



# AVENANT 19

Avenant au CDC SESAM-Vitale

## EV105-Réforme 100% Santé

### *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.



## AVENANT19

### EV105-Réforme 100% Santé

---

Référence du document

Version du document **02.30**

Date **14/12/2018**

Référence **PDT-CDC-084**

---

Vue générale

Professionnels de Santé concernés **Chirurgiens-Dentistes**  
**Fournisseurs**  
**Pharmaciens**

Palier concerné **1.40 Addendum 7 juin 2017**

---

Compatibilités

Cahier des Charges SESAM-Vitale **7.33**

Package d'agrément **1.40.13**

## TABLE DES MATIERES

<b>1</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
1.1	Contexte .....	5
1.2	Identification du socle fonctionnel de référence cible .....	6
1.3	Guide de lecture .....	6
<b>2</b>	<b>EV105 : Réforme 100% Santé .....</b>	<b>7</b>
2.1	Présentation de la mesure .....	7
<b>3</b>	<b>Impacts dans le CDC Editeurs.....</b>	<b>9</b>
3.1	Synthèse des impacts .....	9
3.2	Détail des impacts : Documents CDC-Editeurs .....	10
3.2.1	<i>Impacts Annexe 2 « Règlementation – Tarification » .....</i>	<i>10</i>
3.2.2	<i>Impacts Annexe 2bis « Règlementation – Tarification Partie Tables » .....</i>	<i>14</i>
3.2.3	<i>Impacts Annexe 1-A « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé » .....</i>	<i>24</i>
3.2.4	<i>Impacts Annexe 1-A0 « Zone d'échange facture » .....</i>	<i>28</i>
<b>4</b>	<b>Impacts dans le Dispositif Intégré.....</b>	<b>29</b>
4.1	Synthèse des impacts .....	29
4.1.1	<i>Impacts rh-integ-dsf-020 specification de l application partie 1 .....</i>	<i>30</i>

---

# 1 Introduction

---

## 1.1 Contexte

Ce document constitue un avenant aux documents suivants :

- Cahier des charges SESAM-Vitale 1.40.

---

### Evolution

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

**EV105 : « Réforme 100% Santé »**

---

### PS concernés

Cet avenant concerne les Professionnels de Santé suivants :

**Chirurgiens-Dentistes,  
Fournisseurs et Pharmaciens**

---

### Analyse d'impact

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

**1.40 – Addendum 7  
Juin 2017**

---

## 1.2 Identification du socle fonctionnel de référence cible

---

### Consigne d'implémentation

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

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

---

## 1.3 Guide de lecture

---

### Indications dans la marge



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

---

### Codes couleur

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

**Texte surligné en jaune**

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

**Texte surligné en jaune foncé**

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

**Texte surligné en gris**

Texte ajouté par rapport à la précédente version de ce document

**Texte barré suivant la couleur**

Texte supprimé du CDC SESAM Vitale ou du Dispositif intégré

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

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

## 2 EV105 : Réforme 100% Santé

### 2.1 Présentation de la mesure

#### Contexte

La réforme 100% santé a pour principal objectif de réduire le renoncement aux soins en optique, audiologie et dentaire. Au-delà de la prise en charge, cette mesure traite la globalité de l'accès aux soins qu'il s'agisse de la prévention ou de l'organisation des filières, en cohérence avec la stratégie nationale de santé.

Le principe est le même pour les trois secteurs concernés : proposer un ensemble de prestations de soins identifiées (panier) qui répond aux besoins de santé nécessaires – bien voir, bien entendre et soigner son hygiène bucco-dentaire – avec une garantie de qualité.

L'objectif est de donner la possibilité, à tous les assurés disposant d'une complémentaire santé (95% de la population dispose d'une couverture complémentaire), d'accéder à une offre avec un reste à charge nul après remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et de la complémentaire santé (AMC).

Dans ce contexte, **trois paniers de soins sont définis**, avec une revue des nomenclatures CCAM et LPP.

- Panier reste à charge zéro « RAC 0 » valable pour les soins en optique, audiologie et dentaire.

Les soins concernés sont totalement remboursés par les AMO et AMC.

Le reste à charge zéro est obtenu avec une mise en place des prix limites de vente (PLV ou plafonds) et un meilleur remboursement des parts obligatoire et complémentaire.

- Panier « RAC modéré » valable uniquement pour les soins dentaires.

Des plafonds sont également fixés pour les soins proposés dans le cadre de ce panier. Le « RAC modéré » est borné par les plafonds et dépend des garanties du contrat complémentaire santé. Il correspond au différentiel entre le plafond et le remboursement des parts obligatoire et complémentaire.

- Panier « honoraires libres » valable pour les soins en optique, audiologie et dentaire. Il correspond à tous les soins hors de ceux présents dans les paniers « RAC 0 » et « RAC modéré ».

Les 3 paniers de soins sont disjoints. Les patients ont toujours le choix du niveau de prestation (panier de soins) influant sur le niveau de prise en charge.

#### Une montée en charge progressive dès 2019

La mise en place de cette réforme va se déployer par étapes. A partir du 1er janvier 2019, les assurés pourront bénéficier de soins de mieux en mieux remboursés, jusqu'au remboursement total en 2021.

- A partir de 2019
  - Plafonnement des tarifs du panier "100% santé "en audiologie et en dentaire
    - 1er janvier 2019 pour l'audiologie
    - 1er Avril 2019 pour les soins dentaires

- Augmentation de 100 € du remboursement des aides auditives (remboursement AMO et AMC)
- A partir de 2020
  - "100% santé" garanti en optique et pour une partie du panier dentaire
  - Pour les aides auditives, le plafond sera abaissé de 200 €, et le remboursement augmentera de 50 €
- A partir de 2021, "100 % santé "garanti dans les trois secteurs

---

## Impacts SESAM-Vitale

Cette mesure est mise en œuvre par les besoins suivants :

### *Découpage en besoins*

- **B1** : Créer de nouveaux codes regroupements dentaires
- **B2** : Contrôler le respect des plafonds des actes prothétiques
- **B3** : Contrôler le respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses)
- **B4** : Contrôler le respect des prix limite de vente des produits de la LPP
- **B5** : Tracer dans la facture un dépassement du plafond dentaire, du tarif opposable ou du Prix Limite de Vente (~~besoin en cours de rédaction~~)

