

Facturation SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

1.40 - Addendum 8

Maj 2025

MF : Mettre en forme la FSE et/ou la
DRE

Version 8.60

Date 11/04/2025

Référence FACT-SFG-016

Information RESTREINTE

Etat PROVISOIRE



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.

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	5
1.1	OBJET DU DOCUMENT	5
1.2	POSITIONNEMENT DU DOCUMENT.....	5
1.3	CONTENU DU DOCUMENT	5
1.4	DOCUMENTS DE REFERENCE.....	5
1.5	ABREVIATIONS.....	5
1.6	DEFINITIONS.....	5
1.7	GUIDE DE LECTURE.....	5
2	PRESENTATION DE LA FONCTIONNALITE « MF : METTRE EN FORME LA FSE ET/OU LA DRE » 6	
2.1	POSITIONNEMENT DE LA FONCTIONNALITE.....	6
2.2	DESCRIPTION DE LA FONCTIONNALITE	7
3	DESCRIPTION DETAILLEE DE LA FONCTIONNALITE « MF : METTRE EN FORME LA FSE ET/OU LA DRE »	9
3.1	MF01 : DETERMINER LES PARAMETRES DE MISE EN FORME DE LA FSE ET/OU LA DRE	9
3.1.1	MF01.01 : Déterminer le type de facturation et le type de flux	11
3.1.2	MF01.02 : Déterminer la norme d'échange de la FSE et/ou de la DRE	16
3.1.3	MF01.03 : Déterminer le marquage de la FSE et/ou de la DRE.....	17
3.2	MF02 : DETERMINER LE MODE DE SECURISATION DE LA FSE ET/OU DE LA DRE	18
3.3	MF03 : CONSTITUER LA FSE ET/OU LA DRE	23
3.4	MF04 : CHIFFRER LES DONNEES DE LA FSE ET/OU DE LA DRE	25
3.5	MF05 : SIGNER LA FSE ET/OU LA DRE AVEC LA CARTE VITALE	26
3.5.1	MF05.02 : Contrôler la carte Vitale avant signature.....	27
3.5.2	MF05.05 : Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte Vitale.....	31
3.6	MF07 : DETERMINER LE CRITERE DE REGROUPEMENT EN LOT DE LA FSE ET/OU DE LA DRE	32
3.7	MF09 : SAUEVEGARDER LES ELEMENTS CONSTITUTIFS DE LA FACTURE.....	35
3.8	MF10 : FINALISER LA FACTURATION	36
3.8.1	MF10.01 : Mettre à disposition des informations à destination du bénéficiaire de soins.....	38
3.8.2	MF10.02 : Mettre à disposition des informations à destination du Professionnel de Santé	41
3.8.3	MF10.03 : Mettre à disposition la Feuille de soins papier pour le mode dégradé	46
3.9	MF13 : DETERMINER LE STATUT DE LA FSE ET/OU DE LA DRE	48
3.10	MF15 : SIGNER LA FSE ET/OU LA DRE AVEC LA CPS.....	49
3.11	MF16 : SIGNER LA FSE ET/OU LA DRE AVEC L'APCV	50
3.11.1	MF16.01 : Contrôler la validité du contexte ApCV	52
3.11.2	MF16.02 : Contrôler la validité du support de droits AMO	54
3.11.3	MF16.03 : Calculer l'empreinte de la FSE et/ou la DRE	55
3.11.4	MF16.04 : Préparer les données du résumé de la facture.....	56
3.11.5	MF16.05 : Demander la signature Vitale de la FSE et/ou la DRE	58
3.11.6	MF16.06 : Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE.....	61
4	SP11 : SITUATION SPECIFIQUE DE FORÇAGE.....	62
5	DF_MF : DOMAINE D'INFORMATION « METTRE EN FORME LA FSE ET/OU LA DRE »	74
5.1	MODELE DE DONNEES « METTRE EN FORME LA FSE ET/OU LA DRE »	74
5.2	MODELE DE DONNEES « SAUEVEGARDE DES ELEMENTS CONSTITUTIFS DE LA FACTURE ».....	74
5.3	MODELE DE DONNEES « RESUME DE LA FACTURE (APCV) »	75
5.4	LISTE DES DONNEES FONCTIONNELLES POUR CHAQUE ENTITE.....	75
6	ANNEXE 1 : REGLES DE VALORISATION DE LA FSE ET DE LA DRE.....	78
7	LISTE DES REGLES DE GESTION	93

SCHEMAS DES OPERATIONS

FIGURE 1 : [MF] PERIMETRE DE « METTRE EN FORME LA FSE ET/OU LA DRE »	6
FIGURE 2 : [SC_MF] ENCHAINEMENT DE LA FONCTIONNALITE MF «METTRE EN FORME LA FSE ET/OU LA DRE».....	8
FIGURE 3 : [SC_MF01] ENCHAINEMENT DES TACHES DE L'OPERATION « MF01 : DETERMINER LES PARAMETRES DE MISE EN FORME DE LA FSE ET/OU DE LA DRE »	10
FIGURE 4 : [SC_MF05] ENCHAINEMENT DES REGLES DE L'OPERATION « MF05 : SIGNER LA FSE ET/OU DE LA DRE AVEC LA CARTE VITALE »	27
FIGURE 5 : [SC_MF05.02] ENCHAINEMENT DE LA TACHE « MF05.02 : CONTROLER LA CARTE VITALE AVANT SIGNATURE »	27
FIGURE 6 : [SC_MF05.02.01] ENCHAINEMENT DE LA TACHE « MF05.02.01 : RELIRE LA CARTE VITALE »	28
FIGURE 7 : [SC_MF10] ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE « MF10 : FINALISER LA FACTURATION »	37
FIGURE 8 : [SC_MF16] ENCHAINEMENT DES TACHES DE L'OPERATION « MF16 : SIGNER LA FSE ET/OU LA DRE AVEC L'APCV »	51
FIGURE 9 : [SC_MF16.01] ENCHAINEMENT DE LA TACHE « MF16.01 : CONTROLER LA VALIDITE DU CONTEXTE APCV »	52
FIGURE 10 : [DF_MF] MODELE DE DONNEES « METTRE EN FORME LA FSE ET/OU LA DRE »	74
FIGURE 11 : [EF_MF14] MODELE DE DONNEES « SAUVEGARDE DES ELEMENTS CONSTITUTIFS DE LA FACTURE »	75
FIGURE 12 : EF_MF20 MODELE DE DONNEES « RESUME DE LA FACTURE (APCV) »	75

1 Introduction

1.1 Objet du document

Ce document a pour but de spécifier la fonctionnalité « MF : Mettre en forme la FSE et/ou la DRE ».

1.2 Positionnement du document

Cf. Guide de lecture référencé FACT-SFG-009.

1.3 Contenu du document

Outre ce chapitre introductif, ce document de spécifications fonctionnelles générales comporte les chapitres suivants :

- le chapitre 2 présente la fonctionnalité « MF : Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »,
- les chapitres 3 décrit les opérations de la fonctionnalité « MF : Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »,
- le chapitre 4 décrit les situations spécifiques,
- le chapitre 5 contient la synthèse des entités fonctionnelles utilisées,
- le chapitre 6 est une annexe contenant les règles de valorisation de la FSE et/ou de la DRE.
- le chapitre 7 contient la liste des règles de gestion.

1.4 Documents de référence

Les documents de référence sont présentés dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.5 Abréviations

Les abréviations utilisées sont répertoriées dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.6 Définitions

Les définitions sont répertoriées dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

1.7 Guide de lecture

Cf. document spécifique GD (référencé FACT-SFG-009).

2 Présentation de la fonctionnalité « MF : Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »

2.1 Positionnement de la fonctionnalité

L'objet de cette fonctionnalité est de mettre en forme, chiffrer et signer la FSE et/ou la DRE à transmettre aux organismes d'Assurance Maladie.

Cette fonctionnalité intervient suite à la valorisation de l'ensemble des montants de la facture pour la prise en charge de la part obligatoire et de la part complémentaire par les organismes d'Assurance Maladie.

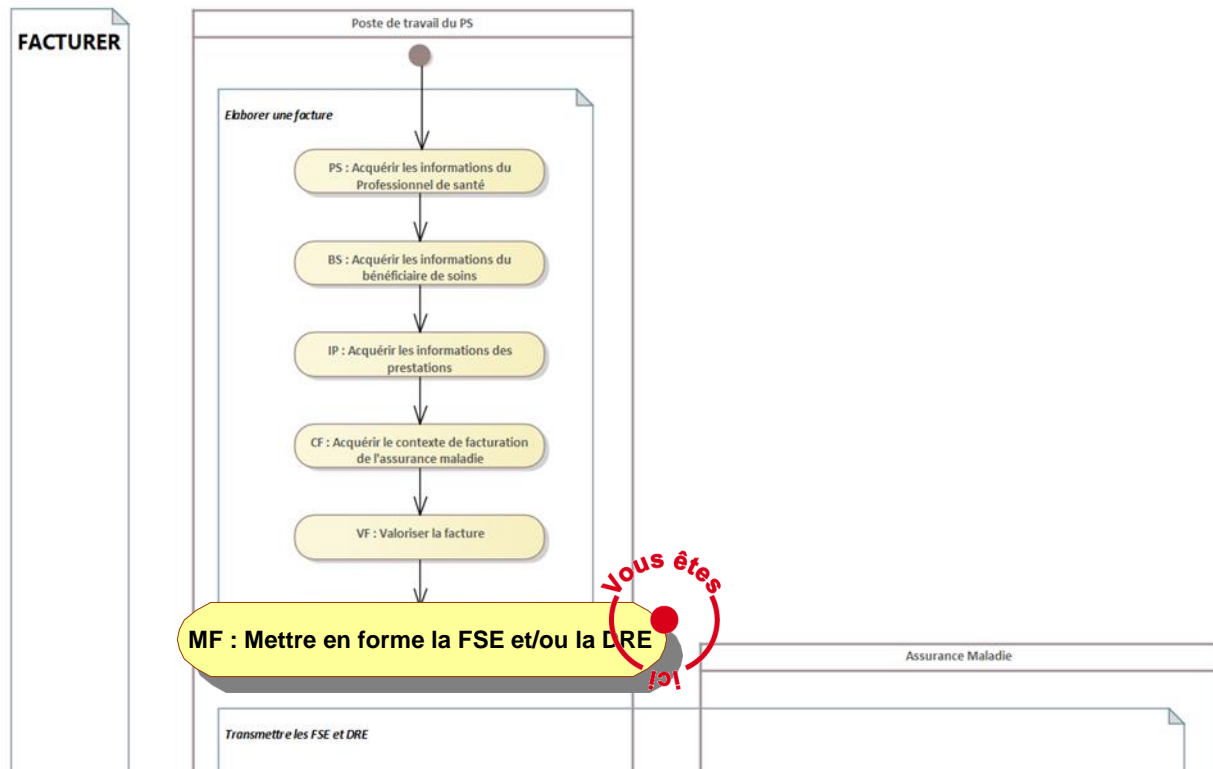



Figure 1 : [MF] Périmètre de « Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »

2.2 Description de la fonctionnalité

Vue générale

Nom	MF	Mettre en forme la FSE et/ou la DRE
Description	L'objet de cette fonctionnalité est de mettre en forme la FSE et/ou la DRE à transmettre aux organismes d'Assurance Maladie.	
	Pour mettre en forme la FSE et/ou la DRE, le système de facturation :	
	<ul style="list-style-type: none">détermine les paramètres de mise en forme de la FSE et/ou de la DRE ;détermine le mode de sécurisation (SESAM-Vitale, SESAM sans Vitale) qui va être appliqué pour la signature de la FSE et/ou de la DRE ; le mode de sécurisation SESAM Vitale en désynchronisé est possible. Une facture électronique en mode désynchronisé est signée dans un premier temps en présence du support Vitale puis dans un second par la CPS.	
	En l'absence de support Vitale, le système de facturation a un comportement spécifique (cf situation spécifique SP09 : Absence de support Vitale), une facture électronique en mode dégradé est créée et sécurisée uniquement en présence de la CPS. ;	
	<ul style="list-style-type: none">constitue la FSE et/ou la DRE selon les paramètres de mise en forme ;chiffre certaines données de la FSE et/ou de la DRE ;permet la signature de la FSE et/ou de la DRE ;et détermine les critères de regroupement en lot de la FSE et/ou de la DRE.	
	Le système de facturation permet également :	
	<ul style="list-style-type: none">la sauvegarde les éléments constitutifs de la facture,et la finalisation de la facturation par la mise à disposition de certaines informations.	
	Le système de facturation indique que la FSE et/ou la DRE sont prêtes à être émises.	
		
	Entrées	Domaine d'informations « Professionnel de Santé »
Domaine d'informations « Bénéficiaire de Soins »		DF_BS
Domaine d'informations « Prestation »		DF_IP
Domaine d'informations « Contexte Facturation»		DF_CF
Domaine d'informations « Valoriser la Facture »		DF_VF
Sorties	Domaine d'informations « Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »	DF_MF
	Domaine d'informations « Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture »	
Situations spécifiques	PS Remplaçant	SP02
	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Absence de support Vitale	SP09
	Forçage	SP11
	PS utilisant les services d'un OCT	SP12

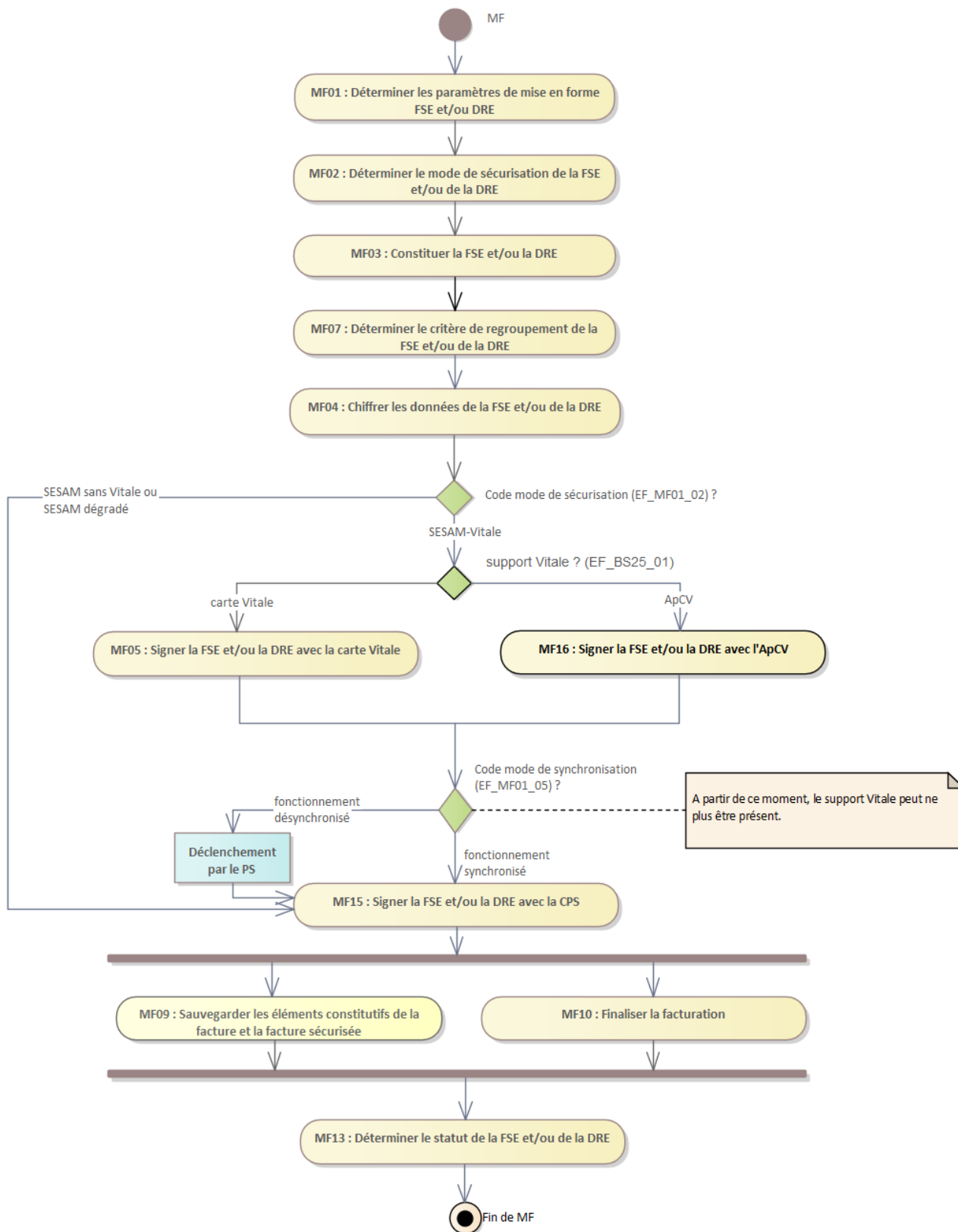
Schéma

Figure 2 : [SC_MF] Enchaînement de la fonctionnalité MF «Mettre en forme la FSE et/ou la DRE»

3 Description détaillée de la fonctionnalité « MF : Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »

3.1 MF01 : Déterminer les paramètres de mise en forme de la FSE et/ou la DRE

Vue générale

Nom MF01 **Déterminer les paramètres de mise en forme de la FSE et/ou de la DRE**

Description Cette opération consiste à déterminer les paramètres permettant la constitution de la FSE et/ou de la DRE.

Ces paramètres sont :

- le type de facturation (ex : FSE AMO seule, FSE + DRE...) déterminé en fonction de la présence des informations relatives à la part obligatoire et à la part complémentaire ;
- le type de flux (FSE ou DRE) déterminé à partir du type de facturation ;
- la norme d'échange attendue par les organismes d'Assurance Maladie ;
- le marquage de la FSE et/ou de la DRE (réel, test ou démo).

Entrées Domaine d'informations « prestation facture » DF_IP

Domaine d'informations « valoriser la facture » DF_VF

Données administratives et de routage EF_CF16

Code mode de gestion complémentaire EF_BS16_01

Code utilisation des services d'un OCT EF_PS04_12

Code autorisation éclatement FSE EF_PS04_13

Code famille du professionnel de santé EF_PS04_09

Code spécialité EF_PS03_14

Code indicateur centre de santé EF_PS04_11

Sorties Type de facturation EF_MF01_01

Type de flux EF_MF01_04

Code norme d'échange EF_MF01_03

Marquage de la FSE et/ou de la DRE EF_MF01_08

Situations spécifiques Absence de support Vitale SP09

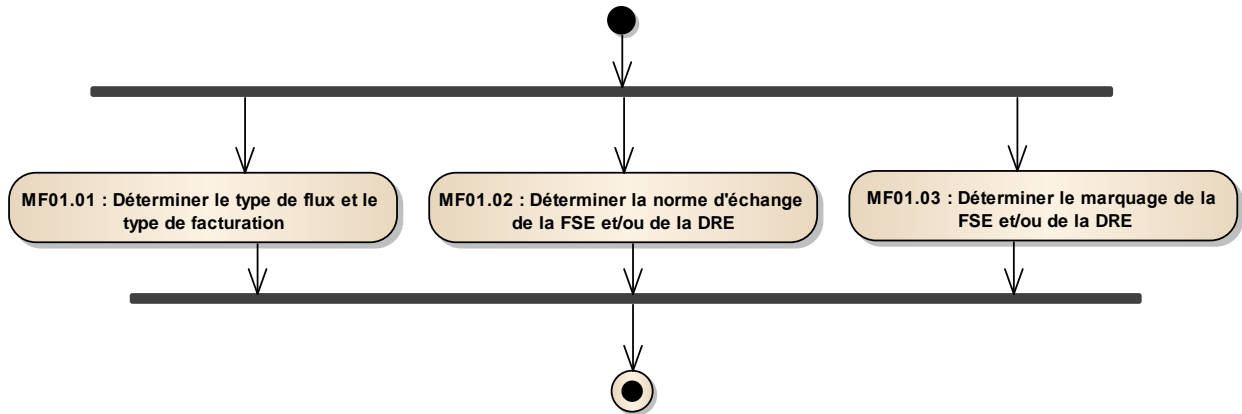
Schéma

Figure 3 : [SC_MF01] Enchaînement des tâches de l'opération « MF01 : Déterminer les paramètres de mise en forme de la FSE et/ou de la DRE »

3.1.1 MF01.01 : Déterminer le type de facturation et le type de flux

Vue générale

Nom MF01.01 Déterminer le type de facturation et le type de flux

Description Le système de facturation détermine le type de facturation en fonction des éléments constitutifs de la facture, c'est-à-dire :

- la présence d'une part obligatoire,
- la présence d'une part complémentaire dans le cadre d'une gestion unique ou d'une gestion séparée.

