement /N°AMC
	ContexteConventionnelAMC	0..1	AN	Contexte conventionnel AMC
	TypeContrat	0..1	AN	Type de contrat
Facture		0..1		(Identification de la facture reprise de la facturation)
	NoFacture	0..1	AN	Numéro de facturation
	Date	0..1	AN	Date de la facturation
	TopEclatementPS	0..1	AN	Top éclatement des flux par le PS
	NoLotFSE	0..1	AN	N° du Lot (de la FSE)
	NoLotDRE	0..1	AN	N° du Lot (de la DRE)
	DateCreationLotFSE	0..1	AN	Date de création du lot de FSE
	DateCreationLotDRE	0..1	AN	Date de création du lot de DRE
Assure		0..1		(Identification de l'assuré reprise de la facturation)
	NomPatronymique	0..1	AN	Nom patronymique
	NomUsage	0..1	AN	Nom d'usage
	Prenom	0..1	AN	Prénom
NIR		0..1		
	Num	0..1	AN	N° national d'immatriculation : NIR assuré
	Cle	0..1	AN	Clé du NIR
BeneficiaireSoins		0..1		(Identification du bénéficiaire des soins reprise de la facturation)
	NomUsage	0..1	AN	Nom d'usage
	Prenom	0..1	AN	Prénom
NIRIndividuel		0..1		
	Num	0..1	AN	N° national d'immatriculation individuel
	Cle	0..1	AN	Clé du N° national d'immatriculation individuel
	DateNaissance	0..1	AN	Date de naissance du bénéficiaire
	RangNaissance	0..1	AN	Rang de naissance
LogicielPS		0..1		(Identification du logiciel PS)
	NomEditeur	0..1	AN	Editeur du logiciel PS
	NomLogiciel	0..1	AN	Nom du logiciel PS



	<i>VersionLogiciel</i>	0..1	AN	Version du logiciel PS
	<i>NoAgrementLogiciel</i>	0..1	AN	N° d'agrément du Progiciel de Santé
MontantsPSDemandes		0..1		(Montants demandés par le PS repris de la facturation)
	<i>MontantRO</i>	0..1	AN	Montant RO demandé par le PS
	<i>MontantRC</i>	0..1	AN	Montant RC demandé par le PS
	<i>MontantAssure</i>	0..1	AN	Montant de la part assuré
	<i>MontantGlobal</i>	0..1	AN	Montant global des honoraires demandé par le PS
ListeRSP		0..1		(Si au moins un RSP est lié la facturation concernée par le rapport de réclamation)
	RSP	1..n		(Pour chaque RSP lié la facturation concernée par le rapport de réclamation) (Les données ci-dessous sont reprises du RSP concerné)
	IdentifiantPS	0..1		(Identification du professionnel de santé)
	<i>NoPS</i>	0..1	AN	N° Professionnel de Santé
	OrganismeAMO	0..1		(Identification de l'organisme AMO)
	<i>CodeOrganisme</i>	0..1	AN	Organisme AMO
	OrganismeAMC	0..1		(Identification de l'organisme complémentaire)
	<i>CodeOrganisme</i>	0..1	AN	N° organisme complémentaire
	Facture	0..1		(Identification de la facture)
	<i>NoFacture</i>	0..1	AN	Numéro de facturation
	<i>DateFacture</i>	0..1	AN	Date de la facturation
	<i>TypeFacture</i>	0..1	AN	Type de facture
	<i>NoLotFacture</i>	0..1	AN	Numéro du lot de la facture
	<i>DateCreationLot</i>	0..1	AN	Date de création du lot de la facture
	BeneficiaireSoins	0..1		(Identification du bénéficiaire des soins)
	<i>NomUsage</i>	0..1	AN	Nom d'usage
	<i>Prenom</i>	0..1	AN	Prénom
	NIRIndividuel	0..1		
	<i>Num</i>	0..1	AN	N° national d'immatriculation individuel



				<i>Cle</i>	0..1	AN	Clé du N° national d'immatriculation individuel
				<i>DateNaissance</i>	0..1	AN	Date de naissance du bénéficiaire
				<i>RangNaissance</i>	0..1	AN	Rang de naissance
				Assure	0..1		(Identification de l'assuré)
				<i>NomPatronymique</i>	0..1	AN	Nom patronymique
				<i>NomUsage</i>	0..1	AN	Nom d'usage
				<i>Prenom</i>	0..1	AN	Prénom
				NIR	0..1		
				<i>Num</i>	0..1	AN	N° national d'immatriculation : NIR assuré
				<i>Cle</i>	0..1	AN	Clé du NIR
				MontantsPayes	0..1		(Montants payés)
				<i>MontantRO</i>	0..1	AN	Montant RO payé
				<i>MontantRC</i>	0..1	AN	Montant RC payé
				<i>MontantGlobal</i>	0..1	AN	Montant global payé
				VirementBancaire	0..1		(Virement bancaire)
				<i>LibelleVirement</i>	0..1	AN	Libellé du virement dans la référence du virement bancaire
				<i>DateJourneeComptable</i>	0..1	AN	La date de journée comptable dans la référence du virement bancaire
				<i>OrganismePayeur</i>	0..1	AN	Organisme payeur dans la référence du virement bancaire
				Commentaire	0..1		(Commentaire)
				<i>Commentaire</i>	0..1	AN	Commentaire
				ListeRejet	0..1		(Si au moins une entité 294 est présente dans ce RSP)
				Rejet	1..n		(Pour chaque entité 294 présente dans ce RSP)
				<i>PartConcernee</i>	0..1	AN	La part concernée
				<i>CodeRejet</i>	0..1	AN	Le code du rejet
				<i>LibelleRejet</i>	0..1	AN	Le libellé du rejet
				<i>NiveauRejet</i>	0..1	AN	Le niveau de rejet



				DetailPrestationRejetee	0..1		(Détail de la prestation rejetée)
				<i>NaturePrestation</i>	0..1	AN	Nature de la prestation concernée
				<i>DateSoins</i>	0..1	AN	Date des soins
				<i>NoExecutant</i>	0..1	AN	Numéro d'exécutant
		Extension			0..1		(Réservé pour un usage futur au niveau RSP.)
	ListeCritereRoutage				0..1		(Critères supplémentaires de routage)
	CritereRoutage				1..n		(Critère de routage)
				<i>Type</i>	1	AN	Type du critère de routage
				<i>Valeur</i>	1	AN	Valeur du critère de routage
	Extension				0..1		(Réservé pour un usage futur au niveau rapport de réclamation et facturation.)

[RG_RR039] Confirmer l'envoi du rapport de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation doit demander au PS la confirmation de l'envoi du rapport de réclamation au CESI.

[RG_RR040] Transmettre le rapport de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation compresse et chiffre le rapport de réclamation. Cf. annexe 4 pour la description de la compression et du chiffrement.

Le fichier obtenu doit être nommé « exercice-RR-compostage.gz » en reprenant les valeurs d'exercice et de compostage de l'entête SMTP. Cf. annexe 4 pour la description de l'entête SMTP.

Par exemple : 123456789-RR-2016032214435500001.gz

Le système de facturation constitue l'entête SMTP du message avec les informations indiquées dans l'annexe 4.

