



AVENANT 23

Avenant au CDC SESAM-Vitale

Evolution du contexte de gestion de la part complémentaire

EV107 : Adresse DRE via l'Annuaire AMC

EV108 : Identifiants AMC–Attestations AMC en GU

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 23

Evolution du contexte de gestion de la part complémentaire

Référence du document

Version du document **1.20**

Date **14/12/2020**

Référence **PDT-CDC-086**

Vue générale

Professionnels de Santé concernés **Tous**

Palier concerné **1.40 Addendum 7
décembre 2018**

Compatibilités

Cahier des Charges SESAM-Vitale **7.33**

Package d'agrément **1.40.12**

Dispositif intégré **3.91**

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	6
1.1	Contexte	6
1.2	Identification du socle fonctionnel de référence cible	7
1.3	Guide de lecture	7
2	Présentation des différentes mesures	8
2.1	EV107 « Adresse DRE via l'Annuaire AMC »	8
2.2	EV108 « Identifiant AMC sur les attestations AMC harmonisées en GU »	10
3	Impacts dans le CDC Editeurs	11
3.1	Synthèse des impacts dans le CDC Editeurs	11
3.2	Détail des impacts dans le Corps CDC-Editeurs	14
3.2.1	Impacts détaillés EV107	14
3.2.1.1	Impact §3.2.6.1.4 : Déterminer le tiers payant ou HTP sur la part complémentaire	14
3.2.1.2	Impact §4.2.1.1 : Élaboration d'une FSE et/ou d'une DRE (fonctionnement nominal)	14
3.2.1.3	Impact §4.2.1.12.2.2 (Détermination du destinataire des flux) : Pour la DRE	15
3.2.2	Impacts détaillés EV108	17
3.2.2.1	Impact §4.2.1.3.2.2 : Acquisition des informations	17
3.2.3	Impacts détaillés adhérence EV107 et EV108	21
3.2.3.1	Impact §2.3.1 : Les apports fonctionnels	21
3.2.3.2	Impact §4.2.1.5 : Détermination des informations administratives et de routage du contexte de facturation conventionnel au regard de la complémentaire	21
3.3	Détail des impacts dans l'Annexe 1 – A	41
3.3.1	Impacts détaillés EV107	41
3.3.1.1	Impact §2.1.3.1 : La fonction « Lecture Droits Vitale »	41
3.3.2	Impacts détaillés EV108	41
3.3.2.1	Impact §2.1.3.5 (nouveau paragraphe) : Détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique	41
3.4	Détail des impacts dans l'Annexe 1 – A0	46
3.4.1	Impacts détaillés EV107	46
3.4.1.1	Impact §2.4.2 : 1120-Groupe Identification Professionnel de Santé	46
3.4.1.2	Impact §2.4.14 : 1321-Groupe Organisme Complémentaire	47
3.4.2	Impacts détaillés EV108	48
3.4.3	Impacts détaillés adhérence EV107 et EV108	48
3.4.3.1	Impact §2.4.15 : 1330-Groupe Données Complémentaire additionnelles	48
3.5	Détail des impacts dans l'Annexe 1 – A2	51
3.5.1	Impacts détaillés adhérence EV107 et EV108	51
3.5.1.1	Impact §1 : Introduction	51
3.5.1.2	Impact §2 (nouveau chapitre) : Contexte de facturation au regard de la part complémentaire	51
3.5.1.3	Impact §10.1 §9.1 : Interface en entrée	51
3.6	Détail des impacts dans l'Annexe 1 – B0	53
3.6.1	Impacts détaillés EV107	53
3.6.1.1	Impact §3.1.1.6 : RR02.01.06 : Traitée la facture rejetée	53
3.6.2	Impacts détaillés EV108	53
4	Annexe 1 – A2 : Création d'un nouveau chapitre	54
4.3	CF11 : Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau facture	57
4.3.1	CF11.01 : Déterminer la date de référence part complémentaire	59
4.3.2	CF11.02 : Contrôler les droits complémentaires	60
4.3.3	CF11.03 : Rechercher la convention complémentaire applicable	61
4.3.3.1	CF11.03.01 : Rechercher les signataires de convention groupée	64
4.3.3.2	CF11.03.02 : Rechercher les conventions signées en direct par l'organisme complémentaire	67
4.3.3.3	CF11.03.03 : Rechercher les conventions signées par les signataires de convention groupée	69
4.3.3.4	CF11.03.04 : Restituer la liste des conventions applicables	72
4.3.3.5	CF11.03.05 : Sélectionner la convention applicable	75
4.3.4	CF11.04 : Déterminer le tiers payant complémentaire	78

4.3.5	CF11.05 : Rechercher dans l'Annuaire AMC les informations administratives et de routage (nouveau chapitre).....	80
4.3.6	CF11.06 : Acquérir les autres informations relatives au contexte de la part complémentaire niveau facture.....	84
4.3.7	CF11.08 : Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler.....	84
4.3.8	CF11.09 : Déterminer le service ouvert au bénéficiaire de soins.....	88
4.3.9	CF11.10 : Déterminer les informations administratives et de routage pour élaborer la facture (nouveau chapitre).....	92

5	Impacts dans le Dispositif Intégré.....	94
5.1	Détail des impacts dans RH-INTEG-DSF-020.....	94
5.1.1	Impacts détaillés EV107.....	94
5.1.1.1	Impact §4.1.1.1.3.3 : Données professionnel de santé non contenues en carte.....	94
5.1.1.2	Impact §4.1.1.4.1.4 : Mise en forme du type 2M.....	94
5.1.1.3	Impact §4.1.1.4.1.5 : Mise en forme du type 2P.....	96
5.1.1.4	Impact §4.1.1.4.1.4 : Mise en forme du type 2M.....	97
5.1.1.5	Impact §4.1.1.4.2.5 : Mise en forme du type 2P.....	98
5.2	Détail des impacts dans RH-INTEG-DSF-034.....	99
5.3	Détail des impacts dans RH-INTEG-DSF-021.....	100
5.3.1	Impacts détaillés EV107.....	100
5.3.1.1	Impact §1.3 : description des enregistrements de la FSE.....	100
5.3.1.2	Impact §1.4 : description des enregistrements de la DRE.....	101
5.4	Détail des impacts dans l'Annexe 1 – B0.....	101
5.4.1	Impacts détaillés EV107.....	101
5.4.1.1	Impact §3.1.1.6 : RR02.01.06 : Traitée la facture rejetée.....	101
5.4.2	Impacts détaillés EV108.....	102

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 :

EV107 - Adresse DRE via l'Annuaire AMC
EV108 - Identifiant AMC sur les attestations
AMC harmonisées en GU

PS concernés

Cet avenant concerne les Professionnels de Santé suivants :

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 7 – décembre 2018

1.2 Identification du socle fonctionnel de référence cible

Consigne d'implémentation

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

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 /
en bleu

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

Texte surligné en gris

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 Présentation des différentes mesures

2.1 EV107 « Adresse DRE via l'Annuaire AMC »

Contexte

Afin d'alléger à terme la gestion et l'usage des tables de conventions (Table de conventions, table des regroupement) sur le poste de travail du Professionnel de Santé, l'association Inter-AMC propose une solution permettant de récupérer en ligne les informations administratives et de routage par interrogation de l'Annuaire AMC.

Cette solution se présente comme une alternative aux tables de conventions et table des regroupements et permet d'assurer la continuité de service avec le processus actuel de gestion des tables de conventions (fichiers Table de conventions / table des regroupement).

Il s'agit de privilégier l'appel à l'Annuaire AMC. Cependant en cas de non-réponse, une nouvelle recherche est réalisée sur les tables de convention. En ce sens, la détermination des informations administratives et de routage est fonction du mode d'acquisition (recherche principale : Annuaire AMC, recherche alternative : table de conventions).

Impacts SESAM-Vitale

➡ **Cette évolution impacte essentiellement l'acquisition du contexte de la part complémentaire au niveau facture ».**

- Impact sur le choix de Tiers Payant / Hors tiers payant

La recherche dans l'Annuaire AMC nécessite de connaître l'information concernant l'application ou non du tiers payant pour la facture.

- Ajout de la recherche des informations administratives et de routage dans l'Annuaire AMC

La recherche des informations administratives et de routage est effectuée prioritairement dans l'Annuaire AMC en cas de gestion séparée. En présence d'une facture en gestion séparée dans le cadre d'une CMU-C ou du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire, les informations administratives et de routage sont fournies par les tables de convention.

La version de l'Avenant 23 de décembre 2020 apporte un aménagement de la règle d'acquisition de la réponse du service de l'Annuaire AMC (☞ CF11.05 RG_CF412).

- 3 codes retours d'erreurs nécessitent l'intervention du PS pour vérifier les critères d'accès à l'Annuaire AMC : codes 2, 3 et 9 avec un « typeKO » à 2.
- Dans les autres cas d'erreur, le logiciel du PS ne demande pas au PS d'intervenir et continue le processus de facturation par la recherche dans la table des conventions sans afficher au PS qu'un code erreur est intervenu.
- Impact sur la recherche de la convention applicable

Le choix de tiers payant du Professionnel de Santé devient un critère de recherche de la convention applicable (conventions groupées et conventions signées en direct).

Le contrôle de la convention applicable sélectionnée par le PS est réduit à une règle de contrôle sur la compatibilité avec l'organisme complémentaire identifié.

La version de l'Avenant 23 de décembre 2020 apporte un aménagement de la règle de sélection d'une convention applicable lorsque le système n'a pas trouvé de convention en gestion séparée (☞ CF11.03.05 - RG_CF369).

- Ajout d'une étape de détermination des informations administratives et de routage

Une tâche de détermination des informations administratives et de routage est créée selon le contexte : gestion unique, gestion séparée et le mode de récupération des informations : dans l'Annuaire AMC ou dans la table des conventions.

↳ Usage des informations administratives et de routage

La facture est complétée des informations administratives et de routage (N°AMC/N°opérateur de règlement, code aiguillage STS, critères conventionnels et informations de routage sont renseignés dans la facture).

Les spécificités liées à l'indicateur d'usage de l'attestation sont supprimées.

↳ Domaine AMC du PS

- La recherche dans l'Annuaire AMC nécessite préalablement de rechercher le domaine AMC du Professionnel de Santé dans la table des Domaines par spécialité de PS.

La version de l'Avenant 23 de décembre 2020 apporte un aménagement de la règle de détermination du domaine AMC du PS facturant (☞ CF11.05 RG_CF410).

- Les logiciels de la famille Centres de Santé évoluent afin d'intégrer une règle de détermination du domaine AMC du PS. Le logiciel du PS devra paramétrer le domaine AMC selon l'activité dentaire ou non dentaire du centre de santé.

Découpage en besoins

B1	Appeler prioritairement l'Annuaire AMC en gestion séparée
B2	Renseigner la spécialité du PS exécutant les soins plutôt que la spécialité du facturant

2.2 EV108 « Identifiant AMC sur les attestations AMC harmonisées en GU »

Contexte

L'évolution apportée a pour objectif de :

- Harmoniser l'identification de l'Assurance Maladie Complémentaire en présence d'une attestation papier présentant de la gestion unique avec le processus mis en place dans le cadre des SEL AMC

En parallèle de la mise en œuvre des SEL AMC, une attestation AMC harmonisée est proposée par l'Inter-AMC. Cette harmonisation se traduit par la réorganisation sur le fond et sur la forme notamment avec la présence d'un datamatrix AMC.