Les différents types de facturation peuvent être :

- une **FSE AMO seule** contenant les informations relatives à la part obligatoire et aucune donnée sur la part complémentaire,
- une **FSE et une DRE** où la FSE contient les informations relatives à la part obligatoire et la DRE contient les informations relatives à la part complémentaire dans le cadre d'une gestion séparée
- une **FSE en gestion unique** contenant les informations relatives à la part obligatoire et les informations relatives à la part complémentaire dans le cadre d'une gestion unique,
- une **FSE enrichie**, contenant les informations relatives à la part obligatoire et les informations relatives à la part complémentaire dans le cadre d'une gestion séparée et lorsque le professionnel de santé utilise les services d'éclatement de la FSE par un OCT,
- une **DRE seule** contenant les informations relatives à la part complémentaire dans le cadre d'une gestion séparée,
- une **DRE d'annulation**,

Dans certains cas (pas de convention SESAM-Vitale, abandon de la prise en compte de la part complémentaire dans SESAM-Vitale...), le Professionnel de Santé peut néanmoins demander la transmission de la part complémentaire dans un flux AMC hors SESAM-Vitale.

Le type de flux est généré (FSE, DRE) à partir du type de facturation.

Entrées	Domaine d'informations « prestation facture »	DF_IP
	Domaine d'informations « valoriser la facture »	DF_VF
	Données administratives et de routage	EF_CF16
	Code mode de gestion complémentaire	EF_BS16_01
	Code utilisation des services d'un OCT	EF_PS04_12
	Code autorisation éclatement FSE	EF_PS04_13
Sorties	Type de facturation	EF_MF01_01
	Type de flux	EF_MF01_04
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

[RG_MF001] Déterminer le type de facturation (EF_MF01_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En présence d'un acte remboursable AMO, les informations relatives à la part obligatoire sont transmises dans une FSE (FSE AMO seule, FSE et DRE, FSE en gestion unique).

Pour la part complémentaire, le système de facturation détermine le type de facturation en fonction de différentes situations décrites ci-après.

FSE en gestion unique, FSE+DRE, DRE

Les informations relatives à l'Assurance Maladie Complémentaire sont :

- soit à transmettre dans une DRE, pour un mode de gestion séparée et si le Professionnel de Santé n'utilise pas les services d'un OCT pour l'éclatement de FSE,
- soit à inscrire dans la FSE pour un mode de gestion unique.

DRE d'annulation

La convention applicable sélectionnée pour la transmission initiale de la part complémentaire doit présenter une acceptation par l'organisme complémentaire de la réception d'une DRE d'annulation.



Les règles de création d'une « DRE d'annulation » sont les suivantes : Dans le cas de la transmission d'une DRE initiale :

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



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

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



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

RH-INTEG-DSF-020_1h_ComplémentTechnique

Récapitulatif

La détermination des types de flux à transmettre est réalisée par le système de facturation, en fonction des différentes situations décrites ci-dessous.

- présence ou non d'un acte remboursable AMO dans la facture (Montant remboursable AMO pour chaque prestation - EF_VF05_07),
- présence ou non d'une part complémentaire en gestion unique ou en gestion séparée,

La présence ou non d'une part complémentaire en gestion unique ou en gestion séparée est analysée à partir de 2 informations :

- code mode de gestion complémentaire (EF_BS16_01) précisant s'il s'agit d'une gestion séparée ou d'une gestion unique ;
- présence d'informations relatives à la part complémentaire à l'issue de la fonctionnalité « Valoriser la facture » (EF_VF03,...) ;
- utilisation ou non par le Professionnel de Santé des services d'éclatement par l'OCT (EF_PS04_13).

Présence d'un acte AMO à transmettre	Présence d'une part complémentaire (EF_VF06_01)	Mode de gestion : EF_BS16_01	Eclatement par un OCT EF_PS04_13	Type de facturation EF_MF01_01	Remarque
Au moins un acte remboursable par l'AMO	NON ⁽¹⁾	Sans objet	Sans objet	FSE AMO seule	
	OUI	Gestion unique	Sans objet	FSE en gestion unique	
	OUI	Gestion séparée	oui	FSE enrichie	FSE enrichie avec donnée d'adressage AMC
	OUI		non	FSE + DRE	
Pas d'acte remboursable par l'AMO	OUI	Gestion unique	Sans objet	FSE en gestion unique	
	OUI	Gestion séparée	oui	FSE enrichie	FSE enrichie avec donnée d'adressage AMC
	OUI		non	DRE seule	
Demande du PS d'une DRE d'annulation ⁽²⁾	OUI	Gestion séparée	Sans objet	DRE d'annulation	



(1) Remarque :

En nature d'assurance SMG (EF_CF02_02= « SMG »), ainsi qu'en contexte APIAS (EF_CF06_06=VRAI), ou lorsque le bénéficiaire des soins relève de la situation spécifique « Victime d'Attentat » (SP18), la part complémentaire est nécessairement non renseignée et donc le type de facturation est « FSE AMO seule ».

Il en est de même dans le cas d'une facture anonymisée (EF_IP01_10= « oui »).



(2) Le Professionnel de Santé doit indiquer la DRE à annuler avant la mise en forme et sécurisation de la facture.

Rappel : en gestion unique, lorsque le professionnel de santé applique le hors tiers payant sur la complémentaire, la part complémentaire n'est pas déterminée (cf. RG_VF360) et donc les informations relatives à la part complémentaire ne sont pas transmises.



Cas particuliers

[CP1] Aucune données administratives et de routage

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas d'absence d'une des informations d'adressage (EF_CF14), le PS ne peut pas transmettre les informations de la complémentaire dans une DRE.

Dans le cas où aucune donnée administrative et de routage n'est présente pour la part complémentaire en gestion séparée (EF_CF16_01= « GS ») et que le Professionnel de Santé a choisi de transmettre les informations de la complémentaire par un autre moyen hors SESAM-Vitale (flux direct ou flux papier).

Le tableau ci-dessous récapitule les types de flux à émettre selon les situations.

Présence d'un acte AMO à transmettre	Autorisation du PS éclatement de FSE par un OCT EF_PS04_13	Type de facturation EF_MF01_01	Remarque
Au moins un acte remboursable par l'AMO	non	FSE AMO seule	Possibilité d'avoir un flux AMC actuel
	oui	FSE enrichie	Possibilité d'avoir la part complémentaire dans une FSE enrichie sans données d'adressage.
Pas d'acte remboursable par l'AMO	non	Non renseigné	Arrêt du processus SESAM-Vitale Possibilité d'avoir un flux AMC actuel
	oui	FSE enrichie	Possibilité d'avoir la part complémentaire dans une FSE enrichie sans données d'adressage

[RG_MF002] Déterminer les flux à transmettre (EF_MF01_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Il existe 2 types de flux :

- FSE
- DRE

En fonction du type de facturation (EF_MF01_01), le LPS met en forme et transmet soit un seul flux FSE ou DRE) soit deux flux : une FSE et une DRE.

Le système de facturation détermine les flux à transmettre (FSE et/ou DRE) en fonction du type de facturation :

Type de facturation (EF_MF01_01)	Type de flux à transmettre		
	FSE	DRE	(EF_MF01_04)
FSE AMO seule	oui	non	FSE
FSE + DRE	oui	oui	FSE ; DRE
FSE en gestion unique	oui	non	FSE
FSE enrichie	oui	non	FSE

DRE seule	non	oui	DRE
DRE d'annulation	non	oui	DRE



3.1.2 MF01.02 : Déterminer la norme d'échange de la FSE et/ou de la DRE

Vue générale

Nom MF01.02 Déterminer la norme d'échange de la FSE et/ou de la DRE

Description Une FSE ou une DRE est composée d'un ensemble de données nécessaires à son élaboration.

Le système de facturation détermine la norme d'échange en fonction de la famille du Professionnel de Santé, de sa spécialité et de son appartenance à un Centre de Santé.

La norme d'échange définit l'ensemble des données nécessaires. Elle est identique pour la FSE et pour la DRE. Ces données sont organisées sous la forme d'entités (Type 2, type 4...).

Entrées Code famille du professionnel de santé EF_PS04_09
Code spécialité EF_PS03_14
Code indicateur centre de santé EF_PS04_11

Sorties Code norme d'échange EF_MF01_03

**Situations
spécifiques** Aucune

Règles de gestion

[RG_MF004] Déterminer le code norme d'échange (EF_MF01_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le tableau ci-dessous récapitule la règle de détermination de la norme d'échange à utiliser pour la FSE et pour la DRE :

Centre de santé (EF_PS04_11)	Famille de PS (EF_PS04_09)	Sous-famille de PS (EF_PS04_10)	Code norme d'échange (EF_MF01_03)
non	Auxiliaires-Médicaux	Infirmier	IF
		Masseur	MK
		Kinésithérapeute	
		Pédicure Podologue	PE
		Orthophoniste	OO
		Orthoptiste	OY
	Prescripteurs	Médecin	ER
		Chirurgien-dentiste	
		Sage-femme	
	Pharmaciens	Sans objet	PH
oui	Fournisseurs	Sans objet	FR
	Laboratoires d'analyses de biologie médicale	Sans objet	LB
	Toutes hors Pharmaciens et Fournisseurs (cf. RG_PS031)		CS

3.1.3 MF01.03 : Déterminer le marquage de la FSE et/ou de la DRE

Vue générale

Nom MF01.03 Déterminer le marquage de la FSE et/ou de la DRE

Description

Le système de facturation détermine le marquage de la FSE et/ou de la DRE en fonction du type de support Vitale et de la catégorie de CPS.

En fonction du support Vitale (EF_BS_25_01), le type est celui de la carte Vitale ou celui de l'ApCV

Entrées	Code support Vitale	EF_BS25_01
	Type de la carte Vitale	EF_BS01_02
	Type de l'ApCV	EF_BS26_02
	Catégorie de carte PS	EF_PS01_02
Sorties	Marquage de la FSE et/ou de la DRE	EF_MF01_08
Situations spécifiques	Absence de support Vitale	SP09

Règles de gestion

[RG_MF012] Déterminer le marquage de la FSE et/ou de la DRE (EF_MF01_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les marquages possibles sont les **types de support Vitale** présentés dans le tableau ci-dessous.

Type de support Vitale \ Catégorie de CPS	Réelle	Test	Démo
Réelle	Réel	(interdit)	Démo
Test	(interdit)	Test	Démo



Situations spécifiques

[SP09] Déterminer le marquage de la FSE et/ou de la DRE (EF_MF01_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de dysfonctionnement ou d'absence de support Vitale, le marquage est déterminé comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Catégorie de CPS	marquage de la FSE et/ou de la DRE (EF_MF01_08)
Réelle	Réel
Test	Test

3.2 MF02 : Déterminer le mode de sécurisation de la FSE et/ou de la DRE

Vue générale

Nom MF02 **Déterminer le mode de sécurisation de la FSE et/ou de la DRE**

Description L'objet de cette opération est de déterminer le mode de sécurisation de la FSE et/ou de la DRE.

Les modes de sécurisation possibles sont :

- Le mode de sécurisation **SESAM-Vitale** qui nécessite
 - Soit la présence simultanée du support Vitale et de la CPS,
 - soit une sécurisation en 2 temps : (la sécurisation **désynchronisée**) la première sécurisation est réalisée en présence du support Vitale seul et la deuxième en présence de la CPS seule.
- Par exemple, lorsque la facture est élaborée avec une CPE non habilitée à signer des FSE, la facture est sécurisée dans un premier temps par le support Vitale (la CPE est non utilisée), et dans un 2ème temps par la CPS correspondant à cette CPE.
- Le mode de sécurisation **SESAM sans Vitale** qui nécessite uniquement la présence de la CPS dans le lecteur.
- Le mode de sécurisation **SESAM-Vitale dégradé**, dans lequel aucun support Vitale n'est présent, la sécurisation est réalisée par la CPS seule.
Ce mode est notamment utilisé en l'absence de support Vitale (SP09)

Pour les AMO, la pièce justificative est la FSE pour les modes de sécurisation SESAM-Vitale et SESAM sans Vitale et la feuille de soins papier pour le mode dégradé



Entrées	Code spécialité	EF_PS03_14
	Type de facturation	EF_MF01_01
	Code contexte d'anonymisation potentielle de la facture	EF_IP01_09
	Groupe fonctionnel général	EF_IP05_03
	Groupe fonctionnel détail	EF_IP05_04
Sorties	Code mode de sécurisation	EF_MF01_02
	Code mode de synchronisation	EF_MF01_05
Situations spécifiques	Absence de support Vitale	SP09

Règles de gestion

[RG_MF003] Déterminer le mode de sécurisation (EF_MF01_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation détermine le mode de sécurisation.

FSE

Une FSE en mode de sécurisation SESAM-Vitale ne peut être créée sans le support Vitale du patient ni la Carte du Professionnel de Santé qui sont des composants essentiels de la sécurité du système SESAM-Vitale. La sécurisation des FSE peut être réalisée lorsque ces deux supports sont présents, simultanément ou pas (sécurisation **désynchronisée**) , (sauf cas particuliers spécifiés ci-après).

De façon nominale, le mode de sécurisation est donc le mode SESAM-Vitale.

DRE

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



Cas particuliers

[CP1] Laboratoires d'analyse, médecins en anatomo-cyto-pathologie, directeurs de laboratoire médecins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La présence du support Vitale n'est pas obligatoire pour signer la FSE pour les Professionnel de Santé suivants :

- pour la famille des laboratoires d'analyse de biologie médicale,
- les médecins spécialisés en anatomo-cyto-pathologie (spécialité 37),
- les médecins directeurs de laboratoire médecin (hors Centre de Santé) (spécialité 38),

Dans ces cas, le mode de sécurisation SESAM sans Vitale est autorisé.



Références réglementaires :

- R161-43-1-II du code sécurité sociale

[CP2] Délivrances de certains produits LPP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Lors de la délivrance de certains produits de la LPP destinés à la location ainsi que des prestations délivrées au long cours inscrites au Titre I et Titre II de la LPP le pharmacien ou le fournisseur est, dans ces deux cas, autorisé à utiliser le mode de sécurisation SESAM sans Vitale.



La liste des produits de la LPP pour laquelle le mode de sécurisation SESAM sans Vitale est autorisé est fixée par arrêté.



Références réglementaires :

- R161-43-1-II du code sécurité sociale
- Arrêté du 10/02/2004 modifié

[CP3] Prestations de télémedecine

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce cas particulier concerne les factures comportant au moins une prestation de télémedecine (EF_IP05_03 = « Télémedecine »).

Dans ce cas :

- Le mode de sécurisation dégradé est interdit,
- Et, en l'absence de support Vitale, le LPS doit positionner automatiquement le mode de sécurisation en « Sesam sans Vitale ».



Ce cas particulier ne s'applique pas s'il s'agit d'un acte d'accompagnement à la téléconsultation (EF_IP05_04 = « Accompagnement à la téléconsultation »).

**Références réglementaires :**

- R161-43-1-II du code sécurité sociale

[CP4] Dépistage de la rétinopathie diabétique

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas spécifique du dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste, le mode de sécurisation de la facture est nécessairement SESAM sans Vitale.

**Références réglementaires :**

- Décret n°2014-1523

[CP6] Bénéficiaire de la Cavimac

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour un bénéficiaire de la CAVIMAC (code régime EF_CF12_01 = 90) et pour les codes situation (EF_VF08_08) 9020 à 9024, il ne faut pas effectuer de Feuille de Soins électronique Sécurisée SESAM-Vitale.

[CP7] Risque Accident du Travail et organisme gestionnaire de l'AT non issu du support de droits AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une facture élaborée en Accident du Travail, et dans le cas particulier où l'organisme gestionnaire de l'AT n'est pas issu du support de droits AMO, i.e. est issu uniquement du support AT, alors le mode de sécurisation est nécessairement « dégradé ».

Cette situation est caractérisée par les informations suivantes :

- Code nature d'assurance (EF_CF02_02) = « Risque AT »,
- Origine de l'organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_99) prend l'une des 4 valeurs suivantes :
 - soit du feuillet AT mentionnant l'organisme gestionnaire de l'AT,
 - soit d'une attestation « d'affiliation/appartenance » à un organisme gestionnaire AT,
 - soit d'un courrier de l'organisme gestionnaire de l'AT,
 - soit la déclaration de la victime.

[CP8] Absence de code couverture

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En l'absence de code couverture, le mode de sécurisation est nécessairement SESAM sans Vitale ou dégradé.

[CP9] Facturation des prestations d'IVG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture d'IVG (toutes les prestations de type support (EF_IP05_01= « support ») sont nécessairement de type IVG (EF_IP05_03 = « IVG »)) :

- Soit l'anonymisation de la facture est demandée (EF_IP01_06 = OUI) : le mode de sécurisation est SESAM sans Vitale
- Dans le cas contraire :
 - La facture est sécurisée en mode SESAM-Vitale
 - Ou en mode SESAM sans Vitale en l'absence de support Vitale

Dans tous les cas, le mode de sécurisation dégradé est interdit.

**Situations spécifiques****[SP09] Déterminer le mode de sécurisation (EF_MF01_02) en l'absence de support Vitale**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de dysfonctionnement ou d'absence de support Vitale, il est nécessaire de réaliser un flux électronique en mode SESAM-Vitale dégradé.

➤ Cas particuliers pour ces situations spécifiques**[SP09][CP1] Choix du PS du circuit papier traditionnel**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de dysfonctionnement ou d'absence de support Vitale, le Professionnel de Santé a également le choix de revenir au circuit papier traditionnel.

[SP10] Facture anonymisée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le top anonymisation est positionné pour la facture (EF_IP01_10 = OUI), alors en fonction du contexte d'anonymisation potentielle (EF_IP01_09), le mode de sécurisation est le suivant :

Contexte d'anonymisation potentielle EF_IP01_09		Mode de sécurisation
libellé	Code	EF_MF01_02
Délivrance de contraceptif d'urgence	CTX_CU	SESAM sans Vitale
Prévention Santé sexuelle	CTX_SS	SESAM sans Vitale
TP IVG	CTX_IVG	SESAM sans Vitale Cf. RG_MF003[CP9]
expérimentation THC	CTX_THC	SESAM sans Vitale
Délivrance de préservatif remboursés à 100%	CTX_P100	SESAM sans Vitale

Bénéficiaire fictif	CTX_FICTIF	Cf. Table 10 (EF_A2_T10)
---------------------	------------	--------------------------

**[RG_MF008] Acquérir le mode de synchronisation de signature
(EF_MF01_05)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La sécurisation des FSE en mode SESAM-Vitale peut être réalisée lorsque ces deux cartes sont présentes simultanément (fonctionnement synchronisé) ou pas (fonctionnement désynchronisé).

Le Professionnel de Santé précise s'il utilise ou non la désynchronisation de signature.

3.3 MF03 : Constituer la FSE et/ou la DRE

Vue générale

Nom MF03 **Constituer la FSE et/ou la DRE**

Description En fonction du type de facturation, du type de flux et de la norme d'échange attendue par les organismes d'assurance maladie, le système de facturation détermine les données à renseigner dans la FSE et/ou la DRE à partir de la base commune constituée de l'ensemble des informations collectées dans le processus de facturation (information du professionnel de santé, du bénéficiaire de soins, de la prestation, du contexte de facturation et de valorisation de la facture).

