

# **AVENANT 27**

Avenant au CDC SESAM-Vitale

## **EV120 - COx-Consultations Obligatoires Enfant**

***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.**

## AVENANT 27

# EV120 - COx-Consultations Obligatoires Enfant

Référence du  
document

Version du document **01.20**

Date **08/10/2020**

Référence **PDT-CDC-092**

Vue générale

Professionnels de Santé concernés **Médecins**

Palier concerné **1.40 Addendum 7  
2018**

Compatibilités

Cahier des Charges SESAM-Vitale **7.41**

Package d'agrément **1.40.13**

Dispositif Intégré **3.91**

## TABLE DES MATIERES

<b>1</b>	<b>Introduction</b>	<b>5</b>
1.1	Contexte	5
1.2	Identification du socle fonctionnel de référence cible	5
1.3	Guide de lecture	6
<b>2</b>	<b>EV120 : COx-Consultations Obligatoires Enfant</b>	<b>7</b>
2.1	Présentation de la mesure	7
<b>3</b>	<b>Impacts dans le CDC Éditeurs</b>	<b>8</b>
3.1	Synthèse des impacts	8
3.2	Détail des impacts : Documents CDC-Éditeurs	9
3.2.1	Impacts Annexe 1-A	9
§2.3.2.3.2	Schéma SR1 : Réglementation Maladie	9
3.2.2	Impacts Annexe 1-A0	10
§2.4.20.1	1511-Groupe Nature d'assurance Maladie	10
§2.4.21	161x- Groupes PRESTATION	10
§2.4.21.1.15	Spécificités Consultations Obligatoires Enfant	10
§2.4.21.2	1610 Groupe Prestation	11
3.2.3	Impacts Annexe 2	12
	Tableaux de synthèse	12
	R29 - Détermination du contexte tiers payant lié à des dispositions réglementaires spécifiques	14
	R70 – Détermination du code prestation en cas de consultation obligatoire enfant	15
3.2.4	Impacts Annexe 2bis	16
Table 1	Table des codes prestations	16
Table 2	Table des compatibilités entre les codes prestation et les spécialités de Professionnels de Santé	16
Table 2bis	Table des compatibilités entre les codes prestation et le contexte conventionnel du Professionnel de Santé	17
Table 3	Table des compatibilités entre les codes prestation et la qualité du bénéficiaire	17
Table 15.3	Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la nature des soins	18
Table 70	Consultations Obligatoires Enfant	19
<b>4</b>	<b>Impacts dans le Référentiel Intégré</b>	<b>20</b>
4.1	Synthèse des impacts	20
4.2	Détail des impacts : Référentiel Intégré	21
4.2.1	Impacts sur RH-INTEG-DSF-020 spécification de l'application_partie 1	21
§4.1.1.3.2	Schéma SR1 : réglementation Maladie	21
§4.1.1.3.5.2	Données liées à la nature d'assurance	22
§4.1.1.3.8.2	Informations de niveau Prestation NGAP	23

# 1 Introduction

## 1.1 Contexte

Ce document constitue un avenant aux documents suivants :

- Cahier des charges SESAM-Vitale 1.40.

### Evolution

Cet avenant a pour objet de présenter les modifications du système de facturation SESAM-Vitale 1.40 pour la mise en œuvre de l'évolution :

**EV120 : « COx-Consultations Obligatoires Enfant »**

### PS concernés

**Médecins**

### 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 - 2018**

## 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.

---

## 1.3 Guide de lecture

---

### Indications dans la marge



Les éléments importants et les remarques sont indiqués par une main 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 surligné en gris foncé**

Evolutions introduites par une autre évolution que l'EV en cours (avenant ou une FR publiés mais non encore intégrés au SFR de base Add7-2018)

~~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 EV120 : COx-Consultations Obligatoires Enfant

### 2.1 Présentation de la mesure

Les nouvelles cotations mises en place au 1<sup>er</sup> septembre 2019 permettant la prise en charge à 100% sur le risque maladie des examens obligatoires de l'enfant au-delà du 12<sup>ième</sup> jour de vie accroissent la complexité du système de cotation.

Les professionnels ont fait part de leurs observations lors de rencontres avec l'assurance-maladie fin 2019.

En conséquence, afin d'accompagner les médecins dans leur facturation et de s'assurer de la bonne utilisation des nouveaux codes, il est demandé au système de facturation SESAM-Vitale de prévoir une aide à la facturation permettant l'automatisation du code prestation adéquat dans le cas de consultations obligatoires de l'enfant en fonction

- du bénéficiaire des soins : tranche d'âge
- et du Professionnel de Santé :
  - Spécialité
  - Secteur conventionnel
  - Contrat tarifaire (adhésion ou non au contrat OPTAM)
  - Médecin traitant du bénéficiaire
  - Caisse de rattachement

Cette aide à la facturation concerne les médecins amenés à réaliser des examens obligatoires de l'enfant, à savoir : les médecins

- généralistes,
- spécialistes en médecines générales,
- et pédiatres,

qu'ils exercent à titre libéral ou en centres de santé.

