

AVENANT 45

Avenant au CDC SESAM-Vitale

**EV126-EV139-EV145-EV146 -
Maintenance sur Addendum8-
2024**

Systeme de facturation SESAM-Vitale

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

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

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

AVENANT 45

EV126-EV139-EV145-EV146 - Maintenance sur Addendum8-2024

Référence du document

Version du document **00.30**

Date **10/03/2025**

Référence **PDT-CDC-110**

Vue générale

Professionnels de Santé concernés **Tous**

Palier concerné **1.40 Addendum 8**

Evolutions

Maintenance Réglementaire	EV126
Maintenance Réglementaire-Terminologie	EV139
Libellés Assurés SNCF	EV145
Maintenance Technico-fonctionnelle	EV146

Compatibilités

Cahier des Charges SESAM-Vitale **8.50**

Package d'agrément **1.40.14**

Dispositif Intégré **8.50**

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	7
1.1	CONTEXTE	7
1.2	IDENTIFICATION DU SOCLE FONCTIONNEL DE REFERENCE CIBLE	7
1.3	GUIDE DE LECTURE.....	8
2	EV126 : MAINTENANCE REGLEMENTAIRE	9
2.1	LISTE DES POINTS.....	9
2.2	POINT 160 - GESTION DES PROPHARMACIENS.....	10
	2.2.1 <i>Présentation du point</i>	10
	2.2.2 <i>Synthèse des impacts</i>	10
	2.2.3 <i>Impacts détaillés</i>	11
2.3	POINT 537 SUPPRESSION ACS.....	16
	2.3.1 <i>Présentation du point</i>	16
	2.3.2 <i>Synthèse des impacts</i>	16
	2.3.3 <i>Impacts détaillés</i>	17
2.4	POINT 595 URGENCE DU PARCOURS DE SOINS SAISIE PAR LE PS.....	19
	2.4.1 <i>Présentation du point</i>	19
	2.4.2 <i>Synthèse des impacts</i>	19
	2.4.3 <i>Impacts détaillés</i>	19
2.5	POINT 611 HD ET FSV	19
	2.5.1 <i>Présentation du point</i>	19
	2.5.2 <i>Synthèse des impacts</i>	20
	2.5.3 <i>Impacts détaillés</i>	20
2.6	POINT 624 MAJORATIONS DOM.....	21
	2.6.1 <i>Présentation du point</i>	21
	2.6.2 <i>Synthèse des impacts</i>	21
	2.6.3 <i>Impacts détaillés</i>	21
2.7	POINT 645 SUPPRESSION DU CODE FPC.....	22
	2.7.1 <i>Présentation du point</i>	22
	2.7.2 <i>Synthèse des impacts</i>	22
	2.7.3 <i>Impacts détaillés</i>	23
2.8	POINT 651 SUPPRESSION DES REGLES R19 A R23	25
	2.8.1 <i>Présentation du point</i>	25
	2.8.2 <i>Synthèse des impacts</i>	25
	2.8.3 <i>Impacts détaillés</i>	25
2.9	POINT 655 DSP EN RISQUE MALADIE	28
	2.9.1 <i>Présentation du point</i>	28
	2.9.2 <i>Synthèse des impacts</i>	28
	2.9.3 <i>Impacts détaillés</i>	28
2.10	POINT 659 COQUILLES DIVERSES	29
	2.10.1 <i>Présentation du point</i>	29
	2.10.2 <i>Synthèse des impacts</i>	29
	2.10.3 <i>Impacts détaillés</i>	30
2.11	POINT 788 HN ET PARCOURS DE SOINS	32
	2.11.1 <i>Présentation du point</i>	32
	2.11.2 <i>Synthèse des impacts</i>	32
	2.11.3 <i>Impacts détaillés</i>	33
2.12	POINT 790 PAV TOUJOURS A 0%.....	34
	2.12.1 <i>Présentation du point</i>	34
	2.12.2 <i>Synthèse des impacts</i>	34
	2.12.3 <i>Impacts détaillés</i>	34
2.13	POINT 807 CORRECTION TABLE 12	35
	2.13.1 <i>Présentation du point</i>	35
	2.13.2 <i>Synthèse des impacts</i>	35

2.13.3	Impacts détaillés.....	35
2.14	POINT 819 HDE POUR MEDICAMENTS REMBOURSABLES.....	37
2.14.1	Présentation du point	37
2.14.2	Synthèse des impacts	37
2.14.3	Impacts détaillés.....	37
2.15	POINT 820 CORRECTIONS EN TABLE 4TER.....	38
2.15.1	Présentation du point	38
2.15.2	Synthèse des impacts	38
2.15.3	Impacts détaillés.....	38
2.16	POINT 824 COHERENCE TABLES 3 ET 70.....	38
2.16.1	Présentation du point	38
2.16.2	Synthèse des impacts	39
2.16.3	Impacts détaillés.....	39
3	EV139 : MAINTENANCE REGLEMENTAIRE SUR ADD8-TERMINOLOGIE	40
3.1	LISTE DES POINTS.....	40
3.2	POINT 231 : « ENTENTE PREALABLE » REMPLACE PAR « ACCORD PREALABLE »	40
3.2.1	Présentation du point	40
3.2.2	Synthèse des impacts	40
3.2.3	Impacts détaillés.....	42
3.3	POINT 295 : FNS ET FSV REMPLACE PAR ASPA.....	58
3.3.1	Présentation du point	58
3.3.2	Synthèse des impacts	58
3.3.3	Impacts détaillés.....	58
3.4	POINT 803 : REMPLACEMENT DU TERME « MIGRANT »	66
3.4.1	Présentation du point	66
3.4.2	Synthèse des impacts	66
3.4.3	Impacts détaillés.....	68
3.5	POINT 804 : OPTAM-CO DEVIENT OPTAM-ACO.....	78
3.5.1	Présentation du point	78
3.5.2	Synthèse des impacts	78
3.5.3	Impacts détaillés.....	79
4	EV145 : LIBELLES ASSURES SNCF	84
4.1	PRESENTATION DE LA MESURE	84
4.2	SYNTHESE DES IMPACTS	85
4.3	DETAIL DES IMPACTS	86
5	EV146 : MAINTENANCE TECHNICO-FONCTIONNELLE	87
5.1	LISTE DES POINTS.....	87
5.2	POINT 606-GROUPE 1330 – TP COORDONNE HORS PERIMETRE	87
5.2.1	Présentation du point	87
5.2.2	Synthèse des impacts	87
5.2.3	Détail des impacts	87
5.3	POINT 612-PRECISION POUR LA QUANTITE.....	88
5.3.1	Présentation du point	88
5.3.2	Synthèse des impacts	88
5.3.3	Détail des impacts	88
5.4	POINT 628-SUPPRESSION DU TERME TLA ET DES FLUX ADD4 ET ANTERIEURS	89
5.4.1	Présentation du point	89
5.4.2	Synthèse des impacts	89
5.4.3	Détail des impacts	90
5.5	POINT 629-CORRECTIF SCHEMA SC_VF02.01.03	94
5.5.1	Synthèse des impacts	94
5.5.2	Détail des impacts	94
5.6	POINT 630-PRECISION POUR LES CODES AGREGES	95
5.6.1	Synthèse des impacts	95
5.6.2	Détail des impacts	95
5.7	POINT 632-MODIFICATION DU MONTANT DE LA PARTICIPATION ASSURE	96
5.7.1	Présentation du point	96
5.7.2	Synthèse des impacts	96

5.7.3	Détail des impacts	96
5.8	POINT 635-MISE A JOUR DES CODES REGIMES	97
5.8.1	Présentation du point	97
5.8.2	Synthèse des impacts	98
5.8.3	Détail des impacts	98
5.9	POINT 636-ANOMALIE SUR LES REFERENCES POUR LE GROUPE 1840	107
5.9.1	Synthèse des impacts	107
5.9.2	Détail des impacts	107
5.10	POINT 638-COQUILLES DIVERSES.....	108
5.10.1	Présentation du point	108
5.10.2	Synthèse des impacts	108
5.10.3	Détail des impacts	110
5.11	POINT 639- PRECISIONS POUR LA TELEMEDECINE	110
5.11.1	Présentation du point	110
5.11.2	Synthèse des impacts	110
5.11.3	Détail des impacts	111
5.12	POINT 642-INDICATEUR DE FORÇAGE POUR RG_IP_R17BIS	112
5.12.1	Présentation du point	112
5.12.2	Synthèse des impacts	112
5.12.3	Détail des impacts	113
5.13	POINT 643-SUPPRESSION DES « ACRONYMES » EN DOUBLON AVEC L'ANNEXE 7 AVEC LE GUIDE	114
5.13.1	Présentation du point	114
5.13.2	Synthèse des impacts	114
5.13.3	Détail des impacts	114
5.14	POINT 652-CORRECTIFS DE RENVOIS DE REGLES.....	115
5.14.1	Présentation du point	115
5.14.2	Synthèse des impacts	115
5.14.3	Détail des impacts	115
5.15	POINT 654-CORRECTION D'ANOMALIES POUR L'EF_VF97	116
5.15.1	Présentation du point	116
5.15.2	Synthèse des impacts	116
5.15.3	Détail des impacts	116
6	SUPPRESSION DES CODES ACTE OBSOLETES.....	118
6.1.1	Présentation du point	118
6.1.2	Synthèse des impacts	119

1 Introduction

1.1 Contexte

Ce document constitue un avenant aux documents suivants :

- Cahier des charges SESAM-Vitale 1.40 ;
- Dispositif intégré.

Évolution

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

**EV126-EV139-EV145-EV146 - Maintenance sur
Addendum8-2024**

PS concernés

Tous

Analyse d'impact

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

1.40 – Addendum 8 -2024

1.2 Identification du socle fonctionnel de référence cible

Consigne d'implémentation

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

1.3 Guide de lecture

Indications dans la marge



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

Codes couleur

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

Texte surligné en jaune

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

Texte surligné en gris

Texte ajouté par rapport à la précédente version de ce document

Texte surligné en jaune foncé

Evolutions introduites par une autre évolution que l'EV en cours (avenant ou une FR publiés mais non encore intégrés au SFR de base Add8)

~~Texte barré suivant la couleur~~

Texte supprimé du CDC SESAM Vitale ou du Dispositif intégré

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

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

2 EV126 : Maintenance Réglementaire

2.1 Liste des points

Point	Libellé
160	Gestion des propharmaciens
537	Suppression ACS
595	Urgence du Parcours de Soins saisie par le PS
611	HD et FSV
624	Majorations DOM
645	Suppression du code FPC
651	Suppression des règles R19 à R23
655	DSP en risque maladie
659	Coquilles diverses
659.1	Règle B3
659.3	Taux du PM2 en FSV
659.6	Intégration FR212
788	HN et parcours de soins
790	PAV toujours à 0%
807	Correction Table 12
819	HDE pour médicaments remboursables
820	Corrections en Table 4ter
824	Cohérence Tables 3 et 70

2.2 Point 160 - Gestion des propharmaciens

2.2.1 Présentation du point

Contexte métier

Les Professionnels de Santé propharmaciens sont des médecins généralistes habilités à délivrer des médicaments en plus de leurs prestations habituelles.

La facturation de ces médicaments doit faire l'objet d'une facture distincte.

Ils utilisent pour cela une seconde carte CPS dans laquelle ils sont identifiés avec la spécialité « Pharmacien », et élaborent ainsi une facture de type Pharmacie contenant uniquement les prestations pharmaceutiques.

En conséquence, dans le système de facturation, une facture de médicaments élaborée par un propharmacien est une facture de pharmacien (spécialité 50), et aucun comportement particulier du LPS n'est nécessaire.

Impacts SESAM-Vitale

➔ Les cas particuliers de facturation de médicaments ou actes pharmaceutiques par un médecin généraliste (spécialité 01, 22 ou 23) ne sont pas nécessaires dans le système de facturation SESAM-Vitale.

L'objet de ce point est de les supprimer.

2.2.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
Corps IP	3.2.1.1	Présentation des médecins Propharmaciens modifiée	160
	[RG_IP388]	Règle supprimée	160
	[RG_IP389]	Règle supprimée	160
	[[CP1]	Cas particulier « Médecin propharmacien » supprimé	160
	IP02.01/ Règles Délivrance de médicaments/ Préambule	Suppression de la sous-famille Médecins du cartouche de la règle	160
	[RG_IP375]		160
	[RG_IP322]		160
	[RG_IP324]		160
	[RG_IP325]		160
	[RG_IP376]		160
	[RG_IP377]		160
	[RG_IP378]		160
	[RG_IP379]		160
	[RG_IP380]		160
	[RG_IP381]		160
	[RG_IP382]		160
	[RG_IP383]		160

[RG_IP384]			160
[RG_IP347]			160
[RG_IP387] [CE1]			160
[RG_IP337] [CP2]			160
[RG_IP365]			160
[RG_IP365] [CP1]			160
[RG_IP340] [SP06]			160
IP02.07.01/Règles Codage des médicaments / Préambule			160
[RG_IP321]			160
[RG_IP339] [CP4]			160
[RG_VF_B13]			160
Annexes Communes			Point
A2bis	Table 50.4	Note de bas de tableau concernant les propharmaciens supprimée	160
DF_A2	EF_A2_T2	Suppression de la compatibilité avec les généralistes et les codes prestations médicament dédiés aux PH	160
	EF_A2_T14.1	Suppression des codes prestations médicament dédiés aux PH	160
	EF_A2_T21.x	Suppression du code prestation DAD dédié aux PH	160
Annexes CDC	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
A1-A0	1740	Suppression des prescripteurs des familles concernées	160
	1741	Suppression des prescripteurs des familles concernées	160

2.2.3 Impacts détaillés

Impacts Corps

.../...

§2.3.4.5 La procédure de Demande de Prise en charge SMG

.../...



Cas particulier des Propharmaciens

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

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

.../...

§3.2.1.1 Médecin propharmacien

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

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

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

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

Les Professionnels de Santé propharmaciens sont des médecins généralistes habilités à délivrer des médicaments en plus de leurs prestations habituelles.

La facturation de ces médicaments doit faire l'objet d'une facture distincte.

Ils utilisent pour cela une seconde carte CPS dans laquelle ils sont identifiés avec la spécialité « Pharmacien », et élaborent ainsi une facture de type Pharmacie contenant uniquement les prestations pharmaceutiques.

En conséquence, dans le système de facturation, une facture de médicaments élaborée par un propharmacien est une facture de pharmacien (spé 50), et aucun comportement particulier du LPS n'est nécessaire.

.../...

§3.2.4.4 Format des codes CIP

Les médicaments sont identifiés sous un code CIP 13 caractères

Les Professionnels de Santé pharmaciens ou propharmaciens télétransmettent à l'Assurance Maladie le code CIP du produit délivré.

.../...

Impacts IP

.../...

§3.2.7 IP02.07 : Acquérir les caractéristiques de la prestation

.../...

[RG_IP388] Interdire la Cohabitation d'un code médicament et de la CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CC	SF					

Une prestation concernant les généralistes propharmaciens, (EF_PS03_14 = 01) ne peut inclure à la fois informations détaillées de médicament (EF_IP13) et des informations CCAM (EF_IP09).

[RG_IP389] Interdire la Cohabitation d'un code médicament et de codes affinés Biologie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CC	SB					

Une prestation concernant les généralistes propharmaciens, (EF_PS03_14 = 01) ne peut inclure à la fois informations détaillées de médicament (EF_IP13) et des informations détaillées de biologie (EF_IP12).

.../...

Préambule

PR	AM	LB	PH	FR	TR
----	----	----	----	----	----

M	CD	SF				
---	----	----	--	--	--	--

Les médicaments sont identifiés :

- par un code CIP 13 caractères

Les professionnels de santé pharmaciens ou propharmaciens télétransmettent à l'assurance maladie le code CIP 13 caractères du produit délivré.

			PR	AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF						

Une prestation nécessitant le codage CIP concerne à la fois la famille de professionnels de santé pharmaciens et la famille prescripteurs (cas des propharmaciens).

.../...

[RG_IP321] Acquérir les codes CIP (EF_IP14_02)

			PR	AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF						

.../...

Cas particuliers

[CP1] Médecin propharmacien

			PR	AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF						

Les professionnels de santé propharmaciens peuvent, à partir de leur système de facturation, indiquer dans la facture les actes servis et les médicaments délivrés.

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

Le renseignement du code affiné est obligatoire pour les médicaments délivrés au cabinet du professionnel de santé propharmacien.

.../...

Impacts A2bis

.../...

Table 50.4 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour la CRPCEN

Libellé	Spécialité du PS	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
Sinon Taux FSV	Prescripteurs	NON	85 %	FSV
	Aux. Med. et labo de Biologie med.	NON	80 %	FSV

Libellé	Spécialité du PS	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
	Pharmaciens*	NON	PH2, HD2, HG2, MHU =15% PH4, HD4, HG4, PPI = 45 % autres = 85 %%	FSV
	Fournisseurs	NON	85%	FSV
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

* cette ligne concerne également les prestations pharmaceutiques délivrées par un médecin généraliste propharmacien

Impacts DF_A2

.../...

EF_A2_T2 Table 2 : Table des compatibilités entre les codes prestation et les spécialités de Professionnels de Santé

.../...

	01	...	22	23	...
...
DPS	DPS
...
MHU	MHU	...	MHU	MHU	...
MPI	MPI	...	MPI	MPI	...
...
PH1	PH1	...	PH1	PH1	...
PH2	PH2	...	PH2	PH2	...
PH4	PH4	...	PH4	PH4	...
PH7	PH7	...	PH7	PH7	...
PHN	PHN	...	PHN	PHN	...
...
PM2	PM2	...	PM2	PM2	...
PM4	PM4	...	PM4	PM4	...
PMH	PMH	...	PMH	PMH	...
PMR	PMR	...	PMR	PMR	...
...
PPI	PPI	...	PPI	PPI	...
...
SGN	SGN
SGS	SGS
...
TNS	TNS	...	TNS	TNS	...
...
UPH	UPH	...	UPH	UPH	...
...

EF_A2_T14.1 Table 14.1 : Prestations non soumises à la MTM

.../...

Code prestation
FDA
FDA
FDC
FDO
FDR
FPC
HN
ID
MHU
MPI
PH1
PH2
PH4
PH7
PHN
PM2
PM4
PMH
PMR
PPS
SES
TDR
TNS
UPH
VDC

.../...

EF_A2_T21.x Tables 21.x : Tables des codes prestation utilisées dans les tables 8.x

.../...

Table	Code situation	Table appelante	Code prestation	Catégorie médicale	CCAM / Hors CCAM
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
21.4	0400	8.1	DAD	se	Hors CCAM
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

Impacts A1-A0

.../...

§2.4.22.3 1740-Groupe Prestation détaillée code CIP

.../...

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- ~~Prescripteurs (cas des ProPharmaciens)~~
- Pharmaciens

.../...

§2.4.22.4 1741-Groupe Prestation détaillée lot d'un code CIP

.../...

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- ~~Prescripteurs (cas des ProPharmaciens)~~
- Pharmaciens

.../...

2.3 Point 537 Suppression ACS

2.3.1 Présentation du point

Dans la version M'odernisée du CDC (V8.40 de février 2023), la gestion de l'ACS a été supprimé du fait de la suppression de cette disposition depuis novembre 2019.

L'objet de ce point est de supprimer quelques mentions relatives à l'ACS restant encore dans la documentation.

2.3.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
CF	[CP1]	Suppression de la notion « ACS »	537
	[RG_CF_R39]	Suppression de la notion « ACS »	537
	CF11.04	Suppression de la notion « ACS »	537

Annexes CDC	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
A1-A2	3 Périmètre fonctionnel des STS	Suppression de la notion « TPi ACS »	537

2.3.3 Impacts détaillés

Impacts CF

.../...

§3.2.5 CF01.05 : Déterminer le Tiers Payant AMO

.../...



Cas particuliers

[CP1] Tiers payant AMO obligatoire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

.../...



Références réglementaires :

- Arrêté du 28/07/2005 Approbation de l'avenant n°8 à la convention nationale des médecins. **Permanence des soins**
- Convention médecins **TP Social AMO**
- ~~Décret n°2014-1144 du 8 octobre 2014~~ **TPi ACS**
- L162-32 du code de la Sécurité Sociale **Centre de Santé**
- Projet de Loi de modernisation de notre système de santé, texte adopté N°505 par l'Assemblée Nationale, le 14/04/15 – Art.18 **Soins conformes au protocole ALD**
- Article 64 de la LFSS **Examens relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans**
- Article 60 de la LFSS 2017 **Situation particulière Victime d'attentat**

.../...

§3.4.3 CF03.03 : Contrôler la prestation par rapport aux contextes de prise en charge AMO (niveau facture et prestation)

.../...

[RG_CF_R39] Contrôler la facturation d'une majoration de coordination

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Principe de majorations de coordination

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

Pour certaines situations au regard du parcours de soins (EF_CF013_02) et dans le cas où la position de la facture par rapport au parcours de soins (EF_CF13_03) est « dans le parcours », les Professionnels de Santé sont autorisés à facturer une majoration de coordination en fonction de leur code conventionnel (EF_PS03_13) suivant que le bénéficiaire bénéficie ou non de la C2S.



Tables utilisées

- Table 17 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T17)
- Table 17bis de l'Annexe 2bis (EF_A2_T17bis)



Références réglementaires

- Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04
- Avenant 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011
- Convention médicale 2016

➤ **Remarques**

Les majorations MCC, MCG et MCS sont autorisées dans le parcours de soins dans les situations d'orientation, d'accès direct spécifique ou de hors résidence habituelle du patient.

La majoration MCS est également facturable dans un contexte d'urgence.

Les majorations MCC, MCS et MCG sont également facturables hors parcours de soins pour des bénéficiaires de la C2S ~~et de de l'ACS~~.