Le système de facturation transmet au CESI son message SMTP contenant le rapport de réclamation chiffré en pièce jointe.

[RG_RR041] Réceptionner les retours de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le traitement de ces retours doit être transparent pour le Professionnel de Santé et doit être effectué automatiquement.

Il pourra, par exemple, être lancé en tâche de fond chaque jour.

Les différents types de retour (accusé de réception du rapport de réclamation et/ou message de service) sont décrits dans l'annexe 4.



[RG_RR042] Alimenter le tableau de suivi des rapports de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation rapproche les retours obtenus et les rapports de réclamation. Ce rapprochement s’effectue par comparaison du champ relatif à l’identifiant original (« in-reply-to ») de chaque retour avec le champ sujet (« subject ») du message SMTP contenant le rapport de réclamation.

Le système de facturation indique pour chaque rapport de réclamation, si celui-ci est accepté ou rejeté d’un point de vue technique(*) en fonction des retours de l’infrastructure d’accueil des rapports de réclamation à destination du CESI.

Retours de l’infrastructure d’accueil des rapports de réclamation à destination du CESI	Le rapport de réclamation est
accusé de réception avec ou sans message de service d’alerte	accepté d’un point de vue technique (*)
message de service de rejet	rejeté d’un point de vue technique (*)

(*) Nota bene :

- l’accusé de réception ne témoigne que de la conformité technique du rapport de réclamation.
- le CESI prendra contact avec le Professionnel de Santé selon une procédure spécifique qui est hors périmètre SESAM-Vitale.



3.7 Détail des impacts dans l'Annexe 2

R29- Détermination du contexte tiers-payant lié à des dispositions réglementaires spécifiques

	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet d'identifier les situations réglementaires génératrices de la dispense d'avance de frais sur les parts AMO et/ou AMC ;</p> <p>Attention : elle ne préjuge 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.</p> <p>Dans les cas identifiés ci-après, le contexte tiers-payant est obligatoire, i.e. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la dispense d'avance des frais doit être proposée par le Professionnel de Santé, • selon les cas, <ul style="list-style-type: none"> ○ soit sur la part AMO uniquement, ○ soit sur les parts AMO et AMC, • dans la limite du tarif de responsabilité⁽¹⁾. • Dans tous les cas le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais proposée. <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Les cas concernés par le tiers-payant réglementaire sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cas général : le Professionnel de Santé doit accorder à l'assuré le tiers payant sur la part AMO dans la mesure où le Bénéficiaire des Soins (hors « autre situation de migrant ») est identifié avec la carte Vitale. <p>Les bénéficiaires « autre situation de migrant »⁽³⁾ ne sont pas concernés par cette obligation de tiers payant AMO si leur date de fin de droits AMO est dépassée.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Nature d'assurance " Accident du Travail " : part AMO 3. Nature d'assurance " Maternité " : part AMO 4. Couverture maladie universelle : <ul style="list-style-type: none"> • Bénéficiaire de la CMU-C⁽³⁾ : parts AMO et AMC Dans ce cas, le montant de la participation de l'AMC est au minimum équivalent au ticket modérateur sauf cas particuliers (ex : prothèse dentaire...) pour lesquels le tarif de responsabilité⁽¹⁾ peut être dépassé. • Sortant de CMU-C⁽³⁾ : part AMO 5. Permanence des soins : part AMO Ce cas s'applique dans le cadre d'une intervention du 	<p>Groupe nature d'assurance : (151x) : Saisie par le PS</p> <p>Cadre de remboursement : (1410) Saisie par le PS</p> <p>Option conventionnelle * : Saisie par le PS</p> <p>Code prestation (1610). Saisie par le PS.</p> <p>Coefficient de l'acte (1610). Saisie par le PS.</p> <p>Groupe fonctionnel : lu en table 1</p>	<p>Table 1</p>	<p>Art L 432-1 et L432-3 du Code de la Sécurité Sociale.</p> <p>Conventions Nationales des médecins.</p> <p>Art L 861-3 du code de la sécurité Sociale</p> <p>Article 83 du projet de loi de modernisation du système de santé</p> <p>L. 161-36-4. du code de la sécurité sociale modifié</p> <p>Arrêté du 28/07/2005 Approbation de l'avenant n°8 à</p>	<p>(1) le tarif de responsabilité correspond à la donnée " prix unitaire " décrite dans le groupe 1610 de l'annexe 1. Rappel : les dépassements ne sont pas pris en charge par l'AMO</p> <p>(2) Cf. règle P1</p> <p>(3) ces situations sont identifiées selon les règles définies dans l'annexe 1 – partie A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fonction « Lecture droits Vitale » identification des bénéficiaires §2.1.3.4 ou fonction « Acquérir les droits en ligne » • L'option conventionnel le est connue



	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>médecin d'astreinte suite à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de la permanence de soins</p> <p>6. AME de base : parts AMO et AMC Dans ce cas, le montant de la participation de l'AMC est au minimum équivalent au ticket modérateur.</p> <p>Remarque : pour un bénéficiaire de l'AME de base, ce tiers-payant se traduit par une avance de frais sur la part complémentaire, la part obligatoire étant à zéro.</p> <p>7. ACS ⁽⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • TP Social AMO : part AMO / médecin Ce cas concerne les bénéficiaires de l'ACS n'ayant pas souscrit un contrat complémentaire ACS encadré et les Professionnel de Santé médecin uniquement. • TPi ACS : parts AMO et AMC Ce cas concerne les bénéficiaires ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS. <p>8. Centre de Santé : part AMO Ce cas concerne les soins sont réalisés en Centre de santé.</p> <p>9. Délivrance à la mineure d'un contraceptif : part AMO</p> <p>10. Soins conformes au protocole ALD : part AMO Ce cas concerne les factures dont l'une au moins des prestations de la facture correspond à des soins conformes au protocole ALD</p>	<p>Soins conformes au protocole ALD : saisie par le PS</p>	<p>A-T1</p> <p>Tables 8.x</p>	<p><i>la convention nationale des médecins</i></p> <p>TP Social AMO : convention médecins</p> <p>TPi ACS : Décret n°2014-1144 du 8 octobre 2014</p> <p><i>L162-32 du code de la Sécurité Sociale</i></p> <p>Projet de Loi de modernisation de notre système de santé, texte adopté N°505 par l'ASSEMBLÉE NATIONALE, le 14/04/2015- Article 18</p>	<p>du PS</p> <p>(4) Cf. §3.2.2.6.3 Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire du Cahier des Charges SESAM-Vitale</p>

.../...