#### Impacts SESAM-Vitale

Cette intégration est mise en œuvre selon le découpage suivant :

- B1 : Automatiser le choix du code prestation de type COx
  - B1.1 : Acquérir le contexte de Consultations Obligatoires de l'enfant (COx)
  - B1.2 : Déterminer le code prestation de type COx
- B2 : Parcours de soins pour les COx
- B3 : Permettre les dépassements pour les PS S2 hors OPTAM
- B4 : Positionner par défaut la nature d'assurance
- B5 : Tiers Payant AMO par défaut

## 3 Impacts dans le CDC Éditeurs

### 3.1 Synthèse des impacts



Les tableaux de synthèse ci-après reprennent les impacts détaillés pour chaque besoin au §2 ci-avant et les présentent pour chaque document du CDC, dans l'ordre du document.

Documents CDC	§	Partie impactée	Nature de l'impact	Besoin
A1-A	2.3.2.3.2	Schéma SR1	Modification du schéma : ajout de l'appel à R70 en cas de contexte COx	B1.2
A1-A0	2.4.20.1	1511	Ajout d'un cas particulier : positionnement par défaut en nature d'assurance maladie en cas de consultation obligatoire enfant	B4
	2.4.21.1.15	Spécificités COx	Nouveau § : « Spécificité Consultations Obligatoires Enfant »	B1.1
	2.4.21.2	1610-4	Code prestation : faire référence à la partie « Spécificités Consultations Obligatoires Enfants »	B1.1
	2.4.21.1.15	Spécificités COx	Renvoi vers la règle R70 de l'annexe 2	B1.2
	A2	Tableaux de synthèse		Ajouter la nouvelle règle R70 ouverte aux généralistes et pédiatres
A2bis	Partie Règles	R70	Nouvelle règle : Déterminer le code prestation de type COx	B1.2
		R29	Ajout des Consultations Obligatoires Enfant	B5
	Partie Tables	Table 1	Ajouter une catégorie « COx » pour toutes les Consultations Obligatoires Enfant (groupe fonctionnel général)	B5
		Table 2	Ouvrir le code COG aux généralistes (01, 22, 23)	B1.2
		Table 2bis	Ouverture des codes COG et COE aux PS non conventionnés	B1.2
			Permettre le code COG sans condition P3 pour tout PS	B3
		Table 3	COA : âge minimum 2 ans COG : pas d'âge minimum	B1.2
		Table 15.3	Ajout des consultations Obligatoires Enfant pour exclusion du parcours de soins	B2
Table 70	Nouvelle table : Table de détermination d'un COx	B1.2		

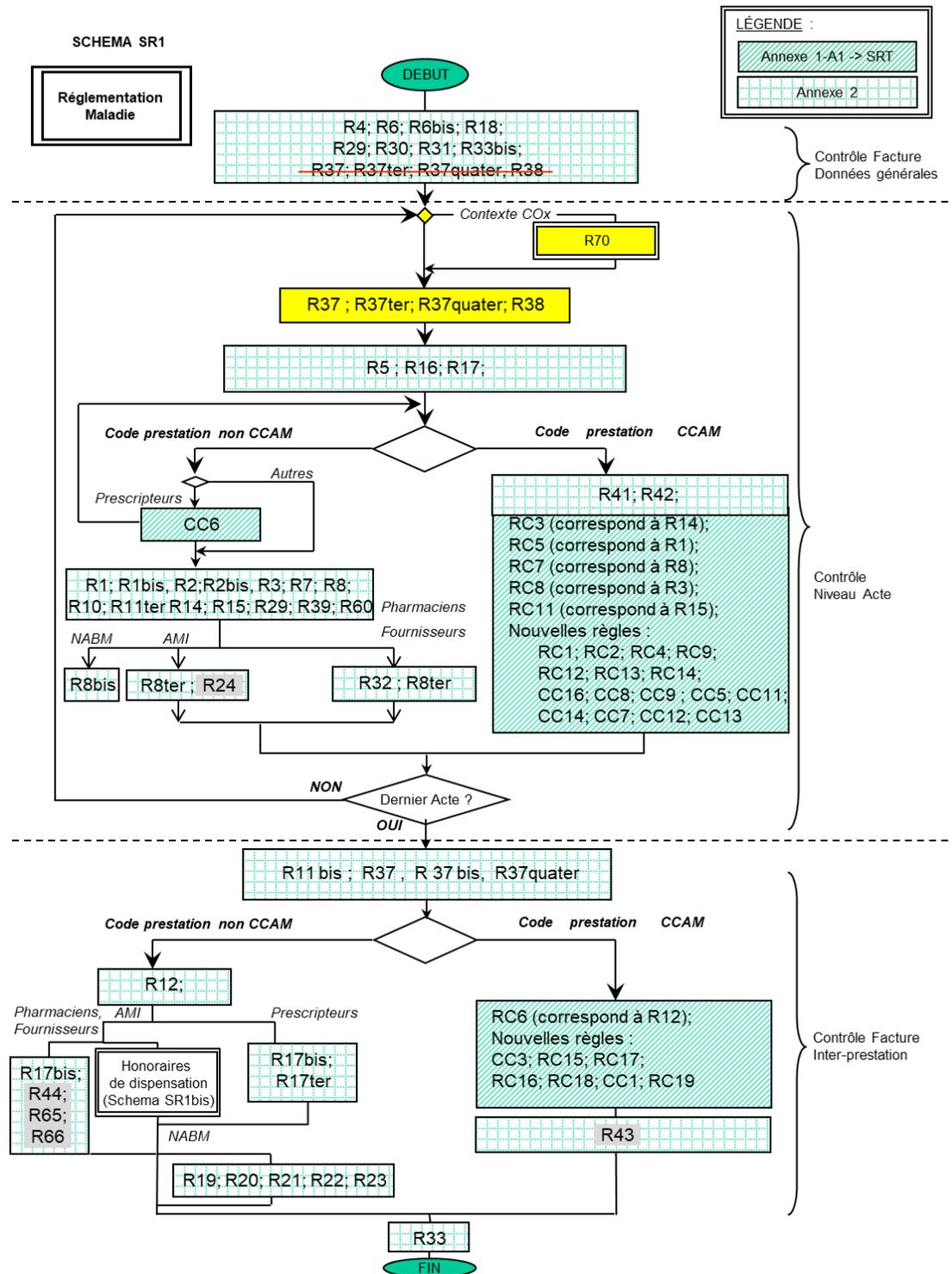
### 3.2 Détail des impacts : Documents CDC-Éditeurs