En cas de gestion unique, cette attestation s'appuie sur les deux principes suivants :

- L'information indiquant la présence d'une « Gestion Unique » est portée uniquement par la donnée « Type de convention » = RO (à noter : la mention « Gestion Unique » telle que mentionnée dans le CDC Editeurs SESAM-Vitale n'est pas utilisée).
- Seul un identifiant est renseigné sur l'attestation harmonisée. Ce numéro peut être soit un n° AMC, soit un MUTNUM.

Pour le déroulement du processus de facturation SESAM-Vitale, il est nécessaire que le progiciel puisse déterminer si le n° AMC renseigné sur l'attestation est un n° AMC ou un MUTNUM.

Impacts SESAM-Vitale

Cette mesure est mise en œuvre par les besoins suivants :

Découpage en besoins

B1	Déterminer une gestion unique à partir d'une attestation AMC
B2	Déterminer les identifiants de la complémentaire
B3	Renseigner le type de convention à « RO » en cas de gestion unique
B4	Renseigner le MUTNUM correctement dans l'interface STS

3 Impacts dans le CDC Editeurs

3.1 Synthèse des impacts dans le CDC Editeurs

Dans la suite du document, le code couleur appliqué pour mettre en évidence les évolutions est le suivant :

- **EV107** pour identifier les impacts liés à l'appel à l'Annuaire AMC
 - Ajout
 - ~~Suppression~~
- **EV108** pour identifier les impacts relatifs aux identifiants AMC sur les attestations en gestion unique
 - Ajout
 - ~~Suppression~~

	§	Nature de l'impact / Commentaire	EV	B
Corps	§2.3.1	Ajout de l'évolution EV107 et EV108	107 108	
	§3.2.6.1.4	Mise à jour du paragraphe : la détermination du choix de tiers payant du PS est indépendante de la recherche des informations administratives et de routage (Annuaire AMC ou table de conventions)	107	B1
	§4.2.1.1	Ajout de l'appel à l'Annuaire AMC lors de l'élaboration d'une FSE et/ou d'une DRE	107	B1
	§4.2.1.3.2.2	Mise à jour du paragraphe d'acquisition des droits complémentaires en gestion unique à partir du support (délivré par un AMO ou un organisme complémentaire) Ajout d'un paragraphe sur la détermination des identifiants de l'organisme complémentaire Ajout d'un paragraphe sur la valorisation du type de convention en gestion unique	108	B1 B2 B3
	§4.2.1.5	Mise à jour du paragraphe « Détermination du contexte conventionnel au regard de la complémentaire ». L'intitulé du paragraphe est modifié et devient « Détermination du contexte de facturation au regard de la complémentaire » pour présenter la détermination des informations administratives et de routage (indépendamment d'une recherche dans l'Annuaire AMC ou dans la table des conventions). - Présentation du principe de recherche des informations administratives et de routage - Présentation générale des tables de conventions et de regroupement (la référence à la table de correspondance est supprimée) - Ajout d'un renvoi à l'annexe 1 – A2 pour présentation du contexte de facturation au regard de la part complémentaire (nouveau chapitre). Le format de présentation de ce nouveau chapitre est spécifique. Un guide de lecture est proposé au début du chapitre.	107	B1

	§4.2.1.5	Suppression de la recherche dans la table de correspondance. Cette recherche est effectuée dès l'acquisition des informations sur la part complémentaire en gestion unique.	108	B1
	§4.2.1.12.2.2	Mise à jour du paragraphe de détermination du destinataire des flux pour la DRE : à partir des informations administratives et de routage (Annuaire AMC ou table de conventions)	107	B1
Annexe 1-A	§2.3.1.3	Donnée 109-2 N° de complémentaire EDI. Cette information ne comporte plus qu'une description de type 01	107	B1
	§2.1.3.5	Nouveaux paragraphes : - Ajout d'un paragraphe pour la détermination des identifiants de l'organisme complémentaire (distinction Attestation et Carte Vitale) - Ajout d'un paragraphe dédié à la recherche dans la table de correspondance	108	B1 B2
Annexe 1-A0	§2.4.2	Ajout de l'acquisition de l'activité du centre de santé concerné par la facture	107	B1
	§2.4.14 §2.4.15	Modification des groupes de données 1321 et 1330 afin de renseigner les données (code routage, identifiant de l'hôte, domaine, code type de convention, critère secondaire) à partir des informations administratives et de routage	107	B1
	§2.4.15	Modification du Groupe 1330 : ajout de précision sur le renseignement du code spécialité du Professionnel de Santé	107	B2
	§2.4.15	Complément sur la valorisation du champ « n° de l'opérateur de règlement /N°AMC » en gestion unique (service ADR, Carte vitale ou autre support)	108	B2
Annexe 1-A2	§1	Mise à jour du paragraphe d'introduction pour intégrer une présentation du contexte de facturation au regard de la part complémentaire avec appel de l'Annuaire AMC	107	B1

	§2	Nouveau chapitre. Intégration de l'enchaînement des opérations en lien avec le contexte de facturation de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) nommé CF11. Ce chapitre présente : • Un nouvel enchaînement des opérations en lien avec le contexte de facturation de l'Assurance Maladie Complémentaire • Les nouveaux chapitres (identifié comme « nouveau ») ○ CF11.05 : Rechercher dans l'Annuaire AMC les informations administratives et de routage ○ CF11.10 : Déterminer les informations administratives et de routage pour élaborer la facture • Les modifications de spécifications existantes sont surlignées ○ CF11.04 Déterminer le tiers payant complémentaire ○ CF11.09 : Déterminer le service ouvert à l'assuré ○ CF11.08 : Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler Avenant 23 – décembre 2020 RG_CF369 : Modification du cas particulier CP1 avec une spécificité pour la gestion séparée. RG_CF410 : Modification de la règle et ajout d'une préconisation sur le cas particulier CP2. RG_CF412 : Ajout d'un cas particulier CP3 – Modification du cas d'erreur CE01 et suppression du cas d'erreur CE02.	107	B1
	§2	Précision concernant le n° AMC et le type de convention en gestion unique	108	B2 B3
	§10.1	(Anciennement §9.1) Mise à jour du paragraphe d'interface en entrée pour ajout d'une précision sur l'identifiant de l'organisme complémentaire (MUTNUM)	108	B4
Annexe 1-B0	§3.1.1.6	DRE d'annulation en cas de rejet AMO	107	B1

3.2 Détail des impacts dans le Corps CDC-Editeurs

3.2.1 Impacts détaillés EV107

3.2.1.1 Impact §3.2.6.1.4 : Déterminer le tiers payant ou HTP sur la part complémentaire

Lorsque le Professionnel de Santé est en présence d'une « réponse de prise en charge », en plus du processus habituel (c.-à-d. sans réponse de prise en charge), il doit s'assurer que le choix de tiers payant la convention qu'il a sélectionnée est cohérente avec la nature (Tiers Payant ou Hors Tiers Payant) de la « réponse de prise en charge » dans le cas où cette information est présente sur la réponse de prise en charge.

Si le Professionnel de Santé choisit le sélectionne une convention en Tiers Payant et qu'il est inscrit Tiers Payant sur la « réponse de prise en charge », le Professionnel de Santé peut facturer une part complémentaire uniquement en Tiers Payant (DRE ou FSE enrichie ou FSE en gestion unique).

Si le Professionnel de Santé choisit le sélectionne une convention en Hors Tiers Payant et qu'il est inscrit Hors Tiers Payant sur la réponse de PEC, le Professionnel de Santé ne peut pas facturer une DRE en Tiers Payant, il peut facturer une DRE uniquement en Hors Tiers Payant.

Dans le cas où la réponse de prise en charge est différente de son choix de tiers payant, (Dans les autres cas,) le Professionnel de Santé ne peut pas transmettre de part complémentaire dans un flux SESAM-Vitale (FSE ou DRE).



Remarque : A défaut de mention sur la réponse de prise en charge, la « réponse de prise en charge » doit être considérée en tiers payant.

3.2.1.2 Impact §4.2.1.1 : Élaboration d'une FSE et/ou d'une DRE (fonctionnement nominal)

Le schéma global d'élaboration des factures électroniques est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale ou Services en ligne	Périphériques
Acquisition des données relatives au Professionnel de Santé	→ ←	SSV – Lecture carte du PS (optionnelle pour chaque facture)	CPS
Sélection de la situation d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé (optionnelle)			
Acquisition des données relatives au bénéficiaire des soins à partir de la carte Vitale et d'un autre support éventuel ¹	→ ←	SSV – Lecture droits Vitale	Carte VITALE et CPS dans le(s) lecteur(s)
Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire (sélection du code couverture)		ADR - Acquérir les droits en ligne	-

¹ Cette fonctionnalité peut être exécutée plus en amont dans le processus d'élaboration de la facture.

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale ou Services en ligne	Périphériques
Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part complémentaire	→ ←	Annuaire AMC	
Acquisition des informations relatives aux prestations Détermination du contexte du parcours coordonné de soins	→ ←	SRT – Consultation et Contrôles CCAM (conditionnels) ² STS ³ – Assistance à la tarification complémentaire (optionnelle)	
Tarification de la part obligatoire	→ ←	SRT- Règles de tarification CCAM (conditionnelles) ⁴	
Contrôle complet CCAM	→ ←	SRT ⁵ - Contrôle complet CCAM (conditionnel)	
Tarification de la part complémentaire	→ ←	STS – Tarification complémentaire (conditionnelle)	

3.2.1.3

Impact §4.2.1.12.2.2 (Détermination du destinataire des flux) : Pour la DRE

En plus du numéro d'organisme complémentaire (issu du support AMC) ou du numéro de l'opérateur de règlement (issu de la table des conventions), les informations nécessaires à l'adressage des DRE sont issues des informations administratives et de routage déterminées lors de la recherche dans l'Annuaire AMC ou à défaut dans la table de conventions. :

- le code routage,
- l'identifiant de l'hôte,
- le nom de domaine choisi par l'organisme AMC.

Les données code routage, identifiant de l'hôte et nom de domaine doivent provenir du même support AMC. Il n'est pas autorisé de mixer ces données à partir des différents supports (carte Vitale, support AMC, table des conventions).

Si les trois données proviennent du même support, l'adresse est complète et utilisable.

L'acquisition de ces données d'adressage se fait de deux manières, en fonction du choix du Professionnel de Santé d'appliquer ou non le tiers payant (choix exprimé par la sélection de la convention) :

- dans le contexte hors tiers payant de la part complémentaire, ces informations dépendent du support présenté et de l'indicateur d'usage de l'attestation pour la convention choisie :

² Uniquement si un acte CCAM est présent dans la facture.

³ Ce service peut être appelé par le Professionnel de Santé dès que le numéro de Mutuelle ou le numéro d'AMC est connu ou que le patient bénéficie d'une CMU complémentaire.

⁴ Uniquement si un acte CCAM est présent dans la facture.

⁵ Uniquement si un acte CCAM est présent dans la facture.