## 3 Impacts dans le CDC Editeurs

### 3.1 Synthèse des impacts



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

Documents CDC	Partie impactée	Nature de l'impact	Besoin
<b>Annexe 2</b>	P5	Nouvelle règle : Contrôler le respect des plafonds des actes prothétiques	B2 B5
	P6	Nouvelle règle : Contrôler le respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses)	B3 B5
	P7	Nouvelle règle : Contrôler le respect des prix limite de vente des produits de la LPP	B4 B5
<b>Annexe 2bis</b>	Table 1	Ajout des 20 nouveaux codes regroupement dentaires (paniers 0 et 1)	B1
	Table 1	Mise à jour des libellés des codes dentaires existants (panier tarifs libres)	B1
	Table 2ter	Nouvelle table : Table des codes prestation soumis au respect du tarif opposable	B3
	Table 7	Ajout des nouveaux codes regroupement dentaires	B1
	Table 12	Ajout des nouveaux codes regroupement dentaires	B1
	Table 21.3	Ajout des nouveaux codes regroupement dentaires	B1
<b>Annexe 1-A</b>	Schéma SP1	Mise à jour du schéma	B2 B3 B4
	§3.3.1.2	Nouveaux § Forçage du plafond des honoraires	B5
<b>Annexe 1-A0</b>	1610	Mise à jour de la partie « prothèses dentaires » pour présenter la table des plafonds	B2

## 3.2 Détail des impacts : Documents CDC-Editeurs

### 3.2.1 Impacts Annexe 2 « Règlementation – Tarification »

.../...

B2+B3+B4

#### Chapitre 2 Tableaux de synthèses

.../...

		.../...	P5	P6	P7
01	Médecine générale				
02	Anesthésie-Réanimation				
03	Cardiologie				
04	Chirurgie générale				
05	Dermatologie et Vénérologie				
06	Radiologie				
07	Gynécologie obstétrique				
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie				
09	Médecine interne				
10	Neuro-Chirurgie				
11	Oto-Rhino-Laryngologie				
12	Pédiatrie				
13	Pneumologie				
14	Rhumatologie				
15	Ophthalmologie				
16	Chirurgie urologique				
17	Neuro-Psychiatrie				
18	Stomatologie				
19	Chirurgien Dentiste		X	X	
20	Réanimation médicale				
21	Sage-femme				
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme				
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre				
24	Infirmier				
26	Masseur Kinésithérapeute				
27	Pédicure Podologue				
28	Orthophoniste				
29	Orthoptiste				
30	Laboratoire d'analyses médicales				
31	Rééducation Réadaptation Fonctionnelle				
32	Neurologie				
33	Psychiatrie				
34	Gériatrie				
35	Néphrologie				
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.				

	.../...	P5	P6	P7
37	Anatomo-Cyto-Pathologie			
38	Médecin biologiste			
39	Laboratoire Polyvalent			
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie			
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie			
42	Endocrinologie et Métabolisme			
43	Chirurgie infantile			
44	Chirurgie maxillo-faciale			
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie			
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique			
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire			
48	Chirurgie vasculaire			
49	Chirurgie viscérale et digestive			
50	Pharmacien d'officine			X
51	Pharmacie mutualiste			X
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X	X	
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X	X	
60	Prestataire de type société			X
61	Prestataire de type artisan			X
62	Prestataire de type association			X
63	Orthésiste			X
64	Opticien			X
65	Audioprothésiste			X
66	Epithésiste Oculariste			X
67	Podo-orthésiste			X
68	Orthoprothésiste			X
69	Chirurgie orale			
70	Gynécologie médicale			
71	Hématologie			
72	Médecine nucléaire			
73	Oncologie médicale			
74	Oncologie radiothérapique			
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent			
76	Radiothérapie			
77	Obstétrique			
78	Génétique médicale			
79	<b>Obstétrique et Gynécologie médicale</b>			
80	Santé publique et médecine sociale			

.../...

### Chapitre 3 : Calcul du montant remboursable par l'A.M.O.

#### P5 - Contrôle du respect des plafonds des actes prothétiques

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier pour tout code acte CCAM facturé, s'il est présent à la date de référence AMO dans la table des plafonds dentaires, que le montant du plafond autorisé n'est pas dépassé.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le montant des honoraires doit être inférieur ou égal au montant du plafond autorisé.</li> </ul> <p>Dans le cas où le plafond autorisé est dépassé, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au PS : « Le montant des honoraires facturés ne respecte pas la convention dentaire. Il vous appartient d'en informer votre patient. ».*</p> <p>Cette règle concerne uniquement les chirurgiens-dentistes.</p> <p>Cas particulier : Facturation d'un acte CCAM suivi d'un forfait dentaire CMU-C :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acte CCAM : le montant des honoraires doit être égal à la base de remboursement, sauf si le qualificatif de la dépense est renseigné à « Entente directe » : dans ce cas le dépassement est autorisé.</li> <li>Forfait CMU-C : le montant des honoraires du forfait ne doit pas dépasser le montant du plafond autorisé diminué du montant des honoraires de l'acte CCAM qui le précède. Le montant du plafond autorisé est lu par le LPS dans la table des plafonds pour le couple code acte CCAM, forfait CMU-C facturé.</li> </ul> <p>Dans ce cas particulier CMU-C, le logiciel doit également alerter le PS en cas de non-respect des plafonds CMUC et lui demander d'en informer son patient.</p>	<p><b>Code acte CCAM saisi par le PS et présent dans la table des plafonds dentaires</b></p> <p><b>Code Forfait CMU-C saisi par le PS</b></p> <p><b>Montant des honoraires : (1610) : Saisie par le PS</b></p>	Table des plafonds dentaires (DF_PFD)	Réforme gouvernementale dite du reste à charge zéro « 100% santé »	* L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation mais le dépassement sera tracé dans la facture (modalités en cours de rédaction), mais dans ce cas le dépassement entraîne la valorisation de l'indicateur de forçage AMO niveau acte Cf. A1-A §3

**P6 - Contrôle du respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses)**

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation soumise au respect des tarifs opposables (cf. Table 2ter) que le montant du dépassement est nul.</p> <p>Dans le cas contraire, le LPS doit déclencher un message d'alerte au Professionnel de Santé : « Le montant des honoraires facturés ne respecte pas la convention dentaire. Il vous appartient d'en informer votre patient. »*.</p> <p>Cette règle concerne uniquement les chirurgiens-dentistes.</p>	<p><b>Montant du dépassement</b> : (1610) : Déterminé par la règle P2</p>	Table 2ter	Convention dentaire	<p>* L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation mais le dépassement sera tracé dans la facture (modalités en cours de rédaction) mais dans ce cas le dépassement entraîne la valorisation de l'indicateur de forçage AMO niveau acte Cf. A1-A §3</p>