#### 3.2.1 Impacts Annexe 1-A

.../...

B1.2

#### §2.3.2.3.2 Schéma SR1 : Réglementation Maladie



### 3.2.2 Impacts Annexe1-A0

.../... B1.1

#### §2.4.20.1 1511-Groupe Nature d'assurance Maladie

<b>1511</b>	<b>Groupe Nature d'assurance Maladie</b>	
1. Date d'accident de droit commun	Saisie par le Professionnel de Santé. *	
2. Indicateur Régime Alsace Moselle	Saisie par le Professionnel de Santé en l'absence de code couverture ou positionné par le progiciel en cas d'utilisation des données issues du service ADR (selon une règle définie dans la documentation spécifique du service ADR).	

\*le Professionnel de Santé doit indiquer si les actes ou prestations servis sont consécutifs à un accident de droit commun causé par un tiers. Dans ce cas, le Professionnel de Santé doit saisir obligatoirement la date d'accident de droit commun.

La notion d'accident de droit commun est utilisée pour tous les bénéficiaires hormis les non salariés du régime agricole. Pour ces derniers on parle d'accident de la vie privée (cf. Corps du CDC §6 Glossaire).

#### Positionnement par défaut en nature d'assurance Maladie

En cas de facturation de prestations de type Consultation Obligatoire Enfant (groupe fonctionnel du code prestation = COx), la nature d'assurance maladie est proposée par défaut au Professionnel de Santé si elle n'est pas déjà renseignée.

Le LPS doit toutefois toujours permettre au Professionnel de Santé de modifier cette nature d'assurance



A noter qu'en cas de code situation caractérisant une situation « maternité » (cf. groupe 1511 : « Positionnement par défaut en nature d'assurance Maternité »), simultanément à la facturation de prestations de type Consultation Obligatoire Enfant, le positionnement par défaut de la nature d'assurance à « Maladie Maternité » est prioritaire sur « Maternité Maladie ».

.../... B1.1

#### §2.4.21 161x- Groupes PRESTATION

.../... B1.2

#### §2.4.21.1.15 Spécificités Consultations Obligatoires Enfant

**[RG\_IP343] Acquérir le contexte COx (EF\_IP04\_11)**

	PR						
M							

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé d'indiquer, avant son choix de code prestation, qu'il facture une prestation de type « consultation obligatoire enfant ».

Dans ce cas, le système de facturation positionne alors l'indicateur de contexte COx, et le code prestation est déterminé par le système : cf. règle R70 de l'Annexe2

.../...

B4

## §2.4.21.2 1610 Groupe Prestation

.../...