- si le support présenté est la carte Vitale (ou un autre support électronique), les informations d'adressage utilisées sont celles issues du support présenté par l'assuré ; en cas d'absence d'une des trois données d'adressage, les informations d'adressage utilisées sont celles de la table des conventions ;
- si le support présenté est une attestation papier et que l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 0 », les informations d'adressage utilisées sont celles issues de l'attestation⁶ ; en cas d'absence d'une des trois données d'adressage, les informations d'adressage utilisées sont celles de la table des conventions ;
- si le support présenté est une attestation papier et que l'indicateur est égal à « 1 », les informations d'adressage utilisées sont celles de la table des conventions ; en cas d'absence d'une des trois données d'adressage, le Professionnel de Santé ne peut pas transmettre les informations de la complémentaire dans une DRE (il s'agit d'une erreur dans la table des conventions ; le Professionnel de Santé doit la corriger en contactant le cas échéant le signataire de la convention).
- dans le contexte tiers payant de la part complémentaire, les informations d'adressage utilisées sont celles de la table des conventions.

Quel que soit le contexte, en cas d'absence d'une des informations d'adressage, le Professionnel de Santé ne peut pas transmettre les informations de la complémentaire dans une DRE.

Le tableau ci-dessous résume les règles d'obtention des informations d'adressage dans les différentes situations :

Présence de l'adresse sur le support ⁷	TP	HTP
Carte Vitale et table des conventions	Adresse issue de la table des conventions	Adresse issue de la carte Vitale
Carte Vitale seulement	Pas de DRE possible	Adresse issue de la carte Vitale
Table des conventions seulement	Adresse issue de la table des conventions	Adresse issue de la table des conventions
Table des conventions et Attestation, avec indicateur d'usage attestation à 0	Adresse issue de la table des conventions	Adresse issue de l'attestation (écran de saisie avec pré-remplissage avec l'adresse présente dans la table des conventions)
Table des conventions et Attestation, avec indicateur d'usage attestation à 1	Adresse issue de la table des conventions	Adresse issue de la table des conventions

⁶ Afin de faciliter la saisie des informations d'adressage par le Professionnel de Santé, le progiciel peut pré-remplir l'écran de saisie avec les données d'adressage présentes en table des conventions.

⁷ L'adresse est présente sur le support si les trois données sont effectivement présentes sur le support.

Présence de l'adresse sur le support ⁷	TP	HTP
Attestation seulement	Pas de DRE possible	Si l'indicateur d'usage est égal à 0, l'adresse est issue de l'attestation (écran de saisie sans pré-remplissage) Si l'indicateur d'usage est égal à 1 il n'y a pas de DRE possible.

Données de la part complémentaires dans la FSE

Les données d'Assurance Maladie Complémentaire sont à inscrire dans les zones prévues à cet effet dans la FSE, celle-ci est transmise suivant les règles existantes d'adressage de la FSE.

3.2.2 Impacts détaillés EV108

3.2.2.1 Impact §4.2.1.3.2.2 : Acquisition des informations

Le progiciel du Professionnel de Santé permet la saisie et/ou l'acquisition des informations relatives à l'Assurance Maladie Complémentaire à partir des informations contenues dans la carte Vitale, acquises avec le service ADR ou à partir de tout autre support éventuel présenté par l'assuré. Les données complémentaires peuvent aussi être récupérées à partir d'un fichier patient du poste du Professionnel de Santé.

Tout support de droits complémentaires, **présenté ou choisi** par le bénéficiaire de soins, prévaut sur le contenu complémentaire de la carte Vitale ou du service ADR.

Dans ce cadre,

- les informations acquises avec une carte Vitale, le service ADR ou un autre support AMC priment sur les données d'un fichier patient,
- les informations complémentaires d'un organisme en gestion unique acquises avec le service ADR priment sur les données complémentaires en gestion unique de la carte Vitale ou d'un fichier patient,
- si le patient présente un support d'un AMC différent de celui de la carte Vitale ou de la réponse du service ADR, le progiciel doit effacer les données complémentaires précédemment acquises et reprendre le processus d'acquisition des données à partir du support présenté. Dans cette hypothèse, aucune des données précédemment acquises ne doit être utilisée.
- le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de modifier la période de droits complémentaire issue de la carte Vitale. En gestion unique, il doit également permettre de modifier le champ « garantie effective ».

Le progiciel doit déterminer s'il est en présence d'un organisme complémentaire en gestion séparée ou en gestion unique puis mémoriser le type de support présenté par l'assuré (carte Vitale, service ADR, attestation papier...) et utilisé pour la facture (cf. Annexe 1-A0 – Groupe 1321 – Groupe Organisme Complémentaire).

Le Professionnel de Santé détermine visuellement si l'attestation est délivrée par un AMO ou par un AMC.



Remarque : En nature d'assurance SMG, aucun traitement concernant la part complémentaire n'est effectué : l'ensemble de ces informations est ignoré par le progiciel.

Acquisition à partir d'une carte Vitale

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'acquérir automatiquement les données de la complémentaire à partir de la carte Vitale.

Les règles d'acquisition et de détermination du mode de gestion (gestion unique ou gestion séparée) sont définies dans l'annexe 1-A « Lecture Droits Vitale ».

Acquisition à partir du service ADR

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'acquérir automatiquement les données de la complémentaire en gestion unique à partir du service ADR.

Les règles d'acquisition sont décrites dans la documentation spécifique au service ADR.

Acquisition des droits complémentaires en gestion unique à partir du support (délivré par un AMO ou un organisme complémentaire)

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé d'acquérir les données de la complémentaire à partir d'une attestation papier délivrée par un AMO ou un AMC.

La complémentaire portée sur l'attestation papier peut être identifiée par un « MUTNUM » ou un numéro d'organisme complémentaire.

La saisie des informations relatives à l'organisme complémentaire peut être réalisée soit au fur et à mesure des étapes du processus de facturation, soit en une seule fois.

Le système de facturation doit permettre la saisie de toutes les données décrites pour la lecture <<de la carte Vitale>> à l'exception des données « Zone commune complémentaire ». L'ensemble de ces données n'est pas systématiquement présent sur ce support.

Acquisition à partir d'une attestation papier AMC

~~La saisie peut être réalisée à partir d'une attestation papier d'un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire.~~

Sauf mention particulière, la complémentaire est en gestion séparée si l'attestation papier présentée par l'Assuré est délivrée par un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire.

Le Professionnel de Santé identifie que la complémentaire est en gestion unique si l'attestation papier délivrée par l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire comporte la mention « RO » dans le champ « type de convention » ~~comporte au moins l'une des mentions suivantes :~~

- ~~Mention « GESTION UNIQUE » ou autre mention équivalente interprétée par le Professionnel de Santé~~
- ~~Type de convention « RO »~~

~~La saisie des informations relatives à l'organisme complémentaire peut être réalisée soit au fur et à mesure des étapes du processus de facturation, soit en une seule fois.~~

Le progiciel doit permettre la saisie de toutes les données décrites pour la lecture des droits Vitale à l'exception des données « Zone commune complémentaire ». L'ensemble de ces données n'est pas systématiquement présent sur ce support.

Acquisition à partir d'une attestation papier AMO

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'acquiescer les données de la complémentaire à partir d'une attestation papier délivrée par un AMO indiquant le contenu de la carte Vitale.

Le Professionnel de Santé peut déterminer s'il est en présence d'un organisme en gestion unique si une complémentaire est renseignée sur l'attestation papier.

La complémentaire portée sur l'attestation papier peut être identifiée par un « MUTNUM » ou un numéro d'organisme complémentaire.

Un « MUTNUM » comporte toujours 8 caractères.

Un numéro qui comporte 9 caractères est un numéro d'organisme complémentaire.

Acquisition à partir d'un fichier patient

Le progiciel peut utiliser les données d'un fichier patient afin d'optimiser le processus de facturation.

Détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique

La détermination des identifiants de la complémentaire en gestion unique (MUTNUM et N° AMC) se déroule en fonction de l'identifiant présent sur le support et s'appuie sur une table de correspondance lorsque les deux identifiants ne sont pas présents sur le support.

Données de la table de correspondance

Les données contenues dans la table de correspondance sont :

- Le MUTNUM,

Cette donnée peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec la donnée issue de la carte Vitale ou d'un autre support éventuel.

- Le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre),

Cette donnée peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec les données issues de la carte Vitale ou d'un autre support éventuel. Le code régime est toujours renseigné.

- Le numéro d'organisme complémentaire,

- Le libellé de l'organisme complémentaire,

- Eventuellement d'autres données utiles, mises à disposition du Professionnel de Santé pour lui permettre de mettre à jour, au fil de l'eau, sa table des conventions. Ces données seront fournies dans le fichier de correspondance normé.

Les critères d'accès à la table de correspondance sont :

- Le MUTNUM,

- Le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre).

Mise à jour de la Table de correspondance

- Le progiciel doit permettre de mettre à jour la table de correspondance à partir du fichier normé fourni par les organismes d'Assurance Maladie. Ce fichier normé annule et remplace la table de correspondance contenue sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé.
- Le Professionnel de Santé peut visualiser la table de correspondance mais ne peut pas la modifier.

Dans l'annexe 1-A, il est décrit comment le progiciel du Professionnel de Santé détermine ces identifiants.

Détermination du type de convention en gestion unique

En gestion unique, le type de convention est égal à « RO ».

3.2.3 Impacts détaillés adhérence EV107 et EV108

3.2.3.1 Impact §2.3.1 : Les apports fonctionnels

.../...

Version 1.40 -
Addendum 7 -
Décembre 2018

- AVENANT 23
 - EV107 : Adresse DRE via l'Annuaire AMC
 - EV108 : Identifiant AMC sur les attestations AMC harmonisées en GU

.../...

3.2.3.2 Impact §4.2.1.5 : Détermination des informations administratives et de routage du contexte de facturation conventionnel au regard de la complémentaire

~~§ 4.2.1.5 Détermination du contexte conventionnel au regard de la complémentaire~~

§ 4.2.1.5 Détermination des informations administratives et de routage du contexte de facturation au regard de la complémentaire

La recherche des informations administratives et de routage s'effectue :

- dans l'Annuaire AMC, en cas de gestion séparée (hors CMU-C et ACS),
- dans la table des conventions, pour les autres cas ou si aucune réponse n'a été trouvée lors de la recherche via l'Annuaire AMC.

La présentation générale des tables de conventions est décrite ci-après.

L'acquisition du contexte de facturation au regard de la part complémentaire est décrite dans l'annexe 1 – A2.

§ 4.2.1.5.1 Introduction aux tables de regroupement et de conventions

Un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire, un organisme d'Assurance Maladie Obligatoire ou un organisme mandaté par un ou plusieurs AMC peuvent signer des conventions d'échanges pour la complémentaire avec les Professionnels de Santé ou leurs représentants. Dans certains cas, une même convention concerne plusieurs organismes d'Assurance Maladie Complémentaire, il est question de « regroupement » ou de « convention groupée ».

Une convention est signée par « l'organisme signataire de la convention » et fixe notamment le cadre des échanges.

Le progiciel du Professionnel de Santé, pour les flux SESAM-Vitale du présent Cahier des charges, ne doit permettre la prise en compte de la complémentaire que s'il existe une convention passée avec la complémentaire du bénéficiaire et que si cette convention est applicable à son contexte de facturation.

Ce chapitre explique comment est réalisée la recherche de la convention applicable par le Professionnel de Santé dans le contexte de facturation, pour le patient auquel il s'adresse, et pour l'organisme complémentaire qui le couvre.

Cette recherche se fait dans une « table des conventions » dans laquelle le Professionnel de Santé inscrit pour chaque convention signée, toutes les propriétés de cette convention.

Dans la suite du document, on appellera table des conventions, la liste des données conventionnelles utilisées pour ce Cahier des charges.