3.8 Détail des impacts dans l'Annexe 2bis

Table 14 Table de détermination de « diminution TAUX » hors parcours de soins

Nature d'Assurance	Situation particulière du Bénéficiaire	Code Régime	Caisse Gestionnaire	Code prestation	Code justificatif d'exonération	Situation au regard PdS	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant	Tiers-payant AMO appliqué	Diminution du taux Hors parcours de soins
Maternité	Sans objet	Tous ⁽¹⁾	Toutes	Toutes ⁽²⁾	Sans objet	Toutes ⁽⁴⁾	Indifférent ⁽⁵⁾	indifférent	0 (zéro)
AT	Sans objet	Tous ⁽¹⁾	Toutes	Toutes ⁽²⁾	Sans objet	Toutes ⁽⁴⁾	Indifférent ⁽⁵⁾	indifférent	0 (zéro)
Maladie	Sans objet	Tous ⁽¹⁾	Toutes	Table 14.1	Tous ⁽³⁾	Toutes ⁽⁴⁾	Indifférent ⁽⁵⁾	indifférent	0 (zéro)
				Autres que 14.1 ⁽²⁾	« soins conformes au protocole ALD »	Toutes ⁽⁴⁾	Indifférent ⁽⁵⁾	indifférent	0 (zéro)
					Autres ⁽³⁾	« Hors Accès Direct Spécifique »	Oui	indifférent	0 (zéro)
						Autre que « Hors Accès Direct Spécifique »	Non ou ne sait pas	OUI	0 (zéro)
							Indifférent ⁽⁵⁾	NON	Taux UNCAM
Indifférent ⁽⁵⁾	NON	Taux UNCAM							

(1) Liste des codes régime : cf. A1-A0 : groupe 1310

(2) Liste des codes prestation : cf. Annexe 2bis : Table 1

(3) Liste des codes justif d'exonération : cf. A1-A0 : groupe 1820

(4) Liste des situations du Parcours de soins : cf. A1-A0 : groupe 1180

(5) Existence de la déclaration d'un Médecin traitant : « **Indifférent** » signifie « toutes valeurs », à savoir :

a. « Oui »

b. ou « Non ou ne sait pas »

Ces 2 valeurs sont les seules possibles pour ce paramètre.



3.9 Détail des impacts dans l'Annexe 4

1 Présentation

.../...

Les Professionnels de Santé transmettent les rapports de réclamation au CESI soit directement par un réseau tiers¹, soit via le Réseau SESAM-Vitale.

.../...

4 Nature des flux

.../...

- des messages de service symbolisé par **SERVICE**,
- des rapports de réclamation symbolisés par **CESI**.

Seuls les flux de FSE et de DRE, ainsi que les rapports de réclamation, sont chiffrés, qu'il s'agisse de messages réels, de test ou de démonstration.

5 Compression

Le progiciel « Pharmacien » compresse obligatoirement les fichiers de factures (FSE et DRE) avant de les télétransmettre aux organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Pour les autres catégories de progiciel de santé, la compression est fortement conseillée.

Le progiciel compresse obligatoirement le rapport de réclamation avant de le télétransmettre au CESI.

De même, le progiciel accepte les fichiers retour compressés des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, car un Professionnel de santé qui télétransmet des flux compressés à une assurance maladie reçoit en retour de cet organisme des flux compressés. Mais le progiciel doit aussi savoir traiter la réception de flux non compressés.

Le principe de compression s'applique pour les flux à destination :

- Des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, les flux contenant les factures, qu'elles soient réelles, de tests ou de démonstrations.
- Des Professionnels de Santé, les flux contenant les ARL, les R/S/P et les incréments dLOI de la liste d'opposition incrémentale (LOI),
- Du CESI (pour les rapports de réclamation).

6 Chiffrement de pièce jointe

6.1 Présentation

.../...



- D'assurer ainsi la confidentialité des données patients (en dehors des données déjà chiffrées) échangées entre le PS et l'assurance maladie, dont le NIR, en conformité avec les exigences de la CNIL, tout en permettant aux OCT d'assurer la continuité des services offerts à leurs clients.

NB : la transmission des rapports de réclamation se fait directement vers le CESI, sans passer par les OCT.

.../...

Figure 1 : Principe de chiffrement des pièces jointes

Le chiffrement de la pièce jointe s'applique également aux rapports de réclamation transmis par messagerie en utilisant une clé spécifique au CESI.

.../...

- Chiffrement des PJ des messages avec le certificat OCT de l'IGC de l'OCT pour les flux à destination des OCT,
- Chiffrement des PJ des rapports de réclamation avec le certificat CESI de l'IGC OSI.
- Gestion de la sécurité, comprenant les points suivants :
 - Stockage (en général dans un magasin de certificats) des 2 et/ou 3 certificats (AMO/AMC/CESI et/ou OCT) et d'au moins 2 à 4 autorités de certification (pour gérer l'autorité de l'assurance maladie et de l'OCT, ainsi que la période de migration vers une nouvelle AC lors des renouvellements).

.../...

6.2.1 Règles de gestion

L'émetteur chiffre le fichier logique ou la pièce jointe compressée en appliquant l'algorithme de chiffrement décrit ci-après (cf. §6.2.2).

Les certificats à utiliser doivent au préalable avoir été vérifiés selon la procédure décrite ci-après (cf. §6.2.3)

Les fichiers de FSE à destination des AMO doivent être chiffrés avec la clé AMO (certificat amo_pj.reel@reel.rss.fr)

Les fichiers de DRE à destination des AMC doivent être chiffrés avec la clé AMC (certificat amc_pj.reel@reel.rss.fr)

Les fichiers transmis à destination d'un OCT doivent être chiffrés avec la clé fournie par l'OCT destinataire.

Les fichiers de rapport de réclamation à destination du CESI doivent être chiffrés avec la clé du CESI (certificat cesi_pj.reel@reel.rss.fr).

Impacts sur le profil des messages SMTP

Le champ « Content-Description » des messages SMTP possède un troisième sous-champ valorisé à « K » qui indique le chiffrement de pièce jointe.

Exemple :



- Pour les flux à destination des organismes d'assurance maladie obligatoire, le champ « Content-Description » sera valorisé à « FSE/B2/K » ou « FSE/B2/ZK » si la pièce jointe est également compressée.



Cas particulier

[CP1] Flux de test ou flux de démonstration

Les fichiers de FSE à destination des AMO doivent être chiffrés avec la clé AMO de test (certificat amo_pj.test@test.rss.fr)

Les fichiers de DRE à destination des AMC doivent être chiffrés avec la clé AMC de test (certificat amc_pj.test@test.rss.fr)

Le rapport de réclamation à destination du CESI doit être chiffré avec la clé du CESI (certificat cesi_pj.test@test.rss.fr)

.../...

6.2.3 Contrôle de validité des certificats

Certificats assurance maladie

Les certificats assurance maladie suivants sont utilisés pour chiffrer les fichiers transmis directement vers les frontaux de l'assurance maladie :

- Un certificat AMO pour le chiffrement des fichiers de lots de FSE
- Un certificat AMC pour le chiffrement des fichiers de lots de DRE
- Un certificat CESI pour le chiffrement des fichiers de rapport de réclamation

L'AC utilisée est l'AC-FACTURATION de l'IGC OSI du GIE SESAM-Vitale.