1610	Groupe Prestation
1. N° de la prestation	N° ordre de la prestation (dans la facture)
2. Date d'exécution	.../...
3. Lieu d'exécution	.../...
4. Code prestation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hors CCAM :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Code prestation connu par l'Assurance Maladie (cf. Annexe 2 : table 1) hors indemnités de déplacement (groupe fonctionnel de niveau général « Indemnité de déplacement »)</li> <li>○ Code prestation saisi par le PS : voir spécificités §2.4.21.1.10</li> <li>○ Consultations Obligatoires Enfant : voir spécificités §2.4.21.1.15</li> <li>○ Code prestation réservé PS : voir spécificités §2.4.21.1.12</li> <li>○ Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5</li> <li>○ Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3</li> <li>○ Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8</li> <li>○ Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3</li> <li>○ Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3</li> <li>○ Télémédecine : voir spécificités §2.4.21.1.14</li> </ul> </li> <li>• CCAM : code regroupement (cf. règle CC7)</li> </ul> <p>! En aucun cas cette information ne peut pas être égale à une suite de 4 caractères blancs (0x20).</p>
5. Code complément prestation	• .../...
6. .../...	• .../...

.../...

### 3.2.3 Impacts Annexe 2

B3.2

#### Tableaux de synthèse

		R60	R61	.../...	R70
01	Médecine générale				x
02	Anesthésie-Réanimation				
03	Cardiologie				
04	Chirurgie générale				
05	Dermatologie et Vénérologie				
06	Radiologie				
07	Gynécologie obstétrique				
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie				
09	Médecine interne				
10	Neuro-Chirurgie				
11	Oto-Rhino-Laryngologie				
12	Pédiatrie				x
13	Pneumologie				
14	Rhumatologie				
15	Ophtalmologie				
16	Chirurgie urologique				
17	Neuro-Psychiatrie				
18	Stomatologie				
19	Chirurgien Dentiste				
20	Réanimation médicale				
21	Sage-femme				
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme				x
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre				x
24	Infirmier				
26	Masseur Kinésithérapeute				
27	Pédicure Podologue				
28	Orthophoniste				
29	Orthoptiste				
30	Laboratoire d'analyses médicales				
31	Rééducation Réadaptation Fonctionnelle				
32	Neurologie				
33	Psychiatrie				
34	Gériatrie				
35	Néphrologie				
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.				
37	Anatomo-Cyto-Pathologie				
38	Médecin biologiste				
39	Laboratoire Polyvalent				

		R60	R61	.../...	R70
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie				
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie				
42	Endocrinologie et Métabolisme				
43	Chirurgie infantile				
44	Chirurgie maxillo-faciale				
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie				
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique				
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire				
48	Chirurgie vasculaire				
49	Chirurgie viscérale et digestive				
50	Pharmacie d'officine	X	X		
51	Pharmacie mutualiste	X	X		
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.				
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.				
60	Prestataire de type société				
61	Prestataire de type artisan				
62	Prestataire de type association				
63	Orthésiste				
64	Opticien				
65	Audioprothésiste				
66	Epithésiste Oculariste				
67	Podo-orthésiste				
68	Orthoprothésiste				
69	Chirurgie orale				
70	Gynécologie médicale				
71	Hématologie				
72	Médecine nucléaire				
73	Oncologie médicale				
74	Oncologie radiothérapique				
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent				
76	Radiothérapie				
77	Obstétrique				
78	Génétique médicale				
79	Obstétrique et Gynécologie médicale				
80	Santé publique et médecine sociale				

.../...

B5

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

Description de la règle	.../...	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><b>Attention</b> : 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"> <li>• la dispense d'avance des frais doit être proposée par le Professionnel de Santé,</li> <li>• selon les cas, <ul style="list-style-type: none"> <li>○ soit sur la part AMO uniquement,</li> <li>○ soit sur les parts AMO et AMC,</li> </ul> </li> <li>• dans la limite du tarif de responsabilité<sup>(1)</sup>.</li> <li>• Dans tous les cas le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais proposée.</li> </ul>	.../...	<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>Les cas concernés par le tiers payant réglementaire sont les suivants :</p> <p>1. <b>Cas général</b> : 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> <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> <p>2. <b>Nature d'assurance " Accident du Travail " :</b> <span style="float: right;"><b>part AMO</b></span></p> <p>.../...</p> <p><b>12. Consultations Obligatoires Enfant</b> <span style="float: right;"><b>part AMO</b></span></p> <p>Lors de la facturation d'une prestation de type Consultation Obligatoire Enfant, le contexte Tiers Payant est obligatoire : la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé, dans la limite du tarif de responsabilité.</p>		<p>Article 83 du projet de loi de modernisation du système de santé L. 161-36-4 du code de la sécurité sociale modifié</p> <p>Alinéa 25 de l'article L160-14 du code de la sécurité sociale</p>	