.../...

§4.2.4 CF11.04 : Déterminer le tiers payant complémentaire

Vue générale

Nom CF11.04 Déterminer le tiers payant complémentaire

Description Cette tâche a pour but de déterminer l'application ou non du tiers payant pour la prise en charge de la part complémentaire.

Entrées Type de dispositif de tiers payant complémentaire **ACS C2S** EF_PS04_18

Sorties Code tiers payant complémentaire EF_CF03_03

Situations spécifiques Bénéficiaire de la C2S SP03

.../...

Impacts A1-A2

.../...

§3 Périmètre fonctionnel des STS

Les STS doivent aider le Professionnel de Santé dans l'application du tiers payant sur la part complémentaire.

Le périmètre fonctionnel des STS est le suivant :

- Calcul de la part complémentaire pour les organismes d'assurance maladie complémentaire pour lesquels des conventions de gestion ont été conclues avec un organisme d'Assurance Maladie Obligatoire. Ce calcul correspond à l'automatisation de l'annexe 8 du CdC SESAM-Vitale 1.31, et se situe désormais dans les STS-A8.

- Calcul de la part complémentaire pour les organismes servant des prestations complémentaires. Ce calcul est géré dans les STS-AMC.
- Calcul de la part complémentaire dans le cadre de la C2S et du dispositif « TPI ACS - Paiement coordonné par l'AMO ». Ce calcul est géré dans les STS-CMU.

.../...

2.4 Point 595 Urgence du Parcours de Soins saisie par le PS

2.4.1 Présentation du point

La notion de Parcours de soins est unique dans la facture, donc le contexte d'urgence, une fois identifié, s'applique nécessairement à toute la facture, quelle que soit la date d'exécution des différentes prestations.

L'objet de ce point est d'apporter cette précision dans la règle RG_CF_R37bis qui permet de déterminer le contexte d'urgence du parcours de soins.

2.4.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
CF	RG_CF_R37bis	Modification de la formulation de la règle R37bis.	595

2.4.3 Impacts détaillés

Impacts CF

§3.2.4 CF01.04 : Acquérir et contrôler les données liées au parcours de soins

.../...

[RG_CF_R37bis]

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Outre l'identification par le professionnel de santé de l'Urgence pour la situation au regard du parcours de soins, certaines prestations induisent nécessairement le contexte d'« Urgence » au regard du parcours de soins.

Ces prestations sont caractérisées soit par :

- Par le code prestation lui-même (EF_IP04_01)
- Par le complément de prestation (EF_IP06_01)
- Le code modificateur pour les actes CCAM (EF_IP10_01)

Ce contexte s'applique alors également nécessairement à tous les actes de la facture effectués à la même date.

.../...

2.5 Point 611 HD et FSV

2.5.1 Présentation du point

L'objet de ce point est de corriger les deux premiers cas particuliers de la règle de détermination du taux de remboursement (RG_VF_T8) :

CP1 Honoraires globaux (sauf honoraire complexe)

Lors de la Modernisation du CDC (v8.40 de février 2023), ce cas particulier aurait dû reprendre la formulation de la règle T8 de l'annexe2, ce qui n'a pas été le cas.

CP2 PH1 et honoraires globaux (sauf honoraire complexe)

Ce cas particulier est modifié pour prendre en compte le cas des FSV (justif d'exo 9).

2.5.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
VF	RG_VF_T8[CP1]	Modification de ce cas particulier pour alignement avec la rédaction de la règle T8 de l'Annexe2	611
	RG_VF_T8[CP2]	Modification de ce cas particulier pour ajout du cas des FSV (justif d'exo 9)	611

2.5.3 Impacts détaillés

Impacts VF

§3.3.1.5 VF02.01.05 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation isolément

.../...

[RG_VF_T8] Déterminer le taux de remboursement de la prestation isolément (EF_VF98_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le taux de remboursement de la prestation isolément (EF_VF98_03) correspond au taux le plus favorable entre :

- le taux de remboursement lié à la nature d'assurance (EF_VF98_04)
- le taux de remboursement lié à la prévention (EF_VF98_05)
- le taux de remboursement lié à l'individu (EF_VF98_06)
- le taux de remboursement de la prestation (EF_VF98_07)



En cas d'égalité entre plusieurs taux, il convient de retenir le premier taux de remboursement dans l'ordre de la liste présentée ci-dessus. Ceci a une incidence sur le code justificatif d'exonération de la prestation (EF_VF05_05) qui sera déterminé ultérieurement (cf. RG_VF_T13).



Cas particuliers

[CP1] Honoraires globaux (sauf honoraire complexe).

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

S'il existe dans la facture un ou plusieurs médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » exonérés (taux de remboursement = 100% et code justif d'exo différent de 0), alors il y a lieu d'exonérer les honoraires globaux également (taux = 100%).

- Si la facture comporte des médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » avec un seul et même justif d'exo, le code justificatif d'exo de l'HD (HDA, HDE, HDR) est le même que le code justif d'exo présent dans la facture (y compris justif d'exo = 0 dans le cas où tous les médicaments sont des PH1).

- En cas de facturation de plusieurs médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » pour lesquels des codes justificatifs d'exo différents ont été positionnés, le code justificatif d'exo à renseigner sur le HD (HDA, HDE, HDR) doit correspondre à un des codes justificatifs d'exo déjà présent dans la facture.

[CP2] PH1 et honoraires globaux (sauf honoraire complexe).

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si dans la facture, tous les médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » sont des PH1 avec code justificatif d'exo = 0 ou 9, alors le taux de remboursement des honoraires globaux est de 100% avec un code justificatif d'exo = 0 ou 9.

.../...

2.6 Point 624 Majorations DOM

2.6.1 Présentation du point

L'objet de ce point est de préciser, pour les prestations LPP ainsi que pour les prestations pharmaceutiques, que le Prix Unitaire de la prestation inclut la majoration DOM s'il y a lieu.

2.6.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
IP	[RG_IP324]	Précision : la donnée PU inclut la majoration DOM s'il y a lieu	624
	[RG_IP332]	Précision : la donnée PU inclut la majoration DOM s'il y a lieu	624

2.6.3 Impacts détaillés

Impacts IP

.../...

§3.2.1 IP02.01 : Acquérir les informations détaillées de la prestation

.../...

[RG_IP324] Acquérir le PU du conditionnement ou de l'unité (EF_IP13_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le prix unitaire d'un conditionnement (boîte de médicament) est acquis par le système de facturation à partir de la vignette (code à barre) du médicament.

Hors déconditionnement, le prix unitaire du médicament correspond au prix unitaire d'un conditionnement de médicament délivré.

En cas de déconditionnement du médicament (EF_IP13_05 = « D »), le prix unitaire du médicament correspond au prix de l'unité délivrée. Ce prix correspond au prix du conditionnement divisé par le nombre d'unité de ce conditionnement.



Remarques :

- Il y a lieu d'appliquer les règles d'arrondi habituelles. Cf. RG_VF300
- Ce prix unitaire inclut le montant de la majoration DOM s'il y a lieu.

Ces remarques concernent également le cas particulier [CP1] ci-après.



Exemple :

Pour une boîte de 30 comprimés, ayant un prix à 15 €, le PU de l'unité délivrée est : 15 € divisé par 30 comprimés = 0,50 €



Cas particuliers

[CP1] Refus de substitution d'un médicament princeps par le bénéficiaire des soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à un tarif forfaitaire de responsabilité, pour lequel un tarif ajusté est présent dans la base médicaments et ayant fait l'objet d'une demande de non substitution par le bénéficiaire des soins (EF_IP13_07 = 'N'), le PU du conditionnement ou de l'unité correspond :

- Hors déconditionnement, au tarif ajusté lu en base médicaments,
- En cas de déconditionnement, au tarif ajusté lu en base médicament divisé par le nombre d'unité de ce conditionnement.

.../...

[RG_IP332] Acquérir le prix unitaire public LPP détaillée (EF_IP15_06)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information correspond au prix public unitaire TTC de la prestation LPP détaillée à la date de délivrance (date d'exécution de la prestation EF_IP04_02).

Elle ne doit pas être nulle.

Cette information est renseignée par le Professionnel de Santé

Ce prix unitaire inclut la majoration DOM s'il y a lieu

.../...

2.7 Point 645 Suppression du code FPC

2.7.1 Présentation du point

Le forfait CMU-C « FPC » a été rendu caduque par l'entrée en vigueur du 100% santé pour le dentaire dès le 01/04/2019. Ce type de forfait n'existe plus depuis cette date.

Ce code prestation est donc supprimé de l'ensemble de la documentation.

2.7.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
IP	SP03.1	Suppression du cas particulier : « Forfait dentaire CMU-C hors panier de biens »	645
Annexes communes	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
DF_A2	EF_A2_T1	Ajout en table 1 de la date de fin de validité du code FPC	645
	EF_A2_T12	Suppression du code acte FPC dans la table 12	645
	EF_A2_T14.1	Suppression du code acte FPC dans la table 14.1 (Prestations non soumises à la MTM)	645

Annexes CDC	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
A1-A0	16xx	Suppression de l'exemple : « Forfait dentaire au titre de la C2S du panier de biens et services C2S »	645

2.7.3 Impacts détaillés

Impacts IP

.../...

§3.5 IP05 : Contrôler la cohérence des prestations

.../...

Préambule SP03.1 : Forfaits dentaires CMU-C

.../...

Cas particulier : Forfait dentaire CMU-C hors panier de biens

Pour certains actes CCAM dentaires, un dépassement au-delà du montant maximal de dépassement autorisé est possible. Dans ce cas, une part reste à la charge de l'assuré.

L'acte forfait dentaire CMU-C utilisé est nécessairement le code prestation **FPC**.

Sur la facture :

- le montant facturé sur l'acte CCAM est supérieur au tarif conventionnel,
- le PS indique un qualificatif de dépense « entente directe » (D),
- le forfait CMU-C utilisé est nécessairement le code **FPC**,
- le montant du FPC correspond au montant maximal de dépassement autorisé.

Attention : le dépassement (autre que le montant du FPC) ne doit pas être reporté dans le montant AMC de l'acte CCAM :

- le montant AMC de l'acte CCAM correspond au Ticket Modérateur (TM) calculé sur la base de remboursement,
- le dépassement autre que le montant du FPC doit apparaître dans le reste à charge de l'acte CCAM.
- Les actes CCAM dentaire concernés sont ceux compatibles avec le code forfait FPC.

.../...

Impacts DF_A2

.../...

EF_A2_T1 Table 1

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel général	Groupe fonctionnel détail	Top Codage affiné	Origine prestation
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

FPC	Forfait prothèse conjointe (dédié à la C2S)	31/03/2019	Secondaire	NGAP	Soins dentaires	Forfait CMU-C	NON	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

EF_A2_T12 Table 12

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
FPC	ADM
FPC	AID
FPC	ASC
FPC	BR1
FPC	CM0
FPC	CT0
FPC	CT1
FPC	CZ0
FPC	CZ1
FPC	IC0
FPC	IC1
FPC	IN1
FPC	PA0
FPC	PA1
FPC	PF0
FPC	PF1
FPC	PT0
FPC	RA0
FPC	RE1
FPC	RF0
FPC	RS0
FPC	SU0
FPC	SU1
FPC	Tout acte de nomenclature CCAM

.../...

EF_A2_T14.1 Table 14.1

Code prestation
FDA
FDC
FDO
FDR
FPC
HN
.../...

Impacts A1-A0 16xx groupes prestations

.../...

Forfait dentaire au titre de la C2S du panier de biens et services C2S

.../...

Exemple 2 Forfait CMU-C hors panier de biens

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base-remb.	Taux-remb.	Mnt-AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt-AMC	Reste-à-charge
à 70 %	PFC	HBLD 036	4	1	1	0	107,50	107,50	70	75,25	277,50	D	32,25	170,00
	FPC		4	1	1	0	122,50	0	0	0	122,50	N	122,50	0
Total											400,00			

bénéf. exonéré	PFC	HBLD 036	4	1	1	4	107,50	107,50	100	107,50	277,50	D	0	170,00
	FPC		4	1	1	0	122,50	0	0	0	122,50	N	122,50	0
Total											400,00			

.../...

2.8 Point 651 Suppression des règles R19 à R23

2.8.1 Présentation du point

Les règles RG_IP_R19 à RG_IP_R23 relèvent spécifiquement de la nomenclature NABM et ne sont pas dans le périmètre de la facturation SV.

L'objet de ce point est donc de supprimer ces règles des SFG-Facturation.

2.8.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
IP	RG_IP_R19	Ces règles sont supprimées des SFG car elles relèvent de la nomenclature NABM mais pas du périmètre de la facturation SESAM VITALE	651
	RG_IP_R20		651
	RG_IP_R21		651
	RG_IP_R22		651
	RG_IP_R23		651





2.8.3 Impacts détaillés

Impacts IP

.../...

§3.5 IP05 : Contrôler la cohérence des prestations

.../...

-  Forfait de sécurité : sa cotation diffère selon qu'il s'agit d'un échantillon sanguin ou non.
-  Les examens liés à la glycémie peuvent être répétés plusieurs fois dans la journée.
-  **Tables utilisées**
 - Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)
 - Table nationale de biologie
-  **Référence réglementaire :**
 - NABM : Dispositions générales : Art. 4

2.9 Point 655 DSP en risque maladie

2.9.1 Présentation du point

Dans le cadre de l'AME, toutes les prestations doivent être facturés en nature d'assurance maladie.

L'objet de ce point est d'ajouter ce cas particulier au niveau de la règle de détermination de la nature d'assurance maladie.

2.9.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
CF	RG_CF304 [SP06]	Nouveau cas particulier : « Bénéficiaire des Soins en AME »	655

2.9.3 Impacts détaillés

Impacts CF Acquérir le Contexte de Facturation

.../...

§3.2.6 CF01.06 : Acquérir et contrôler la nature d'assurance

.../...

[RG_CF304] Acquérir la nature d'assurance (EF_CF02_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La nature d'assurance est renseignée par le PS.

Elle correspond à l'un des 5 contextes suivants :

- risque Maladie,
- risque Maternité,
- risque Accident du travail
- risque Prévention
- contexte Soins Médicaux Gratuits.

.../...



Cas particulier

[CP1] Positionner par défaut la nature d'assurance Maternité

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

.../...

[CP2] Positionner par défaut la nature d'assurance Maladie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

.../...

[SP06] Bénéficiaire en AME

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires de l'AME, la nature d'assurance correspond nécessairement au risque maladie.

.../...

2.10 Point 659 Coquilles diverses

2.10.1 Présentation du point

Ce point regroupe les différentes corrections suivantes :

659.1 Règle RG_VF_B3

Cette correction a pour objet d'ouvrir la règle de détermination du montant de la majoration Urgence à tous les PS pouvant facturer des codes prestation NGAP, à savoir toutes les familles de PS hormis les Fournisseurs.

659.3 Taux du PM2 en FSV

Les préparations magistrales PM2 et PM4 sont couvertes à 80% en FSV.

L'objet de cette correction est de supprimer le code PM2 de la liste des actes à 15% dans le cas d'un code couverture 0104 : ce code couverture doit fonctionner comme les autres codes relevant du FSV (0204, 1004, 9004).

659.6 Intégration FR212

L'objet de ce point est de prendre en compte en table 8.3 de l'Annexe2bis les modifications introduites par la FR 212 dont l'intégration a été oubliée lors de la mise à jour annuelle précédente.

2.10.2 Synthèse des impacts

Annexes Communes	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
A2bis	Table 8.3	Supprimer le code PM2 de la ligne 15% pour le code situation 0104	659.3
	Table 8.3	Intégrer les modifications de la FR212	659.6
DF_A2	EF_A2_TS	Ouvrir la règle RG_VF_B3 à toutes les spécialités hors Fournisseurs (60 à 68)	659.1

2.10.3 Impacts détaillés

Impacts A2bis

.../...

Table 8.3

.../...

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
.../...	• .../...	.../...
0103	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % • PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% <li style="text-align: right;">autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
0104	<ul style="list-style-type: none"> • PH2, PM2, HD2, HG2, MHU 15 % • PH4, PPI, HD4, HG4 30% • HDA, HDE, HDR, PH7, HD7, HG7 65 % <li style="text-align: right;">autres 80 % 	FSV
.../...	• .../...	.../...
0107	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % • PH2, PM2, HD2, HG2 15% • MHU, PMH 65 % • PH4, PM4, HD4, HG4 80 % <li style="text-align: right;">autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
.../...	• .../...	.../...
0110	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % • PH2, PM2, HD2, HG2 15% • MHU, PMH 65 % • PH4, PM4, HD4, HG4 80 % <li style="text-align: right;">autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
.../...	• .../...	.../...
0203	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % • PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% • PH4, PM4, HD4, HG4 30% <li style="text-align: right;">autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
.../...	• .../...	.../...
0207	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % • PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH, • PH4, PM4, HD4, HG4 90 % <li style="text-align: right;">autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
.../...	• .../...	.../...

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
1003	<ul style="list-style-type: none"> • 100% • PM2, HD2, HG2, MHU, PMH : 15% • PH4, PM4, PPI, HD4, HG4 : 45% • autres : 100% 	assuré ou bénéficiaire exonéré
.../...	• .../...	.../...
9003	<ul style="list-style-type: none"> • 100% • PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH : 15% • PH4, PM4, PPI, HD4, HG4 : 30% • autres : 100% 	assuré ou bénéficiaire exonéré
.../...	• .../...	.../...

Impacts DF_A2

EF_A2_TS Tableaux de Synthèse

Spécialité	Libellé spécialité	.../...	B3 -> RG_VF_B3	.../...
1	Médecine générale	.../...	1	.../...
2	Anesthésie-Réanimation	.../...	1	.../...
3	Cardiologie	.../...	1	.../...
4	Chirurgie générale	.../...	1	.../...
5	Dermatologie et Vénérologie	.../...	1	.../...
6	Radiologie	.../...	1	.../...
7	Gynécologie obstétrique	.../...	1	.../...
8	Gastro-Entérologie et Hépatologie	.../...	1	.../...
9	Médecine interne	.../...	1	.../...
10	Neuro-Chirurgie	.../...	1	.../...
11	Oto-Rhino-Laryngologie	.../...	1	.../...
12	Pédiatrie	.../...	1	.../...
13	Pneumologie	.../...	1	.../...
14	Rhumatologie	.../...	1	.../...
15	Ophthalmologie	.../...	1	.../...
16	Chirurgie urologique	.../...	1	.../...
17	Neuro-Psychiatrie	.../...	1	.../...
18	Stomatologie	.../...	1	.../...
19	Chirurgien Dentiste	.../...	1	.../...
20	Réanimation médicale	.../...	1	.../...
21	Sage-femme	.../...	1	.../...
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	.../...	1	.../...
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	.../...	1	.../...
24	Infirmier	.../...	1	.../...
26	Masseur Kinésithérapeute	.../...	1	.../...
27	Pédicure Podologue	.../...	1	.../...
28	Orthophoniste	.../...	1	.../...
29	Orthoptiste	.../...	1	.../...
30	Laboratoire d'analyses médicales	.../...	1	.../...
31	Rééducation Réadaptation Fonctionnelle	.../...	1	.../...
32	Neurologie	.../...	1	.../...
33	Psychiatrie	.../...	1	.../...
34	Gériatrie	.../...	1	.../...
35	Néphrologie	.../...	1	.../...
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.	.../...	1	.../...

37	Anatomo-Cyto-Pathologie	.../...	1	.../...
38	Médecin biologiste	.../...	1	.../...
39	Laboratoire Polyvalent	.../...	1	.../...
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie	.../...	1	.../...
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie	.../...	1	.../...
42	Endocrinologie et Métabolisme	.../...	1	.../...
43	Chirurgie infantile	.../...	1	.../...
44	Chirurgie maxillo-faciale	.../...	1	.../...
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	.../...	1	.../...
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	.../...	1	.../...
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	.../...	1	.../...
48	Chirurgie vasculaire	.../...	1	.../...
49	Chirurgie viscérale et digestive	.../...	1	.../...
50	Pharmacie d'officine	.../...	1	.../...
51	Pharmacie mutualiste	.../...	1	.../...
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	.../...	1	.../...
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	.../...	1	.../...
60	Prestataire de type société	.../...		.../...
61	Prestataire de type artisan	.../...		.../...
62	Prestataire de type association	.../...		.../...
63	Orthésiste	.../...		.../...
64	Opticien	.../...		.../...
65	Audioprothésiste	.../...		.../...
66	Epithésiste Oculariste	.../...		.../...
67	Podo-orthésiste	.../...		.../...
68	Orthoprothésiste	.../...		.../...
69	Chirurgie orale	.../...	1	.../...
70	Gynécologie médicale	.../...	1	.../...
71	Hématologie	.../...	1	.../...
72	Médecine nucléaire	.../...	1	.../...
73	Oncologie médicale	.../...	1	.../...
74	Oncologie radiothérapique	.../...	1	.../...
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	.../...	1	.../...
76	Radiothérapie	.../...	1	.../...
77	Obstétrique	.../...	1	.../...
78	Génétique médicale	.../...	1	.../...
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	.../...	1	.../...
80	Santé publique et médecine sociale	.../...	1	.../...
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	.../...	1	.../...
82	Médecine légale et expertises médicales	.../...	1	.../...
83	Médecine d'urgence	.../...	1	.../...
84	Médecine vasculaire	.../...	1	.../...
85	Allergologie	.../...	1	.../...
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)	.../...	1	.../...

2.11 Point 788 HN et parcours de soins

2.11.1 Présentation du point

Une prestation de code HN fonctionne comme un acte secondaire : il peut être exclu du parcours ou concerné selon le comportement de l'acte support facturé à la même date.

L'objet de ce point est d'ajouter cette précision au niveau de la règle de détermination des cas d'exclusion du parcours de soins en fonction des prestations.