Les certificats sont disponibles dans l'annuaire LDAP X500 à l'adresse suivante :

- ldap://annuaire.sesam-vitale.fr/cn=xxx_pj.reel@reel.rss.fr,ou=AC-FACTURATION,ou=AC-SESAM-VITALE-2034,o=sesam-vitale,c=fr?userCertificate;binary

où « xxx_pj.reel@reel.rss.fr » vaut :

- amo_pj.reel@reel.rss.fr pour le certificat AMO
- amc_pj.reel@reel.rss.fr pour le certificat AMC
- cesi_pj.reel@reel.rss.fr pour le certificat CESI

Le LPS doit vérifier que dans le certificat récupéré, l'extension « SubjectAltName » contient les libellés précédents.



Cas particulier

[CP1] Flux de test ou flux de démonstration

Les certificats de tests ont pour libellés :

- amo_pj.test@test.rss.fr pour le certificat AMO



- amc_pj.test@test.rss.fr pour le certificat AMC
- cesi_pj.test@test.rss.fr pour le certificat CESI

.../...

7 Profil des messages réels SMTP

.../...

7.4 Les messages SMTP contenant les rapports de réclamation

7.4.1 Profil des messages SMTP

Les messages SMTP transmis par le Professionnel de Santé doivent respecter le format MIME.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit également respecter ces formats lors de la procédure d'agrément.

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

- un message SMTP contient un seul fichier de rapport de réclamation ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse du Professionnel de Santé émetteur du message SMTP pour les rapports de réclamation,
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI, récepteur du message SMTP : "cesi.rXX@cesi.rss.fr", où XX est égal au code région du lieu d'exercice du PS. Exemple : "cesi.r01@cesi.rss.fr". Les codes régions sont définis dans le Code Officiel Géographique de l'INSEE 2016. Pour les flux de test, l'adresse est la suivante : "cesi.test@cesi.rss.fr".
- le champ relatif au sujet¹ du message SMTP ("Subject") contient la référence "RRvvvvv² /exercice/compostage" où :
 - RRvvvvv est une chaîne de 8 caractères, où vvvvvv est représenté pour ce Cahier des Charges SESAM-Vitale par **140700** ; La valeur **140700** est fournie par les API SSV en sortie de la fonction Formater Lot dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.
 - « exercice »³ contient le Numéro de facturation du Professionnel de Santé ;
 - « compostage » est un champ obligatoire qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJJHHMSSxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5)⁴ ;

¹ En cas de dysfonctionnement lors de l'échange des messages SMTP, ce champ peut servir à l'opérateur du RSS et au Professionnel de Santé à retrouver les messages égarés ou sources de problèmes (traçabilité). Il est donc recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de le conserver et d'en permettre une restitution facile à l'utilisateur.

² Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.

³ Lorsque cette fonction existe, ce champ peut être utilisé pour le retrait sélectif des messages dans une boîte aux lettres.

⁴ En cas de retransmission du même fichier, le champ compostage doit être différent du message SMTP précédent.



- le délimiteur entre chaque champ est le caractère "/" ;
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "CESI/XML/ZK" ;
- Un avis de non-remise du message SMTP est systématiquement demandé au réseau de messagerie (RFC 1891, 1893 et 1894).⁵

⁵ Etant donné que le couple "Sujet du message" et "Champ expéditeur" identifie un message de façon unique sur le réseau, il est recommandé que les logiciels des Professionnels de Santé utilisent la valeur de l'attribut "Subject" pour l'attribut "ENVID".



7.4.2 Structures du message SMTP MIME

La structure du message SMTP doit être conforme aux formats SMTP et MIME. Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	Adresse SMTP du PS pour la gestion des rapports de réclamation
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	Adresse destinataire
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID	
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvv/exercice/compostage
Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
	Type du contenu	O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur	
LIGNE VIDE			O		

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
		Type de contenu	O	Content-Type:	Type/ Sous-type; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64
		Description du contenu	O	Content-Description:	nature/ norme	nature : • CESI norme : • XML compression / chiffrement : • ZK
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE			



Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	<i>Adresse SMTP du PS pour la gestion des rapports de réclamation</i>	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	<i>Adresse destinataire</i>	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvv/exercice/compostage	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	<i>version = 1.0</i>
		Type du contenu	O	Content-Type:	<i>Type/Sous-type;paramètre</i>	<i>Type = Application Sous-type = EDI-consent</i>
Encodage du contenu		O	Content-Transfer-Encoding:	<i>Encodage</i>	<i>Encodage = BASE64</i>	
	Description du contenu	O	Content-Description:	<i>nature/norme</i>	<i>nature :</i> <ul style="list-style-type: none"> • CESI <i>norme :</i> <ul style="list-style-type: none"> • XML <i>compression / chiffrement :</i> <ul style="list-style-type: none"> • ZK 	
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHER		



7.5 Les messages SMTP d'accusé de réception des rapports de réclamation

7.5.1 Profil des messages SMTP

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

- un message ne contient aucune pièce jointe ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil⁶ émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; cette adresse est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le rapport de réclamation traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le rapport de réclamation, initialement émis par le Professionnel de Santé.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "RR/exercice/compostage" où
 - le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
 - le champ compostage contient la date et l'heure de création du message de retour au format "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5) ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "ARLRR".

⁶ des rapports de réclamation à destination du CESI.



7.5.2 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	Adresse destinataire PS
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID	
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvv/exercice/compostage
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version
Type du contenu		O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur	
LIGNE VIDE			O		

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
		Type de contenu	O	Content-Type:	Type/ Sous-type; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64
		Description du contenu	O	Content-Description:	nature	ARLRR
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		



Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	<i>Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI</i>	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	<i>Adresse destinataire PS</i>	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvv/exercice/compostage	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	<i>version = 1.0</i>
		Type du contenu	O	Content-Type:	<i>Type/Sous-type;paramètre</i>	<i>Type = Application Sous-type = EDI-consent</i>
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	<i>Encodage</i>	<i>Encodage = BASE64</i>
Description du contenu		O	Content-Description:	<i>nature</i>	<i>ARLRR</i>	
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHER		



.../...

8 Profil des messages test SMTP

.../...

- Pour les flux à destination des organismes d'assurances maladies complémentaires :

Type de message SMTP de test	Champ « Content-Description »	
	Pas de compression	Compression
Message SMTP de test contenant un fichier de lots des DRE	"DRETEST/DR/K " ;	"DRETEST/DR/ZK" ;
Message SMTP de test contenant les flux ARL	"ARLDRETEST/NOEMIE"	"ARLDRETEST/NOEMIE/Z"
Message SMTP de test contenant les flux R/S/P	"RSPDRETEST/NOEMIE"	"RSPDRETEST/NOEMIE/Z"

- Pour les flux à destination du CESI :

Type de message SMTP de test	Champ « Content-Description »
Message SMTP de test contenant un fichier de rapport de réclamation	CESITEST/XML/ZK
Message SMTP de test contenant les flux d'accusé de réception des rapports de réclamation	ARLRRTST

.../...

14 Profil des messages de service SMTP de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation

L'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation renvoie un message de service en cas d'alerte ou de rejet d'un message STMP dont le champ 'sujet' contient la référence « RRvvvvv⁷/.. ».

Une fiche détaillée de l'incident détaillant le motif de l'alerte ou du rejet est systématiquement jointe aux messages de service. Ce fichier peut permettre aux éditeurs de progiciel de santé d'analyser l'incident avec l'aide du support technique du GIE SESAM-Vitale. Une description de cette fiche est disponible dans le chapitre 11.4.