## R70 – Détermination du code prestation en cas de consultation obligatoire enfant

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>En cas de facturation d'une prestation de type « consultation obligatoire enfant », le système de facturation détermine le « code prestation à transmettre dans la facture en fonction de l'âge du bénéficiaire et du Professionnel de Santé, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sa spécialité,</li> <li>• son code conventionnel,</li> <li>• son contrat tarifaire,</li> <li>• sa caisse de rattachement,</li> <li>• éventuellement son choix entre une prestation à tarif revalorisé sans dépassement ou une prestation à tarif non revalorisé avec dépassement possible: le LPS doit proposer ce choix au Professionnel de Santé, soit sous forme de question, soit en lui permettant d'opter entre l'un ou l'autre des 2 codes prestation correspondant en table,</li> <li>• éventuellement sa fonction de pédiatre traitant (le LPS pose la question au PS).</li> </ul> <p>Cette détermination s'appuie sur la table 70 de l'Annexe2bis.</p> <p>Dans les cas où le code prestation ne peut pas être déterminé par la table (par exemple en fonction de l'âge du bénéficiaire des soins), il revient au PS de saisir le code prestation.</p> <p> Dans tous les cas, le Professionnel de Santé doit toujours pouvoir modifier le code prestation déterminé par cette règle.</p> <p> A noter que cette règle concerne uniquement les médecins généralistes et les pédiatres.</p>	<p>Date de naissance du bénéficiaire (1130)</p> <p>Date d'exécution : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Spécialité du PS : lue sur la carte PS ou saisie dans le groupe 1870</p> <p>Code conventionnel : lue sur la carte PS ou saisie dans le groupe 1870</p> <p>Contrat tarifaire PS : paramétré sur le poste PS ou saisi par le PS *</p> <p>Caisse de rattachement du PS : paramétrée sur le poste (cf. A1-A)</p> <p>Code prestation : (1610) : Donnée résultat</p>	Table 70		<p>* Si le PS exécutant est différent du PS facturant (présence d'un groupe 1870), le contrat tarifaire du PS exécutant doit être précisé pour cette règle. Dans le cas contraire, utiliser le contrat tarifaire paramétré sur le poste PS : cf. Annexe1-A § 2.1.2</p> <p>A noter que le code prestation une fois généré, est soumis aux règles de contrôle habituelles: cf. A1-A schéma SR1</p>

### 3.2.4 Impacts Annexe 2bis

**Table 1 Table des codes prestations**

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
<b>AAD</b>	Autres accessoires traitement à domicile (Titre I Chapitre 1 de la LPP)		Support	LPP	so	so	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
<b>COA</b>	Examen Obligatoire Enfant 100% A		Support	NGAP	COx	so	Non	PS
<b>COB</b>	Examen Obligatoire Enfant 100% B		Support	NGAP	COx	so	Non	PS
<b>COD</b>	Examen Obligatoire Enfant 100% D		Support	NGAP	COx	so	Non	PS
<b>COE</b>	Consultation Obligatoire Enfant		Support	NGAP	COx	so	Non	PS
<b>COG</b>	Examen Obligatoire Enfant 100% G		Support	NGAP	COx	so	Non	PS
<b>COH</b>	Examen Obligatoire Enfant 100% H		Support	NGAP	COx	so	Non	PS
<b>COM</b>	Examen Obligatoire Enfant 100% M		Support	NGAP	COx	so	Non	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

B1.2

**Table 2 Table des compatibilités entre les codes prestation et les spécialités de Professionnels de Santé**

	01	.../...	12	.../...	22	23	.../...
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
<b>COA</b>	COA		COA		COA	COA	
<b>COB</b>	COB				COB	COB	
<b>COD</b>	COD		COD		COD	COD	
<b>COE</b>	COE		COE		COE	COE	
<b>COG</b>	COG		COG		COG	COG	
<b>COH</b>			COH				
<b>COM</b>			COM				
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

B1.2+B3

**Table 2bis** Table des compatibilités entre les codes prestation et le contexte conventionnel du Professionnel de Santé

Code convention		PS								
		Non conventionné		Secteur 1			Secteur 1DP ou 2			
		0		1			2 ou 3			
Contrat tarifaire PS		Aucun		OPTAM-CO	OPTAM	Aucun	OPTAM-CO	OPTAM	Aucun	
BS		CMU-C C2S ou ACS	Autres	Tous	Tous	Tous	Tous	Tous	CMU-C C2S ou ACS	Autres
Code prestation	CCP	NON		sous condition P3			sous condition P3		sous condition P3	
	CGP	NON		sous condition P3			sous condition P3		sous condition P3	
	COA	OUI		NON			NON		OUI	OUI
	COB	NON		OUI			OUI		sous condition P3	sous condition P3
	COD	NON		OUI			OUI		sous condition P3	sous condition P3
	COE	NON OUI		sous condition P3			sous condition P3		sous condition P3	
	COG	NON		OUI			OUI		sous condition P3 OUI	sous condition P3 OUI
	COH	NON		OUI			OUI		sous condition P3	sous condition P3
	COM	NON		OUI			OUI		sous condition P3	sous condition P3
	CPM	NON		OUI			OUI		NON	NON
	.../...	.../...		.../...			.../...		.../...	.../...

