

Fiche d'évolution réglementaire

N°120v3

Facturation du parcours de soins en Visite

- *Date d'application de la mesure :* **Immédiate**
- *Textes associés :* **Décision UNCAM du 08/04/2013 JO du 31/05/2013**
Avenant 8 à la Convention médicale du 26/07/2011.
- *Professionnels de Santé concernés :* **Prescripteurs**
- *Cahier des Charges SESAM-Vitale concerné :* **1.40**
- *Référentiel TLA concerné :* **Oui**

Communication aux Professionnels de Santé

- *Titre de la fiche* **Sans objet**
- *Référence* **Sans objet**

Contexte de l'évolution

Depuis la mise en place des majorations MIC, MSH, et MPP, le système de facturation rencontre une incohérence au niveau du parcours de soins, quand ces actes sont facturés dans le cadre d'une Visite.

En effet, les majorations citées supra sont incompatibles avec une notion d'urgence alors que la facturation d'une Visite génère automatiquement un contexte d'urgence du parcours de soins (IPS= « U »).

Les règles du cahier des charges SESAM Vitale évoluent pour prendre en compte la compatibilité des actes de Visite avec les différents contextes de Parcours de Soins :

la génération automatique du contexte d'Urgence en cas de facturation d'une Visite est supprimée.

L'indicateur de parcours de soins reste cependant positionné automatiquement à « U » en cas de complément « Nuit », « Dimanche » ou « jour férié » ainsi qu'en cas de modificateur correspondant à de l'urgence pour les actes CCAM.

Modalité de mise en oeuvre

- Modification de la table 5bis : les actes V, VA, VNP, VS, IK, IKM et IKS sont retirés de la table.

Par ailleurs, cette FR supprime également les actes secondaires de la table 5bis (barré gris). En effet la règle 17ter permettant de facturer tout acte secondaire conformément au comportement de l'acte principal auquel il se rapporte, il n'est pas nécessaire de conserver les actes secondaires de la permanence de soins dans la table 5bis.

➤ **Modification de la Table 14.1 :**

- l'acte VNP est retiré de la table. Cet acte est soumis au parcours de soins pour un bénéficiaire de plus de 26 ans.

- les codes prestations FPE, FPO, MNO, MNP et MPJ sont également supprimés de la table. Ils ne se rapportent pas à des situations de parcours de soins.

Légende

Texte surligné en jaune

Texte surligné en vert

~~Texte barré bleu~~

~~Texte barré gris~~

Ajouts par rapport au CDC SESAM-Vitale

Modifications par rapport à la précédente version de la FR

Suppression par rapport au CDC SESAM-Vitale

Suppression des actes secondaires par rapport au CDC SESAM-Vitale

Détail de l'évolution

- **Les modifications apportées à la table 5bis de l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale sont les suivantes :**

Table 5bis : Prestations relatives au contexte d'Urgence

Nature de prestation	Complement de prestation	Acte CCAM	Modificateur CCAM
Toutes	N	Sans objet	Sans objet
Toutes	U	Sans objet	Sans objet
Toutes	F	Sans objet	Sans objet
CRD	Sans objet	Sans objet	Sans objet
CRM	Sans objet	Sans objet	Sans objet
CRN	Sans objet	Sans objet	Sans objet
CRS	Sans objet	Sans objet	Sans objet
IK	Sans objet	Sans objet	Sans objet
IKM	Sans objet	Sans objet	Sans objet
IKS	Sans objet	Sans objet	Sans objet
KA	Sans objet	Sans objet	Sans objet
MD	Sans objet	Sans objet	Sans objet
MDD	Sans objet	Sans objet	Sans objet
MDI	Sans objet	Sans objet	Sans objet
MDN	Sans objet	Sans objet	Sans objet
MM	Sans objet	Sans objet	Sans objet
MU	Sans objet	Sans objet	Sans objet
V	Sans objet	Sans objet	Sans objet
VA	Sans objet	Sans objet	Sans objet
VNP	Sans objet	Sans objet	Sans objet
VRD	Sans objet	Sans objet	Sans objet
VRM	Sans objet	Sans objet	Sans objet
VRN	Sans objet	Sans objet	Sans objet
VRS	Sans objet	Sans objet	Sans objet
VS	Sans objet	Sans objet	Sans objet
Tout code regroupement	Sans objet	Tous(*)	M
Tout code regroupement	Sans objet	Tous(*)	U
Tout code regroupement	Sans objet	Tous(*)	P
Tout code regroupement	Sans objet	Tous(*)	F
Tout code regroupement	Sans objet	Tous(*)	S

(*) Tout acte CCAM compatible avec le modificateur cf. annexe 1-A1 règle RC3.