**P7 - Contrôle du respect des prix limite de vente des produits de la LPP**

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation de nomenclature « LPP » et nécessitant un code affiné (top codage affiné = « oui ») que le Prix Limite de Vente de l'acte facturé est respecté.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le montant du tarif LPP du code détaillé LPP doit être inférieur ou égal à son Prix Limite de Vente issu de la base LPP* (si présence d'un Prix Limite de Vente en base LPP).</li> </ul> <p>Dans le cas où le Prix Limite de Vente est dépassé, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au Professionnel de Santé : « Le montant de la prestation facturée est supérieur au prix limite de vente. Il vous appartient d'en informer votre patient ». **.</p> <p>Cette règle concerne uniquement les fournisseurs et les pharmaciens.</p> <p>Cas particuliers :</p> <p><b>Situation de CMU-C ou sortant de CMU-C</b> : dans le cas d'une facturation de prestations d'optique ou d'audioprothèse (groupe fonctionnel général = « optique » ou « audioprothèse ») au titre de la CMU-C ou Sortant de CMU-C, le montant des honoraires ne doit pas dépasser le Prix de Vente maximum fixé par l'arrêté CMU-C publié au Journal Officiel***. Dans le cas contraire, le logiciel doit alerter le PS du non-respect des plafonds CMU-C et lui demander d'en informer son patient.</p> <p><b>Facturation dans les DOM</b> : le tarif LPP du code détaillé LPP correspond au tarif LPP lu en base et éventuellement majoré du coefficient DOM propre à l'acte s'il existe ; le Prix Limite de Vente à ne pas dépasser est le Prix Limite de Vente lu en base majoré à l'identique.</p>	<p><b>Nomenclature</b> : Lu en table 1</p> <p><b>Top codage affiné</b> : Lu en table 1</p> <p><b>Montant du tarif LPP</b> (1730)</p> <p><b>Montant du prix limite de vente</b></p>	Table 1	Réforme gouvernementale dite du reste à charge zéro « 100% santé »	<p>*La base LPP est disponible sur le site de l'Assurance Maladie</p> <p>** L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation mais le dépassement sera tracé dans la facture (modalités en cours de rédaction) mais dans ce cas le dépassement entraîne la valorisation de l'indicateur de forçage AMO niveau acte Cf. A1-A §3</p> <p>***Le Prix de Vente maximum des prestations d'optique et d'audioprothèses incluses dans le panier de soins CMU-C font l'objet d'un arrêté CMU-C publié au Journal Officiel.</p>

### 3.2.2 Impacts Annexe 2bis « Règlementation – Tarification Partie Tables »

.../...

B1

**Table 1 Table des Codes Prestations**

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
AAD	Autres accessoires traitement à domicile (Titre 1 Chapitre 1 de la LPP)		Support	LPP	so	so	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
BR1	Bridge RAC modéré		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
CM0	Couronne métallique RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
CT0	Couronne transitoire RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
CT1	Couronne transitoire RAC modéré		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
CZ0	Couronne zircone RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
CZ1	Couronne zircone RAC modéré		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
IC0	Inlay core RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
IC1	Inlay core RAC modéré		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
ICO	Inlay core Tarif libre		Support	CCAM	Soins Dentaires	Prothétiques	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
IN1	Inlay onlay RAC modéré		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
INO	Inlay onlay Tarif libre		Support	CCAM	Soins Dentaires	Prothétiques	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
PA0	Prothèse amovible RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
PA1	Prothèse amovible RAC modéré		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
PAM	Prothèse Amovible Définitive Métallique Tarif libre		Support	CCAM	Soins Dentaires	Prothétiques	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
PAR	Prothèse amovible définitive résine Tarif libre		Support	CCAM	Soins Dentaires	Prothétiques	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
PDT	Prothèse Dentaire Provisoire Couronne transitoire Tarif libre		Support	CCAM	Soins Dentaires	Prothétiques	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
PF0	Prothèse fixe RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
PF1	Prothèse fixe RAC modéré		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
PFC	Prothèse fixe céramique Tarif libre		Support	CCAM	Soins Dentaires	Prothétiques	Oui	PS
PFM	Prothèses dentaires fixes métalliques Prothèse fixe métallique Tarif libre		Support	CCAM	Soins Dentaires	Prothétiques	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
PT0	Prothèse amovible de transition RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
RA0	Réparation Adjonction RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
RE1	Réparation prothèse RAC modéré		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
RF0	Réparation facette prothèse amovible RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
RPN	Réparation sur prothèse Tarif libre		Support	CCAM	Soins Dentaires	Prothétiques	Oui	PS
RS0	Réparation prothèse adjointe simple RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
SU0	Supplément prothèse résine RAC 0		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
SU1	Supplément prothèse métallique RAC modéré		Support	CCAM	Soins dentaires	Prothétiques	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

.../...

B3

**Table 2ter Codes Prestations soumis au respect du tarif opposable**

Code prestation
ADI
ADC
ATM
AXI
BDC
BR2
BR4
C
CS
END
SDE
TDS
V
Z

.../...

.../...

B1

**Table 7** Table des compatibilités entre les codes prestations et le qualificatif de la dépense 0 = NON, 1 = OUI, SO = Sans Objet

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Remboursable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
<b>BR1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
<b>CM0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
<b>CT0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>CT1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>CZ0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>CZ1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
<b>IC0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>IC1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
<b>IN1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
<b>PA0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>PA1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
<b>PF0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>PF1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
<b>PT0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
<b>RA0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>RE1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>RF0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
<b>RS0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
<b>SU0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>SU1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Remboursable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