.../...

B1.2

**Table 3** Table des compatibilités entre les codes prestation et la qualité du bénéficiaire

Code prestation	Qualité du bénéficiaire						
	Assuré	.../...	Autre ayant-droit	Age min		Age max	
				mois	années	mois	années
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
COA	1	.../...	1		2 3		17
COB	1	.../...	1		6		18
COD	1	.../...	1				18
COE	1	.../...	1			25	3
COG	1	.../...	1		6		18
COH	1	.../...	1				7
COM	1	.../...	1		6		18
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

B2

**Table 15.3 Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la nature des soins**

Code Prestation		Code CCAM	Code justificatif d'exonération	Nature d'assurance
Code NGAP	Code Regroupement			
<b>FFC</b>	Sans objet	Sans objet	Tous	<b>Maladie</b>
<b>FFV</b>	Sans objet	Sans objet	Tous	<b>Maladie</b>
<b>RNO</b>	Sans objet	Sans objet	Tous	<b>Maladie</b>
<b>RNO</b>	Sans objet	Sans objet	Tous	<b>Maternité</b>
<b>Actes de thermalisme</b>				
<b>CST</b>	Sans objet	Sans objet	Tous	<b>Maladie</b>
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
<b>Actes de consultation obligatoire enfant</b>				
<b>COA</b>	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
<b>COB</b>	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
<b>COD</b>	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
<b>COE</b>	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
<b>COG</b>	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
<b>COH</b>	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
<b>COM</b>	Sans objet	Sans objet	Tous	Toutes
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

B1.2

**Table 70 Consultations Obligatoires Enfant**

Age min		Spécialité PS	Code conventionnel	Contrat PS	Caisse de rattachement du PS	Choix PS	Médecin traitant	Code prestation
nb	unité					Saisie PS	Saisie PS	
<b>0</b>	<b>jours</b>	<b>01,22,23, 12</b>	<b>0,1,2,3</b>	<b>TOUS</b>	<b>Toutes</b>	SO	SO	<b>Non déterminé</b>
<b>13</b>	<b>jours</b>	<b>01,22,23</b>	<b>1,2,3</b>	<b>OPTAM</b>	Toutes	SO	SO	<b>COD</b>
id	id	id	<b>2,3</b>	<b>Non OPTAM</b>	Toutes	BR_R_noDep	SO	<b>COD</b>
id	id	id	id	id	Toutes	BR_noR_Dep	SO	<b>COG</b>
id	id	id	0	<b>Non OPTAM</b>	Toutes	SO	SO	<b>COA</b>
id	id	<b>12</b>	<b>1,2,3</b>	<b>OPTAM</b>	Toutes	SO	SO	<b>COH</b>
id	id	id	<b>2,3</b>	<b>Non OPTAM</b>	Toutes	BR_R_noDep	SO	<b>COH</b>
id	id	id	id	id	Toutes	BR_noR_Dep	SO	<b>COG</b>
id	id	id	0	<b>Non OPTAM</b>	Toutes	SO	SO	<b>COA</b>
<b>8</b>	<b>mois</b>	<b>01,22,23, 12</b>	<b>0,1,2,3</b>	<b>TOUS</b>	Toutes	SO	SO	<b>COE</b>
<b>10</b>	<b>mois</b>	<b>01,22,23</b>	<b>1,2,3</b>	<b>OPTAM</b>	Toutes	SO	SO	<b>COD</b>
id	id	id	<b>2,3</b>	<b>Non OPTAM</b>	Toutes	BR_R_noDep	SO	<b>COD</b>
id	id	id	id	id	Toutes	BR_noR_Dep	SO	<b>COG</b>
id	id	id	0	<b>Non OPTAM</b>	Toutes	SO	SO	<b>COA</b>
id	id	<b>12</b>	<b>1,2,3</b>	<b>OPTAM</b>	Toutes	SO	SO	<b>COH</b>
id	id	id	<b>2,3</b>	<b>Non OPTAM</b>	Toutes	BR_R_noDep	SO	<b>COH</b>
id	id	id	id	id	Toutes	BR_noR_Dep	SO	<b>COG</b>
id	id	id	0	<b>Non OPTAM</b>	Toutes	SO	SO	<b>COA</b>
<b>23</b>	<b>mois</b>	<b>01,22,23, 12</b>	<b>0,1,2,3</b>	<b>TOUS</b>	Toutes	SO	SO	<b>COE</b>
<b>25</b>	<b>mois</b>	<b>01,22,23</b>	<b>1,2,3</b>	<b>OPTAM</b>	Toutes	SO	SO	<b>COD</b>
id	id	id	<b>2,3</b>	<b>Non OPTAM</b>	Toutes	BR_R_noDep	SO	<b>COD</b>
id	id	id	id	id	Toutes	BR_noR_Dep	SO	<b>COG</b>
id	id	id	0	<b>Non OPTAM</b>	Toutes	SO	SO	<b>COA</b>
id	id	<b>12</b>	<b>1,2,3</b>	<b>OPTAM</b>	Toutes	SO	SO	<b>COH</b>
id	id	id	<b>2,3</b>	<b>Non OPTAM</b>	Toutes	BR_R_noDep	SO	<b>COH</b>
id	id	id	id	id	Toutes	BR_noR_Dep	SO	<b>COA</b>
id	id	id	0	<b>Non OPTAM</b>	Toutes	SO	SO	<b>COA</b>
<b>6</b>	<b>ans</b>	<b>01,22,23</b>	<b>1,2,3</b>	<b>OPTAM</b>	Toutes	SO	SO	<b>COB</b>
id	id	id	<b>2,3</b>	<b>Non OPTAM</b>	id	BR_R_noDep	SO	<b>COB</b>
id	id	id	id	id	id	BR_noR_Dep	SO	<b>COA</b>
id	id	id	0	<b>Non OPTAM</b>	Toutes	SO	SO	<b>COA</b>
id	id	<b>12</b>	<b>1,2,3</b>	<b>OPTAM</b>	≠ 976	SO	OUI	<b>COG</b>
id	id	id	id	id	id	SO	NON	<b>COD</b>
id	id	id	id	id	976	SO	SO	<b>COM</b>
id	id	id	<b>2,3</b>	<b>Non OPTAM</b>	≠ 976	BR_R_noDep	OUI	<b>COG</b>
id	id	id	id	id	id	id	NON	<b>COD</b>
id	id	id	id	id	id	BR_noR_Dep	SO	<b>COA</b>
id	id	id	id	id	976	BR_R_noDep	SO	<b>COM</b>
id	id	id	id	id	id	BR_noR_Dep	SO	<b>COA</b>
id	id	id	0	<b>Non OPTAM</b>	Toutes	SO	SO	<b>COA</b>
<b>17</b>	<b>ans</b>	<b>01,22,23, 12</b>	<b>0,1,2,3</b>	<b>TOUS</b>	Toutes	SO	SO	<b>Non déterminé</b>