Pour les messages SMTP indiquant un AR_P, cf. chapitre 10.

⁷ Le contenu de cette référence est susceptible d'évoluer en fonction des nouvelles versions de Cahier des Charges SESAM-Vitale.



14.1 Les messages SMTP indiquant une anomalie de structure SMTP

14.1.1 Profil des messages SMTP

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

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillée de l'incident) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil⁸ émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; cette adresse est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le rapport de réclamation traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le rapport de réclamation, initialement émis par le Professionnel de Santé.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "RR/exercice/compostage/code rejet" où
 - le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
 - le champ compostage contient la date et l'heure de création du message de retour au format "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5) ;
 - le champ code rejet contient un code « ERR-SMTP-XXX » ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "SERVICE/REJET_SMTP".

14.1.2 Liste des codes rejets

Code Rejet	Libellés
1010	Le message reçu ne comporte aucune pièce jointe
1030	Le message reçu comporte plus d'une pièce jointe
1050	Champ de l'entête du message SMTP non conforme
1060	Champ de l'entête du message SMTP non conforme

NB : le code 1050 concerne le champ « subject » et le code 1060 concerne le champ « content-description ».

⁸ des rapports de réclamation à destination du CESI.



14.1.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	Adresse destinataire PS
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID	
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet
Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
	Type du contenu	O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur	
LIGNE VIDE			O		

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE	
	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR	
		Type de contenu	O	Content-Type:	Type/ Sous-type; paramètre Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage Encodage = BASE64
		Description du contenu	O	Content-Description:	nature/ norme nature = SERVICE norme = REJET_SMTP
	Ligne vide		O		
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER	
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--	
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE	



Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	<i>Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI</i>	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	<i>Adresse destinataire PS</i>	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	<i>version = 1.0</i>
		Type du contenu	O	Content-Type:	<i>Type/Sous-type;paramètre</i>	<i>Type = Application Sous-type = EDI-consent</i>
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	<i>Encodage</i>	<i>Encodage = BASE64</i>
Description du contenu		O	Content-Description:	<i>nature/norme</i>	<i>nature = SERVICE norme = REJET_SMTTP</i>	
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHER		



14.2 Les messages SMTP indiquant un fichier rejeté

14.2.1 Profil des messages SMTP

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

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillée de l'incident) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil⁹ émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; cette adresse est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le rapport de réclamation traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le rapport de réclamation, initialement émis par le Professionnel de Santé.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "RR/exercice/compostage/code rejet" où
 - le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
 - le champ compostage contient la date et l'heure de création du message de retour au format "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5) ;
 - le champ code rejet contient un code « ERR-... » (sauf « ERR-SMTP... » décrit dans le chapitre 14.1 et « ERR-CHIFR » décrit dans le chapitre 14.3) ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "SERVICE/REJET_FICHER".

14.2.2 Liste des codes rejets

Code Rejet	Libellés
1031	La pièce jointe n'a pas pu être décompressée
5000	La taille du rapport de réclamation transmis est trop grande
5001	Le rapport de réclamation transmis n'est pas au format XML
5002	Le format du rapport de réclamation transmis n'est pas conforme aux schémas XML (XSD) acceptés
5003	Le service CESI n'est pas ouvert pour la spécialité du PS émetteur
5004	Le rapport de réclamation n'a pas pu être converti au format PDF

⁹ des rapports de réclamation à destination du CESI.



Code Rejet	Libellés
5010	Le rapport de réclamation n'a pas pu être retransmis vers le CESI



14.2.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du GESI
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	Adresse destinataire PS
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID	
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version
Type du contenu		O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur	
LIGNE VIDE			O		

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
		Type de contenu	O	Content-Type:	Type/ Sous-type; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64
		Description du contenu	O	Content-Description:	nature/ norme	nature = SERVICE norme = REJET_FICHIER
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
	Epilogue	Epilogue	F	TEXTE QUELCONQUE		



Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	<i>Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI</i>	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	<i>Adresse destinataire PS</i>	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet	
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	<i>version = 1.0</i>
		Type du contenu	O	Content-Type:	<i>Type/Sous-type;paramètre</i>	<i>Type = Application Sous-type = EDI-consent</i>
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	<i>Encodage</i>	<i>Encodage = BASE64</i>
Description du contenu		O	Content-Description:	<i>nature/norme</i>	<i>nature = SERVICE norme = REJET_FICHER</i>	
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHER		



14.3 Les messages SMTP indiquant une erreur de chiffrement

14.3.1 Profil des messages SMTP

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

- le message contient une pièce jointe (Fiche détaillée de l'incident) ;
- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'infrastructure d'accueil¹⁰ émetteur du message SMTP ;
- le champ destinataire ("To") contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur du message SMTP ; cette adresse est identique à l'adresse contenue dans le champ expéditeur du message contenant le rapport de réclamation traité, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
- le champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to »), contient la valeur du champ sujet (« subject ») du message SMTP correspondant contenant le rapport de réclamation, initialement émis par le Professionnel de Santé.
- le champ relatif au sujet du message SMTP ("Subject") contient la référence "RR/exercice/compostage/code" où
 - le champ exercice est identique à celui contenu dans le message correspondant au fichier, initialement transmis par ce même Professionnel de Santé ;
 - le champ compostage contient la date et l'heure de création du message de retour au format "AAAAMMJJHHMMSSxxxxx" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2), compteur (5) ;
 - le champ code contient un code rejet « ERR-CHIFR » ou un code d'alerte « WARN-CHIFR » ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "SERVICE/REJET_FICHER".

NB1 : le code rejet « ERR-CHIFR » indique un rejet du fichier.

NB2 : le code d'alerte « WARN-CHIFR » indique que le fichier est accepté.

14.3.2 Liste des codes rejets

Code Rejet	Libellés
4005	La pièce jointe n'a pas pu être déchiffrée
4015	Le rapport de réclamation est correct et a bien été transmis. La pièce jointe a été chiffrée avec un certificat obsolète (il existe un certificat plus récent à utiliser)

¹⁰ des rapports de réclamation à destination du CESI.



14.3.3 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

Légende :

- O : le champ est obligatoire ;
- F : le champ est facultatif.

Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du GESI
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	Adresse destinataire PS
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID	
		Objet du message	O	Subject:	RRvvvvvv/exercice/compostage/code rejet ou code d'alerte
Champs de contenu	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	version	version = 1.0
	Type du contenu	O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur	
LIGNE VIDE			O		

BODY PART	Préambule	Préambule	F	TEXTE QUELCONQUE		
	Délimiteur [En-têtes]	Délimiteur	O	--DELIMITEUR		
		Type de contenu	O	Content-Type:	Type/ Sous-type; paramètre	Type = Application Sous-type = EDI-consent
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage	Encodage = BASE64
		Description du contenu	O	Content-Description:	nature/ norme	nature = SERVICE norme = REJET_FICHER
	Ligne vide		O			
	Body part	Contenu du message	O	FICHER		
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	--DELIMITEUR--		
Épilogue	Épilogue	F	TEXTE QUELCONQUE			



Message SMTP single part

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:		
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	O	From:	<i>Adresse de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI</i>	
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	O	To:	<i>Adresse destinataire PS</i>	
	Autres champs	Identifiant du message	O	Message ID		
		Objet du message	O	Subject:	<i>RRvvvvvv/exercice/compostage/ code rejet ou code d'alerte</i>	
	Champs contenu	de	Version de MIME utilisée	O	Mime-Version:	<i>version = 1.0</i>
			Type du contenu	O	Content-Type:	<i>Type / Sous-type; paramètre</i> <i>Type = Application</i> <i>Sous-type = EDI-consent</i>
			Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	<i>Encodage</i> <i>Encodage = BASE64</i>
		Description du contenu	O	Content-Description:	<i>nature / norme</i> <i>nature = SERVICE</i> <i>norme = REJET_FICHIER</i>	
LIGNE VIDE			O			
BODY PART	Body part	Contenu du message	O	FICHER		



3.10 Détail des impacts dans l'Annexe 5

§1 Introduction

Cette annexe définit les règles de constitution des flux aller de factures électroniques SESAM-Vitale lorsque le Professionnel de Santé, disposant d'un progiciel de facturation agréé SESAM-Vitale, opte pour une télétransmission via un Organisme Concentrateur Technique. Elle définit également les flux retour SESAM-Vitale transmis via l'Organisme Concentrateur Technique.

Cette annexe ne décrit pas le support de télétransmission entre le Professionnel de Santé et l'Organisme Concentrateur Technique. En revanche, elle donne des informations complémentaires concernant les Organismes Concentrateurs Techniques intégrant un mode d'échange avec le progiciel conforme à l'annexe 4 (messagerie SMTP) du présent Cahier des Charges.

§5.3 Les fichiers RSP

Rappel concernant les RSP, le progiciel du PS 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), ce qui se traduit par la capacité du progiciel à afficher ces données¹¹. La gestion des autres références NOEMIE est laissée à la discrétion des éditeurs de progiciel de santé (dans le cas où l'accord entre le Professionnel de Santé et la caisse prévoit une autre référence NOEMIE celle-ci prévaut sur la référence 576).

Les flux de paiement et de rejet en provenance des AMC sont ceux actuellement transmis dans les échanges existant hors du périmètre SESAM-Vitale.

¹¹ L'automatisation de ce traitement est fortement encouragée.



3.11 Détail des impacts dans l'Annexe 8

§3.1.3 Récupérer les données de contexte de facturation

.../...

Nom de la donnée dans le fichier des données administratives [EF_RD97]	←	Référence d'une donnée de groupe SSV
Contexte complémentaire réglementaire	<i>EF_RD060</i>	
Code contexte complémentaire réglementaire	01	← Ce code peut prendre les valeurs : <ul style="list-style-type: none"> • « 100 » : droits à la CMU-C, si la FSE a été élaborée au titre d'une CMU-C : la donnée [1321-01] - « Type de contrat » = « 89 » • « 101 » : complémentaire ACS avec un contrat A si la donnée [1321-01] - « Type de contrat » = « 91 » • « 102 » : complémentaire ACS avec un contrat B si la donnée [1321-01] - « Type de contrat » = « 92 » • « 103 » : complémentaire ACS avec un contrat C si la donnée [1321-01] - « Type de contrat » = « 93 » • « 104 » : droits à l'AME de base, si la donnée [1321-02] - « N° organisme complémentaire » = « 75500017 » ET la donnée [1610-7] - « Qualificatif de la dépense » = « N » ⁽¹⁾

.../...



§3.3.2 Récupérer les données utiles à la détermination du contexte de facturation

.../...



Domaine de valeur du code contexte complémentaire réglementaire (EF_RD060.1)

Valeur	Interprétation
100	CMU-C
101	Complémentaire ACS avec un contrat A
102	Complémentaire ACS avec un contrat B
103	Complémentaire ACS avec un contrat C
104	AME de base

.../...

§3.3.5 Elaborer la FSE



.../... Ces traitements concernent le système de facturation de l'ophtalmologiste dans le cas d'une **rétinographie réalisée par un orthoptiste libéral ou salarié**.

Préambule

L'acte **BGQP140** est pris en charge dans son intégralité par l'Assurance Maladie

- soit au titre d'une exonération du ticket modérateur :
 - exonérations liées à l'individu,
 - maternité,
 - AT/MP,
 - SMG,
- soit au titre d'une prise en charge du ticket modérateur :
 - CMU complémentaire,
 - complémentaire ACS,
 - AME de base.

A défaut, cette prise en charge s'effectue dans le cadre de la prévention « Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention ».

.../...

4 Impacts dans le DI

4.1 Synthèse des impacts dans le dispositif intégré

	§	Nature de l'impact / Commentaire	EV
<i>rh-integ-dsf-020</i>	4.1.1.2.1	Le support de droit ADR Suppression de l'AME complémentaire.	84
	4.1.1.2.6	Affichage des périodes de droits AMO Ajout du paragraphe relatif à l'affichage des périodes de droits.	84
	4.1.1.2.7.1	AME Suppression de l'AME complémentaire.	84
	4.1.1.2.7.4	Accès au tiers payant conditionné par la mise à jour de la carte Modification des règles relatives au tiers payant AMO.	84
	4.1.1.2.7.6	Parcours de soins Suppression de l'AME complémentaire.	84
	4.1.1.2.7.8	Autre situation de migrant Ajout du paragraphe « autre situation de migrant ».	85
	4.1.1.3.5.1	Tiers payant pour la part obligatoire Modification du § pour l'obligation de TP AMO.	85
	4.1.1.3.5.2.2	Valeurs du Cadre de remboursement et du type de service AMC Suppression de l'AME complémentaire.	84
	4.1.1.3.7.1	Règles de saisie des lignes de factures Suppression de l'AME complémentaire.	84
<i>rh-integ-dsf-020</i> <i>partie 2</i>	4.3.2	Les messages retour Ajout d'un renvoi vers l'annexe 1-B0 pour les retours spécifiques aux rapports de réclamation.	86
	4.4.1.7	Ajout d'un paragraphe sur le paramétrage du logiciel pour le tiers payant AMO	85
	4.3.2.6	Modification pour les références 580 et 900	
<i>rh-integ-dsf-034</i>	2.4.1	Introduction Suppression de l'AME complémentaire.	84
<i>rh-integ-dsf-022</i>		Voir Annexe 2 du CDC SESAM-Vitale.	84
			85
<i>rh-integ-dsf-022b</i>		Voir Annexe 2bis du CDC SESAM-Vitale.	85
<i>rh-integ-dsf-024</i>		Voir Annexe 4 du CDC SESAM-Vitale.	86
<i>rh-integ-dsf-025</i>		Voir Annexe 5 du CDC SESAM-Vitale.	89
<i>rh-integ-dsf-045</i>		Voir Annexe 8 du CDC SESAM-Vitale.	84
<i>rh-integ-dsf-046</i>		Voir Annexe 1-B0 du CDC SESAM-Vitale.	86



4.2 Détail des impacts dans le « rh-integ-dsf-020 specification de l application_partie 1 »

4.1.1.2.1 Le support de droit ADR

/.../

Le service ADRi 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 de soins, ainsi que :

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

/.../

4.1.1.2.6 Affichage des périodes de droits AMO

Les périodes de droits ne doivent pas être affichées. Le dispositif intégré doit afficher « Droits AMO ouverts » quelles que soient les périodes de droits AMO lues sur le support de droits AMO.