2.11.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
CF	RG_CF333 [CP1]	Ajout du comportement pour les prestations HN : Une prestation HN fonctionne comme un acte secondaire : il peut être exclu du parcours ou concerné selon le comportement de l'acte support facturé à la même date.	788

2.11.3 Impacts détaillés

Impacts CF

.../...

§3.5 CF04 : Finaliser le contexte commun de prise en charge AMO

.../...

[RG_CF333] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins en fonction des prestations

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Certaines prestations sont automatiquement exclues du parcours de soins du fait de la combinaison des paramètres suivants :

- le code prestation (code regroupement pour les prestations CCAM), (EF_IP04_01)
- le code acte CCAM (code affiné), (EF_IP09_01)
- le motif médical d'exonération, (EF_CF08_03)
- la nature d'assurance. (EF_CF02_02)

Les prestations exclues du parcours de soins sont identifiées dans la table EF_A2_T15.3 de l'annexe 2bis.

- ou du fait de la catégorie médicale de l'acte pour un acte de la nomenclature CCAM.

Les valeurs de catégories médicales excluant du parcours de soins sont identifiées dans la table EF_A2_T15.5 de l'annexe 2 bis



Tables utilisées

- Table 15.3 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T15.3)
- Table 15.5 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T15.5)



Références réglementaires

- Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04



Cas particuliers

[CP1] Actes associés

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre du parcours de soins :

- Un code prestation de type « secondaire » (EF_IP05_01), s'il relève du contexte particulier d'exclusion du parcours de soins (cf. règle RG_CF_R37 – table EF_A2_T15.3) alors ce contexte s'applique également au code prestation de type « support » associé.

- Inversement un code prestation de type « support », s’il relève du contexte particulier d’exclusion du parcours de soins (cf. règle R37 – table 15.3) alors ce contexte s’applique également aux codes prestation de type « secondaire » **et aux prestations de code HN** associés.



Pour rappel, deux prestations sont associées si et seulement si elles sont facturées à la même date d’exécution (EF_IP04_02).



Tables utilisées

- Table 1 de l’Annexe 2bis (EF_A2_T1)

.../...

2.12 Point 790 PAV toujours à 0%

2.12.1 Présentation du point

Le taux du code prestation PAV est égal à 0 dans tous les cas, même si le taux lié à l’individu (issu des codes couverture en table 8.x) est supérieur.

L’objet de ce point est d’ajouter à la règle de finalisation du taux de remboursement un cas particulier spécifique au code prestation PAV.

2.12.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l’impact/ Commentaire	Point
VF	RG_VF_T13 [CP6]	Nouveau cas particulier : « Prestations PAV »	790

2.12.3 Impacts détaillés

Impacts VF

.../...

§3.3.3 VF02.03 : Finaliser le taux de remboursement de la prestation

.../...

[RG_VF_T13] Finaliser le taux de remboursement de la prestation (EF_VF05_04) et déterminer le code justificatif d’exonération de la prestation (EF_VF05_05)

.../...

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[CP6] Prestations PAV

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les prestations de code PAV, le taux de remboursement et le code justificatif d’exonération (EF_VF05_05) sont valorisés à zéro.

2.13 Point 807 Correction Table 12

2.13.1 Présentation du point

Pour certains codes secondaires, la compatibilité en table 12 avec les actes support est exprimée de façon générique « tous actes de nomenclature xxx ».

Cependant, dans certains cas, la liste détaillée des actes support compatibles figure également : cela concerne les codes FDA FDC, FDR et FPC.

L'objet de ce point est de supprimer de la table 12 les informations en doublon en conservant uniquement la ligne générique « tous actes de nomenclature xxx ».

2.13.2 Synthèse des impacts

Annexes Communes	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
DF_A2	EF_A2_T12	Suppression des codes prestations support de nomenclature CCAM pour les codes secondaires FDA , FDR, FDC Car ceux-ci sont déjà définis comme compatibles avec « tout acte de nomenclature CCAM »	807

2.13.3 Impacts détaillés

Impacts DF_A2

.../...

EF_A2_T12 Table 12

FDA	ADM
FDA	AID
FDA	ASC
FDA	BR1
FDA	CM0
FDA	CT0
FDA	CT1
FDA	CZ0
FDA	CZ1
FDA	IC0
FDA	IC1
FDA	IN1
FDA	PA0
FDA	PA1
FDA	PF0
FDA	PF1
FDA	PT0
FDA	RA0
FDA	RE1
FDA	RF0
FDA	RS0
FDA	SU0

FDA	SU1
FDA	Tout acte de nomenclature CCAM
FDC	ADM
FDC	AID
FDC	ASC
FDC	BR1
FDC	CM0
FDC	CT0
FDC	CT1
FDC	CZ0
FDC	CZ1
FDC	IC0
FDC	IC1
FDC	IN1
FDC	PA0
FDC	PA1
FDC	PF0
FDC	PF1
FDC	PT0
FDC	RA0
FDC	RE1
FDC	RF0
FDC	RS0
FDC	SU0
FDC	SU1
FDC	Tout acte de nomenclature CCAM
FDR	ADM
FDR	AID
FDR	ASC
FDR	BR1
FDR	CM0
FDR	CT0
FDR	CT1
FDR	CZ0
FDR	CZ1
FDR	IC0
FDR	IC1
FDR	IN1
FDR	PA0
FDR	PA1
FDR	PF0
FDR	PF1
FDR	PT0
FDR	RA0
FDR	RE1
FDR	RF0
FDR	RS0
FDR	SU0
FDR	SU1
FDR	Tout acte de nomenclature CCAM
FPC	ADM
FPC	AID
FPC	ASC
FPC	BR1

FPC	CM0
FPC	CT0
FPC	CT1
FPC	CZ0
FPC	CZ1
FPC	IG0
FPC	IC1
FPC	IN1
FPC	PA0
FPC	PA1
FPC	PF0
FPC	PF1
FPC	PT0
FPC	RA0
FPC	RE1
FPC	RF0
FPC	RS0
FPC	SU0
FPC	SU1
FPC	Tout acte de nomenclature CCAM

2.14 Point 819 HDE pour médicaments remboursables

2.14.1 Présentation du point

L'honoraire de dispensation HDE ne peut pas être généré sur la base de médicaments radiés et donc non remboursables.

L'objet de ce point est de modifier la formulation de la règle R64 afin de préciser que les médicaments spécifiques donnant droit à l'honoraire de dispensation HDE doivent nécessairement être des médicaments remboursables.

2.14.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
VF	RG_CF_R64	Précision dans la formulation de la règle : l'honoraire HDE est possible lors de la facturation de médicaments spécifiques remboursables .	819

2.14.3 Impacts détaillés

Impacts CF

§3.7 CF06 : Générer les prestations LPS

.../...

[RG_CF_R64] Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire pour médicament spécifique (EF_CF02_09)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de déterminer si la facture doit contenir une prestation d'honoraire pour médicament spécifique (HDE). Cette prestation devra être générée automatiquement par le LPS.

La présence dans la facture d'une prestation d'honoraire pour médicament spécifique dépend **à la fois** du type des prestations saisies par le PS : la facture doit contenir au moins un médicament spécifique **et remboursable**.

A noter que :

- un médicament est identifié « remboursable » comme spécifié dans ~~(cette condition est vérifiée par la règle R62 précédente),~~
- Cette caractéristique un médicament est identifié « spécifique » dans la base nationale médicaments ;

2.15 Point 820 Corrections en Table 4ter

2.15.1 Présentation du point

En table 4ter, le taux de base de certains codes prestation est modulé en fonction de la spécialité du PS.

Le code prestation MM a un taux est de 60% pour les spécialités 24, 30 et 39, et de 70% pour toutes les autres spécialités.

Or, les PS de spécialité 86 sont régis par les mêmes règles que pour la spécialité 24.

L'objet de ce point est de modifier la table 4ter afin que le taux du code prestation MM soit à 60% pour toutes les spécialités d'infirmiers, à savoir 24 et 86.

2.15.2 Synthèse des impacts

Annexes Communes			
DF_A2	EF_A2_T4ter	Ajout de la spécialité 86 parmi les spécialités pour lesquelles le taux du code MM est à 60%	820

2.15.3 Impacts détaillés

Impacts DF_A2

.../...

EF_A2_T4ter Table 4ter

...
MM	{24,86,30,39}	60	80	01/07/10
MM	<>{24,86,30,39}	70	85	01/07/10
...

2.16 Point 824 Cohérence Tables 3 et 70

2.16.1 Présentation du point

La borne de 17 ans est la limite initiale pour les consultations obligatoires introduites en 2019.

La convention médicale 2024 (applicable au 01/01/2025) a prolongé à 18 ans ces consultations.

L'objet de ce point est donc de modifier cette limite d'âge au niveau de la table 70 afin que les codes soient automatiquement générés jusqu'à 18 ans.

2.16.2 Synthèse des impacts

Annexes Communes			
DF_A2	EF_A2_T70	Modification de la dernière ligne : 18 ans et non 17	824

2.16.3 Impacts détaillés

Impacts DF_A2

.../...

EF_A2_T70 Table 70

6	ans	{01;22;23}	{1;2;3}	OPTAM	Toutes	so	so	COB
id	id	Id	{2;3}	Non OPTAM	id	BR_R_noDep	so	COB
id	id	Id	id	id	id	BR_noR_Dep	so	COA
id	id	Id	0	Non OPTAM	Toutes	so	so	COA
id	id	12	{1;2;3}	OPTAM	Toutes	so	so	COG
id	id	Id	{2;3}	Non OPTAM	Toutes	BR_R_noDep	so	COG
id	id	Id	id	id	id	BR_noR_Dep	so	COA
id	id	Id	0	Non OPTAM	Toutes	so	so	COA
17	ans	{01;22;23; 12}	{0;1;2;3}	TOUS	Toutes	so	so	so
18								

3 EV139 : Maintenance Réglementaire Sur Add8-Terminologie

3.1 Liste des points

Point	Libellé
231	Remplacement du terme « Entente préalable » par « Accord préalable »
295	Remplacer FNS et FSV par ASPA pour attestation de droits
803	Changement de libellé pour les migrants
804	Remplacer le terme OPTAM-CO par OPTAM-ACO



3.2 Point 231 : « Entente préalable » remplacé par « Accord préalable »

3.2.1 Présentation du point

La terminologie « Entente préalable » est remplacé par « Accord préalable ».

3.2.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point	
CORPS	2.2	Remplacement du terme « Entente préalable » par « Accord préalable »	231	
	2.3.4.4		231	
	2.3.4.6	Adaptation du paragraphe dans le cadre des SMG	231	
GD	2	Remplacement du terme « Entente préalable » par « Accord préalable »	231	
DICO	TB_CF09_01		231	
	IP		4.1.2	231
CF			CF02	231
	CF02.02		231	
	CF02.02 « Entente préalable »		Adaptation du paragraphe dans le cadre des SMG	231
	[RG_CF_R8]		Remplacement du terme « Entente préalable » par « Accord préalable »	231
	[RG_CF_R8][CP1]			
	[RG_CF_R8][CP2]			
	[RG_CF_RC7]			231
	[RG_CF_R335]	231		
	[RG_CF323]	231		
	[RG_CF323][CP2]	231		
	[RG_CF324]	231		
	[RG_CF324][CP2]	231		
	[RG_CF343]	231		

	[RG_CF325]		231
	CF03.02		231
	SP11		231
	[RG_CF335][SP11]		231
	[RG_CF_R8][SP11]		231
	EF_CF09	Entité renommée : « CONTEXTE Prestation Entente Accord préalable »	231
	EF_CF09_01	Donnée renommée « Code accord de l'entente préalable »	231
	EF_CF09_02	Donnée renommée : « Date d'envoi de la demande d'entente accord préalable »	231
	EF_CF09_03	Donnée renommée : « Libellé identification de l'entente accord préalable »	231
	EF_CF09_04	Donnée renommée : « Top Entente Accord Préalable nécessaire »	231
MF	6.3.1.1		231
	[RG_MF2A068]		
	[RG_MF4A044][DRE]	Remplacement du terme « Entente préalable » par « Accord préalable »	231
	[RG_MF4A050]		231
	[RG_MF50091]		231
Annexes Communes	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
A2	R8		231
DF_A2	R8bis		
	R8ter	Remplacement du terme « Entente préalable » par « Accord préalable »	
A2bis	Table 6		231
Annexe A8	3.3.5		231
Annexes CDC	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
Annexe 1-A	3.3.1.1		231
	3.3.1.2.3	Remplacement du terme « Entente préalable » par « Accord préalable »	231
	3.3.1.2.4		231
Annexe 1-A0	2.4.25	Remplacement du terme « Entente préalable » par « Accord préalable »	231
		 Pas de modification du libellé du groupe 1840	
Annexe 1-A1	2.1.4.7 RC7	Remplacement du terme « Entente préalable » par « Accord préalable »	231
	4.4		231
Annexe 1-C		Remplacement du terme « Entente préalable » par « Accord préalable »	231
		 Pas de modification du libellé du champ CCAM-24	

3.2.3 Impacts détaillés

Impacts Corps

.../...

§2.2 Architecture générale de SESAM-Vitale

.../...

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

- la carte Vitale,
- le service « Acquisition des DRoits » (ADRI),
- le support de droits AMC, reflet de la situation d'un assuré / bénéficiaire vis à vis d'un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire,
- l'attestation papier justifiant des droits à la C2S délivrée par l'AMO,
- l'attestation papier justifiant des droits des sortants de C2S délivrée par l'AMO.
- l'attestation papier justifiant d'une exonération du Ticket Modérateur (ALD,...),
- le protocole de soins ALD (remplace et étend le PIRES),
- l'attestation papier AME,
- le Guide Maternité,
- le feuillet « Accident de Travail »,
- l'ordonnance,
- le bon d'examen,
- la réponse à une demande d'entente accord préalable,

.../...

§2.3.4.4 Remboursement des soins

.../...

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

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

.../...

§2.3.4.6 La procédure d'Entente Accord Préalable

.../...

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

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

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

.../...

Impacts GD

.../...

§2 Définitions et Abréviations

.../...

Accord préalable

Procédure d'autorisation préalable (sauf urgence) à certains actes ou traitements, délivrée par l'Assurance Maladie Obligatoire, et subordonnant leur prise en charge par celle-ci.

~~L'accord préalable équivaut à entente préalable.~~

Historiquement, le terme « entente préalable » était utilisé.

.../...

Autorisation préalable

~~Voir Entente préalable.~~

Voir Accord préalable.

.../...

Entente préalable

Voir Accord préalable

~~(Accord préalable)~~

~~Procédure d'autorisation préalable (sauf urgence) à certains actes ou traitements, délivrée par l'Assurance Maladie Obligatoire, et subordonnant leur prise en charge par celle-ci.~~

~~L'entente préalable équivaut à accord préalable.~~

Prise en charge

Prise en charge au titre de l'assurance complémentaire : procédure visant à informer l'assuré des conditions de remboursement de l'assurance complémentaire au préalable à la réalisation de certains actes ou traitements.

Prise en charge au titre de l'assurance obligatoire : accord de prise en charge délivré par l'organisme de base faisant généralement suite à une demande **d'entente accord** préalable ou à un devis.

.../...

Impacts DICO

.../...

TB_CF09_01	EF_CF09_01	Code accord entente accord préalable	1840-2
TB_CF09_01	0	Pas de réponse de la caisse dans le délai réglementaire	
TB_CF09_01	4	Réponse favorable	
TB_CF09_01	5	Notion d'urgence	
TB_CF09_01	9	Acte non soumis à accord préalable	

Impacts IP

.../...

§4.1.2 Impact IP02.02 : Contrôler les informations détaillées de la prestation

.../...

Règles de gestion

PRESTATIONS CCAM

[RG_IP_CC8] [SP11] Contrôler la Validité du code acte CCAM (EF_IP09_01)

PR	AM	LB	PH	FR	TR
----	----	----	----	----	----

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir un code acte CCAM

- soit qui n'existe pas dans la base CCAM (DF_CCAM) ;
- soit qui n'est pas valide à la date des soins.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du code acte CCAM (EF_IP09_99) à VRAI.

Débrayages à opérer

.../...

.../...

CF02.02

Acquérir les informations spécifiques du contexte prestation de prise en charge AMO

RG_CF_RC7 Compatibilité Entente Accord préalable

La compatibilité avec le code acte CCAM forcé n'a pas à être respectée

.../...

.../...

.../...

Impacts CF

.../...

§CF02 : Acquérir le contexte de prise en charge AMO niveau prestation

Vue générale

Nom CF02 Acquérir le contexte de prise en charge AMO niveau prestation

Description Cette opération consiste à acquérir les données de contexte de prise en charge de chaque prestation de la facture par l'assurance maladie obligatoire au regard des droits du bénéficiaire de soins et de la réglementation.

Ces données se répartissent en 2 parties :

- Les données générales de contexte de la prestation, correspondant à l'entité fonctionnelle « Contexte Prestation »
- Et les données spécifiques de contexte de la prestation, correspondant aux spécificités suivantes :
 - Les données liées à l'Entente Accord préalable
 - Les données liées à la Prévention commune AMO/AMC

Entrées Table 6 de l'annexe 2bis

EF_A2_T6

Base CCAM

DF_CCAM

Sorties Contexte Prestation AMO

EF_CF08

Contexte Prestation Entente Accord préalable

EF_CF09

.../...

§CF02.02 : Acquérir les données spécifiques du contexte prestation de prise en charge AMO

Vue générale

Nom CF02.02 Acquérir les données spécifiques du contexte prestation de prise en charge AMO

Description Cette opération consiste à acquérir les données spécifiques de contexte de la prestation pour la prise en charge AMO, correspondant aux spécificités suivantes :

- Les données liées à l'Entente Accord préalable
- Les données liées à la Prévention commune AMO/AMC

Entrées Table 6 de l'annexe 2bis EF_A2_T6

Base CCAM DF_CCAM

Sorties Contexte Prestation Entente Accord Préalable EF_CF09

Contexte Prestation Prévention AMO/AMC EF_CF10

Situations spécifiques Forçage SP11

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

Règles Entente Accord préalable

Préambule

Soumission à entente accord préalable

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					


Certaines prestations sont soumises à une entente accord préalable pour donner lieu à prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Dans ce cas, il revient au Professionnel de santé de renseigner les informations liées à la demande d'entente accord préalable pour la prestation concernée.


Prise en charge SMG

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

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

«Qu'il ait transmis une demande de prise en charge SMG ou une demande d'accord entente préalable, le Professionnel de Santé est tenu de renseigner dans la facture les données liées à l'accord entente préalable pour les prestations soumises à Accord Entente Préalable.»

 **Remarque** : C'est le PS qui sait si la prestation est soumise à entente accord préalable ou pas. Cette partie n'est donc pas une règle mais uniquement une partie informationnelle.

 **Remarque** : D'après les tableaux de synthèse de l'annexe 2 (EF_A2_TS), les Sages-femmes ne sont jamais soumises à entente accord préalable.

Règles de
gestion**[RG_CF_R8] Déterminer la nécessité d'une entente accord préalable (EF_CF09_99) pour une prestation non CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation vérifie si un code prestation est susceptible d'être soumis à la formalité de l'entente accord préalable pour une spécialité de Professionnel de Santé.

Dans l'affirmative, le système de facturation en informe le Professionnel de Santé et lui propose de renseigner les données liées à l'entente accord préalable (EF_CF09).

**Tables utilisées**

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)
- Table 6 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T6)

**Référence réglementaire :**

- NGAP



Cette règle est à réaliser une seule fois par facture pour toutes les prestations de même couple (code prestation, coefficient) (les dates d'exécution peuvent être différentes).



Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente RG_CF_RC7.

**Pour information : Gestion de l'entente accord préalable par l'AMO**

La caisse dispose d'un délai de 15 jours pour se prononcer sur la demande d'entente accord préalable, à défaut de réponse dans ce délai, son accord est réputé acquis.

A noter que, concernant les actes dentaires, la demande d'entente accord préalable n'est plus requise sauf pour les actes d'orthopédie dento-faciale et les actes de chirurgie pré-prothétique qui restent soumis à la formalité d'entente accord préalable.



[SP11] Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

**Cas particuliers****[CP1] Actes de Biologie (EF_IP05_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation vérifie la nécessité d'une entente accord préalable pour chaque code affiné biologie (EF_IP12_01) de la facture.

Dès lors qu'au moins un code affiné est soumis à entente accord préalable, le système de facturation en informe le Professionnel de Santé et lui propose de renseigner les données liées à l'entente accord préalable (EF_CF09).

**Tables utilisées**

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF_A2_T1)
- Table nationale de biologie

**Référence réglementaire :**

- NABM

[CP2] Produits de la LPP (EF_IP05_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation vérifie la nécessité d'une entente accord préalable pour chaque code détaillé LPP (EF_IP15_01) de la facture.

Dès lors qu'au moins un code affiné est soumis à entente accord préalable, le système de facturation en informe le Professionnel de Santé et lui propose de renseigner les données liées à l'entente accord préalable (EF_CF09).



Tables utilisées

- NABM
- Base LPP



Ce cas particulier est soumis à la consigne CG_PG001.

[RG_CF_RC7] Déterminer la nécessité d'une entente accord préalable (EF_CF09_99) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier si un acte CCAM est soumis à entente accord préalable.

En fonction de la base CCAM (DF_CCAM), le système de facturation vérifie si le code acte CCAM est soumis à la formalité de l'entente accord préalable.

Le top entente accord préalable d'un acte donné est contenu dans le champ CCAM-24 de la base CCAM. (DF_CCAM)

Cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle RC7

Dans l'affirmative, le système de facturation en informe le Professionnel de Santé en lui proposant de renseigner les données liées à l'entente accord préalable (EF_CF09) et positionne le top Entente Accord Préalable nécessaire (EF_CF09_99) à VRAI.