B1

**Table 12 Tables des Codes Prestation obligatoirement associés**

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
<b>ATD</b>	ATM – BR1 - CM0 – CT0 – CT1 - CZ0 – CZ1 - IC0 – IC1- ICO – IN1- PA0 – PA1 - PAM - PAR – PDT – PF0 – PF1 – PFC – PFM - PRO – PT0 – RA0 – RE1 – RF0 – RPN - RS0 - SPR – SU0 – SU1
<b>ATL</b>	AAD – AAR – ARO – COR – DVO – GLU - LEN – LUN – MAC – MAD – OPC – OPT – ORP – PA – PAN – PAU – PEX – PII – POC – VER – VEH
<b>CPM</b>	C – CS – V – VS
<b>CRD</b>	C – CS – CNP –G – GS –K – KC – Z
	Tout acte de nomenclature CCAM
<b>CRM</b>	C – CS – CNP –G – GS –K – KC – Z
	Tout acte de nomenclature CCAM
<b>CRN</b>	C – CS – CNP –G – GS –K – KC – Z
	Tout acte de nomenclature CCAM
<b>CRS</b>	C – CS – CNP –G – GS –K – KC – Z
	Tout acte de nomenclature CCAM
<b>CST</b>	STH – THR
<b>DAP</b>	Tout acte de nomenclature CCAM
	Tout acte de nomenclature NABM
	Tout acte de nomenclature NGAP
<b>DAT</b>	Tout acte de nomenclature CCAM
	Tout acte de nomenclature NABM
	Tout acte de nomenclature NGAP
	Tout acte de nomenclature Frais PH
	Tout acte de nomenclature LPP

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
<b>DDT</b>	ATM – AXI – BR1 - C – CM0 - CS – CT0 – CT1 – CZ0 – CZ1 – D – DC – END – IC0 – IC1 - ICO – IMP – IN1 - INO – ORT – PA0 – PA1 - PAM – PAR – PDT – PF0 – PF1 – PFC – PFM – PT0 – RA0 – RE1 – RF0 – RPN – RS0 - SDE – SU0 – SU1 - TDS – TO
<b>DHT</b>	ACO – ADA – ADC – ADE – ADI – AIS – AMI – AMC – AMK – AMO – AMP – AMS – AMY – ATM – B – C – CDE – CSC – CNP – CS – G – GS – K – KB – KC – KMB – KMO – PB – SES – SF – SFI – SP – TB – V – VG – VGS – VL – VNP – VS
<b>DLT</b>	AAD – AAR – ARO – COR – DVO – LEN – LUN – MAC – MAD – OPC – OPT – ORP – PA – PAN – PAU – PEX – PII – POC – VER – VEH
<b>DPS</b>	Tout acte de nomenclature Frais PH
	Tout acte de nomenclature LPP
<b>FDA</b>	BR1 - CM0 - CT0 – CT1 – CZ0 – CZ1 – IC0 – IC1 – IN1 – PA0 – PA1 – PF0 – PF1 – PRO – PT0 – RA0 – RE1 – RF0 – RS0 – SPR - SU0 – SU1 Tout acte de nomenclature CCAM
<b>FDC</b>	BR1 - CM0 - CT0 – CT1 – CZ0 – CZ1 – IC0 – IC1 – IN1 – PA0 – PA1 – PF0 – PF1 – PRO – PT0 – RA0 – RE1 – RF0 – RS0 – SPR - SU0 – SU1 Tout acte de nomenclature CCAM
<b>FDO</b>	TO – ORT
<b>FDR</b>	BR1 - CM0 - CT0 – CT1 – CZ0 – CZ1 – IC0 – IC1 – IN1 – PA0 – PA1 – PF0 – PF1 – PRO – PT0 – RA0 – RE1 – RF0 – RS0 – SPR - SU0 – SU1 Tout acte de nomenclature CCAM
<b>FMV</b>	FHV
<b>FPC</b>	BR1 - CM0 - CT0 – CT1 – CZ0 – CZ1 – IC0 – IC1 – IN1 – PA0 – PA1 – PF0 – PF1 – PRO – PT0 – RA0 – RE1 – RF0 – RS0 – SPR - SU0 – SU1 Tout acte de nomenclature CCAM
<b>FPE</b>	C – CS – G – GS – V – VG – VGS – VS
<b>FPO</b>	ORT – TO
<b>FSD</b>	ADC
<b>HC</b>	PH1 – PH2 – PH4 – PH7 – MHU

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
<b>HD1</b>	PH1
<b>HD2</b>	PH2
<b>HD4</b>	PH4 - MHU
<b>HD7</b>	PH7
<b>HDS</b>	GS1 – GS2
<b>HG1</b>	PH1
<b>HG2</b>	PH2
<b>HG4</b>	PH4 - MHU
<b>HG7</b>	PH7
<b>IGR</b>	C – CS – V – VS
<b>MAF</b>	CNP
<b>MAP</b>	P
<b>MAS</b>	CS
<b>MAU</b>	AMI
<b>MAV</b>	C – CS – V – VS
<b>MBB</b>	CS – VS
<b>MCA</b>	C – CS – V – VS
<b>MCC</b>	CSC
<b>MCD</b>	ADC - ADI - ATM - AXI – BR1 - C – CM0 - CS – CT0 – CT1 – CZ0 – CZ1 - D - DC - END – IC0 – IC1 - ICO - IMP – IN1 - INO - KC – PA0 – PA1 – PAM – PAR – PDT - - PF0 – PF1 - PFC - PFM – PT0 – RA0 - RE1 – RF0 - RPN – RS0 - SDE – SU0 – SU1 - TDS – V – VS - Z
<b>MCE</b>	CS
<b>MCG</b>	C – CS – G – GS
<b>MCI</b>	AMI - AIS
<b>MCS</b>	CS – CNP – VA – VNP – VS
<b>MCT</b>	C – CS – V – VS
<b>MD</b>	COE – PPS– V – VG – VGS – VL – VS
<b>MDD</b>	COE– V – VG – VGS – VS
<b>MDI</b>	V – VG – VGS – VS
<b>MDN</b>	V – VG – VGS – VS
<b>MEG</b>	C – CS – G – GS – V – VG – VGS – VS
<b>MEP</b>	C – CS – G – GS – V – VG – VGS – VS
<b>MGE</b>	C – CA – CS – G – GS – V – VG – VGS – VS