Dans le cas d'un remplacement, l'ensemble des champs relatifs au Professionnel de Santé doivent être renseignés avec les informations du Professionnel de Santé remplacé (EF_PS05).



Entrées	Domaine d'informations « Professionnel de santé	DF_PS
	Domaine d'informations « Bénéficiaire de soins »	DF_BS
	Domaine d'informations « Prestation »	DF_IP
	Domaine d'informations « Contexte Facturation»	DF_CF
	Domaine d'informations « Valoriser Facture»	DF_VF
	Type de facturation	EF_MF01_01
	Mode de sécurisation	EF_MF01_02
	Marquage de la facture	EF_MF01_08
	Code norme d'échange	EF_MF01_03
Sorties	« FSE » mise en forme	EF_MF02
	« DRE » mise en forme	EF_MF03
	« Critères de regroupement en lot FSE »	EF_MF04
	« Critères de regroupement en lot DRE »	EF_MF05
Situations spécifiques	PS remplaçant	SP02
	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Forçage	SP11
	PS utilisant les services d'un OCT	SP12

Règles de gestion

[RG_MF007] Formater la FSE et/ou la DRE

La mise en œuvre de cette opération s'appuie sur le module SSV :

cf. A1-A : § « Mise en forme des factures »

Fonction **SSV_FormaterFactures**



Les critères de regroupement en lot FSE et DRE sont déterminés initialement par le service **SSV_FormaterFacture** puis mis à jour à chaque appel de SSV.

3.4 MF04 : Chiffrer les données de la FSE et/ou de la DRE

Vue générale

Nom MF04 **Chiffrer les données de la FSE et/ou de la DRE**

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

Certaines données à caractère sensible contenues dans la FSE et/ou dans la DRE sont chiffrées. Ces données ne peuvent pas être déchiffrées par les organismes concentrateurs des Professionnels de Santé.

Quatre clés distinctes sont utilisées pour chiffrer certaines données :

- une clé « AMO » connue des AMO seuls,
- une clé « AMC » connue des organismes complémentaires en gestion séparée,
- une clé commune « AMO-AMC » connue des AMO et des organismes complémentaires en gestion séparée,
- une clé « GIE » connue du serveur du dispositif de surveillance seul.

Entrées	« FSE » mise en forme (sortie de MF03)	EF_MF02
	« DRE » mise en forme (sortie de MF03)	EF_MF03
	Type de flux	EF_MF01_04
	Type de facturation	EF_MF01_01
	Code mode de gestion complémentaire	EF_BS16_01
	Informations Poste chiffrage asymétrique de données	EF_AP54
Sorties	« FSE » chiffrée	EF_MF02
	« DRE » chiffrée	EF_MF03
Situations spécifiques	PS utilisant les services d'un OCT	SP12

Règles de gestion

[RG_MF554] Chiffrer les données confidentielles de la FSE (EF_MF02) et/ou de la DRE (EF_MF03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La mise en œuvre de cette opération s'appuie sur le service SSV_ChiffrerFacture du module SSV : cf. A1-A

La mise en œuvre de cette opération s'appuie sur le module SSV :

cf. A1-A : § « Chiffrement des factures »

Fonction **SSV_ChiffrerFacture**

Le système de facturation obtient la facture « FSE » chiffrée (EF_MF02) et la « DRE » chiffrée (EF_MF03).

3.5 MF05 : Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte Vitale

Vue générale

Nom MF05 **Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte Vitale**

Description Si le support Vitale (EF_BS25_01) est la carte Vitale, le système de facturation permet la signature Vitale de la FSE et/ou de la DRE avec la carte Vitale en contrôlant préalablement :

- la carte Vitale avant la signature (lecteur PC/SC),
- la compatibilité de la carte Vitale avec la nature de la FSE et/ou de la DRE.

Si le résultat des contrôles est correct, le système de facturation détermine la zone de certification de la FSE et/ou la DRE.

Entrées Date du jour

Carte Vitale dans le lecteur

Données V1ter de la carte Vitale « [V1T-DSF-001]

Code mode de sécurisation

EF_MF01_02

« FSE » chiffrée (sortie de MF04)

EF_MF02

« DRE » chiffrée (sortie de MF04)

EF_MF03

Marquage de la FSE et/ou de la DRE

EF_MF01_08

Sorties Top carte Vitale présente

EF_MF01_94

Top similitude informations bénéficiaire de soins

EF_MF01_93

« FSE » signée Vitale

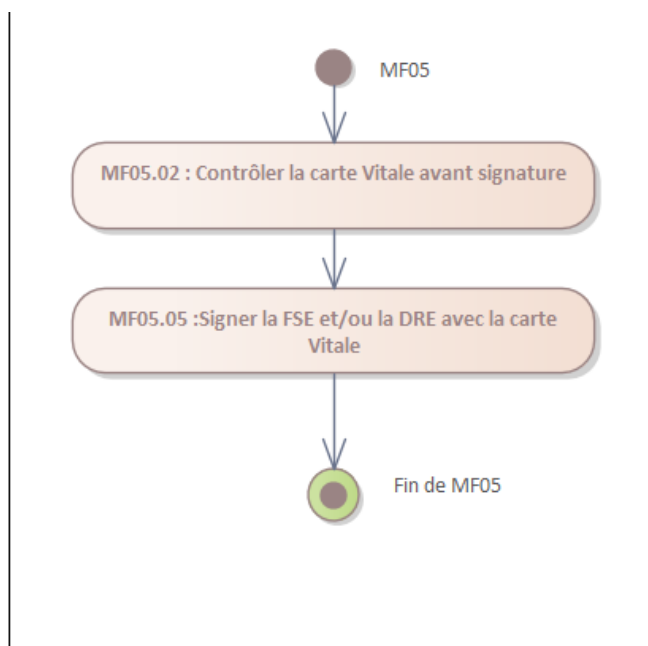
EF_MF02

« DRE » signée Vitale

EF_MF03

**Situations
spécifiques** Aucune

Schéma



**Figure 4 : [SC_MF05] Enchaînement des règles de l'opération
« MF05 : Signer la FSE et/ou de la DRE avec la carte Vitale »**

3.5.1 MF05.02 : Contrôler la carte Vitale avant signature

Vue générale

Nom MF05.02 Contrôler la carte Vitale avant signature

Description Le contrôle de la carte Vitale avant signature consiste à :

- relire la carte Vitale présente dans le lecteur si nécessaire,
- et contrôler la similitude des informations liées au bénéficiaire de soins,

Entrées Carte Vitale dans le lecteur

« FSE » chiffrée (sortie de MF04)

EF_MF02

« DRE » chiffrée (sortie de MF04)

EF_MF03

Sorties Top carte Vitale présente

EF_MF01_94

Top similitude informations bénéficiaire de soins

EF_MF01_93

**Situations
spécifiques** Aucune

Schéma

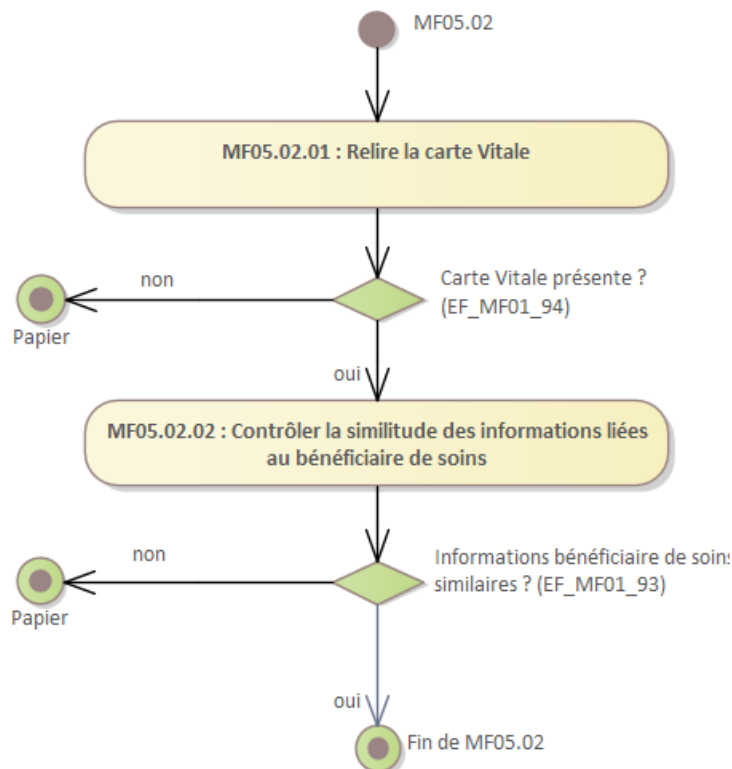


Figure 5 : [SC_MF05.02] Enchaînement de la tâche « MF05.02 : Contrôler la carte Vitale avant signature »

3.5.1.1 MF05.02.01 : Relire la carte Vitale

Vue générale

Nom MF05.02.01 Relire la carte Vitale

Description Cette tâche consiste à acquérir, avant la signature de la FSE et/ou de la DRE, les informations de la carte Vitale présente pour signature nécessaires aux contrôles de cohérence entre la carte et la facture à signer

Entrées Date du jour
Carte Vitale dans le lecteur

Sorties Données de la carte Vitale présente pour signature

Groupes 101 à 109

Situations spécifiques Aucune

Schéma

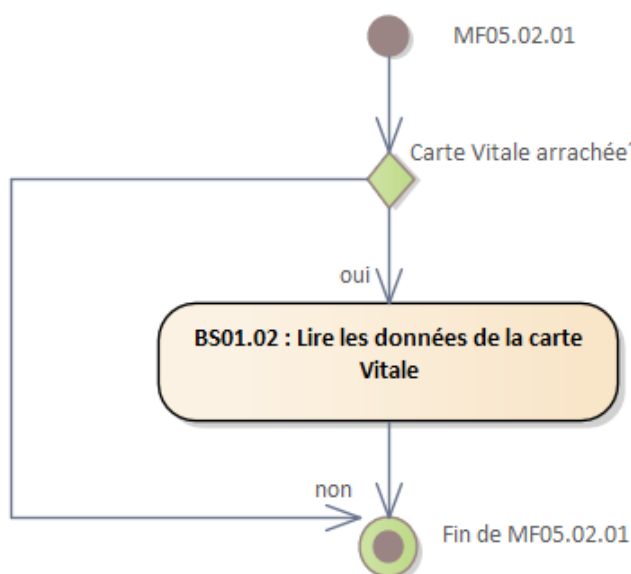


Figure 6 : [SC_MF05.02.01] Enchaînement de la tâche « MF05.02.01 : Relire la carte Vitale »



Les traitements réalisés dans l'opération BS01.02 sont décrits dans la fonctionnalité « BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins ».



Optimisation : si la carte n'a pas été arrachée depuis sa première lecture, la relecture physique n'est pas nécessaire.

3.5.1.2 MF05.02.02 : Contrôler la similitude des informations liées au bénéficiaire de soins

Vue générale

Nom MF05.02.02 Contrôler la similitude des informations liées au bénéficiaire de soins

Description Le système de facturation contrôle les informations du bénéficiaire de soins contenues en carte avec celles contenues dans la facture. Les informations contrôlées sont :

- le matricule assuré,
- la date de naissance
- le rang de naissance,
- le code régime,
- le code caisse gestionnaire,
- le code centre gestionnaire.

Entrées « FSE » chiffrée

EF_MF02

« DRE » chiffrée

EF_MF03

Données de la carte Vitale présente pour signature

Groupes 101 à 109

Sorties Top similitude informations bénéficiaire de soins

EF_MF01_93

**Situations
spécifiques**

Règles de gestion

[RG_MF011] Contrôler la similitude de l'identification du bénéficiaire des soins (EF_MF01_93)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation réalise un contrôle de cohérence sur les données d'identification du bénéficiaire présentes à la fois dans la carte Vitale et dans la facture :

Donnée d'identification du BS	Dans Carte Vitale présente		Données constitutives de la facture
	Référence #CDC	Référence #DI	
Code régime	101-10	EF_CVIT00_02	EF_CF12_01
Code caisse gestionnaire	101-11	EF_CVIT00_04	EF_CF12_02
Code centre gestionnaire	101-12	EF_CVIT00_05	EF_CF12_03
Date de naissance du bénéficiaire	104-12	EF_CVIT80_02	EF_BS02_07
Rang de naissance du bénéficiaire	104-13	EF_CVIT02_07	EF_BS09_01



Cas d'erreurs

[CE1] Absence de similitude

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La facture ne peut pas être sécurisée en mode SESAM-Vitale si une incohérence est détectée sauf cas particulier prévu par le forçage.



Cas particuliers

[CP1] Nature d'assurance SMG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de nature d'assurance SMG, le contrôle de cohérence porte uniquement sur les informations date de naissance et rang de naissance du bénéficiaire. Les données code régime, code caisse gestionnaire et code centre gestionnaire inscrites dans la facture n'ont pas à être mises en cohérence avec les données de la carte Vitale sécurisant la FSE.

[CP2] Nature d'assurance AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de nature d'assurance AT, le contrôle de cohérence porte uniquement sur les informations date de naissance et rang de naissance du bénéficiaire. Les données code régime, code caisse gestionnaire et code centre gestionnaire inscrites dans la facture n'ont pas à être mises en cohérence avec les données de la carte Vitale sécurisant la FSE.

[CP3] Informations du bénéficiaire de soins acquises avec le service ADRI

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le support de droits AMO retenu pour la facture (EF_BS03_05) est le service ADRI, ce contrôle est débrayé.

3.5.2 MF05.05 : Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte Vitale

Vue générale

Nom MF05.05 Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte Vitale

Description Le système de facturation signe via la carte Vitale la FSE chiffrée et/ou la DRE chiffrée.

Entrées	« FSE » (chiffrée) (sortie de MF04)	EF_MF02
	« DRE » (chiffrée) (sortie de MF04)	EF_MF03
	Certificat de la carte	EF_BS01_91
	Code mode de sécurisation	EF_MF01_02
Sorties	« FSE » signée Vitale	EF_MF02
	« DRE » signée Vitale	EF_MF03
	Code signature de la FSE et/ou de la DRE	EF_MF01_06

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

[RG_MF555] Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte Vitale

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La mise en œuvre de cette opération s'appuie sur le module SSV :

cf. A1-A : § « Signature Vitale des factures avec une carte Vitale »

Fonction **SSV_SignerFactureVitale**



Cas d'erreur

[CE1] Problème de compatibilité de la carte avec le marquage de la facture (EF_MF01_94)

Dans le cas où le type de carte Vitale n'est pas compatible avec le marquage de la facture, le système de facturation retourne une erreur.

3.6 MF07 : Déterminer le critère de regroupement en lot de la FSE et/ou de la DRE

Vue générale

Nom MF07 **Déterminer les critères de regroupement en lot de la FSE et/ou de la DRE**

Description Cette opération est sans objet dans le cadre du CDC-Editeurs.

Le critère de regroupement en lot est déterminé par la fonction **SSV_FormaterFactures** cf. MF03 : RG_MF007.

Seule la règle RG_MF033 ci-après est nécessaire pour la détermination du code organisme destinataire (EF_MF04_04) utilisé dans le groupe 1310.

Entrées « FSE » mise en forme (sortie de MF03) EF_MF02

« DRE » mise en forme (sortie de MF03) EF_MF03

Sorties Code organisme destinataire EF_MF04_04

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

[RG_MF033] Déterminer le N° organisme destinataire regroupement (EF_MF04_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

FSE

Données utilisées

• Code régime pour la facture	EF_CF12_01
• Code caisse gestionnaire pour la facture	EF_CF12_02
• Code centre gestionnaire pour la facture	EF_CF12_03
• Table des organismes destinataires	EF_AP45 = DF_TOD

Règle

L'association du code régime, de la caisse gestionnaire et du centre gestionnaire permet de déterminer le code organisme destinataire.

Régimes	Code régime	Règle de détermination de l'organisme destinataire
Régime général	01	Le code <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i>
RATP	05	
ENIM	06	
Régime minier	07	
CNMSS	08	
CRPCEN	10	
Assemblée Nationale	14	
Sénat	15	

Port Autonome de Bordeaux	16	
Caisse des Français à l'Etranger	17	
CAVIMAC	90	
MGPTT	92	
MNH	95	
Régime Agricole	02	Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est de type XX5, le code de l' <i>organisme destinataire</i> est XX1. Sinon le code de l' <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i> .
CPRPSNCF-CPRPF-RS	04	Le code <i>organisme destinataire</i> est toujours égal à 110
MGEN	91	Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est égal à 751 et le code <i>centre gestionnaire</i> est égal à 0501, le code de l' <i>organisme destinataire</i> est 999. Sinon le code de l' <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i> .
MGP	93	Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est égal à 751, 781, 911, 921, 931, 941 ou 951, le code de l' <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>centre gestionnaire</i> . (*) Sinon le code de l' <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i>
MFP	94	Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est égal à 751, 781, 911, 921, 931, 941 ou 951 et code <i>centre gestionnaire</i> est égal à 0511, le code de l' <i>organisme destinataire</i> est 514. Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est égal à 751, 781, 911, 921, 931, 941 ou 951 et code <i>centre gestionnaire</i> est différent de 0511, le code de l' <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>centre gestionnaire</i> ^(*) Sinon le code de l' <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i> .
MNAM	96	Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est égal à 751, 781, 911, 921, 931, 941 ou 951, le code de l' <i>organisme destinataire</i> est 751. Sinon le code de l' <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i> ;
RSI	03	voir DF_TOD : table des organismes destinataires (EF_AP45)
Sections locales mutualistes	99	

(*) tronquer le premier octet du code centre gestionnaire, les 3 octets significatifs sont les 3 derniers.

DRE

Sans objet.

**Cas d'erreur****[CE1] critère de recherche non trouvé dans la TOD**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où la recherche est infructueuse, la facture ne peut être réalisée.



3.7 MF09 : Sauvegarder les éléments constitutifs de la facture

Vue générale

Nom MF09 **Sauvegarder les éléments constitutifs de la facture**

Description Le système de facturation sauvegarde les éléments constitutifs de la facture.

Entrées	Domaine d'informations « Professionnel de santé »	DF_PS
	Domaine d'informations « Bénéficiaire de soins »	DF_BS
	Domaine d'informations « Prestation »	DF_IP
	Domaine d'informations « Contexte Facturation »	DF_CF
	Domaine d'informations « Valoriser Facture »	DF_VF
	Données générales de mise en forme – facture	EF_MF01
	« FSE » sécurisée	EF_MF02
	« DRE » sécurisée	EF_MF03
	Critères de regroupement en lot FSE	EF_MF04
	Critères de regroupement en lot DRE	EF_MF05

Sorties Domaine d'information « Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture »

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

[RG_MF066] Sauvegarder les éléments constitutifs de la facture

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Ce double électronique comprend les données constitutives de la facture qui sont nécessaires à la constitution des FSE et/ou des DRE.

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



Cas particuliers

[CP1] Facture issue de codes prestation « réservés PS »

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Toute facture élaborée à partir d'un ou plusieurs codes prestation « réservés PS » doit être sauvegardée pendant une durée spécifique. Cette durée correspond à la donnée EF_AP09_01.

Le code prestation saisi par le PS pour l'élaboration de la facture (EF_IP04_01) et le code transmis dans la facture (EF_IP05_04) font partie des éléments constitutifs de la facture.

Cependant le code prestation saisi par le PS (EF_IP04_01) ne doit en aucun cas être restitué en dehors de la fonctionnalité AP08.01 Consulter les factures issues de codes « réservés PS ».

3.8 MF10 : Finaliser la facturation

Vue générale

Nom MF10 **Finaliser la facturation**

Description Cette opération correspond à la finalisation de la facturation. Cela consiste à mettre à disposition des documents ou des informations à destination du bénéficiaire de soins et/ou à destination du Professionnel de Santé.

Remarque : en cas de désynchronisation, cette opération peut être effectuée après la signature Vitale, i.e. avant la signature CPS.