- **Les modifications apportées à la table 14.1 de l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale sont les suivantes :**

Table 14.1 : Prestations non soumises à la MTM

Code prestation
CA
FDA
FDC
FDO
FDR
FPC
FPE
FPO
HN

ID
MHU
MNO
MNP
MPI
MPJ
MTS
PG7
PHI
PH2
PH4
PH7
PHN
PM2
PM4
PMH
PMR
PPS
SES
TDR
TNS
UPH
VNP

Test n°1	FSE en TP AMO									
	→AMO - Visite à domicile avec déplacement AMO→					→AMC - AMC→				
CPS 01 GENE	Situation au regard du parcours de soins : Le professionnel de santé est le médecin traitant (IPS=T/ Top MT=O)									
CV 0120 ALAIN	Code prestation et descriptif de l'acte	Codage	Date de facture	Date des soins	Montant facturé	Base de remb.	Justificatif d'exo.	Part AMO	MTM	Part AMC
Assurance maladie	V (PU 23,00)		01/03/2015	01/03/2015	23,00	23,00	70% code 0	16,10	0,00	0,00
					23,00	23,00		16,10	0,00	0,00

Catégories et cartes PS concernés : Généralistes Spécialistes
 01 01B 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 18B 20 22 23 31 32 33 34 34B 35 37A 37B 38A 38B 41 42 43 44 45 46 47 48 49 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80

Test n°2	FSE en TP AMO									
	→AMO - Visite à domicile avec déplacement AMO→					→AMC - AMC→				
CPS 08 BIDE	Situation au regard du parcours de soins : Le patient a déclaré son Médecin Traitant le Docteur GENE Alain et consulte en urgence un médecin différent de son médecin traitant (IPS à U / Top MT à blanc)									
CV 0120 ALAIN	Code prestation et descriptif de l'acte	Codage	Date de facture	Date des soins	Montant facturé	Base de remb.	Justificatif d'exo.	Part AMO	MTM	Part AMC
Assurance maladie	V (PU 23,00)		01/03/2015	01/03/2015	23,00	23,00	70% code 0	16,10	0,00	0,00
					23,00	23,00		16,10	0,00	0,00

Catégories et cartes PS concernés : Généralistes Spécialistes
 01 01B 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 18B 20 22 23 31 32 33 34 34B 35 37A 37B 38A 38B 41 42 43 44 45 46 47 48 49 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80

Test n°3	FSE en TP AMO									
	→AMO - Visite à domicile avec déplacement AMO→					→AMC - AMC→				
CPS 01 GENE	Situation au regard du parcours de soins : Le professionnel de santé est le médecin traitant (IPS=T/ Top MT=O)									
CV 0120 ALAIN	Code prestation et descriptif de l'acte	Codage	Date de facture	Date des soins	Montant facturé	Base de remb.	Justificatif d'exo.	Part AMO	MTM	Part AMC
Assurance maladie	V (PU 23,00)		01/03/2015	01/03/2015	23,00	23,00	70% code 0	16,10	0,00	0,00
	MIC (PU 23,00)		01/03/2015	01/03/2015	23,00	23,00	70% code 0	16,10	0,00	0,00
					46,00	46,00		32,20	0,00	0,00

Catégories et cartes PS concernés : Généralistes Spécialistes

01 01B 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 18B 20 22 23 31 32 33 34 34B 35 41 42 43 44 45 46 47 48 49 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80

Test n°4	FSE en TP AMO									
	→AMO - Visite à domicile avec déplacement AMO→					→AMC - AMC→				
CPS 03 CŒUR	Situation au regard du parcours de soins : Le professionnel de santé est le médecin traitant (IPS=T/ Top MT=O)									
CV 0120 ALAIN	Code prestation et descriptif de l'acte	Codage	Date de facture	Date des soins	Montant facturé	Base de remb.	Justificatif d'exo.	Part AMO	MTM	Part AMC
Assurance maladie	VS (PU 23,00)		01/03/2015	01/03/2015	23,00	23,00	70% code 0	16,10	0,00	0,00
	MIC (PU 23,00)		01/03/2015	01/03/2015	23,00	23,00	70% code 0	16,10	0,00	0,00
					46,00	46,00		32,20	0,00	0,00
Catégories et cartes PS concernés : Généralistes Spécialistes 01 01B 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 18 18B 20 22 23 31 34 34B 35 41 42 43 44 45 46 47 48 49 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80										

Test n°5	FSE en TP AMO									
	→AMO - Visite à domicile avec déplacement AMO→					→AMC - AMC→				
CPS 33 DUFOU	Situation au regard du parcours de soins : Le professionnel de santé est le médecin traitant (IPS=T/ Top MT=O)									
CV 0120 ALAIN	Code prestation et descriptif de l'acte	Codage	Date de facture	Date des soins	Montant facturé	Base de remb.	Justificatif d'exo.	Part AMO	MTM	Part AMC
Assurance maladie	V (PU 23,00)		01/03/2015	01/03/2015	23,00	23,00	70% code 0	16,10	0,00	0,00
	MSH (PU 23,00)		01/03/2015	01/03/2015	23,00	23,00	70% code 0	16,10	0,00	0,00
					46,00	46,00		32,20	0,00	0,00

Catégories et cartes PS concernés : Généralistes Spécialistes

01 01B 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 18 18B 20 22 23 31 34 34B 35 41 42 43 44 45 46 47 48 49 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80

C.N.D.A

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



ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

(remplir 1 engagement par logiciel)

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

. L'évolution liée à la fiche réglementaire n° _____

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

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

Identification des factures transmises sur le frontal du CNDA :

1. Tableau récapitulatif à compléter :

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

Je joins à cette attestation la(es) copie(s) d'écran correspondant aux cas de tests non passant correspondant à la fiche réglementaire prise en compte².

Fait leà

Signature du représentant et cachet de la société

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

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