Légende :

- BR\_R\_noDep : Choix du code prestation avec tarif revalorisé mais sans dépassement possible
- BR\_noR\_Dep : Choix du code prestation avec tarif non revalorisé mais dépassement possible

## 4 Impacts dans le Référentiel Intégré

### 4.1 Synthèse des impacts

Documents CDC	§	Partie impactée	Nature de l'impact	Besoin
<b>RH-INTEG-DSF-020</b>	§4.1.1.3.2		Modification du schéma SR1 : ajout de l'appel à R70 en cas de contexte COx	B1.2
	4.1.1.3.5.2		Ajout d'un cas particulier : positionnement par défaut en nature d'assurance maladie en cas de consultation obligatoire enfant	B4
	4.1.1.3.8.2		Nouveau § : « Spécificité Consultations Obligatoires Enfant »	B1.1 B1.2
<b>Annexe 2</b>			<i>Voir impacts cdc</i>	
<b>Annexe 2 bis</b>			<i>Voir impacts cdc</i>	

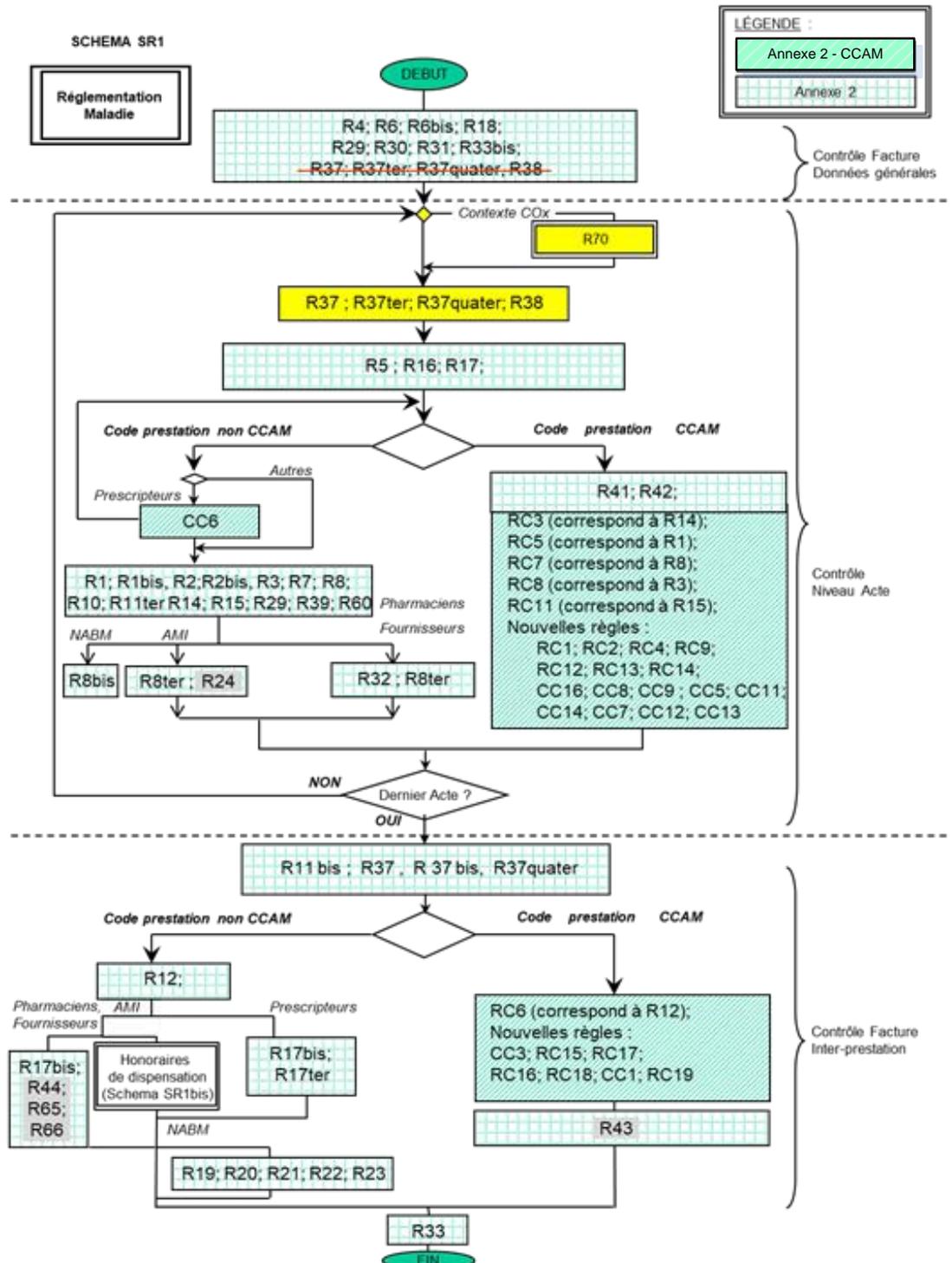
## 4.2 Détail des impacts : Référentiel Intégré

### 4.2.1 Impacts sur RH-INTEG-DSF-020 spécification de l'application\_partie 1

.../...

B1.2

#### §4.1.1.3.2 Schéma SR1 : réglementation Maladie



#### §4.1.1.3.5.2 Données liées à la nature d'assurance

##### ✓ Nature d'assurance

(FAC\_NAT\_ASS)

Indique le contexte (maladie, maternité, ...) dans lequel les prestations sont servies.

Dans le cas où les données code régime, caisse gestionnaire et centre gestionnaire lues en carte correspondent respectivement aux valeurs 08 835 0300, la nature d'assurance doit être SMG sinon le dispositif intégré informe le Professionnel de Santé et interdit la réalisation d'une telle facture.