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
<b>MIC</b>	C – CNP - CS – G – GS – V – VG – VGS – VNP – VS
<b>MIS</b>	C – CNP – CS – G – GS – V – VG – VGS – VS
<b>MM</b>	AMI – AIS – C – CG – CS – G – GS – K – KC – KE – SF – SP – TB – V – VG – VGS – VS
<b>MMF</b>	C – CS – V – VS
<b>MMM</b>	C – CS – V – VS
<b>MNO</b>	C – CS – G – GS – V – VG – VGS – VS
<b>MNP</b>	CS - VS
<b>MPB</b>	C – CS – V – VS
<b>MPC</b>	CS – CNP – CS+MCS – CNP+MCS
<b>MPE</b>	C – CS – V- VS
<b>MPF</b>	CNP
<b>MPI</b>	Tout acte de nomenclature Frais PH
<b>MPJ</b>	CS – CNP -
<b>MPP</b>	C - CS – V- VS
<b>MPS</b>	C – COE - CS – V – VS
<b>MPT</b>	C – CS – V – VS
<b>MSH</b>	C – CNP - CS – CSC – G – GS – V – VG – VGS – VNP – VS
<b>MSP</b>	C – CS – V – VS
<b>MTA</b>	CS
<b>MTS</b>	CS – VS
<b>MU</b>	ACO – ADA – ADC – ATM – V – VG – VGS – VS
<b>NFE</b>	C – CS – G – GS – V – VG – VGS – VS
<b>NFP</b>	C – CS – G – GS – V – VG – VGS – VS
<b>PAV</b>	ACO – ADA – ADC – ADE – ATM – K – KC – KE – SF
<b>PEG</b>	C – CS – V – VS
<b>PIV</b>	C – CNP – CS – G – GS – V – VG – VGS – VS
<b>POG</b>	C – CS – V – VS
<b>PPN</b>	C – CS – V – VS
<b>PPR</b>	C – CS – V – VS
<b>PTG</b>	C – CNP – CS – G – GS – V – VG – VGS – VS

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
<b>SGA</b>	Tout acte de nomenclature CCAM
	Tout acte de nomenclature NABM
	Tout acte de nomenclature NGAP
<b>SGE</b>	C – CS – V – VS
<b>SGN</b>	Tout acte de nomenclature Frais PH
	Tout acte de nomenclature LPP
<b>SLA</b>	C – CS – V – VS
<b>TCA</b>	C – CS – V – VS
<b>VDC</b>	ATM
<b>VRD</b>	V – VG – VGS – VS – VNP – K – KC
	Tout acte de nomenclature CCAM
<b>VRM</b>	V – VG – VGS – VS – VNP – K – KC
	Tout acte de nomenclature CCAM
<b>VRN</b>	V – VG – VGS – VS – VNP – K – KC
	Tout acte de nomenclature CCAM
<b>VRS</b>	V – VG – VGS – VS – VNP – K – KC
	Tout acte de nomenclature CCAM

.../...

B1

Table 21.3 Tables des Codes Prestation obligatoirement utilisées dans la table 8.x

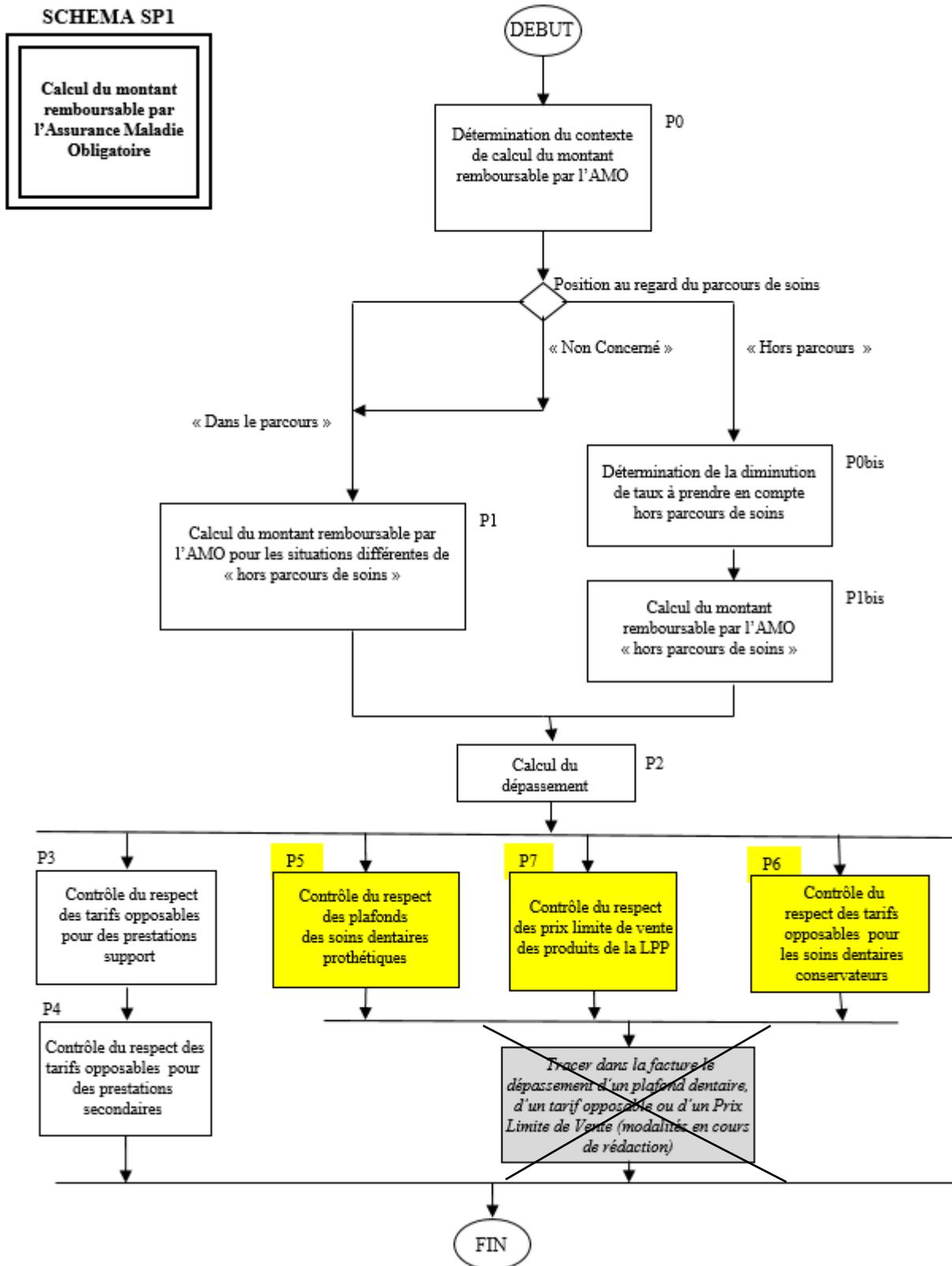
Table	21.3	code situation	0402	table	8.1
		Code prestation	Catégorie médicale *	Hors CCAM	CCAM
		.../...	.../...	.../...	.../...
		<b>BR1</b>	Toutes		0
		.../...	.../...	.../...	.../...
		<b>CM0</b>	Toutes		0
		.../...	.../...	.../...	.../...
		<b>CT0</b>	Toutes		0
		<b>CT1</b>	Toutes		0
		<b>CZ0</b>	Toutes		0
		<b>CZ1</b>	Toutes		0
		.../...	.../...	.../...	.../...
		<b>IC0</b>	Toutes		0
		<b>IC1</b>	Toutes		0
		.../...	.../...	.../...	.../...
		<b>IN1</b>	Toutes		0
		.../...	.../...	.../...	.../...
		<b>PA0</b>	Toutes		0
		<b>PA1</b>	Toutes		0
		.../...	.../...	.../...	.../...
		<b>PF0</b>	Toutes		0
		<b>PF1</b>	Toutes		0
		.../...	.../...	.../...	.../...
		<b>PT0</b>	Toutes		0
		.../...	.../...	.../...	.../...
		<b>RA0</b>	Toutes		0
		<b>RE1</b>	Toutes		0
		<b>RF0</b>	Toutes		0
		.../...	.../...	.../...	.../...
		<b>RS0</b>	Toutes		0
		.../...	.../...	.../...	.../...
		<b>SU0</b>	Toutes		0
		<b>SU1</b>	Toutes		0
		.../...	.../...	.../...	.../...