Entrées	« FSE » sécurisée (sortie de MF15)	EF_MF02
	« DRE » sécurisée (sortie de MF15)	EF_MF03
	Domaine d'informations « professionnel de santé »	DF_PS
	Domaine d'informations « bénéficiaire de soins »	DF_BS
	Domaine d'informations « prestation facture »	DF_IP
	Domaine d'informations « contexte de facturation »	DF_CF
	Domaine d'informations « valorisation de la facture »	DF_VF
Sorties	Copie de la FSE	
	Copie de la DRE	
	Quittance de paiement	
	Information références FSE pour ordonnance papier	EF_MF13
	Information références du parcours coordonné de soins sur ordonnance papier	EF_MF12
	Informations pour le bon d'examen	EF_MF11
Situations spécifiques	Aucune	

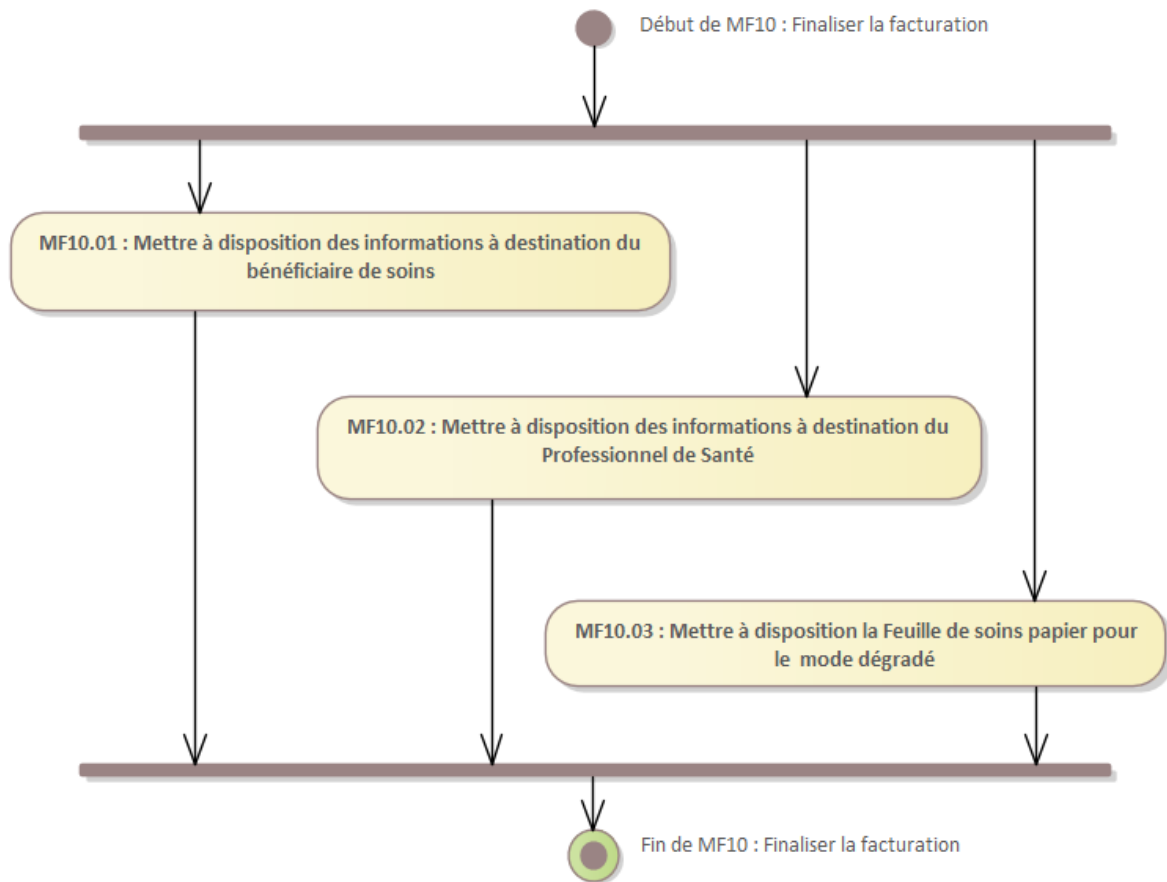
Schéma

Figure 7 : [SC_MF10] Enchaînement des opérations de « MF10 : Finaliser la facturation »

3.8.1 MF10.01 : Mettre à disposition des informations à destination du bénéficiaire de soins

Vue générale

Nom MF10.01 Mettre à disposition des informations à destination du bénéficiaire de soins

Description Cette opération correspond à la mise à disposition par le système de facturation d'informations permettant au Professionnel de Santé la remise de documents au bénéficiaire de soins ou l'inscription de certaines informations sur l'ordonnance papier.

Il s'agit :

- de la copie de la FSE et/ou de la DRE,
- de la mise à disposition de la quittance de paiement.
- de l'attestation de vaccination.

Entrées	« FSE » sécurisée	EF_MF02
	« DRE » sécurisée	EF_MF03
	Domaine d'informations « professionnel de santé »	DF_PS
	Domaine d'informations « bénéficiaire de soins »	DF_BS
	Domaine d'informations « prestation facture »	DF_IP
	Domaine d'informations « contexte de facturation »	DF_CF
	Domaine d'informations « valorisation de la facture »	DF_VF

Sorties Copie de la FSE
Copie de la DRE
Quittance de paiement

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

[RG_MF067] Mettre à disposition une copie de la FSE et de la DRE

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

FSE

Le Professionnel de Santé remet à la demande de l'assuré une copie de la feuille de soins transmise sauf modalités contraires prévues par convention (les conventions ne prévoient aucune de ces modalités pour l'instant).

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

DRE

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

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

[RG_MF068] Mettre à disposition une quittance de paiement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Conformément aux dispositions législatives (article R.161-49) ou à la demande de l'assuré, le Professionnel de Santé réalise une quittance (imprimée ou manuscrite) en cas de paiement direct en espèce par l'assuré.

Cette quittance n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'Assurance Maladie.

Le Professionnel de Santé peut inscrire sur la quittance toute information qu'il jugera utile de porter à la connaissance de son patient. A titre indicatif, la quittance pourra contenir les informations suivantes :

- l'identification de l'émetteur (numéro d'identification et de facturation du professionnel de santé, numéro d'identification nationale, numéro d'identification de la structure...),
- le nom de l'émetteur (nom d'exercice du professionnel de santé, raison sociale de la structure...),
- la date de la facture,
- l'identifiant de la facture,
- le montant total de la prestation,
- le montant payé par l'assuré,
- le (ou les) organisme(s) d'Assurance Maladie destinataires de la (ou des) facture(s),
- l'identification du bénéficiaire.



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

[RG_MF071] Mettre à disposition une attestation de vaccination

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

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

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

3.8.2 MF10.02 : Mettre à disposition des informations à destination du Professionnel de Santé

Vue générale

Nom MF10.02 Mettre à disposition des informations à destination du Professionnel de Santé

Description Cette opération consiste à mettre à disposition des informations à disposition du Professionnel de Santé les informations suivantes :

- Références de la FSE pour l'ordonnance papier,
- Contexte du parcours coordonné de soins pour l'ordonnance papier,
- Informations relatives au bon d'examen.

Entrées	« FSE » sécurisée	EF_MF02
	« DRE » sécurisée	EF_MF03
	Domaine d'informations « contexte de facturation »	DF_CF
Sorties	Informations pour le bon d'examen	EF_MF11
	Information références FSE pour ordonnance papier	EF_MF13
	Information références du parcours coordonné de soins sur ordonnance papier	EF_MF12
	Pièce justificative	
	Nature d'assurance Soins Médicaux Gratuits (SMG)	EF_CF02_02

Situations spécifiques Aucune

Préambule

ORDONNANCE PAPIER

Lorsque la facture est élaborée en mode de sécurisation SESAM Vitale (signature synchronisée ou désynchronisée), SESAM sans Vitale, SESAM Vitale dégradé, le Professionnel de Santé adresse à l'organisme d'affiliation les ordonnances en rapport avec les FSE transmises

Règles de gestion

[RG_MF069] Mettre à disposition les références de la FSE pour l'ordonnance papier (EF_MF13)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

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

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

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

- Les données prévues dans le Code de la Santé Publique et le Code de la Sécurité Sociale.
- Du rapport des soins prescrits avec les Soins Médicaux Gratuits (SMG), le cas échéant : mention « en rapport avec les soins médicaux gratuits »
- Pour le prescripteur :
 - l'identification du prescripteur¹ réalisant les prestations et, s'il exerce en tant que salarié, l'identification de la structure²,
 - la date de la prescription,
 - l'identification du bénéficiaire des soins : le nom, le prénom et le NIR,
 - la condition d'exercice du prescripteur, à savoir : libéral, salarié ou bénévole,
 - le cas échéant, le signalement d'une spécialité pharmaceutique en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'Assurance Maladie,
 - le cas échéant, la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée.
 - le cas échéant le contexte de parcours de soins dans lequel cette prescription a été établie (suite au décret des contrats responsables du 29 septembre 2005).
 - le cas échéant, le rapport des soins prescrits avec les Soins Médicaux Gratuits (SMG) : mention « en rapport avec les soins médicaux gratuits ». (l'ordonnance SMG devra permettre une identification claire et rapide du rapport des soins prescrits avec les SMG).
Si le logiciel n'effectue pas l'impression de l'ordonnance, il doit informer le Professionnel de Santé prescripteur du contexte SMG de sa facture, afin qu'il puisse reporter cette mention sur son ordonnance manuscrite.
- Pour l'exécutant :
 - l'identification de l'exécutant,
 - les références permettant le rapprochement de l'ordonnance avec la FSE de l'exécutant :
 - la date de l'exécution,
 - le nom et le prénom du bénéficiaire des soins,
 - l'identification de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire de l'assuré,
 - le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques de l'assuré ou, si celui-ci n'est pas le bénéficiaire des soins, le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques ou, à défaut, la date de naissance de ce dernier.
 - Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens
 - et suivant l'article L162-36 du code de la sécurité sociale, le montant de la somme effectivement payée par l'assuré pour l'achat de chacun des produits ou articles délivrés en mentionnant le montant ou le taux de la réduction accordée
 - et suivant le décret 2004-1281, le montant total des produits délivrés ainsi que la part prise en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire du patient. (S'il n'y a pas de prise en charge le montant est indiqué à zéro).

¹ L'identification du prescripteur correspond à l'identifiant de facturation du Professionnel de Santé. Le LPS du prescripteur doit renseigner systématiquement sur l'ordonnance l'identifiant de facturation de celui-ci.

² Dans le cadre d'une session de remplacement, l'ordonnance devra comporter l'identifiant de facturation de Professionnel de Santé Remplacé ainsi que les identifiants de facturation du Professionnel de Santé remplaçant avec le libellé « remplaçant ».

- le nom du pharmacien chargé de la délivrance du produit en cas de prescription de soins ou traitement susceptibles d'un usage détourné.
- les informations spécifiées par l'article D161-13-1 du code de la Sécurité Sociale et présentées conformément à la présentation normalisée prévue par les arrêtés du 27 juin 2014 et du 24 Décembre 2014.
- A compter du 1er janvier 2015, selon le décret du 24 Décembre 2014, l'information comprendra également le montant des honoraires de dispensation i.e. honoraire par boîte de médicaments délivrée ainsi que, le cas échéant, d'autres catégories d'honoraires dont le tarif est fixé par la convention nationale prévue à l'article L.162-16-1 du code de la sécurité sociale.

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

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

- Médicaments et leurs honoraires de dispensation simples
- L'honoraire de dispensation complexe s'il y a lieu
- L'honoraire de dispensation pour médicament(s) remboursable(s)
- L'honoraire de dispensation lié à l'âge
- L'honoraire de dispensation pour médicament spécifique

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

- Les assurés qui refusent la substitution d'un médicament par un médicament de substitution (générique ou hybride), sont remboursés sur la base du prix du médicament de substitution le plus cher du même groupe.

Cette disposition est encadrée par l'article 66 de la loi de financement 2019 et les décrets arrêtés du 31 janvier 2023 et du 12 avril 2022.

Dans cette situation, sur le ticket Vitale :

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



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

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

Si le système de facturation n'effectue pas l'impression de l'ordonnance, il doit informer le Professionnel de Santé prescripteur du contexte SMG de sa facture, afin qu'il puisse reporter cette mention sur son ordonnance manuscrite, l'ordonnance SMG devant permettre une identification claire et rapide du rapport des soins prescrits avec les SMG,



Recommandation

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

[RG_MF070] Mettre à disposition le contexte du parcours coordonné de soins pour l'ordonnance papier (EF_MF12)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La mention portée sur l'ordonnance par le prescripteur est fonction du contexte du parcours de soins dans lequel sa facture a été établie. Cette mention est reportée par l'exécutant (familles Pharmacien et Laboratoire d'analyse de biologie médicale) dans sa facture dans l'information « origine de la prescription » (EF_IP03_11 EF_IP03_04).

Cette mention correspond aux situations suivantes :

Pour une facture élaborée :	Inscription sur l'ordonnance :
<ul style="list-style-type: none"> par le Médecin traitant déclaré le nouveau médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> Prescription établie par le médecin traitant
<ul style="list-style-type: none"> par un Médecin pour un bénéficiaire orienté par le médecin traitant, 	<ul style="list-style-type: none"> Prescription établie par un médecin pour un bénéficiaire orienté par le médecin traitant
<ul style="list-style-type: none"> par un médecin pour un bénéficiaire orienté par un autre médecin que le médecin traitant par le médecin traitant de substitution en Accès direct spécifique hors résidence habituelle du patient par un généraliste récemment installé (et le patient a déclaré un médecin traitant) par un médecin installé en zone sous médicalisée (et le patient a déclaré un médecin traitant) 	<ul style="list-style-type: none"> Prescription établie par un autre médecin dans le respect du parcours de soins
<ul style="list-style-type: none"> hors parcours de soins. hors accès direct spécifique 	<ul style="list-style-type: none"> Prescription établie hors parcours de soins
<ul style="list-style-type: none"> en Urgence dans un cas d'exclusion du parcours de soins 	Pas de mention

[RG_MF075] Mettre à disposition les informations relatives au bon d'examen (EF_MF11)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

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

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

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

Et en complément,

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

Les informations liées à l'AMC sont :

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



Recommandation

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

3.8.3 MF10.03 : Mettre à disposition la Feuille de soins papier pour le mode dégradé

Vue générale

Nom MF10.03 Mettre à disposition la Feuille de soins papier pour le mode dégradé

Description Cette opération correspond à la mise à disposition par le système de facturation au Professionnel de Santé d'une Feuille de soins papier avec la mention « Télétransmission dégradée » correspondant au mode de sécurisation dégradé de la FSE.

Entrées	« FSE » sécurisée	EF_MF02
	Domaine d'informations « professionnel de santé »	DF_PS
	Domaine d'informations « bénéficiaire de soins »	DF_BS
	Domaine d'informations « prestation facture »	DF_IP
	Domaine d'informations « contexte de facturation »	DF_CF
	Domaine d'informations « valorisation de la facture »	DF_VF
	Code mode de sécurisation	EF_MF01_02

Sorties FSE papier avec mention « Télétransmission dégradée »

**Situations
spécifiques** Aucune

Préambule

MODE DEGRADE

En cas d'impossibilité de produire des FSE en mode SESAM-Vitale, le Professionnel de Santé établit une facture en mode SESAM Vitale dégradé.

Parallèlement à la transmission de la FSE à l'assurance maladie obligatoire, le Professionnel de Santé adresse à la caisse d'affiliation les pièces justificatives papier à savoir :

- la feuille de soins sur support papier établie sur l'imprimé conforme au modèle CERFA, avec la recommandation de faire figurer sur cette feuille de soins la mention « Télétransmission dégradée »
- le duplicata de la prescription médicale.

Ces pièces justificatives peuvent être télétransmises à l'AMO via le système SCOR.



La DRE sécurisée en mode SESAM-Vitale dégradé n'a pas besoin de flux papier.

Règles de gestion

[RG_MF500] Inscrire une mention sur la feuille de soins papier en mode dégradé (EF_MF01_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

FSE

Le système de facturation inscrit sur la Feuille de soins papier destinée à être imprimée, la mention « Télétransmission dégradée » lorsque le mode de sécurisation (EF_MF01_02) utilisé pour la FSE est dégradé.

3.9 MF13 : Déterminer le statut de la FSE et/ou de la DRE

Vue générale

Nom MF13 **Déterminer le statut de la FSE et/ou de la DRE**

Description

Le système de facturation positionne le statut de la FSE et/ou de la DRE à « à envoyer » en fonction des éléments constitué (FSE et/ou DRE).

Entrées FSE

EF_MF02

DRE

EF_MF03

Sorties Informations de transmission de la FSE et/ou de la DRE : statut de la FSE et/ou DRE

EF_MF09_01

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

[RG_MF010] Déterminer le statut de la FSE et le statut de la DRE

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation renseigne :

- le statut de la FSE à « à émettre » (EF_MF09_01) si et seulement si la FSE et son éventuelle DRE associée ont été sécurisées (FSE en sortie de MF15);
- le statut de la DRE à « à émettre » (EF_MF09_01) si et seulement si la DRE et son éventuelle FSE associée ont été sécurisées (DRE en sortie de MF15).

3.10 MF15 : Signer la FSE et/ou la DRE avec la CPS

Vue générale

Nom MF15 **Signer la FSE et/ou la DRE avec la CPS**

Description Le système de facturation permet la signature de la FSE et/ou de la DRE en contrôlant préalablement :

- l'autorisation du Professionnel de Santé à signer la FSE et/ou la DRE avec la CPS,



Le déroulement de cette opération en mode de sécurisation « SESAM-Vitale dégradé » est identique à celui en mode de sécurisation « SESAM sans Vitale ».



En cas de situation de remplacement, la carte PS utilisée pour signer est la carte PS du Remplaçant.

Entrées Date du jour

Carte PS dans le lecteur

« FSE »

EF_MF02

- signée Vitale (sortie de MF05 ou de MF16)
- ou chiffrée (sortie de MF04)
si sécurisation ou SESAM sans Vitale ou dégradé

« DRE »

EF_MF03

- signée Vitale (sortie de MF05 ou de MF16)
- ou chiffrée (sortie de MF04)
si sécurisation ou SESAM sans Vitale ou dégradé

Sorties « FSE » sécurisée

EF_MF02

« DRE » sécurisée

EF_MF03

Situations PS remplaçant

SP02

spécifiques PS utilisant les services d'un OCT

SP12

[RG_MF556] Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte PS

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation signe la facture « FSE et/ou DRE chiffrée(s) » avec la carte PS.

La mise en œuvre de cette opération s'appuie sur le module SSV :

cf. A1-A : § « Signature CPS des factures »

Fonction **SSV_SignerFactureCPS**



Cas d'erreur

[CE1] Certificat CPS non conforme

La signature est réalisée uniquement après vérification de la validité du certificat CPS. Il doit correspondre à un certificat de signature et sa date de validité doit être postérieure à la date du jour.

Dans le cas contraire, une erreur est retournée et le système de facturation bloque le processus de signature.

Le système affiche un message au Professionnel de Santé « Certificat CPS non conforme ».

3.11 MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV

Vue générale

Nom MF16 **Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV**

Description Si le support Vitale (EF_BS25_01) est l'ApCV, le système de facturation permet la signature Vitale de la FSE et/ou de la DRE, pour cela il :

- contrôle la validité du contexte ApCV ;
- contrôle la validité du support de droits AMO ;
- crée une empreinte de la FSE et/ou une empreinte de la DRE ;
- prépare les données du résumé de la facture ;
- appelle le service en ligne de signature Vitale de la FSE et/ou la DRE ;
- ajoute la signature à la FSE et/ou la signature à la DRE.