[RG_CF335] Contrôler le code accord de l'entente préalable (EF_CF09_01) en cas de nécessité d'une entente accord préalable (EF_CF09_99) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation CCAM soumise à entente accord préalable (EF_CF09_99= VRAI) le code accord préalable doit être nécessairement renseigné.



[SP11] Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.

[RG_CF323] Acquérir le code accord de l'entente préalable (EF_CF09_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code accord de l'entente préalable est renseigné par le Professionnel de Santé.

Ce code prend l'une des valeurs suivantes :

- absence de réponse de la caisse dans le délai réglementaire
- réponse favorable
- notion d'urgence



Cas particuliers

.../...

[CP2] Nature d'assurance Soins Médicaux Gratuits

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En nature d'assurance SMG, le code accord **entente** préalable ne peut pas prendre la valeur « pas de réponse de la caisse ».

[RG_CF324] Acquérir la Date d'envoi de l'entente accord préalable (EF_CF09_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date d'envoi de l'**entente accord** préalable est renseignée par le Professionnel de Santé. Elle correspond à la date à laquelle l'**entente accord** préalable a été postée.
 Cette information est obligatoire en cas de facture soumise à **entente accord** préalable, i.e. lorsque le code accord **de l'entente** préalable est renseigné.



Dans le cas de la C2S, la date est la date d'accord de prise en charge C2S.

.../...

[CP2] Traitement LPP d'oxygénothérapie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une prestation LPP d'oxygénothérapie, la date d'envoi de l'**entente accord** préalable peut être postérieure à la date d'exécution de la prestation.

[RG_CF343] Contrôler la date d'envoi de l'entente accord préalable (EF_CF09_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Lorsqu'elle est renseignée, la date d'envoi de l'**entente accord** préalable (EF_CF09_02) doit être antérieure ou égale à la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02).

[RG_CF325] Acquérir l'identification de l'entente accord préalable (EF_CF09_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'identification de l'**entente accord** préalable est renseignée par le Professionnel de Santé. Elle correspond au N° d'ordre de l'**entente accord** préalable.
 Cette information n'est pas renseignée actuellement et est réservée pour utilisation future.

.../...

§CF03.02 : Contrôler le contexte prestation de prise en charge AMO

Vue générale

Nom CF03.02 Contrôler le contexte prestation AMO

Description Cette opération consiste à contrôler les données du contexte prestation AMO soit en fonction des données de la prestation acquises dans IP « Acquérir Information Prestation » soit en fonction des données de contexte commun AMO.

Entrées	Code conventionnel	EF_PS03_13
	Contrat tarifaire PS	EF_PS04_03
	Code prestation	EF_IP04_01
	Date d'exécution de la prestation	EF_IP04_02
	Type de prestation	EF_IP05_01

Code qualificatif de la dépense	EF_CF08_01
Date d'envoi de la demande d'entente accord préalable	EF_CF09_02
Existence d'une déclaration de médecin traitant	EF_CF13_01
Situation au regard du parcours de soins	EF_CF13_02
Table 7 de l'annexe 2bis	EF_A2_T7

.../...

§SP11 : Situations spécifiques de Forçage

Principe

CCAM

Pour une prestation CCAM, les données de la facture qui peuvent être forcées par le professionnel de santé sont les suivantes :

- Compatibilité entre la nature d'assurance et l'acte effectué,
- Compatibilité du code regroupement avec le qualificatif de la dépense,
- Nécessité d'une entente accord préalable pour l'acte effectué.

Les informations spécifiques CCAM suivantes peuvent également être forcées dans la facture par le professionnel de santé :

- Code remboursement exceptionnel CCAM

Hors CCAM et hors honoraires générés

Le Professionnel de Santé a la possibilité de forcer au niveau du système de facturation:

- La compatibilité entre la nature d'assurance et l'acte effectué (EF_A2_T4),
- La compatibilité entre le code accord de l'entente préalable et l'acte effectué (EF_A2_T6),
- La compatibilité entre le code qualificatif de la dépense et l'acte effectué (EF_A2_T7).

Ces forçages positionnent le top indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation non CCAM (EF_CF08_98).

.../...

Tableau de synthèse

Les données qui peuvent être forcées par le professionnel de santé, les règles outrepassées par le forçage et l'indicateur de forçage à positionner dans chaque cas sont présentées dans les tableaux de synthèse ci-après (l'un pour les prestations CCAM, l'autre pour les prestations hors CCAM, le dernier pour toutes les prestations indépendamment de leur nomenclature).

PRESTATIONS CCAM

Opération	Règle outrepassée	Donnée forcée	Indicateur à positionner
-----------	-------------------	---------------	--------------------------

CF02.01	RG_CF_CC11	Acquérir le code remboursement exceptionnel CCAM	Code remboursement exceptionnel CCAM	EF_CF08_04	EF_CF08_96
CF03.01	RG_CF_RC8	Contrôler la nature d'assurance pour une prestation CCAM	Code nature d'assurance	EF_CF02_02	EF_CF08_99
CF03.02	RG_CF_RC7	Contrôler la nécessité d'une entente accord préalable pour une prestation CCAM	Code accord de l'entente préalable	EF_CF09_01	EF_CF08_99
CF03.02	RG_CF_R17 EF_A2_T7bis	Contrôler le code qualificatif de la dépense pour une prestation CCAM	Code qualificatif de la dépense	EF_CF08_01	EF_CF08_97

PRESTATIONS HORS CCAM

Opération	Règle outrepassée	Donnée forcée	Indicateur à positionner
CF03.01	RG_CF_R3 EF_A2_T4	Code nature d'assurance	EF_CF08_98
CF03.02	RG_CF_R8 EF_A2_T6	Code accord de l'entente préalable	EF_CF08_98
CF03.02	RG_CF_R17	Code qualificatif de la dépense	EF_CF08_98

.../...

§Impact CF03.02 : Contrôler le contexte de prise en charge AMO

Règles de gestion

PRESTATIONS CCAM

[RG_CF335] [SP11] Contrôler le code accord de l'entente préalable (EF_CF09_01) en cas de nécessité d'une entente accord préalable (EF_CF09_99) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle), le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre à savoir ne pas renseigner le code accord préalable.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité pour une prestation CCAM (EF_CF08_99) à VRAI.

[RG_CF_R17] [CP1][SP11] Contrôler le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle), le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code qualificatif de la dépense.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du code qualificatif de la dépense (EF_CF08_97) à VRAI.

Règles de gestion

PRESTATIONS HORS CCAM

[RG_CF_R8] [SP11] Contrôler la nécessité d'une entente accord préalable (EF_IP09_04 EF_CF09_99) en fonction de la spécialité du PS (EF_PS03_14)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle), le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code accord entente préalable.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation non CCAM (EF_CF08_98) à VRAI.

.../...

EF_CF09	CONTEXTE Prestation Entente Accord préalable	01	Code accord de l'entente préalable	C	323
		02	Date d'envoi de la demande d'entente accord préalable	D	324
		03	Libellé identification de l'entente accord préalable	L	325
		99	Top Entente Accord Préalable nécessaire	T	R8/Rc7

.../...

Impacts MF

.../...

§6.3.1.1 Création d'un type 2A

.../...

[RG_MF2A068] Date de Prescription

Données utilisées

• date de prescription	EF_IP03_02
• date d'envoi de la demande d'entente accord préalable	EF_CF09_02
• date d'exécution de la prestation	EF_IP04_02

Règle

Dans le cas d'une prescription ou d'une proposition de prothèse dentaire (EF_IP03 renseigné), ce champ est à renseigner au format AAMMJJ à partir de la date de prescription (EF_IP03_02)

Dans le cas contraire,

- dans le cas d'une **entente accord** préalable (EF_CF09 renseigné), ce champ est à renseigner à partir de la date d'envoi de la demande d'**entente accord** préalable (EF_CF09_02),
- sinon ce champ est à renseigner à partir de la date la plus ancienne des dates d'exécution des différentes prestations (EF_IP04_02).

.../...

§6.3.2.1 Création d'un type 4A

.../...

[RG_MF4A044] [FSE] Date de la demande d'accord préalable ou date d'accord de prise en charge CMU

[RG_MF4A044] [DRE] Date de la demande préalable

Données utilisées

• Contexte Prestation Entente Accord préalable	EF_CF09
---	---------

Règle

Dans le cas d'une **Entente Accord** préalable (EF_CF09 renseigné), renseigner à partir de la date d'envoi de la demande d'**entente accord** préalable (EF_CF09_02)

Dans le cas contraire, renseigner par défaut à la valeur '0' (zéro).

[RG_MF4A050] Code accord préalable

Données utilisées

• Contexte Prestation Entente Accord préalable	EF_CF09
---	---------

Règle

Dans le cas d'une **entente accord** préalable (EF_CF09 renseigné), renseigner à partir du code accord **de l'entente** préalable (EF_CF09_01)

Dans le cas contraire, renseigner par défaut à la valeur '9'.

.../...

§6.3.3 Fin de facture : type 5

.../...

[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
--------------------------------------	------------

.../...

Impacts Annexe 2

.../...

R8	Nécessité d'une entente accord préalable pour un code prestation en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé	RG_CF_R8
R8bis	Contrôle de la nécessité d'une entente accord préalable pour les actes de biologie	RG_CF_R8[CP1]
R8ter	Contrôle de la nécessité d'une entente accord préalable pour les produits de la LPP	RG_CF_R8[CP2]

.../...

Impacts A2bis

.../...

Table 6 : Table des codes prestation susceptibles d'être soumis à la formalité de l'entente accord préalable

.../...

Impacts Annexe 8

.../...

§3.3.5 Elaborer la FSE

.../...



Facturer dans le cadre des SMG

Lorsque le code nature d'assurance (EF_RD040.01) vaut « 22 », le système de facturation informe le PS que les soins sont pris en charge dans le cadre des SMG.

Le contexte de rétinopathie n'ouvre pas de possibilité à dépassements SMG et le code CCAM n'est pas soumis à Entente Accord préalable.

.../...

Impacts Annexe 1-A

.../...

§3.3.1.1 Forçage des éléments de tarification hors CCAM

.../...

Forçage des données de la facture pour une prestation Hors CCAM

Les données de la facture qui peuvent être « forcées » par le Professionnel de Santé sont présentées dans le tableau suivant avec, en regard, la table de l'annexe2 dans laquelle ces données sont spécifiées.

Données forçables Hors CCAM	Table de l'annexe 2	Valeur indicateur
• la nature de prestation ou code de l'acte	table 1	A
• les caractéristiques du code prestation (type de prestation, type de nomenclature, groupe fonctionnel ou top codage affiné) Attention : pour toute prestation de la table 1, la donnée « origine prestation » n'est pas une donnée forçable.	table 1	C
• la compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance	table 4	C
• la nécessité d'une prescription pour l'acte effectué	table 4	C
• la nécessité d'un coefficient et les valeurs minimale et maximale spécifiées pour ce coefficient	table 4	C
• la compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	table 4	C
• la compatibilité de l'acte avec une majoration de nuit, dimanche ou férié	table 4	C
• le taux théorique de remboursement	table 4ter	C
• la compatibilité de l'acte avec la spécialité du Professionnel de Santé	table 2	C
• la compatibilité de l'acte avec le contexte conventionnel du Professionnel de Santé (règle R1bis) dans le respect des tarifs opposables (règles P3 et P4) s'il y a lieu	table 2bis	C
• la compatibilité de l'acte avec la qualité du bénéficiaire	table 3	C
• la compatibilité de l'acte avec l'âge du bénéficiaire	table 3	C
• la compatibilité de l'acte avec la nécessité d'une entente accord préalable	table 6	C

.../...

3.3.1.2.3 Forçage des données de la facture pour une prestation CCAM

Pour une prestation CCAM, les données de la facture qui peuvent être « forcées » par le Professionnel de Santé sont les suivantes :

- la compatibilité entre la spécialité de l'exécutant et l'acte effectué,
- la compatibilité entre la nature d'assurance et l'acte effectué,
- la nécessité d'une **entente accord** préalable pour l'acte effectué,

.../...

Le forçage d'une donnée de la facture équivaut à dire que le Professionnel de Santé outrepassé les règles correspondantes :

Données forçables	Règles CCAM outre-passables	
• Spécialité PS	RC5	Compatibilité du couple acte/activité avec la spécialité de l'exécutant
• Nature d'assurance	RC8	Compatibilité entre le code acte CCAM et la nature d'assurance

Données forçables	Règles CCAM outre-passables	
• Nécessité d'une entente accord préalable	RC7	Contrôle de la nécessité d'une entente accord préalable pour un code acte CCAM
• .../...	.../...	.../...

3.3.1.2.4 Forçage et débrayage

.../...

Donnée forcée	Règle outrepassée déclenchante	Règles non vérifiables en conséquence			
		Règles de niveau acte		Règles traitées pour l'ensemble de la facture	
Acte	CC8	CC6	Obligation codage CCAM	BC1	Calcul PU
		CC9	Valeur des modificateurs	BC99	Calcul BR
		CC12	Acte CCAM/code regroupement	CC1	Association d'actes
		CC13	Modificateurs AMC	RC15-RC17	Compatibilité entre actes CCAM
		CC14	Supplément de charge en cabinet	TC5	Exonération Facture
		CC15	Compatibilité taux/justif d'exonération		
		RC4	Compatibilité modificateur/âge du bénéficiaire		
		RC6	Frais de déplacement		
		RC11	Modificateur Férié		
		RC12	Compatibilité modificateurs entre eux		
		RC18	Modificateur multiple		
		CC3	Acte complémentaire isolé		
		CC5	Renseignement des n° de dents		
		CC7	Code regroupement		
		CC11	Exonération Facture		
		CC16	Compatibilité date de naissance/date des soins		
		RC1	Code activité		
		RC2	Code phase		
		RC3	Code modificateur		
		RC5	Compatibilité spécialité Exécutant		
		RC7	Compatibilité Entente Accord préalable		
		RC8	Compatibilité Nature d'Assurance		
		RC9	Compatibilité Agrément Radio		
		RC13	Compatibilité Age du bénéficiaire		
		RC14	N° de dents		
		TC1	Exonération Prévention		
		TC2;TC3, TC4;T5, T6	Exonération Acte CCAM		

.../...

Impacts Annexe 1-A0

.../...

§2.4.25 1840-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Entente Préalable







Groupe de données

Ce groupe est obligatoire pour les prestations soumises à **entente accord** préalable, y compris en cas de prise en charge SMG.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1840	Groupe Complément de prestation Entente Préalable	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l' entente accord préalable
2. Code accord entente préalable	EF_CF09_02	 RG_CF324  Cette information est obligatoire
3. Date d'envoi de la demande d' entente accord préalable	EF_CF09_03	 RG_CF324  RG_CF343  Cette information est obligatoire
4. Identification de l' entente accord préalable		 zone réservée pour utilisation future

.../...

Impacts Annexe 1-A1

.../...

§2.1.4.7 RC7 – **Entente Accord** préalable

Règle

 [SFG CF](#) [RG CF RC7](#)

 [SFG CF](#) [RG CF323](#)

Fonction à utiliser

SRT_ConsulterDonnee (CCAM-24)

Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur CCAM-24
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3100	Groupe Niveau acte
	Code de l'acte

Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3116	Groupe Type Booléen
	Top nécessité d'une entente accord préalable
	<ul style="list-style-type: none"> « O » = acte soumis à entente accord préalable « N » = acte non soumis à entente accord préalable

.../...

§4.4 Diagnostics

.../...

Référence CdC	Libellé principal	Libellé Secondaire	Outre-passable O/N
.../...			
RC7	Absence entente accord préalable	Acte [].	O
.../...			

.../...

Impacts Annexe 1-C

.../...

§5 L'administration des données CCAM

5.1 La fonction de Consultation de données CCAM

CCAM-24	Acte soumis à entente préalable	Données d'Entrée	Données de Sortie
		Date de référence Code de l'acte	Top

	Positionné à « N » (Non) par défaut. Positionnée à « O » (Oui) si l'acte est soumis à entente accord préalable.
--	---

.../...

3.3 Point 295 : FNS et FSV remplacé par ASPA

3.3.1 Présentation du point

Le FNS : Fonds National de Solidarité, se nomme désormais ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées.

➔ Les termes « FNS » et « FSV » sont remplacés par « ASPA » dans l'ensemble du corpus SV.



A noter que ces termes ne sont pas modifiés dans les tables 8.x et 50 de l'Annexe2bis. Ce point sera traité ultérieurement à la modification des libellés des outils caisse et des fiches reflet

3.3.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
GD	2	Mise à jour des définitions des termes FNS et FSV	295
DICO	TB_VF05_05	Remplacement du terme « FNS » par le terme « ASPA »	295
VF	3.3.1.4		295
	3.3.3		295
MF	6.3.2.1		295
Annexes Communes	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
A2bis	Table 8.1	Remplacement du terme « FSV » par le terme « ASPA »	295
	Table 8.2		295
	Table 8.3		295
	Table 8.4		295
	Table 8.5		295
	Table 50.1		295
	Table 50.4		

3.3.3 Impacts détaillés

Impacts DICO

.../...

TB_VF			
.../...			
TB_VF05_05	EF_VF05_05	Code justification d'exonération ticket modérateur	1820-2; 3431

TB_VF05_05	0	Pas d'exonération	
TB_VF05_05	3	Soins particuliers exonérés	
TB_VF05_05	4	Soins relatifs aux affections liste, hors liste ou multiples (ALD)	
TB_VF05_05	5	Assuré ou bénéficiaire exonéré (C.A.S.)	
TB_VF05_05	6	Exonération régimes spéciaux (Service médical SNCF, régime des Mines)	
TB_VF05_05	7	Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention	
TB_VF05_05	8	Réservé Régime Général	
TB_VF05_05	9	FNS ASPA	
TB_VF05_05	C	Soin exonéré en codage CCAM du fait de la nature de l'acte, ou du dépassement du seuil.	

.../...

Impacts GD

.../...

§2 Définitions et Abréviations

ASPA	Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
.../...	.../...
FNS	Fond National de Solidarité
.../...	Ce Terme n'est plus utilisé, il a été remplacé par le terme FSV, puis ASPA.
.../...	.../...
FSV	Cette abréviation couvre 2 significations : soit Fond de Solidarité Vieillesse (contexte fonctionnel) Terme remplacé par ASPA. soit Fournitures SESAM-Vitale (contexte technique)
.../...	Remarque : dans un contexte fonctionnel, cette abréviation signifiait également « Fond de Solidarité Vieillesse ». Elle n'est plus utilisée, elle a été remplacée par le terme ASPA.
.../...	.../...

.../...

Impacts VF

.../...

§3.3.1.4 VF02.01.04 : Déterminer le taux de remboursement lié à la nature de la prestation

.../...

[RG_VF_T7] Déterminer le taux de remboursement de base de la prestation (EF_VF98_13)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

➤ **Prestation hors CCAM :**

Le taux de remboursement de base de l'acte correspond au taux renseigné dans la table 4ter de l'Annexe 2bis (EF_A2_T4ter).

Il dépend du code régime et de la date de référence de l'acte.

➤ **Prestation CCAM :**

Le taux de remboursement de base d'un acte CCAM correspond au taux renseigné dans la table 4ter de l'Annexe 2bis (EF_A2_T4bis).

Il dépend du code régime et de la date de référence de l'acte.

➤ **Toutes prestations**

Le code justificatif d'exonération du ticket modérateur sera valorisé à " pas d'exonération " sauf lorsque pour l'acte présenté, le code justificatif d'exonération du ticket modérateur est déjà valorisé à « **FSV ASPA** » ; dans ce cas, ce code justificatif d'exonération doit être conservé.



Les bénéficiaires du régime des mines (code régime EF_CF12_01 = 07) ne sont pas concernés par cette règle.

.../...

§3.3.3 VF02.03 : Finaliser le taux de remboursement de la prestation

.../...

[CP4] FSV (Fond de solidarité Vieillesse) ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le code justificatif d'exonération correspondant au taux retenu est valorisé à « pas d'exonération » (valeur zéro), mais que le code couverture pour le taux (EF_VF98_08) prend une valeur associée au fond de solidarité vieillesse à l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (FSV ASPA) dans la table des taux de remboursement en fonction du code couverture (table 8.x EF_A2_T8.x), il convient de valoriser le code justificatif d'exonération de la prestation à transmettre (EF_VF05_05) à « **FSV ASPA** ».

.../...

[RG_VF_CC15] Contrôler la compatibilité entre le taux de remboursement de la prestation (EF_VF05_04) et le code justificatif d'exonération de la prestation (EF_VF05_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle consiste à vérifier la compatibilité du justificatif d'exonération de la prestation (EF_VF05_05) avec le taux de remboursement à prendre en compte pour la prestation (EF_VF05_04).

Cette règle précise différentes spécificités pour le renseignement du taux de prise en charge et du code justification d'exonération du ticket modérateur (ou justificatif d'exonération).

1. D'une part, concernant la cohérence entre le justificatif d'exonération et le taux, il convient de respecter ce qui suit :

Le taux de prise en charge est nécessairement de 100% lorsque le justificatif d'exonération est différent de « pas d'exonération » et « FSV ASPA ou FSI » et que le code qualificatif de la dépense est différent de "Gratuit" et "Non Remboursable".

Cependant, a contrario, les valeurs de justificatifs d'exonération « pas d'exonération » et « FSV ASPA ou FSI » ne sont pas contradictoires avec un taux de prise en charge à 100%.

La vérification de la compatibilité précédemment énoncée est effectuée par le Contrôle Complet CCAM.

Cette cohérence concerne toute prestation de la facture, qu'il s'agisse d'actes CCAM ou d'autres natures de prestation (NGAP...).