Les règles présentes ne concernent que les flux SESAM-Vitale du présent Cahier des charges et ne concernent pas la génération des flux AMC existants. Cependant, il est recommandé d'assurer une continuité avec les informations concernant la génération des flux AMC existants, afin d'éviter au Professionnel de Santé de les ressaisir complètement lorsque celui-ci bascule en SESAM-Vitale.

Les conventions contenues dans la table des conventions pour SESAM-Vitale sont :

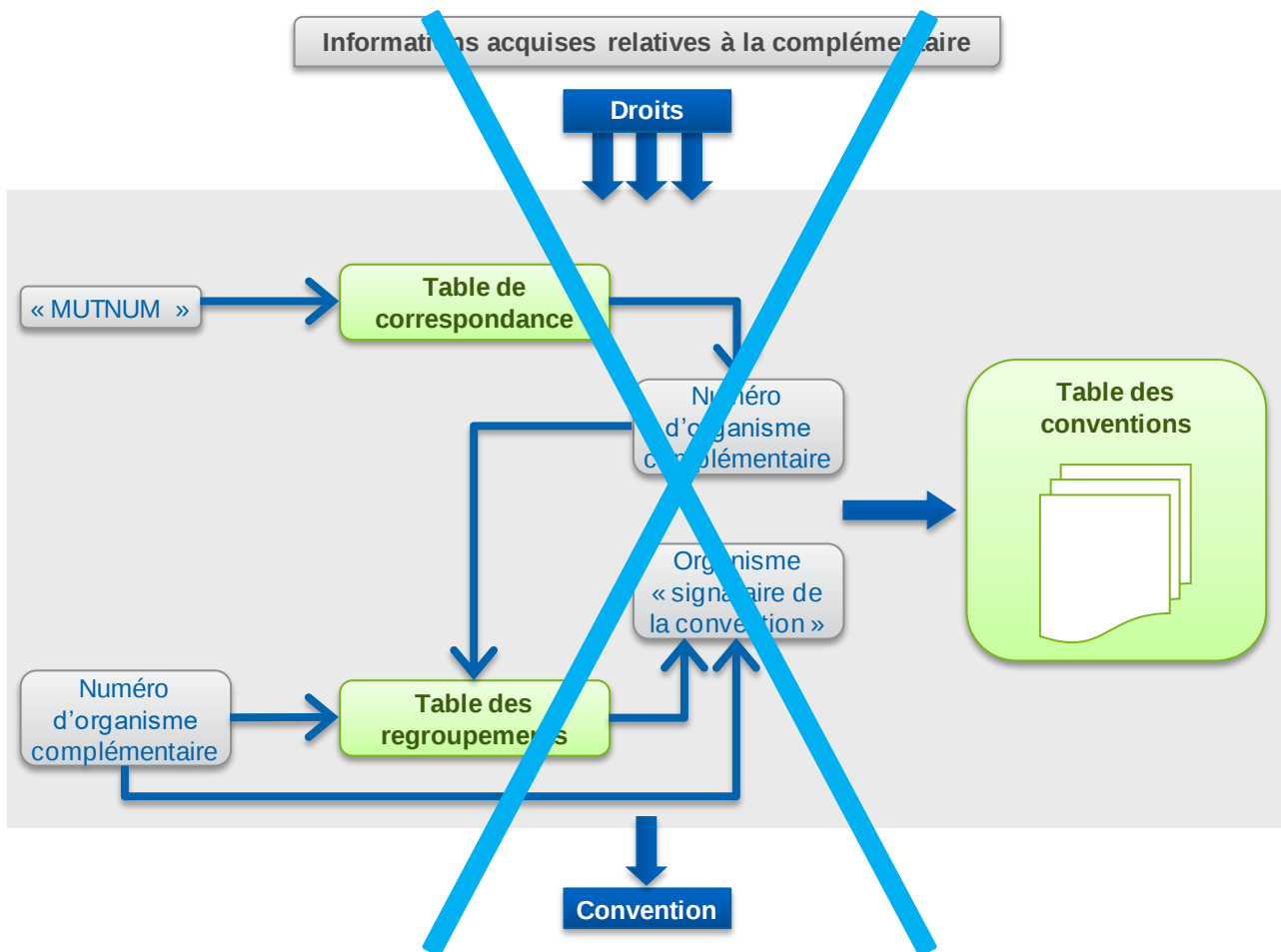
- en gestion séparée, les conventions de télétransmission en tiers payant ou en hors tiers payant,
- en gestion unique, les conventions de tiers payant (la télétransmission des informations relatives à la complémentaire est couverte par la télétransmission de la FSE).

Afin de faciliter la recherche de la convention applicable dans la table des conventions, les organismes d'Assurance Maladie fournissent aux éditeurs **une** **deux** listes de données que l'on appelle tables dans la suite du document.

La Les tables fournies est la sont les suivantes :

- ~~une table de correspondance permettant d'identifier le numéro d'organisme complémentaire en cas de gestion unique,~~
- une table de regroupement permettant d'identifier l'organisme signataire de la convention dans le cas d'une convention regroupant plusieurs complémentaires (cette table peut être la matérialisation d'une liste d'organismes complémentaires fournie en annexe d'une convention).

Le schéma ci-dessous présente l'utilisation des différentes tables :

**CMU-C**

En gestion unique, le progiciel ne recherche pas le contexte conventionnel.

En gestion séparée, le progiciel suit le processus de recherche du contexte conventionnel. Ce processus porte uniquement sur la transmission directe des informations et non sur le tiers payant.

AME

Le progiciel ne recherche pas le contexte conventionnel, la facture est nécessairement en gestion unique, et il ne faut pas utiliser les tables de convention.

Bénéficiaires de l'ACS

Pour les factures élaborées selon le dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO », le système de facturation ne recherche pas le contexte conventionnel.

Dans les autres cas, le progiciel suit le processus de recherche du contexte conventionnel.

§ 4.2.1.5.2 Détermination du service ouvert pour l'assuré par la complémentaire

Le progiciel identifie les services que l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire propose dans le cadre de SESAM-Vitale au bénéficiaire des soins, par l'analyse de l'indicateur de traitement renseigné sur le support utilisé ou par l'interprétation d'une mention indiquant le service ouvert pour l'assuré.

L'indicateur de traitement permet de préciser les traitements possibles acceptés par l'AMC pour cet assuré : tiers payant seul, hors tiers payant seul, tiers payant ou hors tiers payant.

- **Gestion séparée**

Le tableau ci-dessous récapitule le service ouvert à l'assuré en fonction de la valeur de l'indicateur de traitement (première position de l'indicateur de traitement).

Valeur de la première position de l'indicateur de traitement	Service ouvert pour l'assuré
1	Hors tiers payant
2, 6, 7	Tiers Payant
3	Tiers Payant ou Hors tiers payant
0	Pas de DRE possible

Dans le cadre de la présentation d'une attestation papier, c'est l'indicateur d'usage de l'attestation présent dans la table des conventions qui permet de renseigner les données SESAM-Vitale (en particulier l'indicateur de traitement).

- Si l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 0 », c'est la valeur de l'indicateur de traitement mentionnée sur l'attestation qui est prise en compte. Si l'indicateur de traitement n'est pas présent, le progiciel doit le valoriser automatiquement à « 00 ».
- Si l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 1 », le progiciel doit valoriser automatiquement l'indicateur de traitement à « 32 ».

- **Gestion unique**

Le tableau ci-dessous récapitule le service ouvert à l'assuré en fonction de la valeur de l'indicateur de traitement quand il est renseigné :

Valeur de l'indicateur de traitement	Service ouvert pour l'assuré
00	Pas de transmission d'information complémentaire
01, 02, 62, 71	Tiers Payant

Dans l'hypothèse où l'indicateur de traitement n'est pas restitué dans les informations issues de la lecture de la carte Vitale ou du service ADR, le progiciel doit proposer un tiers payant sur la part complémentaire et valoriser l'indicateur de traitement à 01.

CMU-C

Le progiciel doit proposer le tiers payant sur la part complémentaire.

Dans un contexte de CMU-C, le Tiers Payant Coordonné doit toujours être possible.

En Tiers Payant Coordonné, le progiciel doit renseigner l'indicateur de traitement à « 62 ».

Bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire

Lorsque le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat ACS encadré (A, B, C), chez le Professionnel de Santé hors opticien et audioprothésiste et hors prestations d'optique et d'audioprothèse, si la facture est élaborée selon le dispositif « TPI ACS – Paiement coordonné par l'AMO », le progiciel doit renseigner l'indicateur de traitement à « 62 ». Les prestations d'optique ou d'audioprothèse sont identifiées par leur groupe fonctionnel général valorisé à « optique » ou « audioprothèse » cf. Table 1 de l'annexe2.

Dans tous les autres cas, le service ouvert pour l'assuré par la complémentaire est déterminé selon le processus standard SESAM-Vitale.

§ 4.2.1.5.3 Recherche de la convention applicable

Pour éclairer l'utilisation des tables de correspondance, des regroupements et des conventions, les objectifs des chapitres ci-après sont :

- expliquer quelles sont les différentes données utilisées pour la recherche et le choix de la convention applicable au contexte de facturation,
- guider la recherche de la convention.

§ 4.2.1.5.3.1 Présentation des tables

La recherche de la convention applicable sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé nécessite :

- une table contenant les conventions signées par le Professionnel de Santé ou ses représentants ;
- une table des regroupements permettant d'identifier l'organisme signataire de la convention pour un numéro d'organisme complémentaire ;
- une table de correspondance permettant dans le cas d'une gestion unique d'associer un numéro d'organisme complémentaire au « MUTNUM » présent sur le support présenté par le bénéficiaire des soins.

Chaque table est présentée avec ses données et ses critères d'accès. Cependant, n'importe quelle autre donnée peut être utilisée pour faciliter la recherche ou la sélection.

Dans ce chapitre, on appelle critères d'accès les données que le progiciel doit, au minimum, implémenter pour la recherche dans ces tables.

Données de la table des conventions et critères d'accès

Les données nécessaires à SESAM-Vitale et contenues dans la table des conventions sont, pour un organisme complémentaire :

- L'identifiant de l'organisme signataire de la convention
- Le libellé de l'organisme signataire de la convention
- L'indicateur de convention « groupée » : cet indicateur permet de distinguer :
 - les conventions signées directement par l'organisme AMC ou par un organisme AMO pour le compte d'un seul organisme complémentaire (valeur égale à « 0 ») ;
 - les conventions signées par un organisme mandaté (organisme signataire de la convention) pour le compte de plusieurs organismes complémentaires (valeur égale à « 1 »).
- Le type de convention lié à la structure signataire des conventions :
 - convention Professionnel de Santé avec un AMO ou un AMC pour un organisme en gestion unique,
 - convention Professionnel de Santé avec un AMC pour un organisme en gestion séparée,
 - convention Professionnel de Santé avec un organisme mandaté par un ou plusieurs AMC pour un organisme en gestion séparée.
- Le critère secondaire permettant de sectoriser une population d'assurés.

Dans le cadre de la gestion unique, cette donnée prend la valeur code régime, code caisse gestionnaire et centre gestionnaire. Elle peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec les données issues de la carte Vitale ou d'un autre support éventuel. Le code régime est toujours renseigné.