Entrées ApCV

EF_BS26

« FSE » chiffrée (sortie de MF04)

EF_MF02

« DRE » chiffrée (sortie de MF04)

EF_MF03

Sorties « FSE » signée Vitale

EF_MF02

« DRE » signée Vitale

EF_MF03

**Situations
spécifiques** PS utilisant les services d'un OCT

SP12

Schéma



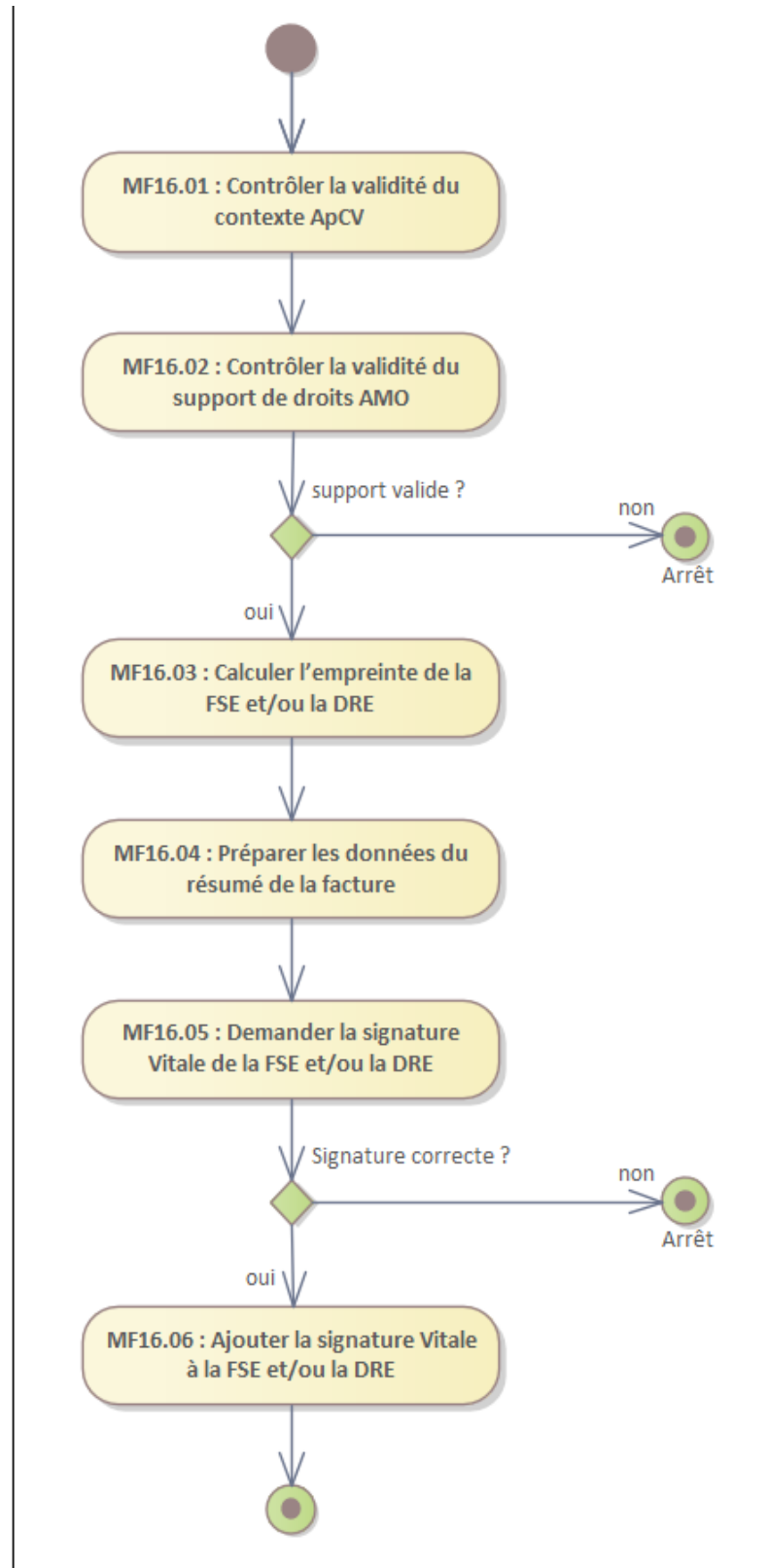


Figure 8 : [SC_MF16] Enchaînement des tâches de l'opération « MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV »

3.11.1 MF16.01 : Contrôler la validité du contexte ApCV

Vue générale

Nom MF16.01 Contrôler la validité du contexte ApCV

Description Cette fonction permet de contrôler que le contexte ApCV n'est pas périmé, c'est-à-dire que sa date de fin de validité n'est pas dépassée.

Entrées ApCV

EF_BS26

Sorties

Situations spécifiques Aucune

Schéma

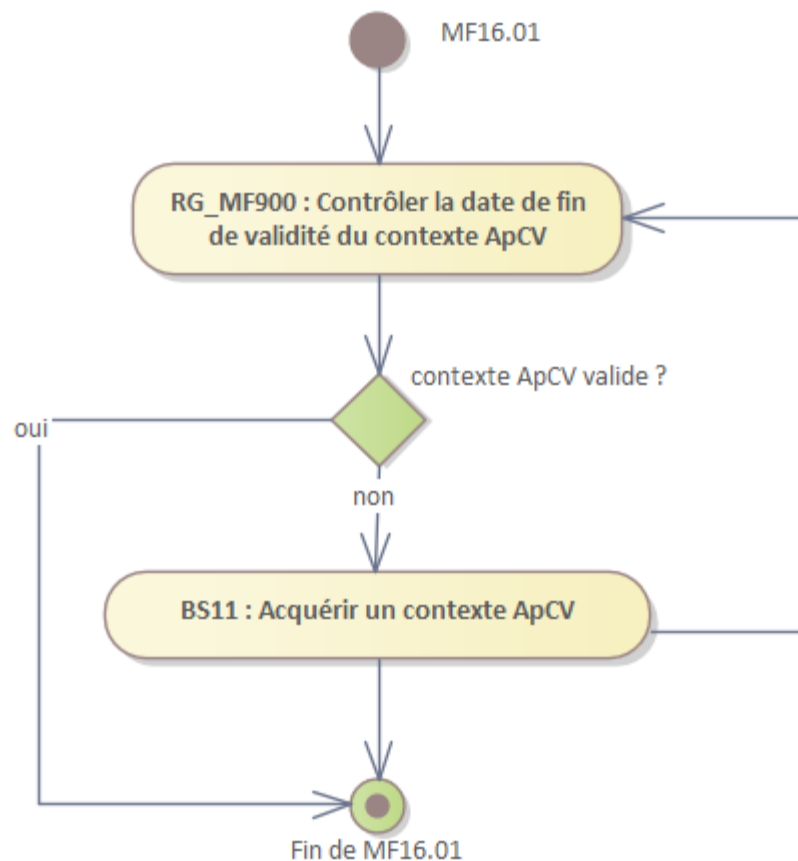


Figure 9 : [SC_MF16.01] Enchaînement de la tâche « MF16.01 : Contrôler la validité du contexte ApCV »

Règles de gestion

[RG_MF900] Contrôler la date de fin de validité du contexte ApCV (EF_BS26_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation contrôle que la date de fin de validité du contexte ApCV n'est pas dépassée.



Cas d'erreur

[CE1] Contexte ApCV périmé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le contexte ApCV est périmé, le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et/ou la DRE.

Le système de facturation informe le Professionnel de Santé et lui propose une nouvelle authentification de l'utilisateur de l'ApCV (opération BS11 décrite dans la fonctionnalité « BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins ») et reprend la fonction « MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV » du début.



3.11.2 MF16.02 : Contrôler la validité du support de droits AMO

Vue générale

Nom MF16.02 Contrôler la validité du support de droits AMO

Description Cette fonction permet de contrôler la validité du support de droits AMO utilisé pour signer une FSE et/ou une DRE avec une ApCV.

Entrées Nature de pièce justificative AMO

EF_CF12_05

Sorties

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

[RG_MF901] Contrôler la validité du support de droits AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation contrôle que le support de droits AMO utilisé est bien valide pour effectuer la signature Vitale de la FSE et/ou DRE avec une ApCV, à savoir qu'il s'agit du service ADRI.



Cas particulier

[CP1] Nature d'assurance SMG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Rappel : dans le cas particulier d'une facture en nature d'assurance SMG, quel que soit le support de droits AMO (EF_BS03_05), le système de facturation renseigne la nature de pièce justificative AMO (EF_CF12_05) à la valeur 1 : « L'assuré a présenté une attestation de droits... ».

Le système de facturation autorise la signature Vitale de la FSE et/ou la DRE avec une nature de pièce justificative AMO égale à « 1 » en cas de nature d'assurance SMG.



Cas d'erreur

[CE1] Support de droits AMO incorrect

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation retourne le message « Support de droits AMO incorrect ».

Le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et/ou la DRE.

3.11.3 MF16.03 : Calculer l'empreinte de la FSE et/ou la DRE

Vue générale

Nom MF16.03 Calculer l'empreinte de la FSE et/ou la DRE

Description

Cette fonction permet de calculer l'empreinte (hash) d'une FSE et/ou l'empreinte d'une DRE.

Si la fonction reçoit une FSE et une DRE, elle retourne alors une empreinte pour la FSE et une empreinte pour la DRE.



Entrées	« FSE » chiffrée (sortie de MF04)	EF_MF02
	« DRE » chiffrée (sortie de MF04)	EF_MF03
	Numéro de série de l'ApCV	EF_BS26_01
	Code mode de sécurisation	EF_MF01_02
Sorties	« FSE » après calcul de l'empreinte	EF_MF02
	« DRE » après calcul de l'empreinte	EF_MF03
	Empreinte de la FSE	EF_MF15_01
	Empreinte de la DRE	EF_MF16_01

**Situations
spécifiques** Aucune

Règles de gestion

[RG_MF902] Calculer l'empreinte de la FSE (EF_MF15_01) et/ou l'empreinte de la DRE (EF_MF16_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation calcule l'empreinte de la FSE et/ou l'empreinte de la DRE.

La mise en œuvre de cette opération s'appuie sur le module SSV :

cf. A1-A : § « Calculer l'empreinte de la FSE et/ou l'empreinte de la DRE »

Fonction **SSV_CalculerHashFactureAssure**

3.11.4 MF16.04 : Préparer les données du résumé de la facture

Vue générale

Nom MF16.04 Préparer les données du résumé de la facture

Description Cette fonction permet de préparer les données du résumé de la facture.

Le résumé de la facture est transmis au SI-ApCV lors de l'appel au service en ligne de signature Vitale avec une ApCV. Dès que la signature Vitale est effectuée, il est alors consultable par l'utilisateur, directement depuis son ApCV (i.e. système mobile).



Entrées « FSE » après calcul de l'empreinte (sortie de MF16.03) EF_MF02

« DRE » après calcul de l'empreinte (sortie de MF16.03) EF_MF03

Sorties Résumé de la facture EF_MF17

Situations spécifiques PS Remplaçant SP02

Règles de gestion

[RG_MF903] Préparer les données du résumé de la facture (EF_MF20)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation prépare les données du résumé de la facture :

	Libellé	Résumé de facture EF_MF20		Données à utiliser
Professionnel de Santé	Identifiant de facturation du facturant	EF_MF21_01	=	EF_PS03_09
	Clé de l'identifiant de facturation du facturant			EF_PS03_10
	Raison sociale du facturant si renseignée Sinon Prénom Nom (séparés d'un espace) du facturant	EF_MF21_02	=	EF_PS03_08 Ou EF_PS02_06 EF_PS02_05
Bénéficiaire des soins	Identifiant national du facturant	EF_MF21_03	=	EF_PS02_02
	Clé de l'identifiant national du facturant			EF_PS02_03
	NIR et sa clé du bénéficiaire des soins	EF_MF21_04 EF_MF21_05	=	EF_BS02_04 EF_BS02_05
	Nom usuel du bénéficiaire des soins	EF_MF21_06	=	EF_BS02_01
Facture	Nom de famille du bénéficiaire des soins	EF_MF21_07	=	EF_BS02_02
	Prénom du bénéficiaire des soins	EF_MF21_08	=	EF_BS02_03
	Numéro de la facture	EF_MF21_09	=	RG_MFxx027
	Date de la facture	EF_MF21_10	=	EF_IP01_01
	Montant total de la facture	EF_MF21_11	=	EF_VF01_03
	Montant payé par l'assuré	EF_MF21_12	=	EF_VF01_04

	Libellé	Résumé de facture EF_MF20		Données à utiliser
Organisme obligatoire destinataire	<i>à renseigner uniquement en cas de FSE à transmettre (EF_MF01_04)</i>			
	Code régime	EF_MF21_13	=	EF_CF12_01
	Code caisse	EF_MF21_14	=	EF_CF12_02
	Code centre	EF_MF21_15	=	EF_CF12_03
Organisme complémentaire destinataire	<i>à renseigner uniquement en cas de contrat complémentaire en gestion séparée (EF_BS16_01)</i>			
	N° organisme complémentaire	EF_MF21_16	=	EF_BS17_01
Prestation	<i>Pour chaque prestation :</i>			
	Code prestation	EF_MF22_01	=	EF_IP04_01
	Date d'exécution de la prestation	EF_MF22_02	=	EF_IP04_02
	Montant calculé des honoraires de la prestation	EF_MF22_03	=	EF_VF05_09

[SP02] Préparer les données du résumé de la facture (EF_MF17) en cas de remplacement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'un remplacement, l'identifiant de facturation du facturant (EF_MF21_01) reste celui du PS remplacé.

Le nom (EF_MF21_02) et l'identifiant national (EF_MF21_03) sont, quant à eux, ceux du remplaçant (EF_PS05).

	Libellé	Résumé de facture EF_MF20		Données à utiliser
Professionnel de Santé	Raison sociale du facturant si renseignée Sinon Prénom Nom (séparés d'un espace) du facturant *en cas de remplacement, nom du remplaçant	EF_MF21_02	=	EF_PS05_06 EF_PS05_05
	Identifiant national du facturant Clé de l'identifiant national du facturant *en cas de remplacement, identifiant national et clé du remplaçant	EF_MF21_03		EF_PS05_07 EF_PS05_08

3.11.5 MF16.05 : Demander la signature Vitale de la FSE et/ou la DRE

Vue générale

Nom MF16.05 Demander la signature Vitale de la FSE et/ou la DRE

Description

Cette fonction permet d'appeler le service de demande de signature Vitale de la FSE et/ou la DRE depuis une ApCV (ApCV-MP-002).



Entrées	Empreinte de la FSE (sortie de MF16.03)	EF_MF15_01
	Empreinte de la DRE (sortie de MF16.03)	EF_MF16_01
	Marquage de la FSE et/ou de la DRE	EF_MF01_08
	Identifiant du contexte ApCV	EF_BS26_03
	Informations du résumé de la facture	EF_MF17
	« FSE » après calcul de l'empreinte (sortie de MF16.03)	EF_MF02
	« DRE » après calcul de l'empreinte (sortie de MF16.03)	EF_MF03
Sorties	Signature de la FSE	EF_MF15_02
	Signature de la DRE	EF_MF16_02
	Occurrence de facture	EF_MF18_01
Situations spécifiques	Aucune	

Règles de gestion

[RG_MF904] Appeler le service de demande de signature Vitale de la FSE et/ou de la DRE avec une ApCV (WS_ApCV11)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Référence SFG	Libellé		Référence Service en ligne de signature
EF_MF15_01	Empreinte de la FSE	→	EF_ApCVsi11_E50.03
EF_MF16_01	Empreinte de la DRE	→	EF_ApCVsi11_E50.04
EF_BS26_03	Identifiant du contexte ApCV	→	EF_ApCVsi11_E30.01
Type 2A – Position 12-24 de EF_MF02 et/ou EF_MF03	Matricule de l'assuré transmis dans la facture	→	EF_ApCVsi11_E50.01
EF_MF01_08	Marquage de la FSE et/ou de la DRE	→	EF_ApCVsi11_E50.02
EF_MF20	Résumé de la facture	→	
EF_MF21_01	Identifiant de facturation du facturant	→	EF_ApCVsi11_E43_01
EF_MF21_02	Nom ou raison sociale du facturant	→	EF_ApCVsi11_E43_03
EF_MF21_03	Identifiant national du facturant	→	EF_ApCVsi11_E43_02
EF_MF21_04	NIR du bénéficiaire des soins	→	EF_ApCVsi11_E44_04

Référence SFG	Libellé		Référence Service en ligne de signature
EF_MF21_05	Clé du NIR du bénéficiaire des soins		EF_ApCVsi11_E44_05
EF_MF21_06	Nom usuel du bénéficiaire des soins	→	EF_ApCVsi11_E44_01
EF_MF21_07	Nom de famille du bénéficiaire des soins	→	EF_ApCVsi11_E44_02
EF_MF21_08	Prénom du bénéficiaire des soins	→	EF_ApCVsi11_E44_03
EF_MF21_09	Numéro de la facture	→	EF_ApCVsi11_E42_01
EF_MF21_10	Date de la facture	→	EF_ApCVsi11_E42_02
EF_MF21_11	Montant total de la facture	→	EF_ApCVsi11_E42_03
EF_MF21_12	Montant payé par l'assuré	→	EF_ApCVsi11_E42_04
EF_MF21_13	Code régime	→	EF_ApCVsi11_E09_01
EF_MF21_14	Code caisse	→	EF_ApCVsi11_E09_02
EF_MF21_15	Code centre	→	EF_ApCVsi11_E09_03
EF_MF21_16	N° organisme complémentaire	→	EF_ApCVsi11_E15_01
Pour chaque prestation			
EF_MF22_01	Code prestation	→	EF_ApCVsi11_E45_01
EF_MF22_02	Date d'exécution de la prestation	→	EF_ApCVsi11_E45_02
EF_MF22_03	Montant des honoraires de la prestation	→	EF_ApCVsi11_E45_03

[RG_MF905] Récupérer la réponse à la demande de signature Vitale de la FSE et/ou de la DRE (WS_ApCV11)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Référence SFG	Libellé		Référence Service en ligne de signature
EF_MF15_02	Signature de la FSE	←	EF_ApCVsi11_S50.02
EF_MF16_02	Signature de la DRE	←	EF_ApCVsi11_S50.03
EF_MF18_01	Occurrence de facture	←	EF_ApCVsi11_S50.04



Cas d'erreurs

[CE1] Contexte ApCV non valide

Le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et/ou la DRE.

Le système de facturation informe le Professionnel de Santé et lui propose une nouvelle authentification de l'utilisateur d'une ApCV (cette tâche est décrite dans la fonctionnalité « BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins ») et reprend la fonction « MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV » du début.

[CE2] NIR OD incohérent

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation retourne le message « Numéro d'immatriculation transmis différent ».

Le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et ou/la DRE.

[CE3] Marquage de la facture incohérent

Le système de facturation retourne le message « Compatibilité de l'ApCV avec le marquage de la facture incohérent ».

Le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et ou/la DRE.

[CE4] Nombre maximal de factures atteint

Le système de facturation retourne le message « Nombre maximal de facture atteint ».

Le Professionnel de Santé ne peut pas signer la FSE et/ou la DRE.

Le système de facturation propose une nouvelle authentification de l'utilisateur d'une ApCV (cette tâche est décrite dans la fonctionnalité « BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins ») et reprend la fonction « MF16 : Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV » du début.

3.11.6 MF16.06 : Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE

Vue générale

Nom MF16.06 Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE

Description

Cette fonction permet d'ajouter la signature de la FSE dans la FSE et/ou la signature de la DRE dans la DRE. De plus, elle ajoute le numéro d'ordre de facture pour le même contexte ApCV (occurrence de facture) dans la FSE et/ou la DRE.