2. D'autre part, aucun acte CCAM ne peut être exonéré sous le justificatif d'exonération « Soins en rapport avec un K ou un KC = ou > 50 (NGAP) » (valeur 1), ce libellé étant exclusivement réservé à des actes NGAP.

.../...

Impacts MF

.../...

§6.3.2.1 Création d'un type 4A

.../...

[RG_MF4A054] Justification d'Exonération du Ticket Modérateur au niveau de l'acte

Données utilisées

• Code justificatif d'exonération de la prestation	EF_VF05_05
--	------------

Règle



FSE

Valeur du Code justificatif d'exonération de la prestation (EF_VF05_05)	VALEUR à transmettre
• pas d'exonération	0
• Soins particuliers exonérés (traitement de la stérilité, soins aux prématurés, actes exonérants, soins en établissement des nourrissons dans les 30 premiers jours de vie, test de dépistage du virus HIV)	3
• Soins conformes au protocole ALD	4
• Assuré ou bénéficiaire exonéré	5
• Exonération régimes spéciaux (Service médical SNCF)	6

<ul style="list-style-type: none"> Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention 	7
<ul style="list-style-type: none"> FSV ASPA 	9
<ul style="list-style-type: none"> Soins exonérés en codage CCAM du fait de la nature de l'acte, ou du dépassement du seuil 	C

.../...

Impacts A2bis

.../...

§Table 8.1 Table des taux de remboursement des prescripteurs

.../...

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
.../...	.../...	.../...
0104	80 %	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
0204	80 %	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
0304	80%	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général (80 %)	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
1004	85 %	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
9004	80 %	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...

§Table 8.2 Table des taux de remboursement des Auxiliaires-médicaux

.../...

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
.../...	.../...	.../...
0104	80 %	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
0204	80 %	FSV ASPA

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
.../...	.../...	.../...
0304	80%	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général (80 %)	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
1004	80 %	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
9004	80 %	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...

§Table 8.3 Table des taux de remboursement des Pharmaciens

.../...

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
.../...	.../...	.../...
0104	<ul style="list-style-type: none"> • PH2, PM2, HD2, HG2, MHU 15 % • PH4, PPI, HD4, HG4 30% • HDA, HDE, HDR, PH7, HD7, HG7 65 % • autres 80 % 	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
0204	<ul style="list-style-type: none"> • PH2, HD2, HG2, MHU 15 % • PH4, PPI, HD4, HG4 30% • HDA, HDE, HDR, PH7, HD7, HG7 65 % • autres=80 % 	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
0304	<ul style="list-style-type: none"> • PH2, HD2, HG2, MHU 15% • PH4, PPI, HD4, HG4 30% • HDA, HDE, HDR, PH7, HD7, HG7 65 % • autres 80% 	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
1004	<ul style="list-style-type: none"> • PH2, HD2, HG2, MHU 15 % • PH4, PPI, HD4, HG4 45 % • autres 85 % 	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
9004	<ul style="list-style-type: none"> • PH2, HD2, HG2, MHU 15 % • PH4, PPI, HD4, HG4 30% • HDA, HDE, HDR, PH7, HD7, HG7 65 % 	FSV ASPA

	• Autres	80%	
.../...	.../...	.../...	.../...

§Table 8.4 Table des taux de remboursement des Laboratoires d'analyses médicales

.../...	.../...	.../...
0104	80 %	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
0204	80 %	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
0304	80%	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général (80 %)	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
1004	80 %	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
9004	80 %	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...

Table 8.5 Table des taux de remboursement des Fournisseurs

.../...	.../...	.../...
Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou si la réponse est NON à la question « les soins sont-ils conformes au protocole ALD ? »	Code Justificatif d'exonération
.../...	.../...	.../...
0104	80 %	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
0204	80 %	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
0304	80%	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
1004	85 %	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...
9004	80%	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...



FSV dans cette table signifie Fond de Solidarité Vieillesse

§Table 50.1 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime général, le RSI, la CCAS RATP, la CPRPSNCF, l'ENIM, la CNMSS, la CAVIMAC, le Port Autonome de Bordeaux, les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat, les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale, les sections locales mutualistes et en partie pour le régime agricole.

.../...

Libellé	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
.../...	.../...	.../...	.../...
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
sinon Taux FSV ASPA	NON	PH2, HD2, HG2, MHU = 15% PH4, HD4, HG4, PPI = 30% HDA, HDE, HDR, PH7 = 65% autres = 80 %	FSV ASPA
Taux FSV ASPA		PH2, HD2, HG2, MHU = 15% PH4, HD4, HG4, PPI = 30% HDA, HDE, HDR, PH7 = 65% autres = 80 %	FSV ASPA
.../...	.../...	.../...	.../...
100 % si liés ALD XXXXXX	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
Sinon 80 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation appareillage 75 % médicament	NON	100 % ou 80% ou 75 %	FSV ASPA (pas de motif d'exo pour 100% THA)
80 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation appareillage 75 % médicament		100 % ou 80% ou 75 %	FSV ASPA (pas de motif d'exo pour 100% THA)
.../...	.../...	.../...	.../...

§Table 50.4 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour la CRPCEN

Libellé	Spécialité du PS	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
.../...				

Libellé	Spécialité du PS	Soins conformes au protocole ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % liés ALD XXXXXX	Toutes	OUI	100 %	Soins conformes au protocole ALD
Sinon Taux FSV ASPA	Prescripteurs	NON	85 %	FSV ASPA
	Aux. Med. et labo de Biologie med.	NON	80 %	FSV ASPA
	Pharmaciens*	NON	PH2, HD2, HG2, MHU =15% PH4, HD4, HG4, PPI = 45 % autres = 85 %	FSV ASPA
	Fournisseurs	NON	85%	FSV ASPA
FSV ASPA	Prescripteurs	Néant	85 %	FSV ASPA
	Aux. Med. et labo de Biologie med.	Néant	80 %	FSV ASPA
	Pharmaciens*	Néant	PH2, HD2, HG2, MHU =15% PH4, HD4, HG4, PPI = 45 % autres = 85 %	FSV ASPA
	Fournisseurs	Néant	85%	FSV ASPA

3.4 Point 803 : remplacement du terme « migrant »

3.4.1 Présentation du point

Le terme « Migrant » est remplacé par « BS coordonné RSS » ce qui se décline dans les 2 situations distinctes suivantes :

- « BS de passage coordonné RSS » qui correspond à « Migrant de passage »
- « BS permanent coordonné RSS » qui correspond à « Autre migrant / Migrant permanent ».

Dans l'ensemble de la documentation, les remplacements suivants sont effectués :

Ancien terme	Remplacé par
Migrant	BS coordonné RSS
Migrant de passage	BS de passage coordonné RSS
Autre migrant / Migrant permanent	BS permanent coordonné RSS

3.4.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
CORPS	3.2.2.1 Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part obligatoire	« autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
	3.2.2.6.4 Migrants de passage	Modification du titre : « Migrants de passage » remplacé par « BS de passage coordonné RSS »	803

	3.2.2.6.5 Autre situation de migrant	Modification du titre : « autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
	3.2.2.6.6 Victime d'Attentat	« Migrants » remplacé par « BS coordonné RSS »	803
	4.2.1.1.3.3.4 Migrants de passage	Modification du titre : « Migrants de passage » remplacé par « BS de passage coordonné RSS »	803
	4.2.1.1.3.3.5 Autre situation de migrant	Modification du titre : « autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
	4.3 Situations spécifiques	« Migrant de passage » remplacé par « BS de passage coordonné RSS » « autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
	SP08.1 Bénéficiaire migrant de passage	Modification du titre : « Migrant de passage » ou « migrants dits de passage » remplacé par « BS de passage coordonné RSS »	803
	4.3.6 SP08.2 Bénéficiaire « autre situation de migrant »	Modification du titre : « autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
GD	2 Définitions et Abréviations	« Migrants de passage » remplacé par « BS de passage coordonné RSS »	803
DICO	TB_BS08_01	« Migrant de passage » remplacé par « BS de passage coordonné RSS » « autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
BS	[RG_BS314] [SP08.2]	« autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
	3.9 BS22 : Identifier une situation spécifique pour le bénéficiaire	« Migrant de passage » remplacé par « BS de passage coordonné RSS » « autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS » « Migrants » remplacé par « BS coordonné RSS »	803
	[RG_BS014]	« Migrant de passage » remplacé par « BS de passage coordonné RSS »	803
	[RG_BS339]	« Migrant de passage » remplacé par « BS de passage coordonné RSS » « autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
	[RG_BS339] [SP08.1]	« Migrant de passage » remplacé par « BS de passage coordonné RSS » « autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
	[RG_BS339] [SP08.2]	« autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
CF	2.2 Description générale de la fonctionnalité CF	« Migrant de passage » remplacé par « BS de passage coordonné RSS » « autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
	3.2 CF01 : Acquérir et contrôler le contexte de prise en charge AMO niveau facture	« Migrant de passage » remplacé par « BS de passage coordonné RSS » « autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
	3.2.2 CF01.02 : Contrôler les droits AMO	« autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803

	3.2.4 CF01.04 : Acquérir et contrôler les données liées au parcours de soins	« Migrant de passage » remplacé par « BS de passage coordonné RSS »	803
	[RG_CF_R37] [SP08.1]	« Migrants de passage » remplacé par « BS de passage coordonné RSS » Faute d'orthographe : « ... il est exclu s ... »	803
	3.2.5 CF01.05 : Déterminer le Tiers Payant AMO	« autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
	[RG_CF_R29]	« autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
	[RG_CF_R29] [CP1]	« autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
	[RG_CF_R29] [SP08.2]	« autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
	[RG_CF408]	« autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
	[RG_CF408] [SP08.2]	« autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
	[RG_CF408] [SP08.2][SP11]	« autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803
Annexes Communes	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
DF_A2	Table 15.2	« Migrants de passage » remplacé par « BS de passage coordonné RSS »	803
Annexes CDC	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
A1-A	2.1.3.4.4 Les Migrants de passage	Modification du titre : « Migrants de passage » remplacé par « BS de passage coordonné RSS »	803
	2.1.3.4.5 Les « autre situation de migrant »	Modification du titre : « autre situation de migrant » remplacé par « BS permanent coordonné RSS »	803

3.4.3 Impacts détaillés

Impacts Corps

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

.../...

- Cas particuliers : bénéficiaires « **autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS** » et adhérents au Régime de la Caisse des Français à l'étranger

.../...

Pour les Professionnels de Santé hors Pharmaciens :

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

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

.../...

§3.2.2.6.4 Migrants de passage BS de passage coordonné RSS

* Cf. §4.3.5 SP08.1

§3.2.2.6.5 Autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS

* Cf. §4.3.6 SP08.2

§3.2.2.6.6 Victime d'Attentat

.../...

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

.../...

§4.2.1.1.3.3.4 Migrants de passage BS de passage coordonné RSS

Les règles d'identification sont décrites dans la fonctionnalité BS des SFG-Facturation .

§4.2.1.1.3.3.5 Autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS

Les règles d'identification sont décrites dans la fonctionnalité BS des SFG-Facturation.

.../...

§4.3 Situations spécifiques

.../...

Référence	Libellé
SP02	Professionnel de santé remplaçant ou Multi-employeurs
SP03	Bénéficiaire de la C2S
SP04	Bénéficiaire sortant de la C2S
SP06	Bénéficiaire de l'AME
SP08.1	Bénéficiaire Migrant de passage « BS de passage coordonné RSS
SP08.2	Bénéficiaire « autre situation de migrant « BS permanent coordonné RSS »

.../...

Impact sur les fonctionnalités

	PS Remplaçant	Bénéficiaire de la C2S	Bénéficiaire sortant de la C2S	Bénéficiaire de l'AME	Bénéficiaire-Migrant de passage BS de passage coordonné RSS	Bénéficiaire autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS	Absence de support	Facture anonymisée	Forçage	PS utilisant les services d'un OCT	Victime d'Attentat
	SP02	SP03	SP04	SP06	SP08.1	SP08.2	SP09	SP10	SP11	SP12	SP18
PS	X										
BS		X	X	X	X	X	X		X		X
IP		X		X				X	X		X
CF		X	X	X	X	X		X	X		X
VF		X	X	X					X		X
MF	X	X		X			X	X	X	X	
AP										X	

.../...

§4.3.5 SP08.1 Bénéficiaire migrant de passage « BS de passage coordonné RSS »

Description

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

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

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

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée par l'existence d'une situation particulière du bénéficiaire de soins issue du support de droits (EF_BS08 renseignée) et le code situation particulière (EF_BS08_01) positionnée à la valeur « migrant de passage BS de passage coordonné RSS ».

§4.3.6 SP08.2 Bénéficiaire « autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS »

Description

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

Ces personnes sont identifiées par un code gestion assurance maladie de l'assuré (EF_BS03_03) égal à 70.

Identification

Cette situation spécifique est caractérisée par l'existence d'une situation particulière du Bénéficiaire de Soins issue de la carte Vitale (EF_BS08 renseignée) et le code situation particulière (EF_BS08_01) positionnée à la valeur « **autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS** ».

.../...

Impacts GD

.../...

.../...

Migrants de passage

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

Le terme « Migrants de passage » est remplacé par le terme « BS de passage coordonné RSS »

.../...

.../...

.../...

Impacts DICO

.../...

TB_BS08_01	EF_BS08_01	Code situation spécifique du bénéficiaire	so
TB_BS08_01	SP03	C2S	
TB_BS08_01	SP04	Sortant de C2S	
TB_BS08_01	SP06	AME	
TB_BS08_01	SP08.1	Migrant de passage BS de passage coordonné RSS	
TB_BS08_01	SP08.2	Autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS	
TB_BS08_01	SP18	Victime d'Attentat	

.../...

Impacts BS

.../...

[SP08.2] Mettre à disposition les périodes de droits AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Affichage des périodes de droits AMO

Pour les bénéficiaires « **autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS** », le système de facturation doit afficher « droits AMO du xx/xx/20xx au xx/xx/20xx ».

Un bénéficiaire « **autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS** » est identifié par son code régime égal à 01 et par un code gestion Assurance Maladie de l'assuré égal à 70.

.../...

§3.9 BS22 : Identifier une situation spécifique pour le bénéficiaire

Vue générale

Nom BS22 Identifier une situation spécifique pour le bénéficiaire

Description Le système de facturation permet d'identifier, à partir des données AMO, si le bénéficiaire de soins a une situation spécifique.

Ces situations spécifiques correspondent aux cas où le bénéficiaire de soins est :

- Bénéficiaire de la C2S,
- Bénéficiaire sortant de la C2S,
- Bénéficiaire de l'AME,
- Bénéficiaire migrant de passage BS coordonné RSS
- Bénéficiaire Victime d'attentat

Dans le système de facturation SESAM-Vitale, le bénéficiaire de soins ne peut bénéficier que d'une seule situation spécifique.

La situation spécifique « Victime d'Attentat » prime sur les autres situations particulières.

L'identification de la situation spécifique (SP) s'appuie soit sur une attestation papier spécifique présentée par le Bénéficiaire des soins, soit sur le support de droits AMO retenu (EF_BS03_05).

Entrées	Données AMO déterminée dans BS20	DF_BS
Sorties	Situation spécifique du bénéficiaire de soins	EF_BS08
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Bénéficiaire sortant de la C2S	SP04
	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Bénéficiaire migrant de passage BS de passage coordonné RSS	SP08.1
	Bénéficiaire « autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS »	SP08.2
	Bénéficiaire Victime d'attentat	SP18
	Forçage	SP11

.../...

**SP08 : Migrants
BS de passage
coordonné RSS**

Les migrants de passage BS de passage coordonné RSS n'ont pas de carte Vitale. La situation de migrants de passage BS de passage coordonné RSS ne peut donc être identifiée qu'à partir d'une attestation.

.../...

Synthèse

Synthèse des données utilisées pour l'identification des Situations Spécifiques du bénéficiaire des soins en fonction du support de droits AMO :

SP	Libellé	Carte Vitale	ADRI	Attestation papier
----	---------	--------------	------	--------------------

.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
SP08.1	Migrants de passage BS de passage coordonné RSS	Pas de carte Vitale	Pas d'information	OUI
SP08.2	Autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS	Code régime + code gestion	Pas d'information	NON
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

[RG_BS014] Déterminer le support de droit de la situation spécifique (EF_BS08_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le bénéficiaire des soins peut fournir une attestation papier justifiant des droits :

- soit à la C2S (délivrée par un AMO ou par un organisme complémentaire) ;
- soit de sortant de la C2S
- soit à l'AME
- soit de migrant de passage BS de passage coordonné RSS
- soit de Victime d'Attentat

Le support de droits de la situation spécifique (EF_BS08_04) correspond donc alors à l'attestation spécifique présentée par le bénéficiaire des soins.

Si le PS n'utilise pas d'attestation papier, le support de droits de la situation spécifique (EF_BS08_04) correspond soit au service ADRi soit à la carte Vitale, en fonction du support de droits AMO retenu en amont (EF_BS03_05).

.../...

[RG_BS339] Identifier la situation spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Attestation spécifique

Le Professionnel de santé identifie une situation spécifique pour le bénéficiaire des soins à partir d'une attestation de droits à cette situation spécifique présentée par ce dernier

Le support de droits à la situation spécifique (EF_BS08_04) est donc l'Attestation spécifique dans ce cas-là.

En fonction de l'attestation fournie, la situation spécifique du bénéficiaire (EF_BS08_01) prend l'une des valeurs suivantes :

- C2S
- Sortant de C2S
- AME
- Migrant de passage BS de passage coordonné RSS
- Victime d'Attentat

Carte Vitale ou ADRI

Si le support de droits à la situation spécifique (EF_BS08_04) est soit la carte Vitale soit le service ADRI, la situation spécifique s'identifie à partir des données suivantes :

- Code service AMO bénéficiaire (EF_BS08_06) ou identifiant de contrat spécifique (EF_BS08_07)
- Code régime (EF_BS04_01) et code gestion (EF_BS03_03)

Ces données permettent d'identifier les situations spécifiques suivantes :

- C2S
- Sortant de C2S
- AME
- Autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS

.../...

[SP08.1] Identifier un bénéficiaire migrant de passage BS de passage coordonné RSS

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

➤ **Support de droits spécifiques (EF_BS08_04) = Attestation spécifique**

Ces personnes ne possèdent pas de carte Vitale **mais** uniquement une attestation de droits spécifique.

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

Un bénéficiaire « migrant de passage BS de passage coordonné RSS » est caractérisé par son NIR dont la première composante est égale à 5 ou 6.

[SP08.2] Identifier un bénéficiaire « autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS »

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

➤ **Support de droits spécifiques (EF_BS08_04) = carte Vitale ou ADRI**

Le bénéficiaire « autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS » est identifié par son code régime (EF_BS04_01) égal à 01 et par un code gestion Assurance Maladie de l'assuré (EF_BS03_03) égal à 70.

.../...

Impacts CF

.../...

§2.2 Description générale de la fonctionnalité CF

.../...

Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Forfaits dentaires CMU-C	SP03.1
	Sortant de la C2S	SP04
	Bénéficiaire de l'AME	SP06

Migrant de passage	BS de passage coordonné RSS	SP08.1	
Bénéficiaire «	autre situation de migrant	BS permanent coordonné RSS »	SP08.2

.../...

§3.2 CF01 : Acquérir et contrôler le contexte de prise en charge AMO niveau facture

.../...

Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	SP03		
	Sortant de la C2S	SP04		
	Bénéficiaire de l'AME	SP06		
	Migrant de passage	BS de passage coordonné RSS	SP08.1	
	Bénéficiaire «	autre situation de migrant	BS permanent coordonné RSS	SP08.2
	»			
	Forçage	SP11		

.../...

§3.2.2 CF01.02 : Contrôler les droits AMO

Vue générale

NomCF01.02 Contrôler les droits AMO

Description Les droits du bénéficiaire des soins à l'Assurance Maladie Obligatoire sont acquis à partir de la carte Vitale ou de différents supports de droits sur une ou plusieurs périodes de temps données.

Dans tous les cas, le Professionnel de Santé peut élaborer une facture en tiers payant indépendamment des droits de base AMO. Ce principe ne s'applique pas aux pharmaciens ni aux bénéficiaires de soins « autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS ». Dans ces situations, si le Bénéficiaire de Soins n'a pas de droits de base, le PS peut accorder l'avance de frais sur la part obligatoire uniquement par forçage.

Cette tâche consiste à déterminer si les droits de base AMO sont ouverts à la date de référence AMO, et à déterminer également la nature de la pièce justificative des droits pour l'AMO.

.../...

Préambule

.../...

Il n'y a pas lieu de tenir compte de l'information « date de fin de droits AMO » éventuellement inscrite en carte Vitale pour apprécier le droit aux prestations AMO excepté pour les bénéficiaires « autre situation de Migrant BS permanent coordonné RSS » ainsi que les bénéficiaires de soins affiliés à la Caisse des Français à l'Etranger.

.../...

§3.2.4 CF01.04 : Acquérir et contrôler les données liées au parcours de soins

.../...

Situations spécifiques	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Migrant de passage BS de passage coordonné RSS	SP08.1
	Forçage	SP11

.../...

[SP08.1] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins pour les migrants de passage BS de passage coordonné RSS

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le bénéficiaire des soins est un migrant de passage BS de passage coordonné RSS, il est **exclus** de fait du parcours de soins.

.../...

§3.2.5 CF01.05 : Déterminer le Tiers Payant AMO

.../...

Situations spécifiques	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Sortant de la C2S	SP04
	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Bénéficiaire « autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS »	SP08.2
	Forçage	SP11
	Victime d'Attentat	SP18

.../...