### 3.2.3 Impacts Annexe 1-A « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé »

.../...

B2 + B3+ B4+B5

#### §2.3.2.7 Schéma SP1 : Montant Remboursable AMO



.../...

B5

### §3.3.1.2 Forçage des éléments de tarification CCAM

.../...

#### Valorisation de l'indicateur de forçage AMO pour une prestation CCAM

Dans le cas de forçage d'une prestation CCAM, directement dans la facture ou au niveau du référentiel électronique CCAM, le groupe 2000 contenant l'indicateur de forçage AMO est renseigné par le service de "Contrôle Complet CCAM" du module SRT.

#### Forçages des données du référentiel électronique

Les forçages au niveau du référentiel électronique CCAM sont détectés automatiquement par le "Contrôle Complet CCAM" dès qu'il est amené à utiliser une valeur du référentiel modifiée par le Professionnel de Santé.

#### Forçage des données de la facture

Le Professionnel de Santé signifie une première fois au cours de la constitution de la facture sa volonté de forcer une donnée lorsqu'il décide de modifier le résultat d'une règle CCAM. La règle en question est considérée outrepassée.

Afin de ne pas demander confirmation du forçage en question au Professionnel de Santé, le service de "Contrôle Complet CCAM" ne génère pas de diagnostic dans ce cas-là. Pour cela, il est nécessaire que SRT sache a priori qu'il y a intention de forçage.

Le progiciel doit donc transmettre, parmi les données d'entrée du service "Contrôle Complet CCAM" (à savoir les groupes de la facture), la référence de chaque règle outrepassée pour chaque prestation CCAM. Ainsi, pour toute erreur détectée, le service "Contrôle Complet CCAM" détermine s'il s'agit d'une erreur ou d'un forçage, et ne remonte pas de diagnostic d'erreur dans les cas de forçage.

En plus des diagnostics relatifs aux erreurs détectées, le "Contrôle Complet CCAM" retourne, une liste d'indicateurs de forçage AMO valorisés (groupes 2000) correspondant soit aux forçages déclarés, soit aux erreurs détectées sur des règles outre passables.

Chaque diagnostic correspond à une erreur dont la correction doit être demandée au Professionnel de Santé. S'il s'agit d'une règle outre passable, le Professionnel de Santé peut décider de ne pas corriger l'erreur. S'il s'agit d'une règle non outre passable, le Professionnel de Santé est obligé d'effectuer la correction.

Si le Professionnel de Santé effectue des corrections suite aux diagnostics qui lui sont présentés, il est recommandé au progiciel de reprendre le processus de constitution de la facture depuis le début, afin de vérifier toutes les règles de contrôle et recalculer les éléments de tarification. Le progiciel a obligation de repasser le "Contrôle Complet CCAM".

Dans le cas contraire, (le Professionnel de Santé n'effectue aucune correction) cela revient à confirmer les forçages. Le Progiciel doit ajouter à la zone d'échange facture fournie en entrée de la fonction SSV « Formater Factures », les groupes 2000 restitués par le « Contrôle Complet CCAM », afin que les indicateurs de forçage soient transmis dans le flux. Le flux peut alors être mis en forme et transmis.

**Exceptions** : pour une ligne d'acte donnée, en cas de forçage cumulé qui comporte le forçage du « montant remboursable par l'AMO » **et/ou le forçage du « plafond des honoraires »**, le progiciel doit modifier la valeur de l'indicateur de forçage fournie par le Contrôle Complet CCAM comme précisé au § ci-après « Cumul de plusieurs forçages de niveau acte ».

En tout état de cause, il est indispensable d'effectuer toutes les corrections nécessaires portant sur les règles non outre passables.

### §3.3.1.3 Forçage du montant remboursable par l'AMO

Pour chaque prestation de la facture **saisie par le Professionnel de Santé, hors prestations de type honoraire, le Professionnel de Santé celui-ci** a la possibilité de modifier le « **montant remboursable par l'AMO** », calculé par le progiciel.

⇒ L'indicateur de forçage ③ sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « 5 ».

En cas de forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'une ou plusieurs lignes d'acte de la facture, le progiciel est tenu de :

- garantir l'exactitude du montant « total remboursable par l'AMO » (champ 1910-3),
- vérifier, pour chaque ligne d'acte, le respect du principe de « non-enrichissement sans cause » à savoir que la somme du « **montant remboursable par l'AMO** » (champ 1610-14) et du « montant théorique remboursable par l'AMC » (champ 1610-15) est nécessairement inférieur ou égal au « montant des honoraires » (champ 1610-6).

Dès lors que le « **montant remboursable par l'AMO** » est forcé, il convient de recalculer le « montant théorique remboursable par l'AMC ».

#### Mise en œuvre

Il est recommandé au progiciel d'offrir au Professionnel de Santé la possibilité de forcer le « **montant remboursable par l'AMO** » **après** le calcul par le progiciel lui-même de cette part AMO. Ainsi ce forçage consistera pour le Professionnel de Santé en une correction du calcul du progiciel, sur la base de consignes transmises par l'Assurance Maladie.