Entrées	« FSE » après calcul de l'empreinte (sortie de MF16.03)	EF_MF02
	« DRE » après calcul de l'empreinte (sortie de MF16.03)	EF_MF03
	Signature de la FSE	EF_MF15_02
	Signature de la DRE	EF_MF16_02
	Occurrence de facture	EF_MF18_01
Sorties	« FSE » signée Vitale	EF_MF02
	« DRE » signée Vitale	EF_MF03

Situations spécifiques Aucune

Règles de gestion

[RG_MF906] Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation ajoute la signature de la FSE (EF_MF15_02) dans la FSE et/ou la signature de la DRE (EF_MF16_02) dans la DRE

La mise en œuvre de cette opération s'appuie sur le module SSV :

cf. A1-A : § « Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE »

Fonction **SSV_AjouterSignatureAssureFacture**

4

SP11 : Situation spécifique de forçage

Pour qu'un organisme d'Assurance Maladie puisse appliquer le principe de la garantie de paiement, il est indispensable qu'il détienne l'information relative à une éventuelle intervention du PS ;

Quatre indicateurs, décrits dans le tableau ci-dessous, ont été créés :

N° indicateur	Définition
Type 2A – Position 38 indicateur ①	Indicateur de forçage de niveau facture qui indique que : <ul style="list-style-type: none"> les données bénéficiaires ont été modifiées : droits AMO (maternité, ALD) ou des données de la zone mutuelle. ou <ul style="list-style-type: none"> des éléments de niveau facture concourant à la tarification AMO ont été modifiés ou créés.
Type 2M – Position 94 indicateur ②	Indicateur de forçage de niveau facture qui indique que les données bénéficiaires AMC ont été modifiées (période de droits).
Type 4S – Position 71 indicateur ③	Indicateur de forçage de niveau acte qui indique qu'un ou plusieurs éléments concourant à la tarification AMO de la prestation ont été modifiés ou créés.
Type 4S – Position 100 indicateur ④	Indicateur de forçage de niveau acte qui indique qu'un ou plusieurs éléments concourant à la tarification AMC de la prestation ont été modifiés ou créés.

Ces quatre indicateurs fonctionnent indépendamment les uns des autres, i.e. la valorisation d'un indicateur n'entraîne pas de modification sur la valeur des autres indicateurs.

[RG_MF2A038] [SP11] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMO

Données utilisées

• Code indicateur de forçage service AMO famille	EF_BS05_04
• Code situation particulière du bénéficiaire de soins	EF_BS08_01
• Code support situation particulière du bénéficiaire de soins	EF_BS08_04
• Code indicateur de forçage de la situation particulière du bénéficiaire de soins	EF_BS08_05
• Code mode de gestion complémentaire	EF_BS16_01
• Code indicateur de forçage organisme complémentaire	EF_BS16_03
• Indicateur de forçage des données liées au parcours de soins	EF_CF02_98
• Indicateur de forçage des données liées aux accidents	EF_CF02_99
• code indicateur de forçage droit complémentaire	EF_CF03_12
• code indicateur de forçage droits situation particulière ouverts	EF_CF15_99

• Indicateur de forçage du code ALD	EF_CF08_95
• Indicateur de forçage du code tiers payant AMO par rapport aux droits AMO	EF_CF02_97
• Code indicateur de forçage de SD_SMG dans la facture	EF_VF02_99
• Indicateur de forçage des données liées au parcours de soins	EF_VF05_90
• Indicateur de forçage du taux de remboursement lié à l'individu	EF_V05_92

Règle

La valeur de l'indicateur de forçage de tarification de la part AMO à transmettre dans la facture dépend de différents indicateurs fonctionnels positionnés par le système de facturation dans les fonctionnalités BS et CF.

Indicateurs directs

Certaines valeurs à transmettre dépendent directement d'un code indicateur de forçage positionné par le système

Le tableau ci-dessous présente, pour chacun de ces codes, la valeur à transmettre :

Code indicateur de forçage		Valeur à transmettre
• Indicateur de forçage du code tiers payant AMO par rapport aux droits AMO	EF_CF02_97	Y
• Indicateur de forçage des données liées au parcours de soins	EF_CF02_98	T
• Indicateur de forçage des données liées aux accidents	EF_CF02_99	W
• Indicateur de forçage du code ALD	EF_CF08_95	A
• Indicateur de forçage des données liées au parcours de soins	EF_VF05_90	T
• Indicateur de forçage du taux de remboursement lié à l'individu	EF_V05_92	U
• Code indicateur de forçage de SD_SMG dans la facture	EF_VF02_99	Z

Indicateurs combinés

Certaines valeurs à transmettre dépendent d'une combinaison entre un code indicateur de forçage positionné par le système et la situation particulière du bénéficiaire, ainsi qu'éventuellement le code support de la situation particulière ou le code mode de gestion.

Le tableau ci-dessous présente, pour chacun des cas possibles, la valeur à transmettre :

Code indicateur de forçage		Situation particulière	Code support	Code mode de gestion	Valeur à transmettre
		EF_BS08_01	EF_BS08_04	EF_BS16_01	
Code indicateur de forçage service AMO famille	EF_BS05_04	Non renseigné	indifférent	indifférent	S

code indicateur de forçage droit complémentaire	EF_CF03_12	Non renseigné	<i>indifférent</i>	Gestion Unique	D
Code indicateur de forçage organisme complémentaire	EF_BS16_03	Non renseigné	<i>indifférent</i>	Gestion Unique	N
Code indicateur de forçage de la situation particulière du bénéficiaire de soins	EF_BS08_05	C2S	zone service AMO	<i>indifférent</i>	S
	EF_BS08_05	C2S	zone mutuelle	<i>indifférent</i>	N
	EF_BS08_05	C2S	attestation	<i>indifférent</i>	H
	EF_BS08_05	Sortant de C2S	zone service AMO	<i>indifférent</i>	S
	EF_BS08_05	Sortant de C2S	zone mutuelle	<i>indifférent</i>	N
	EF_BS08_05	Sortant de C2S	attestation	<i>indifférent</i>	H
code indicateur de forçage droits situation particulière ouverts	EF_CF15_99	C2S	zone service AMO	<i>indifférent</i>	S
	EF_CF15_99	C2S	zone mutuelle	<i>indifférent</i>	N
	EF_CF15_99	Sortant de C2S	zone service AMO	<i>indifférent</i>	S
	EF_CF15_99	Sortant de C2S	zone mutuelle	<i>indifférent</i>	N

Cas de cumul :

Lors de l'analyse du forçage des données de la carte Vitale, plusieurs valeurs de l'Indicateur de forçage de la tarification de la part AMO sont possibles simultanément ; ceci indiquant que lors de l'élaboration de la facture, le Professionnel de Santé a été confronté à plusieurs cas de forçage. En conséquence, le système de facturation renseigne une valeur d'indicateur de forçage significative du cumul.

Cumul de 2 valeurs :

	A	D	N	S	T	W	Y	Z
A	A	I	J	so	A	A	Y	so
D		D	so	G	D	D		so
N			N	H	N	N		so
S				S	S	N		so
T					T	so		T
W						W		so
Y							Y	so
Z								so

(1) Les valeurs se trouvant dans la diagonale inférieure du tableau sont identiques à celles se trouvant dans la diagonale supérieure.

Cumul de 3 valeurs

		A	D	N	S	T	W	Y
D+S=	G	Sans objet				G	G	Y
N+S=	H					H	H	
A+D=	I					I	I	
A+N=	J					J	J	

[RG_MF2M094] [SP11] Code forçage de la tarification de la part AMC

Données utilisées

• type de facturation	EF_MF01_01
• code indicateur de forçage période de droit complémentaire	EF_CF03_12

Règle**FSE**

Type de facturation	Règle
FSE AMO seule	Non renseigné
FSE + DRE	Valeur blanc
FSE gestion unique	Non renseigné

**DRE**

N°	Cas de forçage	Règle	Valeur unitaire
1	Forçage des bornes de la période de droit en gestion séparée	Si l'indicateur de forçage des périodes de droit en gestion séparée (EF_CF03_12) indique un forçage.	D

[RG_MF4S071] [SP11] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMO

Données utilisées

• Indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation	EF_IP04_98
• Indicateur de forçage du code prestation	EF_IP04_99
• Indicateur de forçage du code regroupement en base	EF_IP09_94
• Indicateur de forçage de caractéristiques du code prestation	EF_IP05_99
• Indicateur de forçage du code regroupement	EF_IP09_95
• Indicateur de forçage modificateur CCAM	EF_IP09_96
• Indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM	EF_IP09_97
• Indicateur de forçage phase de traitement	EF_IP09_98
• Indicateur de forçage du code acte CCAM	EF_IP09_99
• Indicateur de forçage du code ALD	EF_CF08_95
• Indicateur de forçage du code remboursement exceptionnel CCAM	EF_CF08_96
• Indicateur de forçage du code qualificatif de la dépense	EF_CF08_97
• Indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation non CCAM	EF_CF08_98
• Indicateur de forçage de compatibilité pour une prestation CCAM	EF_CF08_99
• Indicateur de forçage du plafond des honoraires	EF_VF05_85
• Indicateur de forçage des tarifs opposables	EF_VF05_86
• Indicateur de forçage en base CCAM impactant le PU	EF_VF05_87
• Indicateur de forçage en base CCAM impactant la BR	EF_VF05_88
• Indicateur de forçage en base CCAM impactant le taux de remboursement	EF_VF05_89
• Indicateur de forçage de montants lié au parcours de soins	EF_V05_90
• Indicateur de forçage du montant remboursable AMO	EF_V05_91
• Indicateur de forçage du taux de remboursement lié à l'individu	EF_V05_92

• Indicateur de forçage du taux de remboursement de base pour un prestation non CCAM	EF_V05_93
• Indicateur de forçage du taux de remboursement de base pour un prestation CCAM	EF_V05_94
• Indicateur de forçage du taux de majoration de remboursement CRPCEN	EF_V05_95
• Indicateur de forçage du justificatif d'exonération pour une prestation CCAM	EF_V05_96
• Indicateur de forçage du taux de remboursement pour une prestation CCAM	EF_V05_97
• Indicateur de forçage de la BR pour une prestation CCAM	EF_V05_98
• Indicateur de forçage du PU pour une prestation CCAM	EF_V05_99

Règle

Les trois tableaux ci-dessous présentent, pour chaque code indicateur de forçage positionné par le système de facturation, la valeur à transmettre dans la facture :

Prestations CCAM

Code indicateur de forçage		Valeur à transmettre
• Indicateur de forçage du code regroupement en base CCAM	EF_IP09_94	G
• Indicateur de forçage du code regroupement	EF_IP09_95	G
• Indicateur de forçage modificateur CCAM	EF_IP09_96	B
• Indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM	EF_IP09_97	C
• Indicateur de forçage phase de traitement	EF_IP09_98	P
• Indicateur de forçage du code acte CCAM	EF_IP09_99	A
• Indicateur de forçage du code remboursement exceptionnel CCAM	EF_CF08_96	N
• Indicateur de forçage du code qualificatif de la dépense	EF_CF08_97	N
• Indicateur de forçage de compatibilité pour une prestation CCAM	EF_CF08_99	C
• Indicateur de forçage en base CCAM de montants impactant le PU	EF_VF05_87	R
• Indicateur de forçage en base CCAM de montants impactant la BR	EF_VF05_88	R
• Indicateur de forçage en base CCAM impactant le taux de remboursement	EF_VF05_89	S
• Indicateur de forçage du taux de remboursement de base pour une prestation CCAM	EF_V05_94	N
• Indicateur de forçage du taux de majoration de remboursement CRPCEN	EF_V05_95	N

• Indicateur de forçage du justificatif d'exonération pour une prestation CCAM	EF_V05_96	T
• Indicateur de forçage du taux de remboursement pour une prestation CCAM	EF_V05_97	T
• Indicateur de forçage de la BR pour une prestation CCAM	EF_V05_98	B
• Indicateur de forçage du PU pour une prestation CCAM	EF_V05_99	B

Prestations Hors CCAM

Code indicateur de forçage		Valeur à transmettre
• Indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation	EF_IP04_98	C
• Indicateur de forçage du code prestation	EF_IP04_99	A
• Indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation non CCAM	EF_CF08_98	C
• Indicateur de forçage des tarifs opposables	EF_VF05_86	C
• Indicateur de forçage du taux de remboursement de base pour une prestation non CCAM	EF_V05_93	C

Toutes nomenclatures

Code indicateur de forçage		Valeur à transmettre
• Indicateur de forçage du montant remboursable AMO	EF_V05_91	5
• Indicateur de forçage de caractéristiques du code prestation	EF_IP05_99	C
• Indicateur de forçage du plafond des honoraires	EF_VF05_85	6

Cas de cumul possibles pour toute prestation :

Dans le cas où plusieurs forçages concernent la même ligne d'acte, le logiciel renseigne un indicateur de forçage unique, suivant les règles de cumul des indicateurs décrites ci-dessous.

En cas de forçages multiples pour une même prestation, l'indication du forçage du « **plafond des honoraires** » et du « **montant remboursable par l'AMO** » sont nécessairement **prioritaires**.

Il n'existe pas de priorité entre ces deux forçages, ainsi s'ils concernent la même ligne d'acte, une valeur spécifique est à transmettre dans la facture.

Ainsi les cas de cumuls possibles et le renseignement de l'indicateur de forçage à transmettre sont présentés dans le tableau ci-après :

		Plafond des honoraires EF_VF05_85	Montant remboursable par l'AMO EF_V05_91	Forçages hors CCAM ou table des plafonds dentaires EF_IP04_98 EF_IP04_99 EF_CF08_98 EF_VF05_93	Éléments liés aux codes regroupements CCAM : EF_CF08_97 EF_VF05_94 EF_VF05_95	Forçages CCAM
		6	5	A ou C	N	Ω(*)
Plafond des honoraires EF_VF05_85	6	6	7	6	6	6
Montant remboursable par l'AMO EF_V05_91	5	7	5	5	5	5
Forçages hors CCAM ou table des plafonds dentaires EF_IP04_98 EF_IP04_99 EF_CF08_98 EF_VF05_93	A ou C	6	5	A ou C	N	Ω
Éléments liés aux codes regroupements CCAM : EF_CF08_97 EF_VF05_94 EF_VF05_95	N	6	5	N	N	Ω
Forçages CCAM	Ω(*)	6	5	Ω	Ω	Ω

(*) Ω représente la valeur retournée par la règle de cumul en cas de plusieurs forçage pour une prestation CCAM.

Ainsi :

- en cas de forçage du « montant remboursable par l'AMO » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 5 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur obtenue par les règles de forçage pour une prestation CCAM.

- en cas de forçage du « plafond des honoraires » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 6 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur obtenue par les règles de forçage pour une prestation CCAM.
- en cas de forçage du « montant remboursable par l'AMO » et du « plafond des honoraires » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 7 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur obtenue par les règles de forçage pour une prestation CCAM.

Cumul de plusieurs forçages pour une prestation CCAM**Forçage au niveau acte, activité ou phase**

- Si le PS force le code de l'acte, toutes les informations concernant cet acte CCAM sont renseignées manuellement par le PS. Ainsi l'indicateur de forçage 'A' est prioritaire sur tous les autres indicateurs. → **A + n'importe quel indicateur = A.**
- De même l'indicateur de forçage 'P' est prioritaire sur tous les autres indicateurs excepté sur l'indicateur 'A'. → **P + n'importe quel indicateur (sauf A) = P**

Forçage de la base de remboursement, de l'exonération CCAM et du remboursement d'un acte non remboursable

- Le forçage de la base de remboursement dans la facture est prioritaire par rapport au forçage de l'exonération CCAM. → **B + T = B et B + S = B.**
- Le forçage de la base de remboursement dans la facture est prioritaire au fait de modifier des données dans le référentiel impactant la base de remboursement. → **B + R = B.**
- Le fait de demander le remboursement d'un acte non remboursable est prioritaire par rapport au forçage de la base de remboursement et de l'exonération CCAM. → **N + B = N, N + R = N, N + T = N et N + S = N**
- Le fait de modifier le seuil d'exonération dans le référentiel est prioritaire sur le forçage de l'exonération CCAM dans la facture. → **S + T = S**
- Il n'existe pas de priorité entre le fait de modifier des données dans le référentiel impactant la base de remboursement et le forçage de l'exonération CCAM. → **R + T = Y et R + S = 1**

Ces combinaisons sont résumées dans le tableau ci-dessous :

		EF_IP09_99 A	EF_IP09_98 P	EF_IP09_96 EF_VF05_9 B	EF_VF05_8 EF_VF05_8 R	EF_V05_96 EF_V05_97 T	EF_VF05_8 S	EF_CF08_9 N
Code acte CCAM	A	A	A					
Code phase de traitement	P		P	P				
Base remboursement ou prix unitaire (facture)	B			B	B	B	B	N
Montants dans le référentiel	R				R	Y	1	N
Exonération CCAM (facture)	T					T	S	N
Seuil d'exonération dans le référentiel	S			(1)			S	N
Demande de remboursement exceptionnel	N							N

(1) Les valeurs se trouvant dans la diagonale inférieure du tableau sont identiques à celles se trouvant dans la diagonale supérieure.

Forçage des compatibilités et du code regroupement

Il n'existe pas de priorité entre les indicateurs 'C' et 'G' et les autres indicateurs. Le tableau ci-dessous présente les cumuls de ces deux indicateurs avec les autres.

		EF_CF08_99 ou EF_IP09_97	EF_IP09_94 ou EF_IP09_95	
		C	G	C + G
Pas de forçage	(blanc)	C	G	4
Base remboursement ou prix unitaire : EF_IP09_96 Ou EF_V05_98 Ou EF_V05_99	B	D	E	F
Montants dans le référentiel : EF_VF05_87 EF_VF05_88	R	H	I	J
Exonération CCAM : EF_V05_96 Ou EF_V05_97	T	O	Q	U
Seuil d'exonération dans le référentiel : EF_VF05_89	S	K	L	M
Demande de remboursement exceptionnel : EF_CF08_96	N	V	W	X
Combinaison R + T	Y	Z	0	9
Combinaison R + S	1	2	3	9

Pour les règles de niveau acte, le progiciel n'est pas tenu de contrôler les règles rendues non vérifiables par un forçage.

Forçage de certains éléments liés aux codes regroupements CCAM

Si le traitement décrit dans les paragraphes précédents avait conduit au calcul d'un indicateur de forçage, celui-ci est prioritaire sur les indicateurs de forçage lié aux codes regroupement CCAM suivants :

• Indicateur de forçage du code qualificatif de la dépense	EF_CF08_97	N
• Indicateur de forçage du taux de remboursement de base pour une prestation CCAM	EF_V05_94	N
• Indicateur de forçage du taux de majoration de remboursement CRPCEN	EF_V05_95	N

[RG_MF4S100] [SP11] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMC

Données utilisées

• type de facturation	EF_MF01_01
• code indicateur de forçage montant théorique remboursable organisme complémentaire	EF_VF06_02

Règle

**FSE**

Type de facturation	Règle
FSE AMO seule	Non renseigné
FSE + DRE	Valeur « 0 »
FSE gestion unique	Renseigné à la valeur « 1 » si l'indicateur de forçage du montant théorique remboursable par l'organisme complémentaire indique un forçage

**DRE**

Renseigné à la valeur « 1 » si l'indicateur de forçage du montant théorique remboursable par l'organisme complémentaire indique un forçage.