[RG_CF_R29] Déterminer le Tiers Payant AMO (EF_CF02_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé doit accorder à l'assuré l'avance de frais (également dénommé tiers payant) sur la part obligatoire dans la mesure où le Bénéficiaire des Soins (hors « autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS ») est identifié avec un support Vitale (EF_BS25_01). Dans ce cas, le système de facturation doit positionner le code tiers payant AMO (EF_CF02_03) à VRAI. Dans le cas contraire ce code est à FAUX.

Le positionnement par défaut du code tiers payant AMO (EF_CF02_03) se fait en fonction de la valeur du paramètre « top d'activation du Tiers-Payant AMO dans le cas général (EF_PS04_19) »

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

.../...

Par ailleurs, l'avance de frais sur la part obligatoire s'impose également au Professionnel de Santé dans certaines situations spécifiques, du fait de la situation médico-administrative du bénéficiaire des soins, hormis si le bénéficiaire s'y oppose, même si le bénéficiaire n'est pas identifié par sa carte Vitale ou s'il s'agit d'un bénéficiaire « autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS » avec une date de fin de droits AMO dépassée.

.../...

[SP08.2] Bénéficiaire « autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS ».

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les bénéficiaires « autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS » ne sont pas concernés par cette obligation de tiers payant AMO si leur date de fin de droits AMO est dépassée.

.../...

[RG_CF408] Contrôler le tiers payant AMO en fonction des droits AMO pour les PS hors pharmaciens.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le tiers payant AMO est accessible sans limite pour tous les Bénéficiaires de Soins à l'exception des bénéficiaires « autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS » (cf. [SP08.2]) et des bénéficiaires de soins adhérents à la Caisse des Français à l'Étranger (cf. [CP1]) , pour qui le tiers payant est limité par la date de fin de droits AMO (EF_BS06_02).

.../...

[SP08.2] Contrôler le tiers payant AMO en fonction des droits AMO pour les PS hors pharmaciens.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires « autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS », l'accès au tiers payant est interprété en fonction de l'information « date de fin de droit AMO » (EF_BS06_02).

La date à prendre en compte pour examiner le droit au tiers payant est la date de référence AMO (EF_CF02_01).

Si cette **date** est strictement supérieure à la date de fin de la période de droits AMO (EF_BS06_02) ou **s'il n'y a pas de période de droits AMO remontée de la lecture du support de droits (EF_BS06 non renseignée)**, le tiers payant ne peut s'appliquer sans forçage.

.../...

§5.1.4 Impact CF01.05 : Déterminer le Tiers Payant AMO

.../...

[RG_CF408] [SP08.2][SP11] Contrôler le tiers payant AMO (EF_CF02_03) en fonction des droits AMO chez les PS hors pharmaciens.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires « autre situation de migrant BS permanent coordonné RSS », le Professionnel de Santé a la possibilité de passer outre cette règle et d'accorder à l'assuré l'avance de frais sur la part obligatoire même si les droits AMO ne sont pas ouverts à la date de référence AMO (EF_CF02_01).

Dans ce cas, le système de facturation positionne l'indicateur de forçage du code tiers payant AMO par rapport aux droits AMO (EF_CF02_97) à VRAI.

.../...

Impacts DF_A2

.../...

EF_A2_T15.2 Table 15.2

Code Régime	Code Caisse	Code centre	NIR	Descriptif
Tous	toutes	tous	tous	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Tous	toutes	tous	tous	AME
Tous	toutes	tous	5 xx xx xx xxx xxx xx	Migrants de passage BS de passage coordonné RSS
Tous	toutes	tous	6 xx xx xx xxx xxx xx	Migrants de passage BS de passage coordonné RSS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

Impacts A1-A

.../...

§2.1.3.4.4 **Les Migrants de passage – bénéficiaires « BS de passage coordonné RSS »**

* [RG_BS339\[SP08.1\]](#)

§2.1.3.4.5 Les **« autre situation de migrant bénéficiaires « BS permanent coordonné RSS »**

* [RG_BS339\[SP08.2\]](#)

.../...

3.5 Point 804 : OPTAM-CO devient OPTAM-ACO

3.5.1 Présentation du point

La convention médicale 2024, applicable à partir du 1^{er} janvier 2025, ouvre l'OPTAM-CO aux anesthésistes. A ce titre, ce contrat est renommé OPTAM-ACO.

Le terme l'OPTAM-CO est remplacé par OPTAM-ACO dans l'ensemble du Corpus documentaire SV.

3.5.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
CORPS	3.2.1.5 Contrat Tarifaire PS	Ajout de la rubrique « convention médicale 2024 »	804
PS	3.4.2 RG_PS037		804
GD	2	Le terme OPTAM-CO devient OPTAM-ACO	804
DICO	2 TB_PS04_03		804

	IP	3.2.7.1		804
	CF	3.4.2 RG_CF326		804
	MF	6.3.1.2 RG_MF2S122		804
Annexes Communes		Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
A2bis		Table 2bis	Le terme OPTAM-CO devient OPTAM-ACO	804

3.5.3 Impacts détaillés

Impacts Corps


.../...

§3.2.1.5 Contrat Tarifaire PS

.../...

 **Convention médicale 2016**

.../...

 **Convention médicale 2024**

La convention médicale 2024, applicable à partir du 1^{er} janvier 2025, ouvre l'OPTAM-CO aux anesthésistes. A ce titre, ce contrat est renommé OPTAM-ACO.

.../...

Impacts GD

.../...

§2 Définitions et Abréviations

.../...

OPTAM	Option Pratique TARifaire Maitrisée
OPTAM-ACO	Option Pratique TARifaire Maitrisée pour les Chirurgiens – Obstétriciens - Anesthésistes

.../...

Impacts DICO

.../...

§2 Tables de valeurs

.../...

TB_PS04_03	EF_PS04_03	Contrat tarifaire PS	1180-7
TB_PS04_03	OPTAM,	Le PS a opté pour l'OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée	

TB_PS04_03	OPTAM-ACO,	Le PS a opté pour l'OPTAM-ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie, ou en gynécologie-obstétrique ou en anesthésie
TB_PS04_03	Aucun	Pas de contrat

.../...

Impacts PS

.../...

§3.4.2 PS05.02 : Acquérir des informations en complément de la situation d'exercice et de facturation sélectionnée

.../...

[RG_PS037] Acquérir le code contrat tarifaire PS (EF_PS04_03)


PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Préambule

.../...

 **Convention médicale 2016**

.../...

 **Convention médicale 2024**

La convention médicale 2024, applicable à partir du 1^{er} janvier 2025, ouvre l'OPTAM-CO aux anesthésistes. A ce titre, ce contrat est renommé OPTAM-ACO.

Règle

Certaines règles spécifiques de ces SFG dépendent de l'adhésion du Professionnel de Santé à un contrat tarifaire avec l'AMO : soit l'OPTAM soit l'OPTAM-ACO. Cette information ne figure pas sur la carte PS. En conséquence, il est nécessaire que le système de facturation la connaisse, et pour cela il convient de prévoir la saisie de cette information par le professionnel de santé *au minimum une fois préalablement à la constitution des factures.*

Ce paramétrage concerne les Professionnels de Santé de secteur 1 DP et de secteur 2.

Le « contrat tarifaire PS » correspond à l'une des valeurs suivantes :

- OPTAM,
- OPTAM-ACO,
- Aucun (Pas de contrat)

.../...

.../...

Impacts IP

.../...

§3.2.7.1 IP02.07.01 : Acquérir le code affiné de la prestation

.../...

Règles Codage CCAM

Préambule

.../...

Contexte PS

Le contexte PS est défini par :

- le secteur de conventionnement du PS (1,1DP ou 2)
- le contrat tarifaire PS auquel il a adhéré (OPTAM, OPTAM-ACO ou pas de contrat)
- la spécialité du PS



Pour rappel, le secteur conventionnel du PS est contenu dans sa CPS et le contrat tarifaire PS est paramétré sur le poste.

.../...

Impacts CF

.../...

§3.4.2 CF03.02 : Contrôler le contexte prestation de prise en charge AMO

.../...

Règles Dépassements

[RG_CF326] Contrôler les dépassements liés au parcours de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

.../...

Pour les contextes du parcours de soins avec lesquels le dépassement DA est compatible, le détail des compatibilités en fonction du Professionnel de Santé et du bénéficiaire sont décrites dans le tableau ci-après :

Professionnel de Santé			DANS le parcours	HORS parcours	
			Bénéficiaire	Bénéficiaire	
	Code convention	Contrat tarifaire PS	en C2S ou hors C2S	hors C2S	en C2S
non conventionné	0	Aucun		Non	
secteur I (sans DP)	1	Indifférent	non	DA si spécialité différente de 01,22,23	Non

				DA+ED si spécialité 18,44,45,69	non
secteur I avec DP n'ayant pas adhéré à un Contrat Tarifaire PS	2	Aucun		non	Non
secteur I avec DP ayant adhéré à un Contrat Tarifaire PS		OPTAM ou OPTAM-ACO			
secteur II n'ayant pas adhéré à un Contrat Tarifaire PS	3	Aucun		non	Non
secteur II ayant adhéré à un Contrat Tarifaire PS		OPTAM ou OPTAM-ACO			

Tableau 1 : [TAB_A0_T2bis] Table des dépassements du parcours de soins selon le PS et le bénéficiaire

.../...

Impacts MF

.../...

§6.3.1.2 Création d'un type 2S

.../...

[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		

.../...

Impacts A2bis

.../...

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

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T2bis.csv » du package documentaire

Format de cette table

Code convention	PS								
	Non conventionné		Secteur 1			Secteur 1DP ou 2			
	0		1			2 ou 3			
Contrat tarifaire PS	Aucun		OPTAM-ACO	OPTAM	Aucun	OPTAM-ACO	OPTAM	Aucun	
BS	C2S	Autres	Tous	Tous	Tous	Tous	Tous	C2S	Autres
N° cas	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5	Cas 6	Cas 7	Cas 8	Cas 9

.../...

4 EV145 : Libellés Assurés SNCF

4.1 Présentation de la mesure

Présentation de la mesure

A la suite du décret n°2024-10 du 5 janvier 2024, l'organisme « Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF » change de dénomination sociale et devient la « Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire ».

La mise en place de la caisse de branche ferroviaire implique que la CPRPF assure la gestion du régime de prévoyance :

- des salariés statutaires de la SNCF, en leur appliquant les règles du régime spécial qui leur sont applicables ;
- des salariés contractuels de la SNCF et des autres salariés de la branche, en leur appliquant les règles du régime général (les actifs en CDI du régime101 et les CDD de plus de 6 mois)

Impacts SESAM-Vitale

Organisme d'affiliation

Les salariés statutaires de la SNCF restent affiliés au code régime 04 et relèvent des couvertures actuelles de ce régime (codes situation 04xx).

Les salariés contractuels de la SNCF sont affiliés au code régime 01 avec la caisse gestionnaire 908 et relèvent des mêmes couvertures que les assurés du régime général (codes situation 01xx)

Libellé de l'organisme

Les libellés retenus pour désigner les assurés du régime CPRPF (ex SNCF) sont les suivants :

Organisme : régime/caisse/centre	Libellé long	Libellé court
04 xxx xxxx	CPRPF – Régime Spécial	CPRPF - RS
01 908 xxxx	CPRPF - Régime Général	CPRPF - RG

Codes couverture

A noter que cette évolution n'a aucun impact sur les codes couverture et leur utilisation pour la détermination du taux de prise en charge (tables 8.x et règles RG_VF_B2).

Impacts SESAM-Vitale

Cette évolution a pour objet d'actualiser dans l'ensemble du Corpus de facturation SESAM-Vitale l'utilisation des termes SNCF et CPR et CPRPSNCF, en appliquant les principes suivants :

- B1 Renommer l'organisme SNCF en CPRPF-RS
- B2 Revoir le terme SNCF utilisé dans règles de gestion fonctionnelles
- B3 Ne pas modifier ni le terme « médecin SNCF », ni le terme « tiers payant intégral SNCF » utilisés dans les règles de gestion du CDC-SESAM-Vitale

CPRPF Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire

CPRPF-RG Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire - Régime Général

CPRPF-RS Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire - Régime Spécial

4.2 Synthèse des impacts

Documents communs SFG	Partie impactée	Nature de l'impact	Point
DICO	TB_BS03_03	valeur 4 du code gestion : SNCF (régime SNCF 04) remplacé par CPRPF-RS (code régime 04)	B1
	TB_BS04_01	valeur 4 du code régime : Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF – CPRPSNCF remplacé par Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire-Régime Spécial	B1
GD	§2 Définitions et Abréviations	Ajout des acronymes CPRPF , CPRPF-RS et CPRPF-RG CPRPF Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire CPRPF-RG Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire - Régime Général CPRPF-RS Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire - Régime Spécial	B1
		Ajout de l'acronyme SNCF : « Dans l'ensemble du Corpus l'utilisation du terme SNCF désigne les bénéficiaires de code régime 04 (dénommé CPRPF-Régime spécial) »	B1
		Modification de l'acronyme CPRPSNCF comme suit : CPRPSNCF : Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF ; A partir de janvier 2024, l'organisme « CPRPSNCF » change de dénomination sociale et devient la « CPRPF »	B1

		Modifier de l'acronyme UNRS comme suit : UNRS : Union Nationale des Régimes Spéciaux Composée de : Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF du Ferroviaire Unité Décentralisée de Protection Sociale de la RATP .../...	B1
VF	RG_VF_B13 [CP1] RG_VF_B13 [CP2] RG_VF_B13 [CP3] RG_VF_B13 [CP4] RG_VF_T1 [CP1]	régime SNCF remplacé par bénéficiaires de code régime 04	B2
	RG_VF305 [CP1] RG_VF_T5 [CP1] RG_VF_T6 [CP1] RG_VF_T7 [CP1]	régime SNCF remplacé par bénéficiaires de code régime 04 Code couverture SNCF remplacé par Code couverture 04xx	B2
MF	RG_MF033	CPRPSNCF remplacé par CPRPF-RS	B1
Annexes communes	Partie impactée	Nature de l'impact	
A2bis	Table 4ter	note de bas de tableau modifiée comme suit : (*) T.R. Théorique à appliquer pour tous les régimes hormis : code régime 04 (CPRPF-RS SNCF), code régime 10 (CRPCEN)	B2
	Table 50.1	CPRPSNCF remplacé par CPRPF-RS dans le titre de la table	B1
Annexes CDC	Partie impactée	Nature de l'impact	
A1-A	Groupe 12	Terme SNCF supprimé	B1

4.3 Détail des impacts

Cf. Tableau des impacts ci-avant.

5 EV146 : Maintenance Technico-Fonctionnelle

5.1 Liste des points

Point	Libellé
606	Groupe 1330 – TP coordonné hors périmètre
612	Précision pour la quantité
628	Suppression du terme TLA et des flux Add4 et antérieurs
629	Correctif Schéma SC_VF02.01.03
630	Précision pour les codes agrégés
632	Modification du montant de la participation assuré
635	Mise à jour des codes régimes
636	Anomalie sur les références pour le groupe 1840 (Annexe 1-A0)
638	Coquilles diverses
639	Précisions pour la télémedecine
642	Indicateur de forçage pour RG_IP_R17bis
643	Suppression des « Acronymes » en doublon avec l'annexe 7 avec le guide
652	Correctifs de renvois de règles
654	Correction d'anomalies pour l'EF_VF97

5.2 Point 606-Groupe 1330 – TP coordonné hors périmètre

5.2.1 Présentation du point

Précision : Le renseignement du groupe 1330 ne s'applique pas en cas de TP coordonné.

5.2.2 Synthèse des impacts

Annexes CDC	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
A1-A0	Groupe 1330	Le renseignement des valeurs en cas de TP coordonné n'est pas à faire.	606

5.2.3 Détail des impacts

5.2.3.1 Impacts A1-A0

.../...

1330 Groupe Données Complémentaire additionnelles

.../...

Ce groupe doit être valorisé dès lors que des informations relatives à la complémentaire sont à transmettre.

Ce groupe n'est pas utilisé en nature d'assurance SMG, ni en cas de TP coordonné.

La valorisation du champ « n° de l'opérateur de règlement / N°AMC » est effectuée :

- dans le cas d'une gestion séparée, à partir du n° AMC

Le champ est valorisé tel que décrit dans la règle RG_MF2P037.

- dans le cas d'une gestion unique, à partir du n° AMC obtenu
 - si les droits sont issus du service ADRi ou que le support de droit présenté est la carte Vitale, ce champ est valorisé avec la donnée EF_BS13_05 telle qu'acquise via la règle RG_BS328,
 - si le support de droits présenté n'est pas la carte Vitale, ce champ est valorisé avec la donnée EF_BS13_05 telle qu'acquise via la règle RG_BS330.

.../...

5.3 Point 612-Précision pour la quantité

5.3.1 Présentation du point

L'objet de ce point est de préciser le type de prestation pharmaceutiques et LPP pour lesquelles la quantité doit toujours être renseignée à 1 dans la facture.

5.3.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
IP	RG_IP320 [CP7]	Nouveau cas particulier : précision pour les prestations LPP	612
	RG_IP320 [CP8]	Nouveau cas particulier : précision pour les prestations de type Frais pharmaceutiques	612

5.3.3 Détail des impacts

5.3.3.1 Impacts IP

.../...

IP02.03 Acquérir les informations générales de la prestation

.../...

[RG_IP320] Acquérir la quantité de la prestation (EF_IP04_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La quantité est soit renseignée par le Professionnel de Santé, soit à défaut renseigné à la valeur 1 par le système.



Cas particuliers

.../...

[CP7] Prestations LPP

					PH	FR	

La valeur de la quantité est toujours 1 pour une prestation LPP (EF_IP05_02 = « LPP »)

Annexes CDC	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
A1bis	Document complet	Annexe décrivant les échanges entre le LPS et le TLA via SSV → Suppression de ce document du Corpus CDC SV	628
A1-B	5.7.5	Suppression des codes traitement ARL spécifiques au TLA	628
A7	2	Suppression du terme « TLA » déjà défini dans GD	628
	6.3.2	Suppression du paragraphe	628

5.4.3 Détail des impacts

5.4.3.1 Impacts Corps

.../...

§1.2.3 Annexes

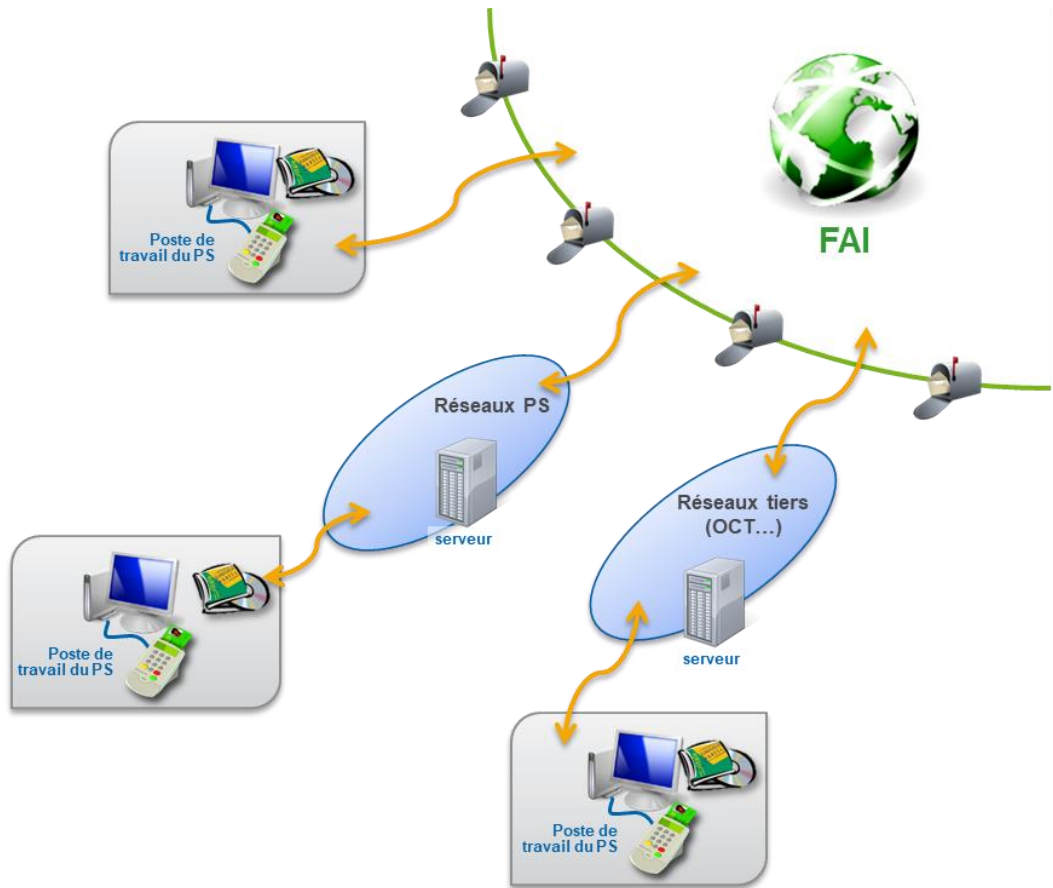
.../...

- **Annexe 1 bis** : Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif (TLA)
- **Annexe 2** : Fonctions SESAM-Vitale à introduire dans les progiciels destinés aux Professionnels de Santé :
 - Réglementation,
 - Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire.

.../...

§2.2.2 Le Poste de Travail du Professionnel de Santé

.../...



.../...

§3.2.7.3 Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture

.../...

Cas particulier des « FSE-TLA »

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

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

.../...

§3.2.10.1.1 Mise en forme des lots de factures

.../...

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

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

.../...

- numéro de Certificat de Conformité du TLA,

.../...

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

.../...

- numéro de Certificat de Conformité du TLA,

.../...

§3.4.1.2 Dysfonctionnements

.../...