Ceci permet d'exprimer qu'une convention est associée à :

- un régime quels que soient la caisse gestionnaire et le centre gestionnaire,
- un régime et une partie des caisses gestionnaires quel que soit le centre gestionnaire,
- un régime et une partie des centres gestionnaires quelle que soit la caisse gestionnaire,
- un régime et une caisse gestionnaire et un centre gestionnaire.
- Le type d'accord défini précisant les traitements conventionnels acceptés par l'organisme complémentaire : Tiers Payant ou Hors Tiers Payant
- Le numéro d'organisme complémentaire (n° AMC)
- Le libellé de l'organisme complémentaire
- L'indicateur de désactivation des STS. Pour une convention donnée, le progiciel doit appeler les STS pour calculer la part complémentaire, sauf si cet indicateur est positionné.

- Le code aiguillage STS.

En gestion séparée :

- L'indicateur d'usage de l'attestation papier n'est pas utilisé : cet indicateur n'est pertinent que dans le cas de l'utilisation d'une attestation papier,
 - une valeur « 0 » signifie que l'attestation papier est indispensable avec la table des conventions pour obtenir les informations relatives à SESAM-Vitale (code aiguillage, indicateur de traitement...) et déterminer le type de flux et le destinataire,
 - une valeur « 1 » signifie que les informations relatives à SESAM-Vitale sont issues de la table des conventions et que l'attestation papier est un complément à la table des conventions pour déterminer le type de flux et le destinataire.
- L'indicateur d'acceptation de DRE d'annulation (accord conventionnel)
- En tiers payant, l'identifiant de l'opérateur de règlement⁸. Cette donnée est utilisée dans les critères de regroupement des DRE en lots
- En tiers payant, les données d'adressage du destinataire des flux⁹ (code routage, identifiant de l'hôte, nom de domaine). Ces données d'adressage peuvent aussi être renseignées en hors tiers payant.

Les critères d'accès à la table des conventions sont :

- L'identifiant de l'organisme signataire de la convention,
- L'indicateur de convention « groupée »,
- Le type de convention pour la gestion de la complémentaire,
- Le critère secondaire précisant le périmètre de la convention,
- Le numéro d'organisme complémentaire (n° AMC),
- Le type d'accord de la convention.

Ces critères d'accès sont renseignés en fonction du contexte de facturation.

Données de la table de correspondance et critères d'accès

Les données contenues dans la table de correspondance sont :

- Le MUTNUM,
Cette donnée peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec la donnée issue de la carte Vitale ou d'un autre support éventuel.
- Le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre),
Cette donnée peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec les données issues de la carte Vitale ou d'un autre support éventuel. Le code régime est toujours renseigné.
- Le numéro d'organisme complémentaire,

⁸ L'« opérateur de règlement » est l'opérateur qui rembourse au Professionnel de Santé les prestations complémentaires en tiers payant pour le compte de l'organisme complémentaire.

⁹ L'« opérateur destinataire des flux complémentaires » est l'opérateur qui reçoit les flux contenant la part complémentaire pour le compte de l'organisme complémentaire.

- Le libellé de l'organisme complémentaire,
- Eventuellement d'autres données utiles, mises à disposition du Professionnel de Santé pour lui permettre de mettre à jour, au fil de l'eau, sa table des conventions. Ces données seront fournies dans le fichier de correspondance normé.

Les critères d'accès à la table de correspondance sont :

- Le MUTNUM,
- Le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre).

Données de la table des regroupements et critères d'accès

Les données contenues dans la table des regroupements sont :

- Le numéro d'organisme complémentaire,
- Le libellé de l'organisme complémentaire,
- Le type de convention,
- Le libellé du type de convention,
- Le critère secondaire permettant de sectoriser une population d'assurés,
Dans le cadre de la gestion unique, cette donnée prend la valeur code régime, code caisse gestionnaire et centre gestionnaire. Elle peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec les données issues de la carte Vitale ou d'un autre support éventuel. Le code régime est toujours renseigné.
- L'identifiant de l'organisme signataire de la convention,
- Le libellé de l'organisme signataire de la convention,

NB : dans cette table, un organisme signataire d'une convention est associé à plusieurs complémentaires couvertes par cette convention.

Les critères d'accès à la table des regroupements sont :

- Le numéro d'organisme complémentaire,
- Le type de convention,
- Le critère secondaire permettant de sectoriser une population d'assurés.

Ces critères d'accès sont renseignés en fonction du contexte de facturation.

§ 4.2.1.5.3.2 Recherche dans la table de correspondance

En gestion unique, dans le cas où le numéro d'organisme complémentaire n'est pas connu, le progiciel doit consulter la table de correspondance si le « MUTNUM » est connu.

Valorisation des critères d'accès à la table de correspondance

Le « MUTNUM » et le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre) doivent être valorisés à partir des informations acquises.

Pour le Régime Agricole, si le 5ème caractère (correspond au 3ème caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 ».

Détermination du numéro d'organisme complémentaire

Le progiciel récupère une ligne de correspondance contenant :

- le numéro d'organisme complémentaire associé au « MUTNUM ».

Dans ce cas, le numéro d'organisme complémentaire peut être utilisé pour accéder aux tables des regroupements et de conventions.

Si aucune ligne n'est restituée, la table de correspondance ne fournit pas le numéro d'organisme complémentaire.

Si plusieurs lignes sont restituées, le progiciel est en présence d'un cas d'erreur et ne permet pas la prise en compte de la complémentaire.

§ 4.2.1.5.3.3 Recherche dans la table des regroupements

La recherche dans la table des regroupements est obligatoire. Elle permet d'identifier l'organisme signataire de la convention dans le cas où l'organisme complémentaire est concerné par une convention groupée.

Valorisation des critères d'accès à la table des regroupements

Le progiciel valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises. Le tableau suivant récapitule les cas possibles de recherche selon le mode de gestion déterminé pour l'Organisme Complémentaire (cf. Annexe 1-A § « Détermination du mode de gestion »).

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le progiciel
Type de convention	Gestion unique	« RO »
	Gestion séparée et présent sur le support	A partir du support.
	Gestion séparée et absent ou à blanc sur le support	Critère non utilisé
Critère secondaire	Gestion unique	Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire issus du support Pour le Régime Agricole, si le 5ème caractère (correspond au 3ème caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 »
	Gestion séparée et présent sur le support	A partir du support
	Gestion séparée et absent ou à blanc sur le support	Critère non utilisé
Numéro d'organisme complémentaire	Si le numéro d'organisme complémentaire est issu du support ou acquis à partir de la table de correspondance	A partir du support ou de la table de correspondance
	Si le numéro d'organisme complémentaire reste inconnu (absent du support et de la table de correspondance, non saisi par le Professionnel de Santé)	Critère non utilisé

Si la carte Vitale comprend plusieurs valeurs de types de conventions ou de critères secondaires, le progiciel recherche les conventions répondant à toutes les combinaisons possibles des valeurs de types de convention et/ou de critères secondaires disponibles.

Détermination du n° d'organisme signataire de la convention

La liste restituée peut contenir :

- Aucune ligne : l'organisme complémentaire n'est pas concerné par une convention groupée.
- Une ou plusieurs lignes : l'organisme complémentaire est concerné par une ou plusieurs conventions groupées.

§ 4.2.1.5.3.4 Recherche dans la table des conventions**Valorisation des critères d'accès à la table des conventions**

Le progiciel valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises. Le tableau suivant récapitule les cas possibles de recherche selon le mode de gestion déterminé pour l'Organisme Complémentaire (cf. Annexe 1 A § « Détermination du mode de gestion »).

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le progiciel
Indicateur de convention groupée	En gestion unique, si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	« 1 »
	En gestion unique, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée	« 0 »
	En gestion séparée	Critère non utilisé
Type de convention	Gestion unique	« RO »
	Gestion séparée et présent sur le support	A partir du support.
	En gestion séparée, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée et type de convention absent ou à blanc sur le support.	Critère non utilisé
	En gestion séparée, si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée et type de convention absent ou à blanc sur le support.	A partir du type de convention issu de la table des regroupements.
Critère secondaire	Gestion unique	Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire issu du support Pour le Régime Agricole, si le 5ème caractère (correspond au 3ème caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 »
	En gestion séparée, si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	Critère non utilisé
	En gestion séparée, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée et critère secondaire présent sur le support	A partir du support
	En gestion séparée, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée et critère secondaire absent ou à blanc sur le support	Critère non utilisé

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le progiciel
Organisme signataire de la convention	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	A partir de l'organisme signataire issu de la table des regroupements.
	En gestion séparée, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée	Numéro d'organisme complémentaire issu du support
	Autres situations	Critère non utilisé
Numéro d'organisme complémentaire	En gestion unique, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée et si le numéro d'organisme complémentaire est issu du support ou acquis à partir de la table de correspondance	A partir du support ou de la table de correspondance
	Autres situations	Critère non utilisé

Si la carte Vitale comprend plusieurs valeurs de types de conventions ou de critères secondaires, le progiciel recherche les conventions répondant à toutes les combinaisons possibles des valeurs de types de convention et/ou de critères secondaires disponibles.

Autant de lignes sont restituées en table que de combinaisons possibles entre types de conventions et critères secondaires (le résultat de la recherche peut aboutir à 8 lignes restituées au maximum).

Restitution des conventions

La recherche en table des conventions est réalisée simultanément par le passage en table des regroupements, et par le passage direct par la table des conventions.

Suite à cette recherche, le progiciel restitue au Professionnel de Santé, le résultat sous forme d'une liste des conventions groupées et non groupées selon les principes suivants :

Gestion unique

- Si aucune ligne n'a été trouvée dans la table des regroupements, la recherche dans la table des conventions est réalisée en renseignant l'indicateur de convention groupée à « 0 », le type de convention à « RO », le critère secondaire et éventuellement le numéro d'organisme complémentaire.
- Si une ou plusieurs lignes sont trouvées dans la table des regroupements, la recherche dans la table des conventions est réalisée :
 - à partir des signataires de conventions groupées issus de la recherche dans la table de regroupement en renseignant l'indicateur de convention groupée à « 1 », le type de convention à « RO », le critère secondaire, et l'identifiant du signataire ;
 - et, à partir des conventions non groupées, en renseignant l'indicateur de convention groupée à « 0 », le type de convention à « RO », le critère secondaire et éventuellement le numéro d'organisme complémentaire.
- En cas de recherche de conventions infructueuse avec le numéro d'organisme complémentaire comme critère de recherche, le progiciel doit réaliser une nouvelle recherche dans la table des conventions sans le numéro d'organisme complémentaire et en renseignant l'indicateur de convention groupée à « 0 », le type de convention à « RO », et le critère secondaire.

Gestion séparée

A l'issue de la recherche dans la table des regroupements :

- Si aucune ligne n'est restituée dans la table des regroupements, la recherche dans la table des conventions est réalisée à partir du numéro d'organisme complémentaire (en tant que signataire de la convention).
- Si une ou plusieurs lignes sont trouvées dans la table des regroupements, la recherche dans la table des conventions est réalisée :
 - à partir des signataires de conventions groupées, issus de la recherche dans la table de regroupement, accompagné de l'éventuel type de convention
 - et à partir du numéro d'organisme complémentaire (en tant que signataire de la convention) accompagné des éventuels type de convention et critère secondaire.

Lorsque plusieurs conventions groupées et non groupées sont alors trouvées, celles-ci sont restituées au Professionnel de Santé pour sélection.