5 DF_MF : Domaine d'Information « Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »

5.1 Modèle de données « Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »

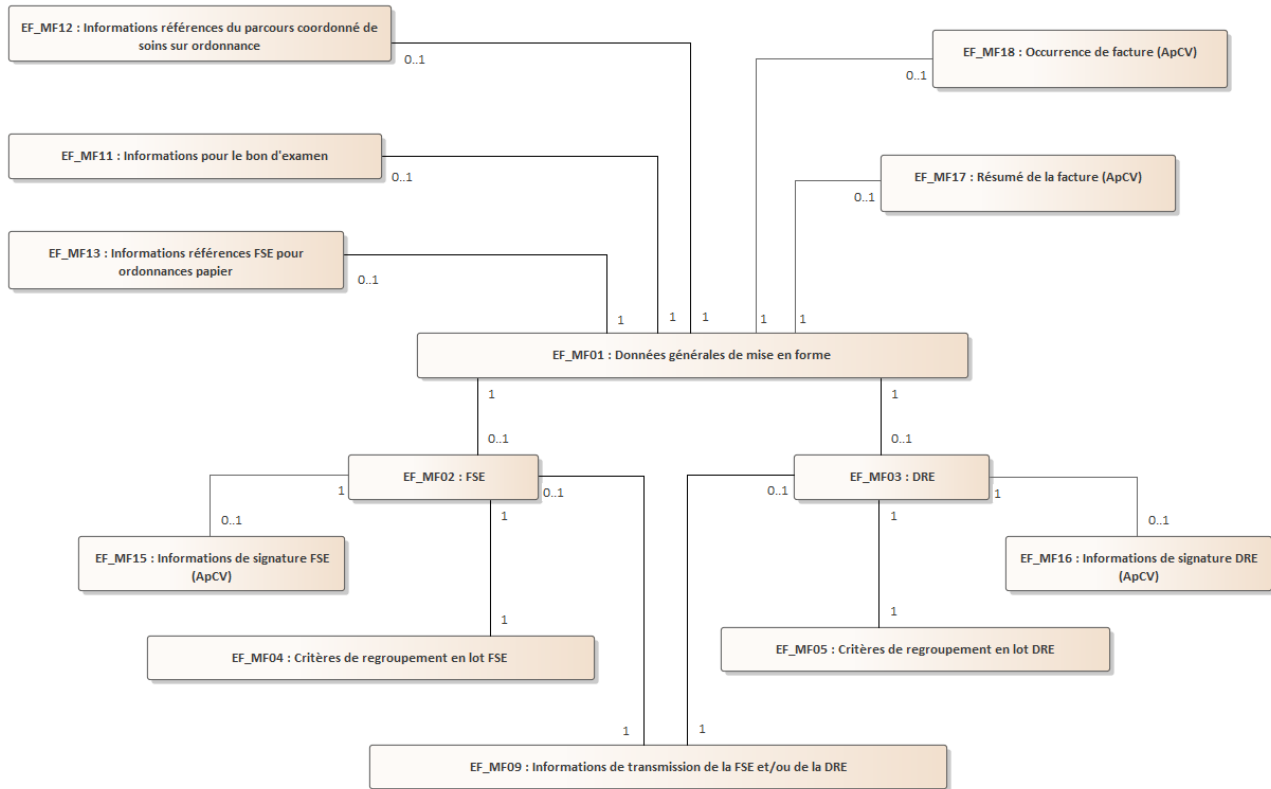


Figure 10 : [DF_MF] Modèle de données « Mettre en forme la FSE et/ou la DRE »

5.2 Modèle de données « Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture »

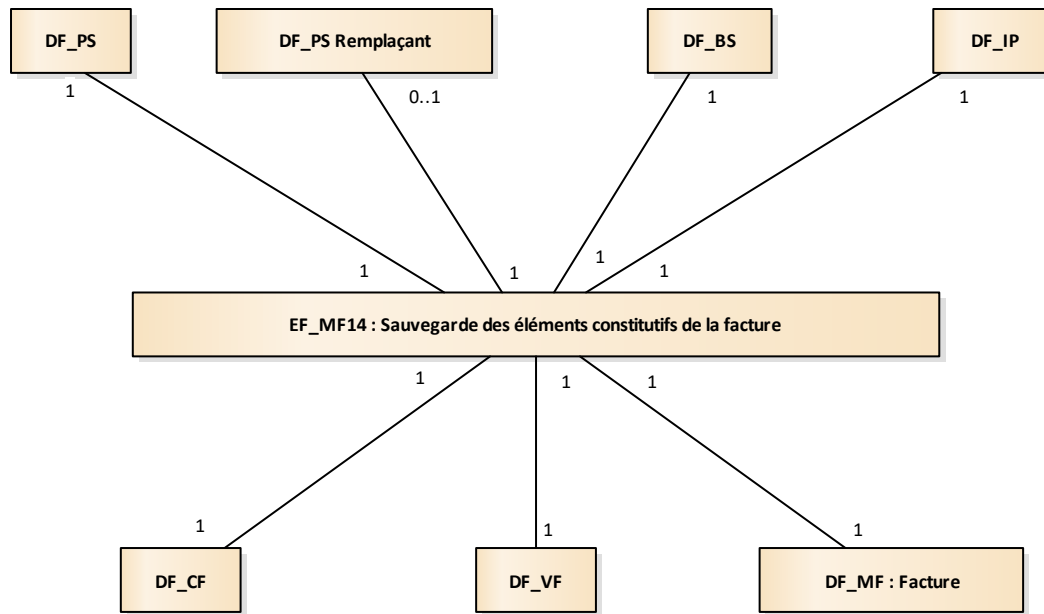


Figure 11 : [EF_MF14]Modèle de données « Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture »

5.3 Modèle de données « Résumé de la facture (ApCV) »

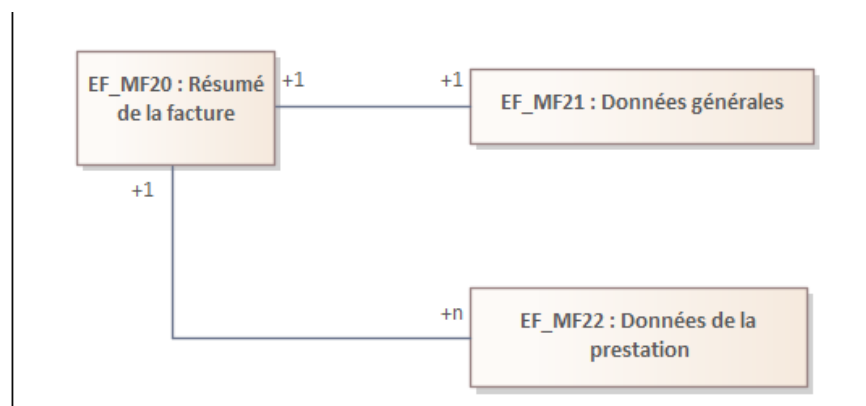


Figure 12 : EF_MF20 Modèle de données « Résumé de la facture (ApCV) »

5.4 Liste des données fonctionnelles pour chaque entité

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_MF
EF_MF01	Données générales de mise en forme - facture	01	Type de facturation	C	001
		02	Code mode de sécurisation	C	003
		03	Code norme d'échange de la facture	C	004
		04	Type de flux	C	002
		05	Code mode de synchronisation	C	008
		08	Marquage de la FSE et/ou de la DRE	C	012
		93	Top similitude informations bénéficiaire de soins	T	020 011
		94	Top compatibilité carte Vitale	T	555
		95	Top carte PS valide pour signature	T	
		96	Top similitude des numéros d'identification de facturation	T	017
EF_MF02	FSE		Cf. § 6.3 Renseignement de la FSE		
			Cf. § 6.3 Renseignement de la DRE		
EF_MF03	DRE				
EF_MF04	Critères de regroupement en lot FSE	00	Critères de regroupement en lot FSE	A	007
		04	Code organisme destinataire	C	33
EF_MF05	Critères de regroupement en lot DRE	00	Critères de regroupement en lot DRE	A	007
EF_MF09	Informations de transmission FSE ou DRE	01	Statut de la FSE et/ou DRE	S	10
EF_MF11	Informations pour le bon d'examen				075
EF_MF12	Informations références du parcours coordonné de soins sur ordonnance papier				070
EF_MF13	Informations références FSE pour ordonnance papier				069

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_MF
EF_MF14	Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture		<i>Cette entité ne contient pas de donnée</i>		MF09
EF_MF15	Informations de signature FSE (ApCV)	01	Empreinte de la FSE		902
		02	Signature de la FSE		905
EF_MF16	Informations de signature DRE (ApCV)	01	Empreinte de la DRE		902
		02	Signature de la DRE		905
EF_MF18	Occurrence de facture (ApCV)	01	Numéro d'occurrence ApCV de la facture	N	905
EF_MF20	Résumé de la facture (ApCV)		<i>Cette entité ne contient pas de donnée</i>		903
EF_MF21	Données générales du résumé de la facture	01	Identifiant de facturation du facturant		903
		02	Nom ou raison sociale du facturant		903
		03	Identifiant de facturation du facturant		903
		04	NIR du bénéficiaire des soins		903
		05	Clé du NIR du bénéficiaire des soins		903
		06	Nom usuel du bénéficiaire des soins		903
		07	Nom de famille du bénéficiaire des soins		903
		08	Prénom du bénéficiaire des soins		903
		09	Numéro de la facture		903
		10	Date de la facture		903
		11	Montant total de la facture		903
		12	Montant payé par l'assuré		903
		13	Code régime		903
		14	Code caisse		903
		15	Code centre		903
		16	N° organisme complémentaire		903
EF_MF22	Données prestation du résumé de la facture	01	Code prestation		903
		02	Date d'exécution de la prestation		903
		03	Montant calculé des honoraires de la prestation		903
EF_MF96	« données stockées de la FSE enrichie réservées à l'OCT »				MF12

6 Annexe 1 : Règles de valorisation de la FSE et de la DRE

Annexe1 Règles de valorisation de la FSE et de la DRE

[CG_MF002] Enchaînement des prestations

L'enchaînement des prestations (EF_IP04) doit suivre strictement l'ordre de présentation des prestations issues du processus d'élaboration de la facture (fonctionnalités IP, CF, VF), les contraintes éventuelles d'ordonnancement étant précisées au cours du processus d'élaboration, à savoir :

- Une prestation de type secondaire facturée doit être positionnée après d'éventuelles indemnités de déplacement.
- Toute prestation d'honoraire simple doit succéder **immédiatement** le médicament à laquelle elle se rapporte
- Les prestations d'honoraires globaux doivent apparaître en fin de facture après tous les médicaments et leurs honoraires simples, dans l'ordre suivant :
 - L'honoraire complexe (HC)
 - L'honoraire de dispensation pour délivrance de médicaments remboursables (HDR)
 - L'honoraire de dispensation lié à l'âge (HDA)
 - L'honoraire de dispensation pour délivrance de médicaments spécifiques (HDE)
- Les prestations de suppléments SMG doivent apparaître en fin de facture (cf. VF05)
- La prestation de supplément APIAS doit apparaître en fin de facture (cf. VF07)

[RG_MFxx012] N° immatriculation assuré

=

EF_BS03_01**Situations spécifiques****[SP10] Facture anonymisée**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture anonymisée (Top Anonymisation (EF_IP01_10) = OUI), il convient d'utiliser en priorité le NIR fictif saisi par le PS, i.e. EF_BS03_09 si renseigné.

Dans le cas contraire, le NIR fictif à utiliser présente la structure suivante : A 55 55 55 CCC zzz avec :

- CCC = numéro de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de rattachement du Professionnel de Santé (EF_PS04_04) dans tous les cas.

A noter que pour une facture pharmacien, la caisse de rattachement correspond à la CPAM de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie.

- et A et zzz dépendent du contexte d'anonymisation potentielle conformément au tableau ci-après, avec A :
 - a) soit prend une valeur fixe : soit 1, soit 2 ;
 - b) soit dépend du sexe du bénéficiaire :
valeur 1 ou 2 déduite du NIR du Bénéficiaire des Soins (EF_BS02_04) si renseigné, soit ou à défaut demandée au PS.

Contexte d'anonymisation potentielle		NIR fictif à utiliser : A 55 55 55 CCC zzz	
libellé	EF_IP01_09	A	zzz
Délivrance de contraceptif d'urgence	CTX_CU	2	042
Prévention Santé sexuelle	CTX_SS	1 ou 2 selon BS: cf. b) supra	042
TP IVG	CTX_IVG	2	030
expérimentation THC	CTX_THC	1	026
Délivrance de préservatif remboursés à 100%	CTX_P100	1 ou 2 selon BS: cf. b) supra	042

[RG_MFxx025] Clé du N° immatriculation

=

EF_BS03_02**Situations spécifiques****[SP10] Facture anonymisée**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture anonymisée (Top Anonymisation (EF_IP01_10) = OUI), la clé du NIR transmise est calculée à partir du NIR fictif transmis. (cf. RG_MFxx012[SP10])

[RG_MFxx027] N° Facture

Renseigné à partir du numéro attribué par le Professionnel de Santé (incrémenté de un en un jusqu'à utilisation de l'ensemble des positions puis réinitialisé à la première position dès que l'ensemble des positions a été utilisé. Ce numéro doit être différent de zéro).

**Remarque**

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

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

**Cas particuliers****[CP1] DRE d'annulation**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas de facturation de type « DRE d'annulation », la DRE reprend le même numéro que celui de la facture initiale.

**Situations spécifiques****[SP02] N° Facture**

Le système de facturation assure l'incrémentation de la numérotation des factures élaborées par le Professionnel de santé remplaçant dans la continuité de celles élaborées par le Professionnel de Santé titulaire.

[RG_MF2A038] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMO**Données utilisées**

• Code indicateur de forçage service AMO famille	EF_BS05_04
• Code situation particulière du bénéficiaire de soins	EF_BS08_01
• Code support situation particulière du bénéficiaire de soins	EF_BS08_04
• Code indicateur de forçage de la situation particulière du bénéficiaire de soins	EF_BS08_05
• Code mode de gestion complémentaire	EF_BS16_01
• Code indicateur de forçage organisme complémentaire	EF_BS16_03
• Indicateur de forçage des données liées au parcours de soins	EF_CF02_98
• Indicateur de forçage des données liées aux accidents	EF_CF02_99
• code indicateur de forçage droit complémentaire	EF_CF03_12
• code indicateur de forçage droits situation particulière ouverts	EF_CF15_99
• Indicateur de forçage du code ALD	EF_CF08_95
• Indicateur de forçage du code tiers payant AMO par rapport aux droits AMO	EF_CF02_97
• Code indicateur de forçage de SD_SMG dans la facture	EF_VF02_99

Règle

Dans le cas où aucune des données utilisées n'indique un forçage, l'indicateur de forçage de la tarification de la part AMO est à renseigner à blanc.



[SP11] Cette règle a un comportement spécifique si l'une des données utilisées indique un forçage.

[RG_MF2A039] Nature d'opération

=

Valeur '1'

[RG_MF2A040] Date de Facturation

Données utilisées

- Date de la facture

EF_IP01_01

Règle

Renseignée sous la forme AAMMJJ à partir de la date de la facture.



Remarque : L'heure d'élaboration des factures ne doit pas être renseignée

[RG_MF2A074] Régime de Prestation de l'Assuré

=

Valeur blanc

[RG_MF2A095] Présence d'une CPS de Remplaçant pour sécurisation de la facture

=

Valeur blanc



Situations spécifiques

[SP02] Indicateur signature Remplaçant

=

« X »

[RG_MF2A096] Date de Naissance du Bénéficiaire

Données utilisées

- date de naissance

EF_BS02_07

Règle

Renseignée sous la forme AAMMJJ à partir de la date de naissance du bénéficiaire (EF_BS02_07)



Situations spécifiques

[SP10] Facture anonymisée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture anonymisée (Top Anonymisation (EF_IP01_10) = OUI), le renseignement de la date de naissance dépend du contexte d'anonymisation potentielle de la facture (EF_IP01_09) conformément au tableau ci-après :

Contexte d'anonymisation potentielle		Date de naissance à transmettre dans la facture
libellé	EF_IP01_09	

Délivrance de contraceptif d'urgence	CTX_CU	date réelle : EF_BS02_07 si la patiente accepte ou date de naissance fictive ⁽¹⁾ sinon
Prévention Santé sexuelle	CTX_SS	date réelle : EF_BS02_07 si renseignée ou 31/12/1955 sinon
TP IVG	CTX_IVG	date réelle : EF_BS02_07
expérimentation THC	CTX_THC	date réelle : EF_BS02_07
Délivrance de préservatif remboursés à 100%	CTX_P100	date réelle : EF_BS02_07
Bénéficiaire fictif	CTX_FICTIF	EF_BS02_07

(1) La date de naissance fictive correspond au premier jour du premier mois de l'année en cours diminuée de 16 ans.

[RG_MF2A119] N° d'organisme complémentaire

Données utilisées

• type de facturation	EF_MF01_01
• code mode de gestion complémentaire	EF_BS16_01
• identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM)	EF_BS13_01
• identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée	EF_BS17_01

Cette donnée est cadrée à droite et complétée avec des 0 (zéros) à gauche si la longueur du champ est inférieure à 10.



FSE

Type de facturation	Règle
FSE AMO seule	Valeur blanc
FSE + DRE	Valeur blanc
FSE gestion unique	Dans le cas d'un contrat complémentaire en gestion unique (EF_BS13 et EF_BS16_01), renseignée à partir de l'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) (EF_BS13_01)



DRE

Renseignée à partir de l'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée (EF_BS17_01).

**Situations spécifiques****[SP03] N° d'organisme complémentaire****Données utilisées**

• type de facturation	EF_MF01_01
• code mode de gestion complémentaire	EF_BS16_01
• identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée	EF_BS17_01

Règle

Cette donnée est cadrée à droite et complétée avec des 0 à gauche si la longueur du champ est inférieure à 10.

**FSE**

Type de facturation	Règle
FSE AMO seule	Valeur blanc
FSE + DRE	Valeur blanc
FSE gestion unique	Le système de facturation doit valoriser le champ « N° organisme complémentaire » à « M ». Le champ « N° organisme complémentaire » doit être rempli par le système de facturation à blanc aux 9 premières positions et le M à la 10 ^{ème} position ('-----M')

**DRE**

Renseignée à partir de l'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée (EF_BS17_01).

[SP06] N° Organisme complémentaire**Données utilisées**

• type de facturation	EF_MF01_01
• Code situation spécifique	EF_BS08_01

Règle

Cette donnée est cadrée à droite et complétée avec des 0 à gauche si la longueur du champ est inférieure à 10.

**FSE**

Type de facturation	Règle
FSE AMO seule	sans objet
FSE + DRE	sans objet
FSE gestion unique	75500017

En AME le type de facturation est nécessairement une FSE en gestion unique et l'identifiant mutuelle à transmettre est toujours la valeur 75500017.

**DRE**

Sans objet

**Situations spécifiques****[SP12] N° d'organisme complémentaire en cas de FSE enrichie**

Idem DRE

[RG_MF2S122] Option de coordination**Données utilisées**

• code conventionnel	EF_PS03_13
• contrat tarifaire PS	EF_PS04_03

Règle

Renseigner à partir du code conventionnel et du contrat tarifaire PS comme suit :

Code conventionnel	Contrat tarifaire PS		Valeur de l'Option de coordination
1	OPTAM	→	« O »
	OPTAM-ACO		
	Aucun		
0,2,3	OPTAM	→	blanc
	OPTAM-ACO		
	Aucun		

[RG_MF2M094] Code forçage de la tarification de la part AMC**Données utilisées**

• type de facturation	EF_MF01_01
• code indicateur de forçage période de droit complémentaire	EF_CF03_12

Règle

Dans le cas où aucune des données utilisées n'indique un forçage, le code forçage de la tarification de la part AMC est à renseigner à blanc.



[SP11] Cette règle a un comportement spécifique si l'une des données utilisées indique un forçage.

**Situations Spécifiques****[SP12] Code forçage de la tarification de la part AMC en cas de FSE enrichie**

Idem DRE.

[RG_MF2P037] N° d'opérateur de Règlement**Données utilisées**

• type de facturation	EF_MF01_01
• informations administratives et de routage	EF_CF16_01
• Identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée	EF_BS17_01
• Identifiant de l'organisme complémentaire	EF_BS13_05

Règle**FSE**

Type de facturation	Règle
FSE AMO seule	Non renseigné
FSE + DRE	Valeur blanc
FSE gestion unique	Non renseigné

**DRE**

Ce champ est renseigné à partir du n° d'opérateur de règlement issu des informations administratives et de routage si celui-ci est présent. En absence de cette information, ce champ est renseigné à partir du numéro AMC.

**Situations Spécifiques****[SP12] N° d'opérateur de Règlement en cas de FSE enrichie**

Idem DRE.

[RG_MF2P047] Contexte conventionnel AMC

=

0

Le champ « Contexte conventionnel AMC » est valorisé par le système de facturation avec les informations suivantes en présence d'une part complémentaire.