Dysfonctionnement du terminal lecteur ou absence de la CPS

Si le terminal lecteur (lecteur mono-applicatif ou multi-applicatif, ou TLA) du Professionnel de Santé ne fonctionne pas ou que sa CPS est absente ou ne fonctionne pas, il est nécessaire de revenir au circuit traditionnel.

.../...

§3.6.2.2 Les composants susceptibles de faire l'objet d'une mise à jour

Parmi les composants présents sur l'équipement du Professionnel de Santé et constituant une version donnée, il convient de distinguer sur le Poste de Travail :

- les tables de données (tarification CCAM et complémentaire),
- les fichiers de paramétrage des modules de traitement,
- les bibliothèques ou exécutables (certaines bibliothèques exploitent ces tables ou fichiers),

et sur le terminal lecteur :

- les composantes système (noyau, superviseur, ...),
- les applications (ex : EI96, TLA).

.../...

5.4.3.2 Impacts GD

.../...

§1.9.4 Annexes technico-fonctionnelles au cahier des charges éditeurs

.../...	.../...	.../...
A1bis	Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif	PDT-CDC-001 Annexe 1bis
.../...	.../...	.../...

.../...

§2 Définitions et Abréviations

.../...

.../...
TLA

.../...

Terminal Lecteur applicatif



Ce produit est supprimé du processus de facturation à partir de la version Add8-2025 du CDC-SV.

.../...

.../...

.../...

5.4.3.3 Impacts DICO

.../...

§2 Tables de valeurs

.../...

TB_CDC_13-7	CDC_13-7	En-tête champ sujet message FSE (ver. CDC)	13-7
TB_CDC_13-7	SV131000	Flux élaboré par PDT 1.31 ou TLA 1.31	!
TB_CDC_13-7	SV140000	Flux élaboré par PDT 1.40	!
TB_CDC_13-7	SV140100	Flux élaboré par PDT 1.40 V2 ou TLA 1.40	!
TB_CDC_13-7	SV140200	Flux élaboré par PDT 1.40 V2 ou TLA 1.40 V2 ayant intégré l'addendum Réforme	!
TB_CDC_13-7	SV140400	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré l'addendum Pharmaciens	!
TB_CDC_13-7	SV140600	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré l'addendum 6 Fournisseurs et SMG	
TB_CDC_13-7	SV140610	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré la facturation par ordres transparents	
TB_CDC_13-7	SV140700	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré l'addendum 7	
TB_CDC_13-7	SV140800	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré l'addendum 8	

.../...

TB_CDC_93-7	CDC_93-7	En-tête champ sujet message DRE (ver. CDC)	93-7
TB_CDC_13-7	DR140000	Flux élaboré par PDT 1.40	!
TB_CDC_13-7	DR140100	Flux élaboré par PDT 1.40 V2 ou TLA 1.40	!
TB_CDC_13-7	DR140200	Flux élaboré par PDT 1.40 V2 ou TLA 1.40 V2 ayant intégré l'addendum Réforme	!
TB_CDC_13-7	DR140400	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré l'addendum Pharmaciens	!
TB_CDC_13-7	DR140600	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré l'addendum 6 Fournisseurs et SMG	
TB_CDC_13-7	DR140610	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré la facturation par ordres transparents	
TB_CDC_13-7	DR140700	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré l'addendum 7	
TB_CDC_13-7	DR140800	Flux élaboré par PDT 1.40 ayant intégré l'addendum 8	

.../...

5.4.3.4 Impacts A1bis



Suppression de ce document du Corpus CDC SV

5.4.3.5 Impacts A1-B

.../...

§5.7.5 Reconstitution des lots dont l'ARL est négatif

.../...

Libellé code Traitement ARL	Code
.../...	.../...
TLA non homologué	4005
Date de validité du TLA dépassée	4006
Date de validité du TLA non atteinte	4007
Logiciel PS non agréé pour produire des flux TLA	4008
Numéro de version de norme invalide pour l'homologation TLA	4009
.../...	.../...

.../...

5.4.3.6 Impacts A7

.../...

§2 Acronymes, définitions et références

.../...

Terme	Définition
TLA	Terminal Lecteur Application (TL déporté)

.../...

§6.3.2 Configuration 6 : TLA(s) distant(s)



Suppression de l'ensemble du contenu de ce §

.../...

5.5 Point 629-Correctif Schéma SC_VF02.01.03

5.5.1 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
VF	SC_VF02.01.03	Ajouter les Fournisseurs sur la même flèche que les Pharmaciens. Corriger le libellé de la règle RG_VF_T2ter	629

5.5.2 Détail des impacts

5.5.2.1 Impacts VF

.../...

VF02.01.03 Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu

.../...

Schéma

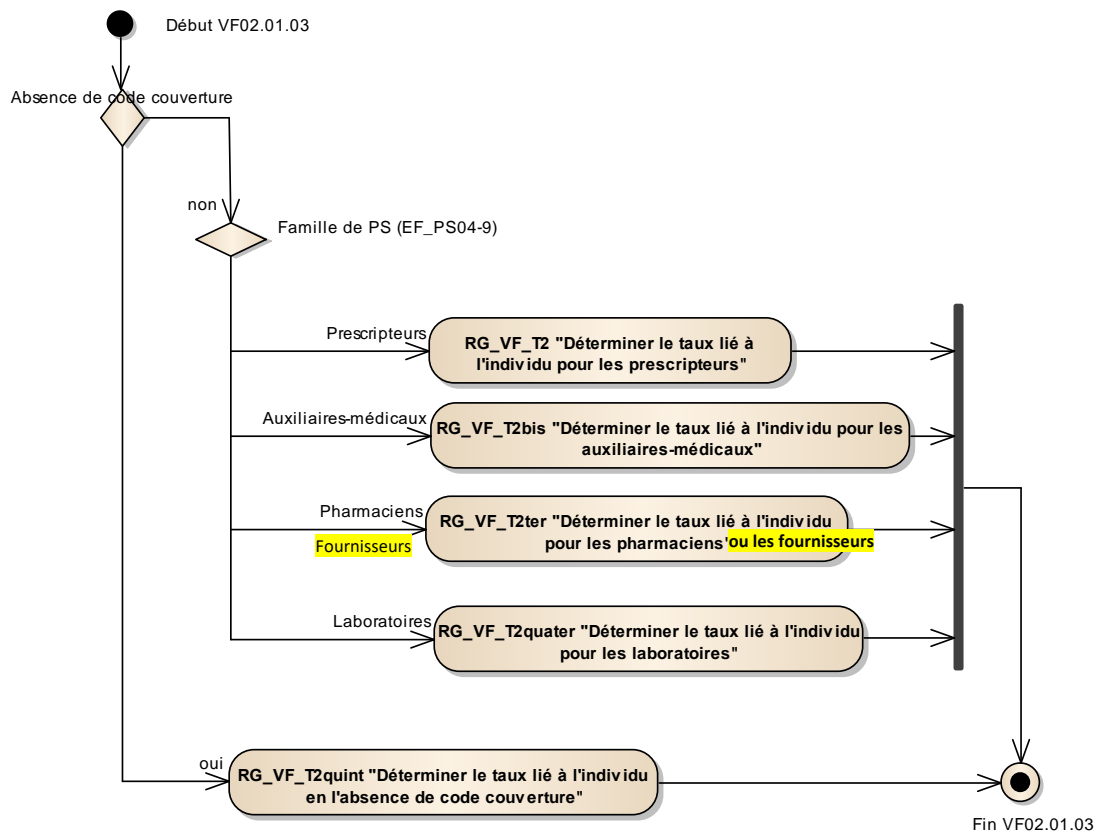


Figure 1 : [SC_VF02.01.03] Enchaînement des opérations de VF02.01.03 « Déterminer le taux de remboursement lié à l'individu »

.../...

5.6 Point 630-Précision pour les codes agrégés

5.6.1 Synthèse des impacts

Annexes Communes	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
A2bis	Table 1	Précision apportée dans la rubrique « Légende »	630

5.6.2 Détail des impacts

5.6.2.1 Impacts A2bis

.../...

Table 1 Table des codes prestation

Cette table fait l'objet du fichier « EF_A2_T1.csv » du package documentaire


Format de cette table

.../...

Légende

.../...

- Groupe fonctionnel détail : libellés des codes agrégés remplaçant les codes actes « réservés PS »
 - CCE : Consultation très complexe Enfants
 - CCX : Consultation complexe Enfants
 - MCX : Majoration pour consultation complexe
 - MTX : Majoration pour consultation très complexe
 - ...

 A noter que cette liste de codes agrégés n'est pas exhaustive : seul le contenu du fichier « EF_A2_T1.csv », constituant la table 1, fait foi.

.../...

5.7 Point 632-Modification du montant de la participation assuré

5.7.1 Présentation du point

La participation assuré forfaitaire, désignée à sa création sous le libellé « participation 18€ » est renommée de façon plus générique « participation assuré ».

5.7.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
VF	VF11.01	Suppression du montant « 18 euros » du libellé de la donnée « EF_VF96_02 » du libellé de la donnée « EF_VF96_02 » cité dans les éléments de sortie de l'opération.	632
	[RG_VF362]	Suppression du montant « 18 euros » du titre et du contenu de la règle.	632
	EF_VF96_02	Suppression du montant « 18 euros » du libellé de la donnée « EF_VF96_02 »	632

5.7.3 Détail des impacts

5.7.3.1 Impacts VF

.../...

VF11.01 Acquérir les données liées au calcul de la part complémentaire

Vue générale

Nom VF11.01 Acquérir les données liées au calcul de la part complémentaire

Description Le système de facturation acquiert les données nécessaires au calcul de la part complémentaire.

Entrée Aucune

Sorties PMSS

EF_VF96_01

Montant de la Participation Assuré « 18 euros »

EF_VF96_02

Paramètre de calcul contrat responsable

EF_VF97

Situations spécifiques

.../...

[RG_VF362] Acquérir le montant de la participation assuré « 18 euros » (EF_VF96_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation acquiert le montant de la participation assuré lorsque la facture a fait l'objet d'une participation assuré. « 18 euros ».



Remarque : La facture fait l'objet d'une participation assuré si elle comporte une prestation dont le code prestation (EF_IP04_01) est égal à « PAV ».

.../...

§7.2 Liste des données fonctionnelles pour chaque entité

.../...

EF_VF94	Montant calculé	01	Montant total complémentaire calculé	M	
EF_VF96	Données utiles à la tarification complémentaire	01	PMSS	M	352
		02	Montant de la Participation Assuré « 18 euros »	M	362

.../...

5.8 Point 635-Mise à jour des codes régimes

5.8.1 Présentation du point

Les régimes suivants ont été intégrés au Régime Général, et leur code régime n'est plus utilisé.

Code régime	Organisme
03	RSI
16	Port Autonome de Bordeaux
92	MGPTT
94	MFP : Mutuelle de la Fonction Publique
95	MNH : Mutuelle Nationale des Hospitaliers
96	MNAM : Mutuelle Nationale Aviation Marine

Ils sont donc supprimés de l'ensemble de la documentation du système de facturation SESAM-Vitale.

5.8.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
Corps	§3.2.8.4.1.1	Suppression de la spécificité liée au régime RSI : 03	635
	§3.2.8.4.2.1.1	Suppression du RSI dans la liste des régimes présentés	635
DICO	TB_BS03_03	Suppression des valeurs de codes gestion spécifiques au régime RSI : valeurs N1 à N6	635
	TB_BS04_01	Suppression de la liste des valeurs de codes régime les valeurs 03, 16, 92, 94, 95, 96	635
CF	RG_CF_R4	Suppression de la référence à l'article « Art L615.10 pour le RSI »	635
	CF01.01 - Définition	Suppression des cas particuliers RG_CF301 [CP1] et RG_CF302 [CP1] et des mentions du RSI dans le tableau de synthèse pour la date de référence AMO	635
	RG_CF301 [CP1]	Suppression de ce cas particulier	635
	RG_CF302 [CP1]	Suppression de ce cas particulier	635
MF	RG_MF033	Suppression du tableau les codes régime 03, 16, 92, 94, 95, 96	635
Annexes communes	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
A2bis	Tables 8.x	Suppression des codes couvertures 03xx et 16xx	635
	Table 50.1	Modification du titre pour ne plus mentionner le RSI et le port autonome de bordeaux	635
DF_A2	EF_TS	Suppression de la règle [RG_CF301] [CP1] (anciennement T3.1) du tableau de synthèse des règles de l'Annexe 2	635

5.8.3 Détail des impacts

5.8.3.1 Impacts Corps

.../...

§3.2.8.4.1.1 Constitution des paquets d'ordonnances relatifs aux FSE

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

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

A savoir, exemple de tri :

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

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

Régime RSI-03

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

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

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

.../...

§3.2.8.4.2.1.1 Masseurs kinésithérapeutes

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

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

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

.../...

5.8.3.2 Impacts DICO

.../...

§2 Tables de valeurs

.../...	.../...	.../...	.../...
TB_BS03_03	EF_BS03_03	Code gestion	101-13
.../...	.../...	.../...	.../...
TB_BS03_03	N1	Régime obligatoire (RSI-03)	-
TB_BS03_03	N2	Gratuit (RSI-03)	-
TB_BS03_03	N3	Biologistes (RSI-03)	-
TB_BS03_03	N5	Assurés volontaires (RSI-03)	-
TB_BS03_03	N6	CEE (RSI-03)	-
.../...	.../...	.../...	.../...
TB_BS04_01	EF_BS04_01	Code régime	101-10
.../...	.../...	.../...	.../...
TB_BS04_01	2	Régime agricole - MSA	
TB_BS04_01	3	Régime Social des Indépendants - RSI	-
.../...	.../...	.../...	.../...
TB_BS04_01	16	Régime du Port Autonome de Bordeaux	-
TB_BS04_01	91	Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale - MGEN	

TB_BS04_01	92	La Mutuelle Générale - LMG	-
TB_BS04_01	93	Mutuelle Générale de la Police - MGP	
TB_BS04_01	94	MFPS SOLSANTIS	-
TB_BS04_01	95	Mutuelle Nationale des Hospitaliers - MNH	-
TB_BS04_01	96	Harmonie Fonction Publique - HFP	-
TB_BS04_01	99	Section Locale Mutualiste Mutuelle de la Police et des Préfectures - INTERIALE Caisse d'Assurance Maladie des Industries Électriques et Gazières - CAMIEG	
	.../...	.../...	.../...

.../...

5.8.3.3 Impacts CF

.../...

CF01.01 Déterminer la date de référence AMO

.../...

Définitions

.../...

Ces différentes situations sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Nomenclature EF_IP05_02	Groupe fonctionnel EF_IP05_03 / EF_IP05_04	Régime	Type d'Acte	Date de référence AMO	Règle SFG
NGAP CCAM	Tous Hors Soins dentaires/ ODF et Soins dentaires/ Prothétiques	Tous hors RSI	acte isolé	date d'exécution	RG_CF301
			traitements en série	date de prescription	
		RSI	acte isolé	date d'exécution	CP1
			traitements en série	date d'exécution	
	Soins dentaires/ Prothétiques	Tous	tous	date d'achèvement des travaux	CP2
Soins dentaires/ ODF	Tous	tous	date de proposition du traitement orthodontique i.e. date de prescription	CP2	
NABM Frais PH	tous	Tous hors RSI	tous	date de prescription	RG_CF302

LPP			LPP réparation	Date de réparation	CP2
		RSI	tous	date d'exécution	CP1

.../...

Règles de gestion

[RG_CF301] Déterminer la date de référence AMO (EF_CF02_01) pour les prestations NGAP et CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

.../...



Cas particuliers

[CP1] Régime RSI hors soins dentaires prothétiques et ODF

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires du régime RSI, en cas de traitement en série, la date de référence AMO niveau prestation est la date d'exécution de la prestation.

Cette règle ne concerne pas les prestations des groupes fonctionnels (EF_IP05_03/EF_IP05_04) suivants :

- Soins dentaires / prothétiques
- Soins dentaires / ODF

[CP2] Soins dentaires prothétiques et ODF

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

.../...

[RG_CF302] Déterminer la date de référence AMO (EF_CF02_01) hors prestations NGAP et CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

.../...

[CP1] Régime RSI

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires du régime RSI, la date de référence AMO est la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02).

[CP2] Réparation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

.../...

.../...

CF01.06 Acquéirir et contrôler la nature d'assurance

.../...

[RG_CF_R4] Contrôler la Compatibilité entre la nature d'assurance (EF_CF02_02) et la qualité du bénéficiaire (EF_BS09_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

.../...



Références réglementaires

- Art L313-3 et L161.14 du code de la Sécurité Sociale
- Art L615.10 pour le RSI

.../...

5.8.3.4 Impacts MF

.../...

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

.../...

[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 <i>l'organisme destinataire</i> est XX1. Sinon le code de <i>l'organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i> .
CPRPSNCF	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 <i>l'organisme destinataire</i> est 999. Sinon le code de <i>l'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 <i>l'organisme destinataire</i> est identique au code <i>centre gestionnaire</i> . (*) Sinon le code de <i>l'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 <i>l'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 <i>l'organisme destinataire</i> est identique au code <i>centre gestionnaire</i> ^(*) Sinon le code de <i>l'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 <i>l'organisme destinataire</i> est 751. Sinon le code de <i>l'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.

.../...

5.8.3.5 Impacts A2bis

.../...

Tables 8.x Table des codes couverture

.../...

Table 8.1 Table des taux de remboursement des prescripteurs

.../...	.../...	.../...
0300	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0304	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0302	100 %	assuré ou bénéficiaire- exonéré
0303	100 %	assuré ou bénéficiaire- exonéré
0304	80%	FSV
.../...	.../...	.../...
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1604	100 %	assuré ou bénéficiaire- exonéré
1602	100 %	assuré ou bénéficiaire- exonéré
1603	100 %	assuré ou bénéficiaire- exonéré
.../...	.../...	.../...

Table 8.2 Table des taux de remboursement des Auxiliaires-médicaux

.../...	.../...	.../...
0300	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0304	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0302	100 %	assuré ou bénéficiaire- exonéré
0303	100 %	assuré ou bénéficiaire- exonéré
0304	80%	FSV
.../...	.../...	.../...
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1604	100 %	assuré ou bénéficiaire- exonéré
1602	100 %	assuré ou bénéficiaire- exonéré
1603	100 %	assuré ou bénéficiaire- exonéré
.../...	.../...	.../...

Table 8.3 Table des taux de remboursement des Pharmaciens

.../...	.../...	.../...
0300	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0301	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0302	<ul style="list-style-type: none"> ● PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% ● PH4, PM4, HD4, HG4 30% ● autres=100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
0303	<ul style="list-style-type: none"> ● PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% ● PH4, PM4, HD4, HG4 30% ● autres=100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
0304	<ul style="list-style-type: none"> ● PH2, HD2, HG2, MHU 15% ● PH4, PPI, HD4, HG4 30% ● HDA, HDE, HDR, PH7, HD7, HG7 65 % ● autres 80% 	FSV
.../...	.../...	.../...
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	<ul style="list-style-type: none"> ● PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% ● PH4, PM4, HD4, HG4 30% ● autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	<ul style="list-style-type: none"> ● PH2, PM2, HD2, HG2, MHU, PMH 15% ● PH4, PM4, HD4, HG4 30% ● autres 100 % 	assuré ou bénéficiaire exonéré
.../...	.../...	.../...

Table 8.4 Table des taux de remboursement des Laboratoires d'analyses médicales

.../...	.../...	.../...
0300	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0301	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0302	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0303	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0304	80%	FSV
.../...	.../...	.../...
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération

1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
.../...	.../...	.../...

Table 8.5 Table des taux de remboursement des Fournisseurs

.../...	.../...	.../...
0300	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0301	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
0302	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0303	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
0304	80%	FSV
.../...	.../...	.../...
1600	ni exonération, ni modulation	pas d'exonération
1601	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1602	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
1603	100 %	assuré ou bénéficiaire exonéré
.../...	.../...	.../...

.../...

Table 50.1 Table des taux de remboursement en l'absence de code couverture pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime général, le RSI, la CCAS RATP, la CPRPSNCF, l'ENIM, la CNMSS, la CAVIMAC, le ~~Port Autonome de Bordeaux~~, les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat, les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale, les sections locales mutualistes et en partie pour le régime agricole.

.../...

5.8.3.6 Impacts DF_A2

.../...

Spécialité	.../...	T1 -> RG_VF_T1	T3.1 -> RG_VF_T1	T1bis -> RG_VF_T1[CP3]	.../...
1-Médecine générale	.../...	.../...	4	.../...	.../...
.../...	.../...	.../...	4	.../...	.../...

86-Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)	.../...	.../...	4	.../...	.../...
.../...					

5.9 Point 636-Anomalie sur les références pour le groupe 1840

5.9.1 Synthèse des impacts

Annexes CDC	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
A1-A0	Groupe 1840	Correction des références du tableau	636












5.9.2 Détail des impacts

5.9.2.1 Impacts A1-A0

.../...

1840 Groupe Complément de prestation Entente Préalable

.../...

1840	Groupe Complément de prestation Entente Préalable	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'entente préalable
2. 4. Code accord entente préalable	EF_CF09_02 EF_CF09_01	<p> RG_CF324</p> <p> Cette information est obligatoire</p> <p> RG_CF323</p> <p> Cette information est obligatoire</p>
3. 2. Date d'envoi de la demande d'entente préalable	EF_CF09_03 EF_CF09_02	<p> RG_CF324</p> <p> RG_CF343</p> <p> Cette information est obligatoire</p> <p> RG_CF324</p> <p> Cette information est obligatoire</p>
4. 3. Identification de l'entente préalable	EF_CF09_03	<p> zone réservée pour utilisation future</p> <p> RG_CF325</p>

.../...