Cette règle d'affichage ne concerne pas les bénéficiaires « autre situation de migrant », pour lesquels le dispositif intégré doit afficher les périodes de droits AMO : « droits AMO du xx/xx/20xx au xx/xx/20xx ».

4.1.1.2.7.1 AME

/.../

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.

L'identification d'un bénéficiaire « AME de base » s'effectue de cette façon :

	AME de base
Identifiant mutuelle	75500017 Sauf exception ADRi : dans ce cas, l'identification est décrite dans la documentation spécifique du service
Carte Vitale	Absente
Attestation	Attestation d'admission à l'aide médicale de l'état



papier	qui identifie un bénéficiaire de l'AME de base
---------------	--

Le Professionnel de Santé, à qui l'attestation est présentée, est alors seul en mesure d'indiquer s'il s'agit d'une AME de base. Le dispositif intégré du Professionnel de Santé doit donc prévoir la saisie de cette information dans ce cas là.

AME de base

Les personnes bénéficiaires de **l'AME de base** 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.

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

4.1.1.2.7.4 Accès au tiers payant conditionné par la mise à jour de la carte

/.../

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.

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 dispositif intégré 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. § 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 droit 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 ».

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 le document rh-integ-dsf-022- 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. § Forçage de l'accès au tiers payant).

/.../

4.1.1.2.7.6 Parcours de soins

Les cas d'exclusions du parcours de soins sont spécifiés dans la règle R37 de l'annexe 2.

AME de base

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

passage

Les migrants dits de passage ne sont pas concernés par le dispositif Médecin traitant et le parcours coordonné de soins.

/.../

4.1.1.2.7.8 Autre situation de migrant

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

Un bénéficiaire « autre situation de migrant » est caractérisé par son code régime égale à « 01 » et son code gestion égale à « 70 ».

/.../



4.1.1.3.5.1 Tiers payant pour la part obligatoire

Les situations où un PS n'ayant pas de convention de tiers payant avec le régime d'assurance maladie obligatoire doit pratiquer le tiers payant sur la part obligatoire sont définies dans l'annexe 2 (cf. Règle R29)

4.1.1.3.5.2.2 Valeurs du Cadre de remboursement et du type de service AMC

Le cadre de remboursement **est renseigné par le dispositif intégré** en fonction de l'application ou non du tiers payant sur la part obligatoire et éventuellement de la prise en compte de la part complémentaire quand elle est gérée directement par l'AMO.

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des cas possibles :

	Part complémentaire			
	Absence	Gestion unique		Gestion séparée
Part obligatoire	so	HTP	TP	HTP ou TP
HTP	1	1	4	1
TP	2	2	3	2

Remarque : en gestion unique, le Hors Tiers payant sur la part complémentaire entraîne la non transmission d'informations complémentaires dans la facture.

Cas particulier : pour l'AME de base, la valeur de cadre de remboursement à utiliser est la valeur 3.

/.../

4.1.1.3.7.1 Règles de saisie des lignes de factures

/.../

Actes pris en charge totalement par l'état dans le cadre de l'AME de base, Ticket Modérateur ou Forfaits dentaires dans le cadre de la CMU-C

Dans ce cas, la base de remboursement, le taux de remboursement, le montant remboursable par l'AMO doivent être valorisés à zéro et le qualificatif de la dépense à N.

Le montant de la dépense est renseigné par le montant total de la dépense (dépassement compris) ou par le montant du forfait dentaire pour la CMU-C.

Le montant remboursable par l'organisme complémentaire est renseigné par le montant total à rembourser (AMO+AMC) par l'AME de base, le Ticket modérateur ou le montant du forfait dentaire pour la CMU-C.

Pour les actes dans le cadre de l'AME de base, une facturation de déplacement est possible. Dans ce cas là, le qualificatif de la dépense du déplacement est à N.

/.../

4.1.1.6.1 Stockage de facture(s) à mettre en lot



/.../

Un cas permet de stocker la (les) factures dans l'état « en attente de mise en lot » :

- le traitement de sécurisation s'est correctement achevé pour la(les) facture(s) mise(s) en forme et la sécurisation est totale (mode dégradé, mode SESAM sans Vitale, mode SESAM Vitale).

Le dispositif intégré doit 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 dispositif intégré doit également offrir la possibilité au Professionnel de Santé de supprimer les factures consultées (FSE et/ou DRE).

Les critères de regroupement des factures en lot seront isolés pour permettre un traitement plus rapide de la mise en lot.

/.../



4.3 Détail des impacts dans le « rh-integ-dsf-020 specification de l application_partie 2 »

/.../

4.3.2 Les messages retour

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

4.3.2.1 Cadre global du traitement des messages SMTP

/.../

4.4.1 Paramétrage des fonctionnalités de base

4.4.1.7 Tiers-Payant AMO

Le dispositif intégré doit permettre au Professionnel de Santé (hors pharmacies, centres de santé, fournisseurs et laboratoires), par paramétrage, d'activer ou de désactiver le positionnement automatique du TP AMO.

Ce paramétrage s'applique uniquement :

- dans le cas général (cf. annexe 2 – R29 : 1-Cas général)
 - *ce paramétrage ne s'applique pas dans les autres situations de Tiers-Payant AMO (ALD, Maternité, Accident du travail, CMU-C, etc.)*
- entre le 01/01/2017 et le ~~29/11/2017~~ 31/12/2099 (période durant laquelle le Professionnel de Santé aura la possibilité, et non l'obligation, de pratiquer le TP AMO)

Le paramétrage initial ne doit pas être positionné à une valeur par défaut et doit être modifiable à tout moment par le Professionnel de Santé.

Les dates de début (01/01/2017) et fin (~~29/11/2017~~ 31/12/2099) doivent pouvoir être modifiées par paramétrage du dispositif intégré. La modification est effectuée par l'éditeur à partir des consignes / fiches d'information de l'Assurance Maladie. Le Professionnel de Santé n'a pas la possibilité de modifier ces dates.

A partir du lendemain de la date de fin (~~30/11/2017~~ 01/01/2100), si le paramétrage indiquait une désactivation du positionnement automatique du TP AMO, le dispositif intégré doit alerter le Professionnel de Santé que celui-ci est modifié (TP AMO activé par défaut).

/.../



4.3.2.6 Gestion des RSP (Rejets/Signalement/Paiement)

Les retours NOEMIE-PS vont parvenir au Professionnel de Santé via le Réseau Sesam-Vitale sous la forme de flux "Rejet/Signalement/Paiement" ; un message contient une seule référence NOEMIE-PS (référence autre que 930).

En cas de remplacement, la gestion des RSP doit être effectuée tel que le réalise le dispositif intégré dans le cas du PS remplacé.