Pour chaque convention restituée, le progiciel permet l'affichage de toutes les données contenues dans la table. Pour une convention groupée, le progiciel peut lister à partir de la table des regroupements les organismes complémentaires concernés par cette convention.

**-Cas particuliers en gestion unique et en gestion séparée :**

- Cas 1 : Plusieurs PS utilisateurs d'un même poste et conventions signées entre un PS et un organisme complémentaire :

Dans le cas où le progiciel est utilisé par plusieurs Professionnels de Santé, le progiciel doit restituer à chaque Professionnel de Santé la table de conventions le concernant (conventions qu'il a renseignées par mise à jour directe, conventions de son choix mises à jour à partir des fichiers normés...).

- Cas 2 : Conventions signées pour tout ou partie des spécialités entre un centre de santé et un organisme complémentaire

Dans le cas d'un centre de santé, le progiciel doit restituer les conventions de la structure applicables à la spécialité de l'exécutant de la prestation.

§ 4.2.1.5.3.5 Choix d'une convention par le Professionnel de Santé

La liste des conventions restituée par la table des conventions peut contenir :

- une seule convention : le progiciel demande au Professionnel de Santé s'il souhaite appliquer ou non la convention,
- plusieurs conventions de même type (Tiers Payant et / ou Hors Tiers Payant) ou de type différent : le progiciel demande au Professionnel de Santé de choisir ou non l'une des conventions,
- aucune convention : le progiciel demande au Professionnel de Santé s'il souhaite mettre à jour sa table des conventions. Pour pouvoir appliquer cette nouvelle convention, le progiciel doit vérifier qu'elle est compatible avec les critères d'accès précédemment valorisés.

La convention choisie doit être compatible, dans sa portée (Tiers Payant et / ou Hors Tiers Payant), avec l'indicateur de traitement (cf. § 4.2.1.5.2).

La convention choisie par le Professionnel de Santé définit notamment le service appliqué à la facture (tiers payant ou hors tiers payant) qui est le résultat du rapprochement entre ce que peuvent faire l'organisme et le Professionnel de Santé.

La convention sélectionnée doit être applicable à la complémentaire identifiée.

Si le Professionnel de Santé décide de ne pas sélectionner une convention parmi celle(s) proposée(s) (ou si aucune convention n'est restituée par la table des conventions), le progiciel ne permet pas la prise en compte de la complémentaire selon le Cahier des Charges SESAM-Vitale. Cependant, en gestion séparée, le Professionnel de Santé peut choisir de transmettre les informations de la complémentaire par un autre moyen hors SESAM-Vitale (flux direct) ou avec une FSE enrichie sans données d'adressage AMC (flux passant par un OCT) ou un flux papier.

Il est recommandé aux éditeurs de progiciel de conserver la liste des conventions applicables durant le processus de facturation. Le Professionnel de Santé peut être amené à sélectionner une autre convention en cours de facturation (ex : cas du passage en hors tiers payant).

CMU-C

En gestion séparée, si le Professionnel de Santé décide de ne pas sélectionner une convention parmi celle(s) proposée(s) (ou si le Professionnel de Santé n'a pas de convention de télétransmission), le Professionnel de Santé doit réaliser un flux Tiers Payant Coordonné qui peut être assimilé à un mode de gestion unique. Le progiciel doit permettre cette fonctionnalité au Professionnel de Santé.

Bénéficiaires du dispositif « TPi ACS »

Pour les factures élaborées selon le dispositif « TPi ACS – Procédure standard SESAM-Vitale », si le Professionnel de Santé (hors opticien et audioprothésistes) décide de ne pas sélectionner une convention parmi celle(s) proposée(s) (ou si le Professionnel de Santé n'a pas de convention de télétransmission), le Professionnel de Santé doit réaliser un flux Tiers Payant Coordonné qui peut être assimilé à un mode de gestion unique (dispositif « TPi ACS – Paiement coordonné par l'AMO »). Le progiciel doit permettre cette fonctionnalité au Professionnel de Santé sauf pour les prestations d'optique et d'audioprothèse. Les prestations d'optique ou d'audioprothèse sont identifiées par leur groupe fonctionnel général valorisé à « optique » ou « audioprothèse » cf. Table 1 de l'annexe2.

Modalités de choix du Professionnel de Santé

Il est recommandé aux éditeurs de proposer un paramétrage permettant au Professionnel de Santé d'exprimer son choix. Par exemple, il peut paramétrer :

- globalement, au niveau de son poste, le fait qu'il accepte d'appliquer toute convention existante sur son poste,
- convention par convention au niveau de sa table (accord implicite d'application ou demande au cas par cas)
- globalement, au niveau de son poste le fait d'être systématiquement interrogé avant application de la convention, pour chaque facture.

Détermination du code aiguillage STS

La table des conventions contient le code aiguillage des modules STS. Le progiciel réalise un contrôle de compatibilité entre le code aiguillage acquis et celui contenu dans la table des conventions. Ce contrôle est réalisé seulement si les STS sont activés.

Le code aiguillage utilisé pour l'appel aux STS dépend du support présenté et de l'indicateur d'usage de l'attestation pour la convention choisie :

- Si le code aiguillage du support est identique au code aiguillage de la table, le code aiguillage à prendre pour l'appel des STS est celui contenu dans la table.
- Si le code aiguillage du support est différent du code aiguillage de la table,
 - Si le support utilisé est le support de droits AMO (ou un autre support électronique), soit le Professionnel de Santé met à jour la table des conventions, soit il abandonne l'envoi d'un flux de données complémentaires.
 - Si le support présenté est une attestation papier et que l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 0 », soit le Professionnel de Santé met à jour la table des conventions, soit il abandonne l'envoi d'un flux de données complémentaires.
 - Si le support présenté est une attestation papier et que l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 1 », le code aiguillage à prendre pour l'appel des STS est celui contenu dans la table.
- Si le code aiguillage est présent sur le support et absent de la table, soit le Professionnel de Santé met à jour la table des conventions, soit il abandonne l'envoi d'un flux de données complémentaires.
- Si le code aiguillage est absent du support et présent dans la table, le progiciel utilise celui présent dans la table des conventions.
- Si le code aiguillage est absent du support et de la table, celui-ci n'est pas valorisé lors de l'appel aux STS.

§ 4.2.1.5.3.6 Conditions de mise à jour des tables

Les organismes d'Assurance Maladie peuvent mettre à disposition des fichiers normés :

- contenant les conventions signées entre les Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie ;
- recensant les organismes faisant l'objet d'un regroupement dans le contexte d'une convention ;
- contenant la correspondance entre un « MUTNUM » et un numéro d'organisme complémentaire. Ce fichier normé est fourni par le GIE SESAM-Vitale.

La mise à jour des tables des conventions et des regroupements relève de la responsabilité du Professionnel de Santé. Les conventions précisent les données techniques à y inscrire.

Afin de faciliter la mise à jour des tables, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de prendre en compte les fichiers normés directement sur son Poste de Travail.

Pour la mise à jour des tables de conventions et de regroupements, le progiciel du Professionnel de Santé doit réaliser les étapes suivantes :

- la **récupération des fichiers normés** transmis par les organismes émetteurs sur le poste du Professionnel de Santé,
- le **filtrage des fichiers normés** par le progiciel pour remonter uniquement les conventions et regroupements qui correspondent au Professionnel de Santé,

- **l'importation des fichiers normés filtrés** dans les tables déjà installées sur le poste du Professionnel de Santé.

Les formats et procédures d'échange des fichiers normés sont décrits dans l'annexe 3.

Mise à jour de la Table des conventions

Le progiciel doit permettre de renseigner sur le Poste de Travail la table des conventions soit à partir des données fournies dans les fichiers des conventions normés, soit par saisie directe.

Mise à jour par saisie directe (manuelle)

Le progiciel doit mettre à disposition du Professionnel de Santé des fonctions de mise à jour de la table des conventions (création, modification, suppression et consultation) permettant d'aboutir à la recherche de convention applicable. Toutes ces fonctions doivent être accessibles à toutes les étapes du processus de facturation.

Par exemple, la consultation peut restituer une liste des conventions pour un même signataire de convention, et/ou une liste des conventions pour un même organisme complémentaire.

Mise à jour par fichier de conventions normé

Le progiciel doit réaliser les actions suivantes :

- le progiciel filtre le fichier de conventions normé selon la catégorie et/ou la spécialité du Professionnel de Santé (cf. § « Règles sur le filtrage des conventions » de l'annexe 3).
- le progiciel recueille l'accord du Professionnel de Santé pour l'importation du fichier normé dans sa table des conventions, en lui permettant de visualiser le fichier (cf. § « Règles de gestion des codes actions » de l'annexe 3).
- le progiciel met à jour ou supprime les conventions selon l'accord du Professionnel de Santé (cf. § « Règles de gestion des codes actions » de l'annexe 3).

Mise à jour de la Table des regroupements

Le progiciel doit permettre de renseigner sur le Poste de Travail la table des regroupements soit à partir des données fournies dans les fichiers des regroupements normés, soit par saisie directe.

Le progiciel peut mettre à disposition du Professionnel de Santé un outil de consultation à tout moment du contenu de la table des regroupements. Cette consultation peut, par exemple, restituer une liste des organismes complémentaires pour un même signataire de convention, et/ou une liste des signataires de convention pour un même organisme complémentaire.

Mise à jour par saisie directe (manuelle)

La table des regroupements, utilisée par le progiciel dans la recherche des conventions applicables, peut être modifiée à tout moment par le Professionnel de Santé uniquement pour des modifications ponctuelles (cas où le Professionnel de Santé a connaissance d'un regroupement et que la table des regroupements n'est pas actualisée). La mise à jour de cette table relève de la responsabilité du Professionnel de Santé.

Mise à jour par fichier de regroupements normé

Le progiciel doit permettre de mettre à jour la table des regroupements contenue sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé à partir des fichiers normés fournis par les organismes d'Assurance Maladie.

Le progiciel doit réaliser les actions suivantes :

- Le progiciel filtre le fichier de regroupements normé selon la catégorie et/ou la spécialité du Professionnel de Santé (cf. § « Règles de gestion des codes actions » de l'annexe 3).
- Le progiciel permet au Professionnel de Santé de suivre le déroulement de l'importation du fichier de regroupements normé dans sa table des regroupements, en lui permettant de visualiser le fichier (cf. § « Règles de gestion des codes actions » de l'annexe 3).
- Le progiciel met à jour ou supprime les lignes de regroupement.

Mise à jour de la Table de correspondance

Le progiciel doit permettre de mettre à jour la table de correspondance à partir du fichier normé fourni par les organismes d'Assurance Maladie. Ce fichier normé annule et remplace la table de correspondance contenue sur le Poste de Travail du Professionnel de Santé.