5.10 Point 638-Coquilles diverses

5.10.1 Présentation du point

Ce point regroupe diverses corrections mineures identifiées.

5.10.2 Synthèse des impacts

638.1 : Corrections orthographiques et de formulation

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point pensine
Corps	§4.3.2 SP03	Dernière puce au niveau de l'étiquette « Description » : .../... dans le cas de dispositions réglementaires particulières prévues pour les chirurgiens-dentistes et les et les audioprothésistes.	638.1.1
IP	RG_IP_CC5	Correction orthographique : corriger le titre de la règle comme suit : Contrôler le nombre de dents traitées (EF_IP11) pour une prestation CCAM	638.1.2
IP	RG_IP338 [CP9]	Corriger le titre de ce cas particulier : Remplacer « Génération automatique du supplément APIAS (DAT) » par « Indemnité de déplacement » car il s'agit d'une erreur copier-coller avec la RG précédente	638.1.3
CF	RG_CF_R37	Supprimer dans cette règle la phrase : .../... Cette règle présente des spécificités pour les situations spécifiques suivantes : .../... Cette phrase n'est plus utile depuis la modernisation du CDC du fait du rapprochement des situations spécifiques au niveau des RG.	638.1.4
CF	CF01.03.06	Correction du libellé de la donnée de sortie : EF_CF11 « Contexte Nature d'assurance SMG »	638.1.5
MF	RG_MF012	.../... Les marquages possibles sont les types de support Vitale présentés dans le tableau ci-dessous. .../...	638.1.6
MF	RG_MF030	Corriger le titre de la règle comme suit : Déterminer le N° partenaire de santé de santé + clé regroupement (EF_MF04_01 et EF_MF05_01)	638.1.7
AP	RG_AP011	Correction orthographique : .../... Si la date de fin de l'acte est renseignée , il est nécessaire que la date d'effet de la modification soit antérieure ou égale à la date de fin de l'acte (champ CCAM-19 consultable). .../...	638.1.8

AP	RG_AP033	Correction orthographique : .../... Le système de facturation scrute les messages contenues dans la Boîte aux lettres du Professionnel de Santé et ne récupère que ceux que le champ Content_Descriptilon de l'entête contient « FICHER_NORME ». .../...	638.1.9
-----------	----------	--	---------

638.2 Autres coquilles

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
Corps	§2.1.1	Mise à jour de l'adresse et de l'e-mail du CNDA : CNDA 515, Avenue George FRECHE 34170 CASTELNAU-LE-LEZ ☎ 04 67 02 30 01 E-mail : contact.cnda@assurance-maladie.fr	638.2.10
	§5	Le renvoi au « protocole d'agrément fourni par le CNDA » est remplacé par un renvoi aux « Conditions particulières d'agrément fournies par le CNDA ».	638.2.11
DICO	TB_BS08_07	Parmi les valeurs de cette table : la valeur du contrat pour un BS sortant C2S est 55555555, ce qui est incorrect : la valeur correcte est 55555551 (cf. notamment RG_BS076[SP04]).	638.2.1
	Titre du document	Le titre du document est erroné : Remplacer « DICO : Administrer le système de facturation - partie Poste de Travail » par « DICO : Dictionnaire des valeurs »	638.2.2
PS	§3.1.2.2	Correction : remplacer PS01.01.02 par PS01.02.02 dans la rubrique « Vue générale »	638.2.3
IP	RG_IP_R1bis	Cette règle ne concerne pas les Fournisseurs → Famille FR masquée au niveau du cartouche de la RG_IP_R1bis	638.2.4
CF	RG_CF317[SP03][CP1]	RG_CF317[SP03][CP1] : désactivation de la famille « PR » du cartouche car aucune des sous-familles prescripteur (M, SF, CD) ne sont concernées par ce cas particulier. RG_CF310	638.2.5
VF	RG_VF412	Cette règle concerne uniquement les IF --> cartouche à corriger	638.2.6
MF	RG_MFxx025 [SP10]	Correction du renvoi cité à la fin de la règle : RG_MFxx012[CP10] remplacé par RG_MFxx012[SP10]	638.2.7
	RG_MF070	Correction de la référence de la donnée « origine de la prescription » : EF_IP03_11 EF_IP03_04	638.2.8
AP	§3.15 AP19	Suppression de la remarque + du titre AP18.01 copiés/collés du paragraphe précédent par erreur	638.2.9
Annexes communes	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
DF_A2	Table 3	Correction de l'âge max du code acte STC qui doit être de 15 ans (cf. FR239v4)	638.2.12

	Table 4	Correction : « Nécessité d'une prescription » à « O » pour le code acte FOT (cf. FR154v4)	638.2.13
	Table 7	Correction : le code acte FIS n'est pas compatible avec le Gratuit (cf. FR173)	638.2.14
		Correction : le code IDD n'est pas compatible avec DE et DA (cf. FR263v4)	638.2.15
		Correction : le code GCO est compatible avec la « prise en charge SMG » (cf. FR220v2)	638.2.16
Annexes CDC	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
A1-A0	1870	EF_IP07_05 correspond à la RG_IP352, et non à la RG_IP359 comme indiqué actuellement)	638.2.10
		Correction apportée : 6. Condition d'exercice de l'exécutant	
		EF_IP07_05	RG_IP352 RG_IP359
A1-C	§5.1	Corrections et compléments en conformité avec le Manuel de Programmation SRT (SRT-MP-001) pour la fonction SRT_ConsulterDonnée : <ul style="list-style-type: none"> le champ TB22-2 est corrigé TB22-3 ; le champ CCAM-TB21 est corrigé TB21-1 ; les données TB22-3 et TB23 sont ajoutées à la liste des données consultables et dans le tableau des données consultables ; le groupe 3123 est ajouté dans la liste des groupes de sortie 	638.2.11

5.10.3 Détail des impacts

Cf. Tableau des impacts ci-avant.

5.11 Point 639- Précisions pour la télémédecine

5.11.1 Présentation du point

L'obligation de renseignement du PS dans une facture de télémédecine est réduite aux seules factures Pharmacien en cas d'accompagnement.

Par ailleurs, il est précisé qu'il n'y a pas de second PS en télésoin ni en téléconsultation : cette précision correspond à la FI716 diffusée le 14/12/2020 qui concernait les modalités de renseignement des données de prescription en cas de télésoin.

5.11.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
IP	IP01 - Télémédecine	Modification : le renseignement du second professionnel de santé est obligatoire uniquement en cas d'Accompagnement réalisé par un PS pharmacien. + précision concernant la téléconsultation et le télésoin conformément à la FI716.	639

[RG_IP350]	[CP1]	Cas particulier supprimé	639
[RG_IP350]	[CP2]	Cas particulier modifié	639

5.11.3 Détail des impacts

5.11.3.1 Impacts IP

.../...

IP01 Acquérir et contrôler les informations de niveau facture

.../...

Règles Identification de la prescription

Préambule

.../...

Télémédecine

Le tableau ci-après présente une synthèse des cas particuliers liés à la facturation en télémedecine pour le renseignement des données liées à la prescription.

Ces cas particuliers sont spécifiés ci-après dans la partie « Règles de gestion ».

Règle	Donnée		En cas de télémedecine	Obligatoire / facultatif
	Référence	libellé		
[RG_IP307] [CP3]	(EF_IP03_04)	Numéro de prescripteur	Utilisé pour identifier à la place du PS prescripteur : le PS1 par le PS2 facturant ou le PS2 par le PS1 facturant	Obligatoire*
[RG_IP308] [CP3]	(EF_IP03_05)	Clé du numéro de prescripteur		Obligatoire*
[RG_IP367] [CP1]	(EF_IP03_07)	Numéro RPPS du prescripteur		Facultatif
[RG_IP368] [CP1]	(EF_IP03_08)	Clé du numéro RPPS du prescripteur		Facultatif
[RG_IP309] [CP1]	(EF_IP03_06)	Code spécialité du prescripteur		Obligatoire*
[RG_IP369] [CP1]	(EF_IP03_09)	Numéro de la structure du prescripteur		Facultatif
[RG_IP385] [CP1]	(EF_IP03_10)	Code condition d'exercice du prescripteur		Obligatoire*
[RG_IP311] [CP3]	(EF_IP03_02)	Date de prescription	Date de prescription de l'acte de télémedecine ou date de l'acte de télémedecine	Obligatoire*

O* : Obligatoire pour les situations de télémedecine suivantes :

- Accompagnement
- Télé-expertise
- Télésoin

Non obligatoire dans les autres cas, à savoir :

- Téléconsultation

- Télésurveillance
- Télé-expertise
- Télésoin

Ces situations sont caractérisées par la valeur du groupe fonctionnel secondaire du code prestation (EF_IP05_04).

O* : le renseignement du second professionnel de santé est obligatoire uniquement en cas d'Accompagnement réalisé par un PS pharmacien.

Une prestation d'accompagnement est caractérisée par la valeur du groupe fonctionnel secondaire du code prestation (EF_IP05_04).



A noter qu'en cas de Télésoin et de Téléconsultation, il n'y a pas d'intervention d'un second professionnel de santé autre que le PS facturant.

.../...

[RG_IP350] Contrôler le Numéro de prescripteur (EF_IP03_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas général, le numéro de prescripteur n'est pas contrôlé.



Cas particuliers

[CP1] Facturation de prestations de télémedecine

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la facture comporte au moins une prestation de télémedecine (EF_IP05_03 = « Télémedecine »), le n° de prescripteur, renseigné avec le n° d'identification du deuxième PS, doit être différent du n° d'identification du PS facturant (EF_PS03_09), hormis en cas de facturation en centre de santé (EF_PS04_11).

[CP2] Facturation de prestations d'accompagnement à la téléconsultation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la facture comporte au moins une prestation d'accompagnement à la téléconsultation (EF_IP05_04 = « Accompagnement »), et si le PS renseigne le n° de prescripteur, le LPS doit avertir le PS que le n° de prescripteur saisi à saisir est celui du PS téléconsultant et que, de ce fait, la présence d'autres prestations sur la même facture n'est possible que pour des prestations prescrites par ce même PS.

.../...

5.12 Point 642-Indicateur de forçage pour RG_IP_R17bis

5.12.1 Présentation du point

Ce point apporte un correctif à la règle RG_IP_R17bis [SP11].

5.12.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
IP	RG_IP_R17bis [SP11]	Correctif : cette règle concerne des prestations secondaires et non des indemnités de déplacement	642
	§4 Tableau de synthèse	Correctif : EF_IP04_99 remplacé par EF_IP04_98 pour la règle RG_IP_R17bis outrepassée	642

5.12.3 Détail des impacts

5.12.3.1 Impacts IP

.../...

§4 SP11 : Situation spécifique de forçage

.../...

Tableau de synthèse

.../...

PRESTATIONS HORS CCAM

Opération	Règle outrepassée		Donnée forcée		Indicateur à positionner
	.../...	.../...	.../...	.../...	
IP05	RG_IP_R5 EF_A2_T4	Contrôler la nécessité d'une prescription pour une prestation	Prescription	EF_IP03	EF_IP04_99
	RG_IP_R12 EF_A2_T4	Contrôler la Compatibilité du code prestation avec une indemnité de déplacement	Code prestation	EF_IP04_01	EF_IP04_99
	RG_IP_R17bis EF_A2_T12	Contrôler l'Association obligatoire de code prestation d'actes de la NGAP	Code prestation	EF_IP04_01	EF_IP04_98 EF_IP04_99

.../...

§4.1.6 Impact IP05 : Contrôler la cohérence des prestations

.../...

[RG_IP_R12] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec une indemnité de déplacement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir l'indemnité de déplacement.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF_IP04_98) à VRAI et ce pour chacune des 2 prestations concernées.

[RG_IP_R17bis] [SP11] Contrôler l'Association obligatoire de code prestation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir **l'indemnité de déplacement le code prestation de type « secondaire »**.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF_IP04_98) à VRAI, et ce pour chacune des 2 prestations concernées.

.../...

5.13 Point 643-Suppression des « Acronymes » en doublon avec l'annexe 7 avec le guide

5.13.1 Présentation du point

Ce point a pour objet de supprimer du tableau des acronymes spécifiques à l'Annexe 7 les termes faisant doublon car déjà définis au §2 du document GD de la partie SFG.

5.13.2 Synthèse des impacts

Annexes CDC	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
A7	§2 Tableau 1 : acronymes	Suppression des termes suivants : API; CNIL; CPS; DAM; DRE; FSE; FSV; GIE S/V; OCT; PS; TL; TLA; déjà définis dans GD.	643

5.13.3 Détail des impacts

5.13.3.1 Impacts A7

.../...

§2 Tableau 1 : acronymes

Terme	Définition
API	Application Programming Interface
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPS	Carte Professionnel de Santé
DAM	Domaine Assurance Maladie
DRE	Demande de Remboursement Electronique
FSE	Feuille de soins électronique
FSV	Fournitures SESAM Vitale
GIE S/V	GIE SESAM Vitale
HSM	Hardware Security Module
LAN	Local Area Network (Réseau local utilisant typiquement une connectivité Ethernet ou Wi-Fi)
LV	Lecture Vitale (services de pré-lecture des données Vitale)

NCC	Numéro de Certificat de Conformité
OCT	Organisme Concentrateur Technique
OS	Operating System (Système d'exploitation)
OWASP	Open Web Application Security Project, https://www.owasp.org
PAN	Personal Area Network (Réseau « personnel », utilisant typiquement une connectivité de type Bluetooth)
PS	Professionnel de Santé
RAC	Référentiel Accès cartes
RGS	Référentiel Général de Sécurité
SV	SESAM-Vitale
TL	Terminal Lecteur
TLA	Terminal Lecteur Application (TL déporté)
TLS	Transport Layer Security
WAN	Wide Area Network (Réseau couvrant une région très étendue, typiquement de type réseau de téléphonie mobile ou internet)

.../...

5.14 Point 652-Correctifs de renvois de règles

5.14.1 Présentation du point

Ce point regroupe les différentes corrections concernant les renvois de l'annexe2 vers des règles des SFG.

5.14.2 Synthèse des impacts

Annexes Communes	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
A2	R11ter	Le renvoi vers la règle RG_IP_R11ter[SP18] est corrigé comme suit : RG_IP_R11ter[SP18]	652
	R18	Le renvoi vers la RG_MF003[CP3] est remplacé par le renvoi vers RG_MF003[CP6]	652)
	R33	Le renvoi vers les RG_MF003[CP1] et RG_MF003[CP2] sont remplacés par les renvois vers RG_MF003[CP1] à RG_MF003[CP4] et RG_MF003[SP10]	652
	B4	Le renvoi vers la RG_VF_B13[CP6] est remplacé par le renvoi vers RG_VF_B13 [CP7]	652
	B5	Le renvoi vers la RG_VF_B13[CP7] est remplacé par le renvoi vers RG_VF_B13 [CP8]	652
	P0	Le renvoi vers la RG_VF_P0 est remplacé par le renvoi au Préambule de l'opération VF03.01	652)
DF_A2	EF_A2_TS	Modifications de l'annexe2 ci-avant reportées dans le tableau de synthèse diffusé au format csv.	652

5.14.3 Détail des impacts

Cf. Tableau des impacts ci-avant.

5.15 Point 654-Correction d'anomalies pour l'EF_VF97

5.15.1 Présentation du point

Correction des références des données :

- Prix unitaire de la MCS (caisse de rattachement) EF_VF97_08
- Prix unitaire de la MCC (caisse de rattachement) EF_VF97_09

dans RG_VF353 et dans le groupe 3740.

5.15.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
VF	RG_VF353	Correction de la référence de la donnée « Prix unitaire de la MCC (caisse de rattachement)	654
Annexes Communes	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Point
A1-A2	3740	Correction de la référence des données « Prix unitaire de la MCS (caisse de rattachement) » et « Prix unitaire de la MCC (caisse de rattachement) »	654

5.15.3 Détail des impacts

5.15.3.1 Impacts VF

.../...

VF11.01 Acquérir les données liées au calcul de la part complémentaire

.../...

[RG_VF353] Acquérir les paramètres de calcul « Contrats responsables » (EF_VF97)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

.../...

[CP1] Professionnel de santé hors métropole (selon la caisse de rattachement du professionnel de santé)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le Professionnel de Santé exerce hors métropole, des données supplémentaires sont à renseigner :

- La valeur de la MPC (Majoration provisoire cliniciens) de la caisse de rattachement du PS (EF_VF97_07).
- La valeur de la MCS (Majoration de coordination pour les spécialistes) de la caisse de rattachement du PS (EF_VF97_08).
- La valeur de la MCC (Majoration de coordination pour les cardiologues) de la caisse de rattachement du PS (EF_VF97_06 EF_VF97_09). Cette donnée n'est obligatoire que pour les spécialités concernées.

5.15.3.2 Impacts A1-A2

.../...

3740 Groupe PARAMETRES DE CALCUL CONTRATS RESPONSABLES

.../...

3740	Groupe Paramètres de calcul Contrats Responsables (RG_VF353)	
• Taux conventionnel du DA	(EF_VF97_01)	Obligatoire
• .../...	.../...	.../...
• MCS MCC hors métropole	(EF_VF97_08)	Facultatif
• MCC MCS hors métropole	(EF_VF97_09)	Facultatif

.../...

6 Suppression des codes acte obsolètes

6.1.1 Présentation du point

L'objet de ce point est de supprimer de l'ensemble du Corpus documentaire les codes prestation dont la date de validité a dépassé les 27 mois au **01/04/2025** i.e. les codes acte clos avant le **01/01/2023**.

Les codes prestation concernés sont :

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité
AKI	Accompagnement anti-vitamine K Initial	30/09/2022
AKS	Accompagnement anti-vitamine K Suivant	30/09/2022
AOI	Accompagnement anticoagulants Oraux directs année Initiale	30/09/2022
AOS	Accompagnement anticoagulants Oraux directs années Suivantes	30/09/2022
FPC*	Forfait prothèse conjointe (dédié à la C2S)	31/03/2019
MHU	Médicament homéopathique unitaire	31/12/2020
MTJ	Majoration Transitoire Jeune Mayotte	31/08/2019
OME	Forfait monture – 18 ans (CMU C)	31/12/2019
OP1	Forfait optique – N°1 Unifocaux (CMU C)	31/12/2019
OP2	Forfait optique –N°2 Unifocaux (CMU C)	31/12/2019
OP3	Forfait optique –N°3Unifocaux (CMU C)	31/12/2019
OP4	Forfait optique –N°4 Multifocaux (CMU C)	31/12/2019
OP5	Forfait optique –N°5 Multifocaux (CMU C)	31/12/2019
OP6	Forfait optique –N°6 Multifocaux (CMU C)	31/12/2019
OP7	Forfait optique – N° 7 Multifocaux (CMU C)	31/12/2019
OPM	Forfait monture (CMU C)	31/12/2019
OV1	Forfait optique enfant – N°1 Unifocaux (CMU C)	31/12/2019
OV2	Forfait optique enfant – N°2 Unifocaux (CMU C)	31/12/2019
OV3	Forfait optique enfant – N°3 Unifocaux (CMU C)	31/12/2019
OV4	Forfait optique enfant – N°4 Unifocaux (CMU C)	31/12/2019
OV5	Forfait optique enfant – N°5 Unifocaux (CMU C)	31/12/2019
OV6	Forfait optique enfant – N°6 Unifocaux (CMU C)	31/12/2019
OV7	Forfait optique enfant – N°7 Unifocaux (CMU C)	31/12/2019
OV8	Forfait optique enfant – N°8 Multifocaux (CMU C)	31/12/2019
OV9	Forfait optique enfant – N°9 Multifocaux (CMU C)	31/12/2019
OVA	Forfait optique enfant – A Multifocaux (CMU C)	31/12/2019
OVB	Forfait optique enfant – B Multifocaux (CMU C)	31/12/2019
PAU	Prothèse auditive	31/12/2020
PAZ	Prothèse auditive rac zéro	31/12/2020
PCV	Consultation Post-Confinement	15/09/2020
PMH	Préparation magistrale Homéopathique	31/12/2020
PPP	Prestation Particulière Pandémie	31/12/2020
TDT	Télé expertise Dossier Traitant	09/02/2019
TLC	Télé consultation ALD et/ou EHPAD	14/09/2018
TLE	Télé expertise ALD et/ou EHPAD	09/02/2019
TNS	Traitement Nicotinique de Substitution	31/12/2018
TTE	Téléconsultation médecin Traitant avec EHPAD	14/09/2018



A noter que la suppression du code FPC fait l'objet du point 645 de l'EV126 supra : les impacts de sa suppression ne sont donc pas mentionnés dans le tableau ci-après.

6.1.2 Synthèse des impacts

Documents SFG	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire
		Pas d'impact
Annexes Communes	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire
A2bis	Tables 8.x	Suppression des codes PMH et MHU
	Tables 50.x	
DF_A2	Table 1 : DF_A2_T1.csv	Suppression de tous les codes obsolètes cités supra
	Table 2 : DF_A2_T2.csv	
	Table 3 : DF_A2_T3.csv	
	Table 4 : DF_A2_T4.csv	
	Table 4ter : DF_A2_T4ter.csv	
	Table 7 : DF_A2_T7.csv	
	Table 2bis : DF_A2_T2bis.csv	
	Table 12 : DF_A2_T12.csv	Suppression des codes MTJ, PAU, PCV, TTE
	Table 14.1 : DF_A2_T14.1.csv	Suppression des codes MHU, PMH, TNS
	Table 15.3 : DF_A2_T15.3.csv	Suppression des codes TLC, TLE
Table 21.x : DF_A2_T21.x.csv	Suppression des codes : TDT, TLC, TLE, TTE AKI, AKS, AOI, AOS, PAU, PAZ, PPP, TNS	
Table 60 : DF_A2_T60.csv	Suppression du code MHU	