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
 - référence RM (Retour Mutuelle),
 - référence RS (Retour Santé-Pharma).

Le dispositif intégré 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 dispositifs intégrés qui offraient cette fonctionnalité (Lors de la mise en place du système Vitale 1.40, ces flux transmis via le frontal perdureront pendant la phase de montée en charge).



4.4 **Détail des impacts dans le « rh-integ-dsf-034 annexe 10 gestion amc »**

2.4.1 Introduction

/.../

AME

Le dispositif intégré ne recherche pas le contexte conventionnel, la facture est nécessairement en gestion unique, et il ne faut pas utiliser les tables de convention. Dans le cas où le dispositif intégré identifie un bénéficiaire de l'AME, il doit proposer au Professionnel de Santé l'application du tiers payant sur les parts AMO et complémentaire.

Le dispositif intégré ne fait pas appel au traitement de tarification mais renseigne les montants complémentaires selon les règles précisées pour l'AME de base ou dans le document rh-integ-dsf-020 partie 1.

/.../



5 Impacts dans le TLA

5.1 Synthèse des impacts dans le TLA

	§	Nature de l'impact / Commentaire	EV
<i>rh-tla-dsf-002</i>	4.1.11.7	Ajout d'un paragraphe pour le paramétrage du positionnement du tiers payant AMO	85
<i>rh-tla-dsf-003</i>	2.2.2	Affichage des périodes de droits AMO Ajout du paragraphe relatif à l'affichage des périodes de droits.	84
	2.2.2.1	AME Suppression de l'AME complémentaire.	84
	2.2.2.3	Autre situation de migrant Ajout du paragraphe « autre situation de migrant ».	85
	2.2.2.4	Accès au tiers payant conditionné par la mise à jour de la carte Modification des règles relatives au tiers payant AMO. Pas d'impact pour les PS pharmaciens qui ne peuvent pas utiliser le TLA.	84
	2.2.2.6	Parcours de soins Suppression de l'AME complémentaire.	84
	2.3.5	Traitement du contexte tiers payant Modification du § sur l'accès au tiers payant. Suppression de l'AME complémentaire.	84
	2.3.7.1	Règles de saisie des lignes de factures suppression de l'AME complémentaire	84
<i>rh-integ-dsf-022</i>		Voir Annexe 2 du CDC SESAM-Vitale.	84 85
<i>rh-integ-dsf-022b</i>		Voir Annexe 2bis du CDC SESAM-Vitale.	85



5.2 **Détail des impacts dans le « rh-tla-dsf-002 application TLA »**

4.1.11.7 **Tiers-Payant AMO**

Le TLA doit permettre au Professionnel de Santé (hors pharmacies, centres de santé, fournisseurs et laboratoires), par paramétrage, d'activer ou de désactiver le positionnement automatique du TP AMO.

Ce paramétrage s'applique uniquement :

- dans le cas général (cf. annexe 2 – R29 : 1-Cas général)
 - *ce paramétrage ne s'applique pas dans les autres situations de Tiers-Payant AMO (ALD, Maternité, Accident du travail, CMU-C, etc.)*
- entre le 01/01/2017 et le 29/11/2017 31/12/2099 (période durant laquelle le Professionnel de Santé aura la possibilité, et non l'obligation, de pratiquer le TP AMO)

Le paramétrage initial ne doit pas être positionné à une valeur par défaut et doit être modifiable à tout moment par le Professionnel de Santé.

Les dates de début (01/01/2017) et fin (29/11/2017 31/12/2099) doivent pouvoir être modifiées par paramétrage du TLA. La modification est effectuée par l'éditeur à partir des consignes / fiches d'information de l'Assurance Maladie. Le Professionnel de Santé n'a pas la possibilité de modifier ces dates.

A partir du lendemain de la date de fin (30/11/2017 01/01/2100), si le paramétrage indiquait une désactivation du positionnement automatique du TP AMO, le TLA doit alerter le Professionnel de Santé que celui-ci est modifié (TP AMO activé par défaut).

5.3 **Détail des impacts dans le « rh-tla-dsf-003 application TLA-Elaboration FSE visite »**

2.2 **Traitements particuliers sur les données du bénéficiaire sélectionné**

/.../

2.2.2 **Affichage des périodes de droits AMO**

Les périodes de droits ne doivent pas être affichées. Le TLA doit afficher « Droits AMO ouverts » quelles que soient les périodes de droits AMO lues sur le support de droits AMO.

Cette règle d'affichage ne concerne pas les bénéficiaires « autre situation de migrant », pour lesquels le TLA doit afficher les périodes de droits AMO : « droits AMO du xx/xx/20xx au xx/xx/20xx ».

/.../

2.2.2.1 **AME**



Le Professionnel de Santé peut élaborer une FSE dans le cadre de l'Aide Médicale d'État.

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 de base

Les personnes bénéficiaires de l'**AME de base** ne possèdent pas de carte Vitale mais uniquement une attestation de droits AME (Attestation d'admission à l'Aide Médicale de l'État).

Le TLA n'est donc pas concerné par l'AME de base.

2.2.2.3 Autre situation de migrant

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

Un bénéficiaire « autre situation de migrant » est caractérisé par son code régime égale à « 01 » et son code gestion égale à « 70 ».

2.2.2.4 Accès au tiers payant conditionné par la mise à jour de la carte

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 ».

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 le document rh-integ-dsf-022- 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. § Forçage de l'accès au tiers payant).

2.2.2.6 Parcours de soins

/.../

AME complémentaire

~~Les personnes bénéficiant de l'AME complémentaire sont concernées par le dispositif médecin traitant et le parcours coordonné de soins.~~

2.3.5 Traitement du contexte tiers payant

/.../

Tiers payant pour la part obligatoire



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 la Carte Vitale, ce dernier pouvant la refuser.

Cas particulier : bénéficiaires « autre situation de migrant »

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 du document rh-integ-dsf-022.

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 document

/.../



Valeurs du Cadre de remboursement

Le cadre de remboursement **est renseigné par le L'application TLA** en fonction de l'application ou non du tiers payant sur la part obligatoire et éventuellement de la prise en compte de la part complémentaire quand elle est gérée directement par l'AMO.

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des cas possibles :

	Part complémentaire		
	Absence	Gestion unique	
Part obligatoire	s.o.	HTP	TP
HTP	1	1	4
TP	2	2	3

Remarque : en gestion unique, le Hors Tiers payant sur la part complémentaire entraîne la non transmission d'informations complémentaires dans la facture.

2.3.7.1 Règles de saisie des lignes de factures

/.../



Actes pris en charge totalement par l'état dans le cadre du Ticket Modérateur ou Forfaits complémentaires dans le cadre de la CMU-C

Dans ce cas, la base de remboursement, le taux de remboursement et le montant remboursable par l'AMO doivent être valorisés à zéro et le qualificatif de la dépense à N.

Le montant de la dépense est renseigné par le montant total de la dépense (dépassement compris) ou par le montant du forfait complémentaire pour la CMU-C.

Le montant remboursable par l'organisme complémentaire est renseigné par le montant total à rembourser (AMO+AMC) par le Ticket modérateur ou le montant du forfait complémentaire pour la CMU-C.