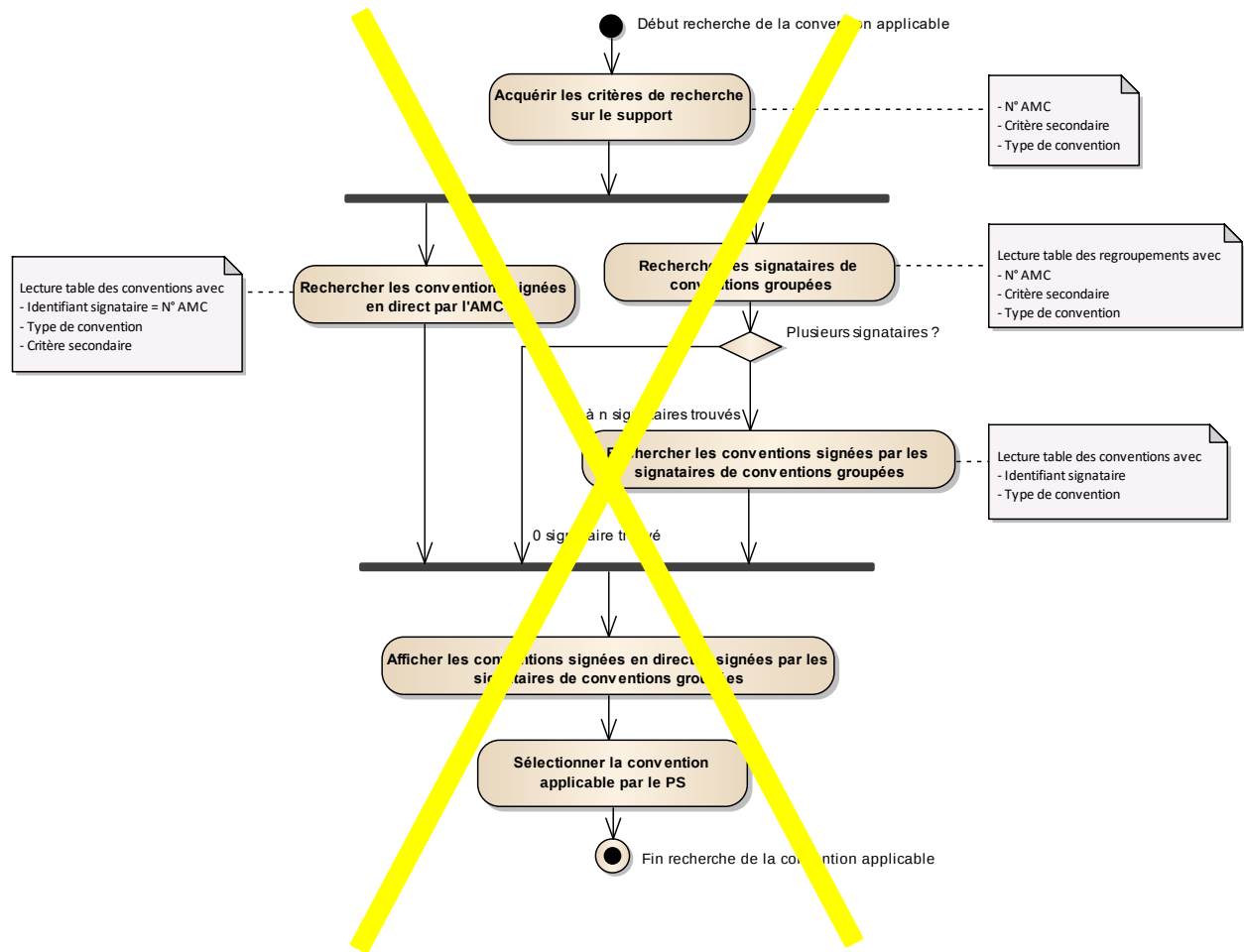
Le Professionnel de Santé peut visualiser la table de correspondance mais ne peut pas la modifier.

§ 4.2.1.5.3.7 Schéma de la recherche de la convention applicable

Les schémas ci-dessous illustrent les paragraphes précédents en présentant des cinématiques possibles de recherche de la convention applicable. On distingue la recherche dans le cadre d'une gestion unique ou d'une gestion séparée.

Légende : la barre horizontale indique que l'ensemble des traitements en amont doit être terminé pour effectuer les traitements suivants.

Gestion séparée



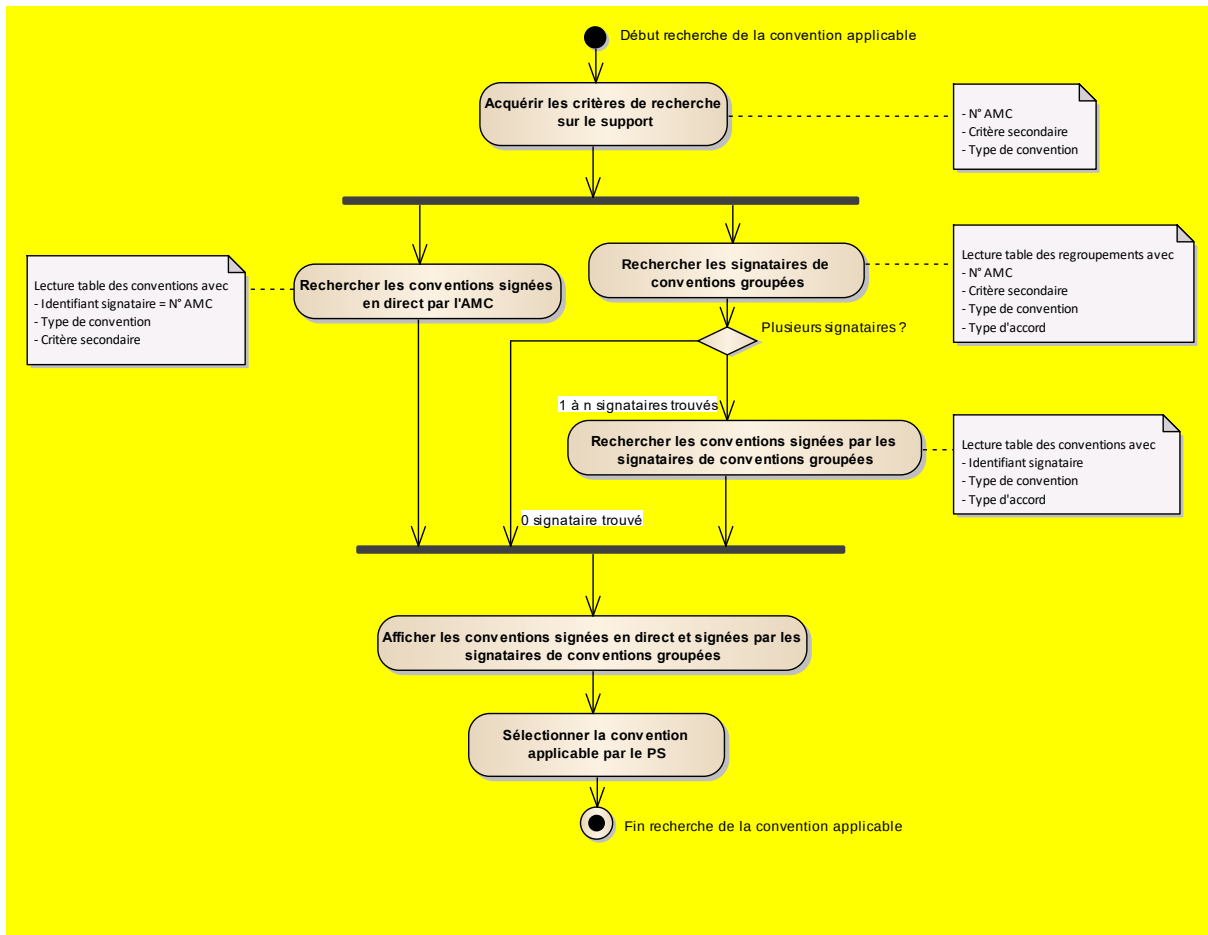
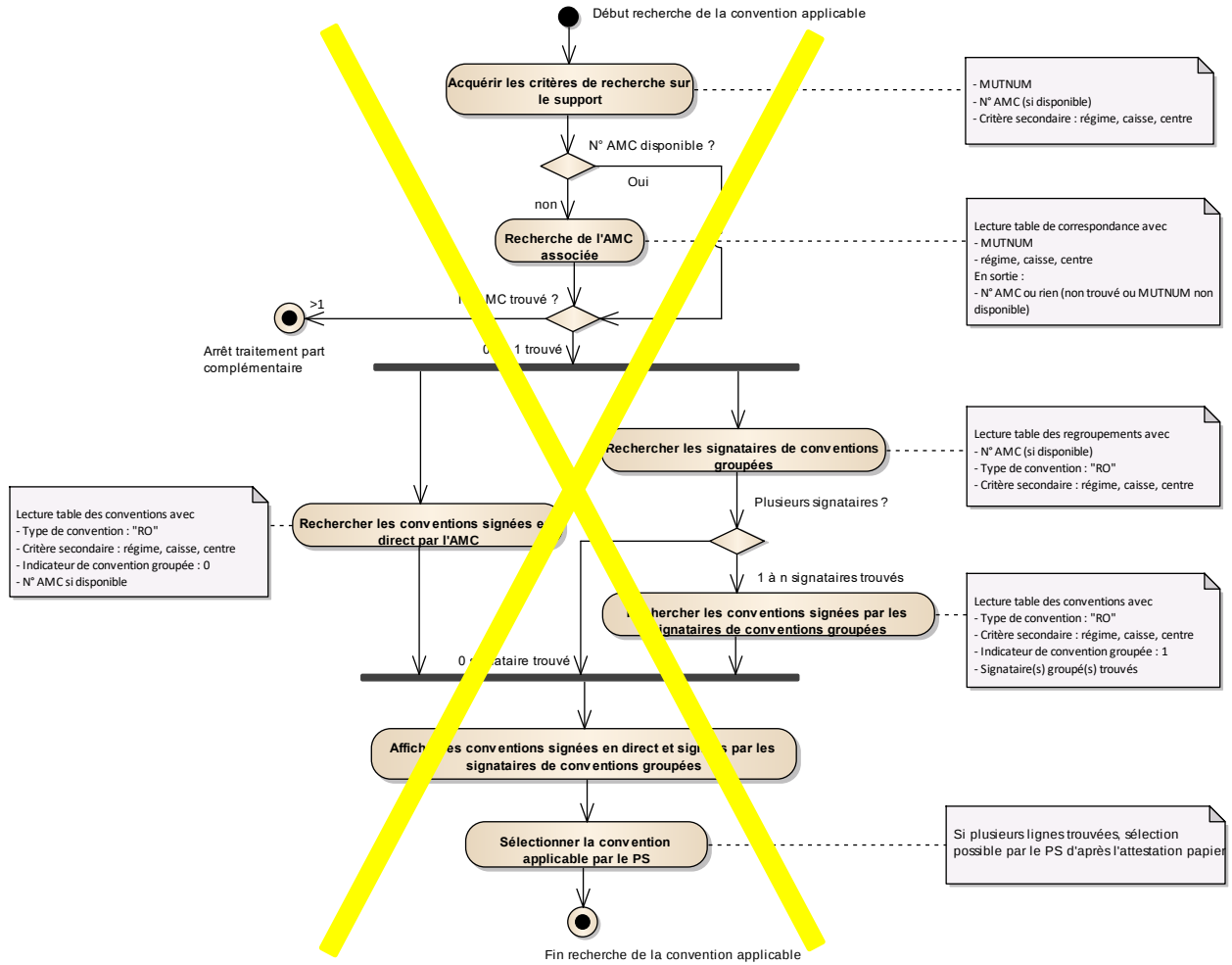