### §3.3.1.4 Forçage du plafond des honoraires

**Si le professionnel de santé outrepassé une des règles de contrôle P5, P6 ou P7 (i.e. dépassement du montant du plafond dentaire, du tarif opposable ou du prix limite de vente), alors l'indicateur de forçage ③ est valorisé par le progiciel avec la valeur « 6 ».**

### §3.3.1.45 Cumul de plusieurs forçages de niveau acte

En cas de forçage multiple pour une même ligne d'acte, l'indication du forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » **et/ou du « plafond des honoraires »** sont **est** nécessairement **prioritaires**.

Ainsi les cas de cumuls possibles et le renseignement de l'indicateur de forçage ③ sont présentés dans le tableau ci-après :

		Montant remboursable par l'AMO	Plafond des honoraires	Éléments de tarification NGAP	Éléments liés aux codes regroupements CCAM	Éléments de tarification CCAM
		5	6	A ou C	N	Ω(*)
Montant remboursable par l'AMO	5	5	7	5	5	5
Plafond des honoraires	6	7	6	6	6	6
Éléments de tarification NGAP	A ou C	5	6	A ou C	Cas de cumul non possible	Cas de cumul non possible
Éléments liés aux codes regroupements CCAM	N	5	6	Cas de cumul non possible	N	Ω
Éléments de tarification CCAM	Ω(*)	5	6	Cas de cumul non possible	Ω	Ω

(\*)Ω représente la valeur retournée par le Contrôle Complet CCAM.

Ainsi :

- en cas de forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 5 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur retournée par le service Contrôle Complet CCAM dans le groupe 2000.
- en cas de forçage du « **plafond des honoraires** » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 6 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur retournée par le service Contrôle Complet CCAM dans le groupe 2000.
- en cas de forçage cumulé du « **montant remboursable par l'AMO** » et du « **plafond des honoraires** » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 7 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur retournée par le service Contrôle Complet CCAM dans le groupe 2000.

### 3.2.4 Impacts Annexe 1-A0 « Zone d'échange facture »

.../...

B2 + B3 + B4

#### 2.4.21.1 Règles de gestion des prestations

.../...

##### Prothèses dentaires

L'examen du droit aux prestations s'effectue à la date d'exécution des soins (date d'achèvement de la prothèse).

Les prothèses dentaires correspondent aux prestations de groupe fonctionnel « soins dentaires / prothétiques » (cf. Annexe2-Table1).

Le respect des plafonds des actes prothétiques est contrôlé à partir de la table des plafonds dentaires (Annexe 2, règle P5). Cette table (DF\_PFD) est fournie par le GIE Sesam Vitale et correspond à un fichier de données dont la structure est la suivante :

- Code acte
- Panier (« 0 » pour panier reste à charge zéro, « 1 » pour panier reste à charge modéré ou « 2 » pour panier CMU-C)
- Forfait CMU-C (code du forfait CMU-C ou Sans objet « So »)
- Date d'effet (jj/mm/aaaa)
- Date de fin (jj/mm/aaaa)
- Plafond (montant avec deux décimales)

- Exemple (les plafonds sont fictifs) :

Acte	Panier	Forfait CMU-C	Date d'effet	Date de fin	Plafond
HBLD090	2	FDA	01/04/2019		200,00
HBLD090	1	So	01/04/2019		230,00
HBLD090	2	FDC	01/01/2020		175,00
HBLD090	1	So	01/01/2020		175,00
HBLD745	2	FDA	01/01/2020		175,00
HBLD745	0	So	01/01/2020		230,00

.../...

## 4 Impacts dans le Dispositif Intégré

### 4.1 Synthèse des impacts



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

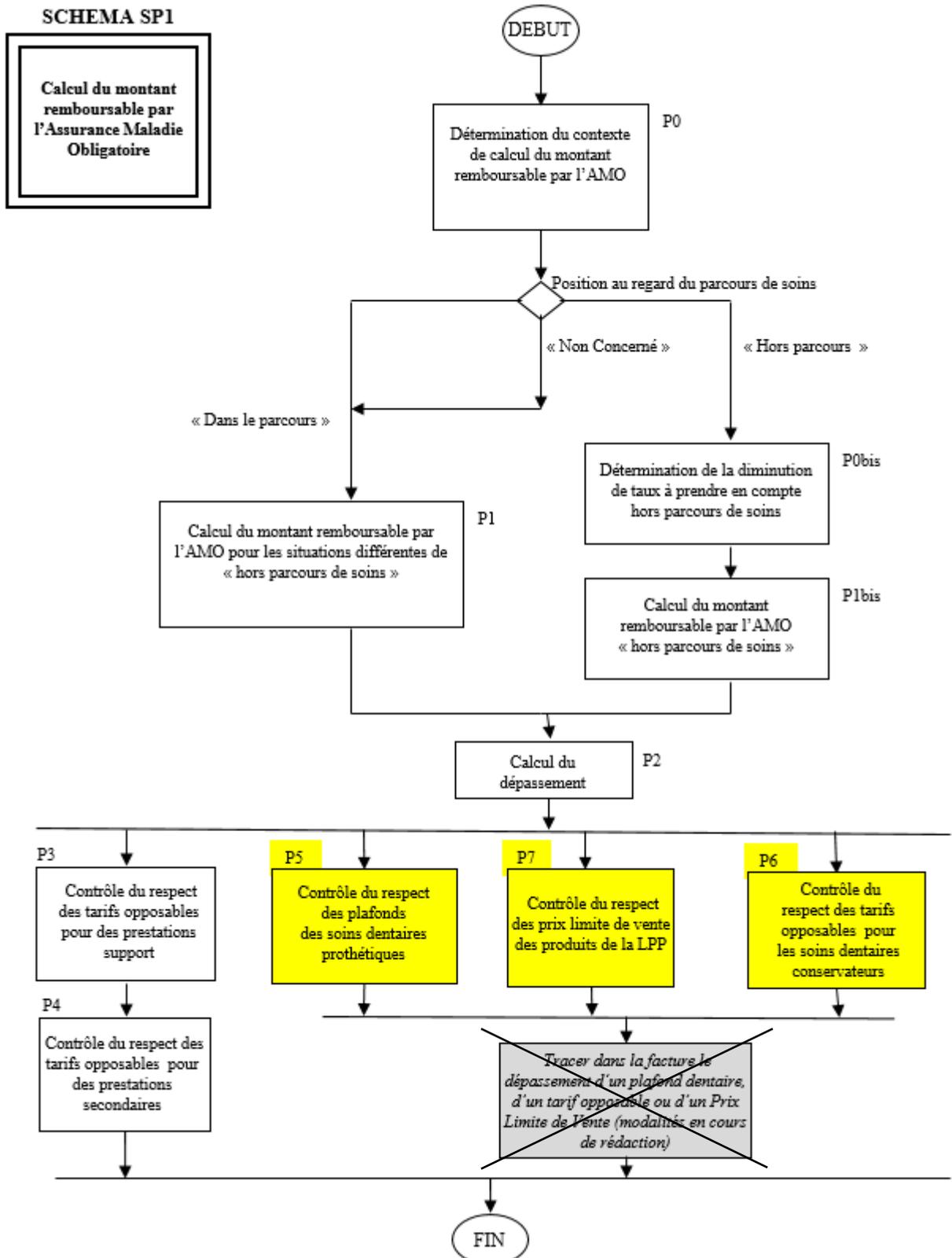
Documents CDC	Partie impactée	Nature de l'impact	Besoin
<b>Rh-integ-dsf-022 Annexe 2</b>	P5	Voir §3.2.1 : <a href="#">Impacts Annexe 2 « Réglementation – Tarification »</a>	B2
	P6		B3
	P7		B4
<b>Rh-integ-sf-022b Annexe 2bis</b>	Table 1	Voir §3.2.2 : <a href="#">Impacts Annexe 2bis « Réglementation – Tarification Partie Tables »</a>	B1
	Table 2ter		B1
	Table 7		B1
	Table 12		B3
	Table 21.3		B1
<b>Rh-integ-dsf-020 partie 1</b>	Schéma SP1	Mise à jour du schéma Mise à jour pour intégrer le contrôle à partir de la table des plafonds	B2 B3 B4
	4.1.1.10.3	Nouveaux § Forçage du plafond des honoraires	B5