##### 4.1.1.3.5.2.1 Maladie

###### Positionnement par défaut en nature d'assurance Maladie

En cas de facturation de prestations de type Consultation Obligatoire Enfant (groupe fonctionnel du code prestation = COx), la nature d'assurance maladie est proposée par défaut au Professionnel de Santé si elle n'est pas déjà renseignée.

Le LPS doit toutefois toujours permettre au Professionnel de Santé de modifier cette nature d'assurance



A noter qu'en cas de code situation caractérisant une situation « maternité » (cf. « Positionnement par défaut en nature d'assurance Maternité »), simultanément à la facturation de prestations de type Consultation Obligatoire Enfant, le positionnement par défaut de la nature d'assurance à « Maladie Maternité » est prioritaire sur « Maternité Maladie ».

En contexte maladie, si le dispositif intégré dispose des données de la carte Vitale, il doit distinguer s'il s'agit de "maladie" ou de "maladie Alsace-Moselle" à partir des données "code régime" et "code couverture".

Pour cela, il applique la règle de gestion suivante :

Si le CODE REGIME est 01 ou 14 ou 15 ou (91 à 99) et si le CODE SITUATION du bénéficiaire des soins prend les valeurs 0105 ou 0106 ou 0107 ou 0108 ou 0109 ou 0110

ou si le CODE REGIME est 02 et si le CODE SITUATION prend les valeurs 0205 ou 0206 ou 0207 ou 0225 ou 0226 ou 0227

alors la NATURE D'ASSURANCE est "maladie Alsace-Moselle" sinon "maladie".