Données utilisées

• type de facturation	EF_MF01_01
• informations administratives et de routage	EF_CF16
• code conventionnel	EF_PS03_13
• code spécialité	EF_PS03_14

- code spécialité de l'exécutant salarié

EF_IP07_03

Règle**Description du champ « contexte conventionnel AMC »**

Position	Donnée	Présence	Règles de renseignement
1 – 2	N° de version de la structure de contexte conventionnel	Obligatoire	« 01 »
3 – 4	Code spécialité du Professionnel de Santé	Obligatoire	Code spécialité de l'exécutant salarié (EF_IP07_03). Si absent, code spécialité du Professionnel de Santé réalisant la Facture (issu de la Carte du Professionnel de Santé) (EF_PS03_14). Cette information est renseignée même si une convention n'a pas été sélectionnée.
5	Code conventionnel du Professionnel de Santé	Obligatoire	Code conventionnel du Professionnel de Santé réalisant la Facture, au regard de l'AMO (issu de la Carte du Professionnel de Santé) (EF_PS03_13). Cette information est renseignée même si une convention n'a pas été sélectionnée.
6 – 7	Code type de convention	Facultatif	Code type de convention (EF_CF16_10)
8 – 16	Critère secondaire	Facultatif	<u>En gestion séparée</u> : issu des informations administratives et de routage (EF_CF16_09) (annuaire ou convention sélectionnée par le Professionnel de Santé (en cas de regroupement). <u>En gestion unique</u> : issu des informations administratives et de routage (EF_CF16_09) (selon convention sélectionnée par le Professionnel de Santé pour la Facture (cette information peut comporter des caractères génériques à remplacer par le caractère alphanumérique « X »).
17 – 19	Code norme retour attendu	Facultatif	Non utilisé.
20	Origine du contexte conventionnel	Obligatoire	Origine du contexte conventionnel (EF_CF16_11) : origine de l'information soit Annuaire AMC, soit table de conventions
21-34	Zone disponible	Facultatif	Non utilisé.

**Exemple 1 (gestion séparée) : «01191XXA»**

1 – 2	N° de version de la structure de contexte conventionnel	01
3 – 4	Code spécialité du Professionnel de Santé	19
5	Code conventionnel du Professionnel de Santé	1
6 – 7	Code type de convention	XX
8 – 16	Critère secondaire	non renseigné
17 – 19	Code norme retour attendu	non renseigné
20	Origine du contexte conventionnel	Annuaire AMC

**Exemple 2 (gestion unique) : «01191RO02XX1XXXXC»**

1 – 2	N° de version de la structure de contexte conventionnel	01
3 – 4	Code spécialité du Professionnel de Santé	19
5	Code conventionnel du Professionnel de Santé	1
6 – 7	Code type de convention	RO
8 – 16	Critère secondaire	02XX1XXXX
17 – 19	Code norme retour attendu	non renseigné
20	Origine du contexte conventionnel	Table de convention

**Situations Spécifiques**

[SP12] Contexte conventionnel AMC en cas de FSE enrichie = 0

Idem DRE.

[RG_MF4A074] Code Acte

Données utilisées

• Code prestation	EF_IP04_01
• Code complément prestation	EF_IP08_01
• Groupe fonctionnel général	EF_IP05_03
• Groupe fonctionnel détail	EF_IP05_04

Règle

Renseigner à partir de la concaténation du code prestation (EF_IP04_01), d'un caractère 'blanc' et du code complément prestation (EF_IP08_01).



En aucun cas cette information ne peut être égale à une suite de 4 caractères blancs (0x20).



Cas particuliers

[CP1] Code complément de prestation non renseigné

Si le code complément de prestation (EF_IP08_01).n'est pas renseigné, renseigner la dernière position du code acte avec un caractère 'blanc'.

[CP2] Code prestation « réservé PS »

Si la prestation est caractérisée par un code réservé PS (Groupe fonctionnel général EF_IP05_03 = « réservé PS »), renseigner à partir de la concaténation

- du Groupe fonctionnel détail (EF_IP05_04) qui correspond au code à transmettre,
- d'un caractère 'blanc'
- et du code complément prestation (EF_IP08_01).



Les prestations de type « réservées PS » concernent les Professionnels de Santé Médecins et Chirurgiens-dentistes.

[RG_MF4S071] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMO

Données utilisées

• Indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation	EF_IP04_98
• Indicateur de forçage du code prestation	EF_IP04_99
• Indicateur de forçage du code regroupement en base	EF_IP09_94
• Indicateur de forçage du code regroupement	EF_IP09_95
• Indicateur de forçage modificateur CCAM	EF_IP09_96
• Indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM	EF_IP09_97
• Indicateur de forçage phase de traitement	EF_IP09_98
• Indicateur de forçage du code acte CCAM	EF_IP09_99
• Indicateur de forçage du code ALD	EF_CF08_95
• Indicateur de forçage du code remboursement exceptionnel CCAM	EF_CF08_96
• Indicateur de forçage du code qualificatif de la dépense	EF_CF08_97
• Indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation non CCAM	EF_CF08_98
• Indicateur de forçage de compatibilité pour une prestation CCAM	EF_CF08_99
• Indicateur de forçage du plafond des honoraires	EF_VF05_85

• Indicateur de forçage des tarifs opposables	EF_VF05_86
• Indicateur de forçage en base CCAM impactant le PU	EF_VF05_87
• Indicateur de forçage en base CCAM impactant la BR	EF_VF05_88
• Indicateur de forçage en base CCAM impactant le taux de remboursement	EF_VF05_89
• Indicateur de forçage de montants lié au parcours de soins	EF_V05_90
• Indicateur de forçage du montant remboursable AMO	EF_V05_91
• Indicateur de forçage du taux de remboursement lié à l'individu	EF_V05_92
• Indicateur de forçage du taux de remboursement de base pour un prestation non CCAM	EF_V05_93
• Indicateur de forçage du taux de remboursement de base pour un prestation CCAM	EF_V05_94
• Indicateur de forçage du taux de majoration de remboursement CRPCEN	EF_V05_95
• Indicateur de forçage du justificatif d'exonération pour une prestation CCAM	EF_V05_96
• Indicateur de forçage du taux de remboursement pour une prestation CCAM	EF_V05_97
• Indicateur de forçage de la BR pour une prestation CCAM	EF_V05_98
• Indicateur de forçage du PU pour une prestation CCAM	EF_V05_99

Règle

Dans le cas où aucune des données utilisées n'indique un forçage, l'indicateur de forçage de la tarification de la part AMO est à renseigner à blanc.



[SP11] Cette règle a un comportement spécifique si l'une des données utilisées indique un forçage.

[RG_MF4S100] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMC
Données utilisées

• type de facturation	EF_MF01_01
• code indicateur de forçage montant théorique remboursable organisme complémentaire	EF_VF06_02

Règle

Dans le cas où aucune des données utilisées n'indique un forçage, l'indicateur de forçage de la tarification de la part AMC est à renseigner à blanc.



[SP11] Cette règle a un comportement spécifique si l'une des données utilisées indique un forçage.



Situations Spécifiques

[SP12] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMC en cas de FSE enrichie

Idem DRE.

[RG_MF4E064] Identifiant RPPS de l'exécutant

Données utilisées

• type d'identification nationale	EF_PS02_01
• numéro d'identification nationale	EF_PS02_02
• clé du numéro d'identification nationale	EF_PS02_03
• numéro RPPS de l'exécutant salarié	EF_IP07_08
• clé du numéro RPPS de l'exécutant salarié	EF_IP07_09

Règle

Si la facture a été réalisée par un exécutant (EF_IP07 renseignée), renseigné à partir de la concaténation du numéro RPPS de l'exécutant salarié (EF_IP07_08) et de la clé du RPPS de l'exécutant salarié (EF_IP07_09).

Dans le cas contraire :

- si le numéro d'identification nationale du PS facturant est un numéro RPPS, i.e. si le type d'identification nationale (EF_PS02_01) est égal à « RPPS », renseigner à partir de la concaténation du numéro d'identification nationale du PS facturant (EF_PS02_02) et de la clé du numéro d'identification nationale PS facturant (EF_PS02_03)
- dans le cas contraire, renseigner à zéro.

[RG_MF4R065] Conditionnement déconditionné (occurrence 1)

Données utilisées

• type de facturation	EF_MF01_01
• Top Conditionnement déconditionné	EF_IP17_03 (occ. impaire)



FSE

Renseigner avec la valeur **D**, si le top conditionnement déconditionné (EF_IP17_03 occurrence impaire) indique qu'au moins un des conditionnements appartenant au lot est déconditionné.



DRE

Valeur blanc

[RG_MF4R108] Conditionnement déconditionné (occurrence 2)**Données utilisées**

• type de facturation	EF_MF01_01
• Top Conditionnement déconditionné	EF_IP17_03 (occ. paire)

**FSE**

Renseigner avec la valeur **D**, si le top conditionnement déconditionné (EF_IP17_03 occurrence paire) indique qu'au moins un des conditionnements appartenant au lot est déconditionné.

**DRE**

Valeur blanc

[RG_MF50042] Zone réservée AMC 1**Données utilisées**

• type de facturation	EF_MF01_01
• référence de prise en charge complémentaire	EF_CF03_05
• « DRE » du domaine d'information « Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture » - numéro de facture	EF_MF03 – Type 2

Règle**FSE**

Type de facturation	Règle
FSE AMO seule	Non renseigné
FSE + DRE	Valeur blanc
FSE gestion unique	Renseignée avec la référence de prise en charge complémentaire

**DRE**

Type de facturation	Règle
DRE	Renseignée avec la référence de prise en charge complémentaire

**Cas particuliers****[CP1] DRE d'annulation**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

A blanc

**Situations Spécifiques****[SP12] Zone réservée AMC 1 en cas de FSE enrichie**

Idem DRE

[RG_MF50091] Zone réservée SESAM-Vitale**Données utilisées**

• type de facturation	EF_MF01_01
• code tiers payant complémentaire	EF_CF03_03
• code sens comptable	EF_CF03_08
• code accord de l'entente préalable	EF_CF09_01

Règle**FSE**

Type de facturation	Règle
FSE AMO seule	Non renseigné
FSE + DRE	Valeur blanc
FSE gestion unique	Idem DRE

**DRE**

Renseigné selon règles ci-dessous

Renseignement de la donnée

La zone réservée AMC2 est décomposée de la façon suivante :

Position	Donnée	Présence	Renseignement
1	Situation accord préalable AMO	Obligatoire	« D » lorsque « réponse défavorable à accord préalable AMO ». Dans les autres cas, renseigné cette zone à blanc.
2	Type de service AMC	Obligatoire	Renseigné à partir du code tiers payant complémentaire. Valeurs possibles : T pour tiers payant H pour hors tiers payant
3	Sens comptable	Obligatoire	Renseigné à partir du code sens comptable.

**Situations Spécifiques****[SP12] Zone réservée SESAM-Vitale en cas de FSE enrichie**

Idem DRE

7 Liste des règles de gestion

MF	Mettre en forme la FSE et/ou la DRE	7
MF01	Déterminer les paramètres de mise en forme de la FSE et/ou de la DRE	9
MF01.01	Déterminer le type de facturation et le type de flux	11
[RG_MF001]	Déterminer le type de facturation (EF_MF01_01)	12
	[CP1] Aucune données administratives et de routage.....	13
[RG_MF002]	Déterminer les flux à transmettre (EF_MF01_04)	14
MF01.02	Déterminer la norme d'échange de la FSE et/ou de la DRE	16
[RG_MF004]	Déterminer le code norme d'échange (EF_MF01_03).....	16
MF01.03	Déterminer le marquage de la FSE et/ou de la DRE.....	17
[RG_MF012]	Déterminer le marquage de la FSE et/ou de la DRE (EF_MF01_08)	17
	[SP09] Déterminer le marquage de la FSE et/ou de la DRE (EF_MF01_08)	17
MF02	Déterminer le mode de sécurisation de la FSE et/ou de la DRE	18
[RG_MF003]	Déterminer le mode de sécurisation (EF_MF01_02)	19
	[CP1] Laboratoires d'analyse, médecins en anatomo-cyto-pathologie, directeurs de laboratoire médecins.....	19
	[CP2] Délivrances de certains produits LPP	19
	[CP3] Prestations de télémedecine.....	20
	[CP4] Dépistage de la rétinopathie diabétique.....	20
	[CP6] Bénéficiaire de la Cavimac	20
	[CP7] Risque Accident du Travail et organisme gestionnaire de l'AT non issu du support de droits AMO	20
	[CP8] Absence de code couverture	21
	[CP9] Facturation des prestations d'IVG.....	21
	[SP09] Déterminer le mode de sécurisation (EF_MF01_02) en l'absence de support Vitale	21
	[SP09][CP1] Choix du PS du circuit papier traditionnel.....	21
	[SP10] Facture anonymisée.....	21
[RG_MF008]	Acquérir le mode de synchronisation de signature (EF_MF01_05)	22
MF03	Constituer la FSE et/ou la DRE	23
[RG_MF007]	Formater la FSE et/ou la DRE	24
MF04	Chiffrer les données de la FSE et/ou de la DRE	25
[RG_MF554]	Chiffrer les données confidentielles de la FSE (EF_MF02)et/ou de la DRE (EF_MF03).....	25
MF05	Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte Vitale	26
MF05.02	Contrôler la carte Vitale avant signature	27
MF05.02.01	Relire la carte Vitale	28

MF05.02.02	Contrôler la similitude des informations liées au bénéficiaire de soins	28
[RG_MF011]	Contrôler la similitude de l'identification du bénéficiaire des soins (EF_MF01_93)	30
[CE1]	Absence de similitude	30
[CP1]	Nature d'assurance SMG	30
[CP2]	Nature d'assurance AT	30
[CP3]	Informations du bénéficiaire de soins acquises avec le service ADRI	30
MF05.05	Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte Vitale	31
[RG_MF555]	Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte Vitale	31
[CE1]	Problème de compatibilité de la carte avec le marquage de la facture (EF_MF01_94)	31
MF07	Déterminer les critères de regroupement en lot de la FSE et/ou de la DRE.....	32
[RG_MF033]	Déterminer le N° organisme destinataire regroupement (EF_MF04_04)	32
[CE1]	critère de recherche non trouvé dans la TOD.....	34
MF09	Sauvegarder les éléments constitutifs de la facture.....	35
[RG_MF066]	Sauvegarder les éléments constitutifs de la facture	35
[CP1]	Facture issue de codes prestation « réservés PS »	35
MF10	Finaliser la facturation	36
MF10.01	Mettre à disposition des informations à destination du bénéficiaire de soins.....	38
[RG_MF067]	Mettre à disposition une copie de la FSE et de la DRE	39
[RG_MF068]	Mettre à disposition une quittance de paiement.....	39
[RG_MF071]	Mettre à disposition une attestation de vaccination.....	40
MF10.02	Mettre à disposition des informations à destination du Professionnel de Santé	41
[RG_MF069]	Mettre à disposition les références de la FSE pour l'ordonnance papier (EF_MF13).....	41
[RG_MF070]	Mettre à disposition le contexte du parcours coordonné de soins pour l'ordonnance papier (EF_MF12).....	44
[RG_MF075]	Mettre à disposition les informations relatives au bon d'examen (EF_MF11)	44
MF10.03	Mettre à disposition la Feuille de soins papier pour le mode dégradé	46
[RG_MF500]	Inscrire une mention sur la feuille de soins papier en mode dégradé (EF_MF01_02).....	47
MF13	Déterminer le statut de la FSE et/ou de la DRE	48
[RG_MF010]	Déterminer le statut de la FSE et le statut de la DRE	48
MF15	Signer la FSE et/ou la DRE avec la CPS.....	49
[RG_MF556]	Signer la FSE et/ou la DRE avec la carte PS.....	49
MF16	Signer la FSE et/ou la DRE avec l'ApCV	50

MF16.01	Contrôler la validité du contexte ApCV	52
[RG_MF900]	Contrôler la date de fin de validité du contexte ApCV (EF_BS26_04)	52
[CE1]	Contexte ApCV périmé	53
MF16.02	Contrôler la validité du support de droits AMO	54
[RG_MF901]	Contrôler la validité du support de droits AMO	54
[CP1]	Nature d'assurance SMG	54
[CE1]	Support de droits AMO incorrect	54
MF16.03	Calculer l'empreinte de la FSE et/ou la DRE	55
[RG_MF902]	Calculer l'empreinte de la FSE (EF_MF15_01) et/ou l'empreinte de la DRE (EF_MF16_01)	55
MF16.04	Préparer les données du résumé de la facture	56
[RG_MF903]	Préparer les données du résumé de la facture (EF_MF20)	56
[SP02]	Préparer les données du résumé de la facture (EF_MF17) en cas de remplacement	57
MF16.05	Demander la signature Vitale de la FSE et/ou la DRE	58
[RG_MF904]	Appeler le service de demande de signature Vitale de la FSE et/ou de la DRE avec une ApCV (WS_ApCV11)	58
[RG_MF905]	Récupérer la réponse à la demande de signature Vitale de la FSE et/ou de la DRE (WS_ApCV11)	59
[CE1]	Contexte ApCV non valide	59
[CE2]	NIR OD incohérent	60
[CE3]	Marquage de la facture incohérent	60
[CE4]	Nombre maximal de factures atteint	60
MF16.06	Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE	61
[RG_MF906]	Ajouter la signature Vitale à la FSE et/ou la DRE	61
SP11	Forçage	62
[RG_MF2A038]	[SP11] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMO	62
[RG_MF2M094]	[SP11] Code forçage de la tarification de la part AMC	65
[RG_MF4S071]	[SP11] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMO	66
[RG_MF4S100]	[SP11] Indicateur de forçage de la tarification de la part AMC	72
Annexe1	Règles de valorisation de la FSE et de la DRE	78
[CG_MF002]	Enchaînement des prestations	78
[RG_MFxx012]	N° immatriculation assuré	79
[SP10]	Facture anonymisée	79
[RG_MFxx025]	Clé du N° immatriculation	79
[SP10]	Facture anonymisée	79
[RG_MFxx027]	N° Facture	79
[CP1]	DRE d'annulation	80
[SP02]	N° Facture	80
[RG_MF2A038]	Indicateur de forçage de la tarification de la part AMO	80
[RG_MF2A039]	Nature d'opération	81
[RG_MF2A040]	Date de Facturation	81
[RG_MF2A074]	Régime de Prestation de l'Assuré	81
[RG_MF2A095]	Présence d'une CPS de Remplaçant pour sécurisation de la facture	81
[SP02]	Indicateur signature Remplaçant	81
[RG_MF2A096]	Date de Naissance du Bénéficiaire	81
[SP10]	Facture anonymisée	81

[RG_MF2A119]	N° d'organisme complémentaire	82
[SP03]	N° d'organisme complémentaire	83
[SP06]	N° Organisme complémentaire	83
[SP12]	N° d'organisme complémentaire en cas de FSE enrichie	84
[RG_MF2S122]	Option de coordination	84
[RG_MF2M094]	Code forçage de la tarification de la part AMC	84
[SP12]	Code forçage de la tarification de la part AMC en cas de FSE enrichie	85
[RG_MF2P037]	N° d'opérateur de Règlement	85
[SP12]	N° d'opérateur de Règlement en cas de FSE enrichie	85
[RG_MF2P047]	Contexte conventionnel AMC	85
[SP12]	Contexte conventionnel AMC en cas de FSE enrichie	87
[RG_MF4A074]	Code Acte	87
[CP1]	Code complément de prestation non renseigné	88
[CP2]	Code prestation « réservé PS »	88
[RG_MF4S071]	Indicateur de forçage de la tarification de la part AMO	88
[RG_MF4S100]	Indicateur de forçage de la tarification de la part AMC	89
[SP12]	Indicateur de forçage de la tarification de la part AMC en cas de FSE enrichie	90
[RG_MF4E064]	Identifiant RPPS de l'exécutant	90
[RG_MF4R065]	Conditionnement déconditionné (occurrence 1)	90
[RG_MF4R108]	Conditionnement déconditionné (occurrence 2)	91
[RG_MF50042]	Zone réservée AMC 1	91
[CP1]	DRE d'annulation	91
[SP12]	Zone réservée AMC 1 en cas de FSE enrichie	92
[RG_MF50091]	Zone réservée SESAM-Vitale	92
[SP12]	Zone réservée SESAM-Vitale en cas de FSE enrichie	92