4.1.1 Impacts rh-integ-dsf-020 specification de l'application partie 1

.../...

B2 + B3+ B4+B5

§4.1.1.3.8.2.6 Détermination du montant remboursable AMO



Le respect des plafonds des actes prothétiques est contrôlé à partir de la table des plafonds dentaires (Annexe 2, règle P5). Cette table (DF\_PFD) est fournie par le GIE Sesam Vitale et correspond à un fichier de données dont la structure est la suivante :

- Code acte
- Panier (« 0 » pour panier reste à charge zéro, « 1 » pour panier reste à charge modéré ou « 2 » pour panier CMU-C)
- Forfait CMU-C (code du forfait CMU-C ou Sans objet « So »)
- Date d'effet (jj/mm/aaaa)
- Date de fin (jj/mm/aaaa)
- Plafond (montant avec deux décimales)

- Exemple (les plafonds sont fictifs) :

Acte	Panier	Forfait CMU-C	Date d'effet	Date de fin	Plafond
HBLD090	2	FDA	01/04/2019		200,00
HBLD090	1	So	01/04/2019		230,00
HBLD090	2	FDC	01/01/2020		175,00
HBLD090	1	So	01/01/2020		175,00
HBLD745	2	FDA	01/01/2020		175,00
HBLD745	0	So	01/01/2020		230,00

.../...

B5

#### §4.1.1.3.10.3 Forçage du montant remboursable par l'AMO

Pour chaque prestation de la facture, ~~saisie par le Professionnel de Santé, hors prestations de type honoraire, le Professionnel de Santé celui-ci~~ a la possibilité de modifier le « **montant remboursable par l'AMO** », calculé par le dispositif intégré.

⇒ L'indicateur de forçage ③ sera alors valorisé par le dispositif intégré avec la valeur « 5 ».

En cas de forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'une ou plusieurs lignes d'acte de la facture, le dispositif intégré est tenu de :

- garantir l'exactitude du montant « total remboursable par l'AMO » ,
- Vérifier, pour chaque ligne d'acte, le respect du principe de « non-enrichissement sans cause » à savoir que la somme du « **montant remboursable par l'AMO** » et du « montant théorique remboursable par l'AMC » est nécessairement inférieur ou égal au « montant des honoraires » .

Dés lors que le « **montant remboursable par l'AMO** » est forcé, il convient de recalculer le « montant théorique remboursable par l'AMC ».

#### Mise en œuvre

Il est recommandé au dispositif intégré d'offrir au Professionnel de Santé la possibilité de forcer le « **montant remboursable par l'AMO** » après le calcul par le dispositif intégré lui-même de cette part AMO. Ainsi ce forçage consistera pour le Professionnel de Santé en une correction du calcul du dispositif intégré, sur la base de consignes transmises par l'Assurance Maladie.

#### §4.1.1.3.10.4 Forçage du plafond des honoraires

Si le professionnel de santé outrepassé une des règles de contrôle P5, P6 ou P7 (i.e. dépassement du montant du plafond dentaire, du tarif opposable ou du prix limite de vente), alors l'indicateur de forçage ③ sera valorisé par le progiciel avec la valeur « 6 ».

#### §4.1.1.3.10.45 Cumul de plusieurs forçages de niveau acte

En cas de forçage multiple pour une même ligne d'acte, l'indication du forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » et/ou du « **plafond des honoraires** » sont est nécessairement prioritaires.

Ainsi les cas de cumuls possibles et le renseignement de l'indicateur de forçage ③ sont présentés dans le tableau ci-après :

		Montant remboursable par l'AMO	Plafond des honoraires	Éléments de tarification NGAP	Éléments liés aux codes regroupements CCAM	Éléments de tarification CCAM
		5	6	A ou C	N	Ω(*)
Montant remboursable par l'AMO	5	5	7	5	5	5
Plafond des honoraires	6	7	6	6	6	6
Éléments de tarification NGAP	A ou C	5	6	A ou C	Cas de cumul non possible	Cas de cumul non possible
Éléments liés aux codes regroupements CCAM	N	5	6	Cas de cumul non possible	N	Ω
Éléments de tarification CCAM	Ω(*)	5	6	Cas de cumul non possible	Ω	Ω

(\*)Ω représente la valeur retournée par le Contrôle Complet CCAM.

Ainsi :

- en cas de forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 5 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur préalablement calculé par les traitements CCAM.
- en cas de forçage du « **plafond des honoraires** » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 6 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur préalablement calculé par les traitements CCAM.
- en cas de forçage cumulé du « **montant remboursable par l'AMO** » et du « **plafond des honoraires** » d'une ligne d'acte CCAM, la valeur 7 de l'indicateur de forçage vient remplacer la valeur préalablement calculé par les traitements CCAM.