Schéma de la recherche de la convention applicable en gestion séparée

Gestion unique



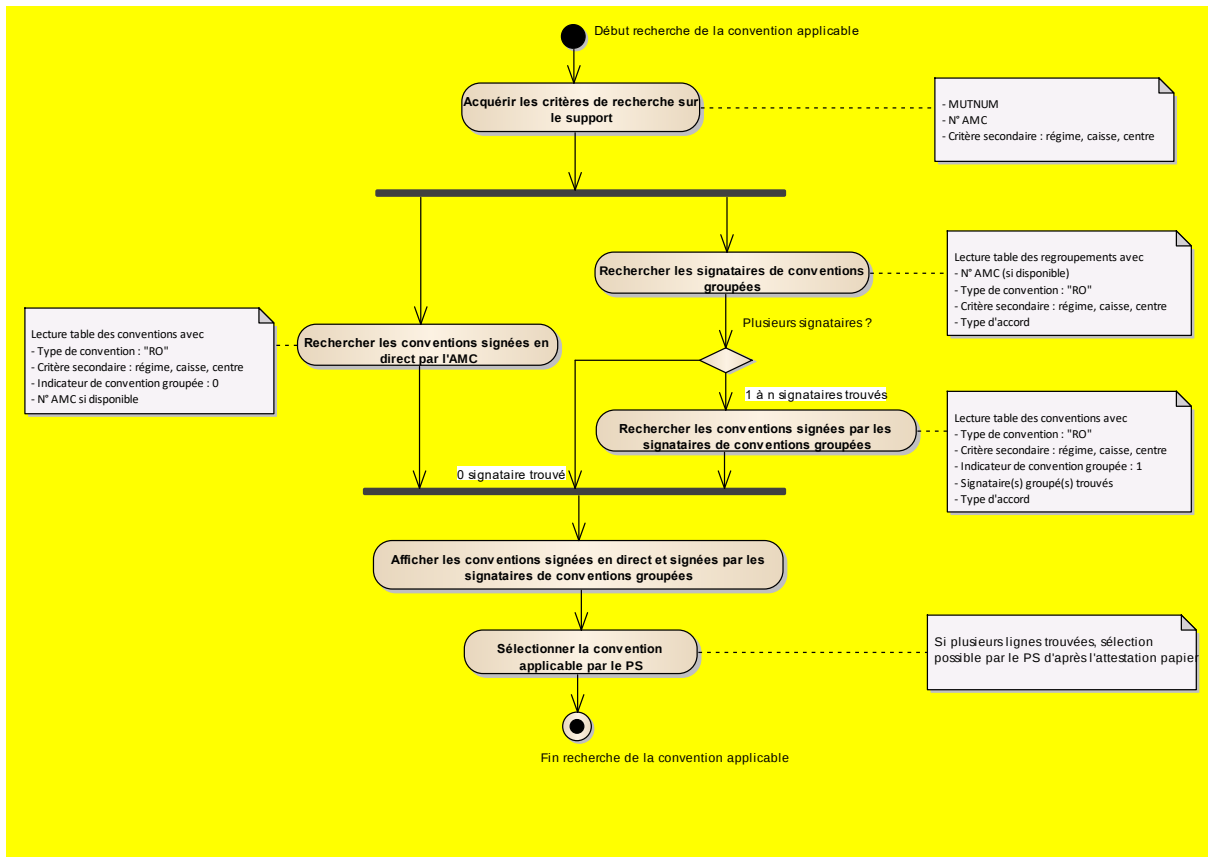


Schéma de la recherche de la convention applicable en gestion unique

3.3 Détail des impacts dans l'Annexe 1 – A

3.3.1 Impacts détaillés EV107

3.3.1.1 Impact §2.1.3.1 : La fonction « Lecture Droits Vitale »

.../...

109

Groupe Données Complémentaire

0 à 1 occurrence
par bénéficiaire

Ce groupe permet l'identification de l'organisme complémentaire, donne les informations nécessaires au calcul de la part complémentaire, et les informations nécessaires au routage.

Numéro de complémentaire B2

Cette zone est appelée numéro d'organisme complémentaire.

Numéro de complémentaire EDI

Cette information est utilisée pour définir les critères « type de convention » et « critère secondaire » pour l'accès aux tables des regroupements et des conventions. Cette zone comporte 2 données

Type de description

Données d'accès à la table

Une description de type 1 comporte 1 type de convention et 1 critère secondaire.

Une description de type 2 comporte 2 types de convention et 4 critères secondaires.

NB : Seuls les 17 premiers caractères de cette zone sont à prendre en compte. Les 18ème et 19ème caractères sont réservés à un usage autre que la facturation ; ils doivent être ignorés par le Progiciel.

.../...

3.3.2 Impacts détaillés EV108

3.3.2.1 Impact §2.1.3.5 (nouveau paragraphe) : Détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique

§ 2.1.3.5 Détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique

Règles de
gestion

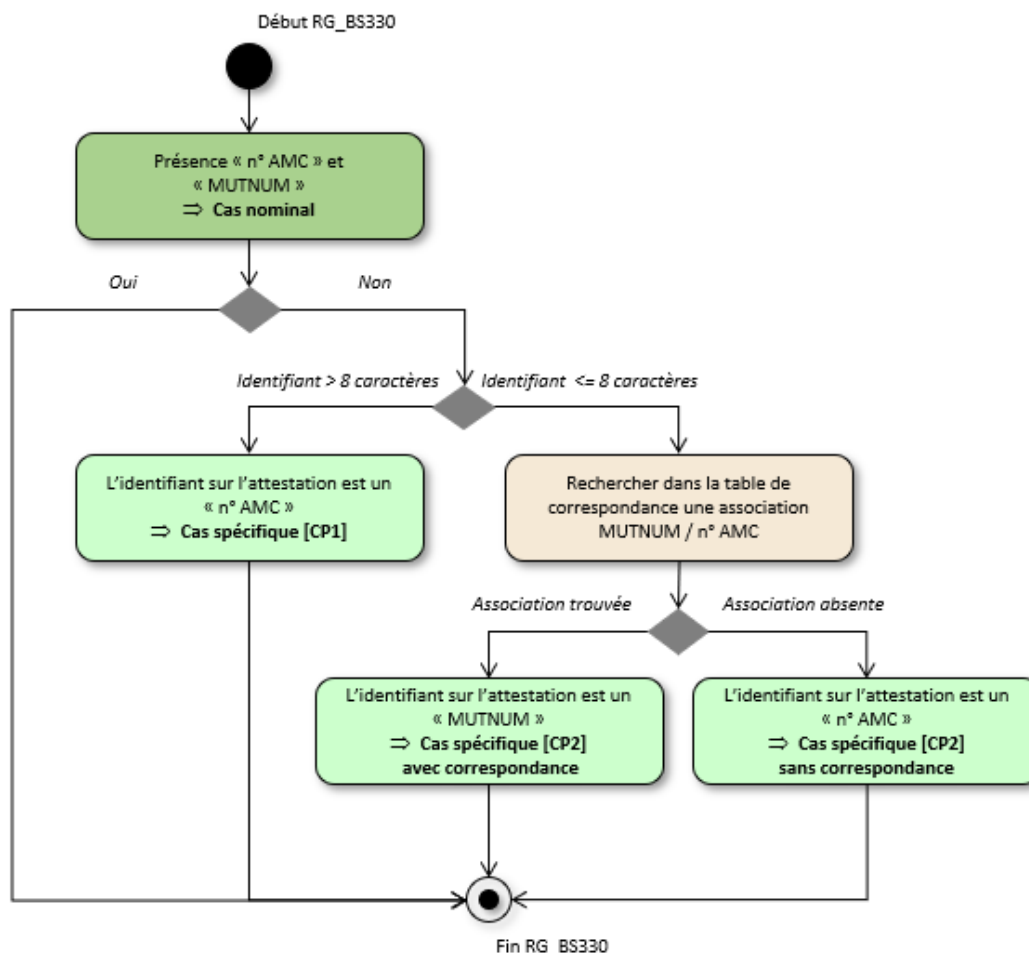
ATTESTATION

[RG_BS330] Déterminer les identifiants de l'organisme complémentaire (à partir d'une attestation) (EF_BS13_01 et EF_BS13_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Principes

La détermination des identifiants de la complémentaire en gestion unique se déroule en fonction de l'identifiant présent sur l'attestation (il peut s'agir d'une attestation AMO comme AMC).



Règles

Une attestation comporte un « MUTNUM » et un « n° AMC ». Dans ce cas la règle suivante est appliquée.

Donnée		Règle
Libellé	Référence	
MUTNUM	EF_BS13_01 107-1 1321-2	L'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) est renseigné avec le « MUTNUM » présent sur l'attestation.
n° AMC	EF_BS13_05 107-5 1330-1	L'identifiant de l'organisme complémentaire (n° AMC) est renseigné avec le « N°AMC » présent sur l'attestation.

[RG_BS330] [CP1] « N° AMC » sur l'attestation a une longueur > 8 caractères

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le « N° AMC » présent sur l'attestation a une longueur > à 8 caractères alors il s'agit d'un identifiant de l'organisme complémentaire (n°AMC).

Dans ce cas, les données sont renseignées de la façon suivante :

Donnée		Règle
Libellé	Référence	
MUTNUM	EF_BS13_01 107-1 1321-2	L'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) est renseigné avec le « N° AMC » présent sur l'attestation. Dans ce cas, le MUTNUM (donnée 107-1) est renseignée avec les 8 premiers caractères uniquement.
n° AMC	EF_BS13_05 107-5 1330-1	L'identifiant de l'organisme complémentaire (N°AMC) est renseigné avec le « N° AMC » présent sur l'attestation.

[RG_BS330] [CP2] « N° AMC » sur l'attestation a une longueur inférieure ou égale à 8 caractères

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le « n° AMC » présent sur l'attestation a une longueur inférieure ou égale à 8 caractères alors le système recherche dans la table de correspondance une association « MUTNUM / n° AMC » (cf. RG_BS366).

Avec correspondance à un numéro d'organisme complémentaire (N°AMC)

Si une correspondance à un numéro d'organisme complémentaire (N°AMC) est trouvée, alors les données sont renseignées de la façon suivante :

Donnée		Règle
Libellé	Référence	
MUTNUM	EF_BS13_01 107-1 1321-2	L'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) est renseigné avec le « MUTNUM » présent sur l'attestation.
n° AMC	EF_BS13_05 107-5 1330-1	L'identifiant de l'organisme complémentaire (N°AMC) est renseigné avec le « N° AMC » trouvé dans la table de correspondance.

Sans correspondance à un numéro d'organisme complémentaire (N° AMC)

Dans le cas où aucune correspondance n'est trouvée, alors les deux identifiants sont renseignés de la façon suivante :

Donnée		Règle
Libellé	Référence	

MUTNUM	EF_BS13_01 107-1 1321-2	L'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) est renseigné avec le « N° AMC » présent sur l'attestation.
n° AMC	EF_BS13_05 107-5 1330-1	L'identifiant de l'organisme complémentaire (N°AMC) est renseigné avec le « N° AMC » présent sur l'attestation.

Règles de gestion

CARTE VITALE / ADRI

[RG_BS328] Déterminer l'identifiant de l'organisme complémentaire (à partir de la carte Vitale) (EF_BS13_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En gestion unique, si le « type de service associé au contrat » (EF_BS13_04) (groupe 107-4) contient la valeur 7 alors il faut interpréter les 10 premiers caractères de « services associés au contrat » (EF_BS13_05) (groupe 107-5) comme le N°AMC.

Sinon, aucun n°AMC ne peut être remonté de cette zone (EF_BS13_05).



Remarque : Les quatorze premières positions de la zone « services associés au contrat » (groupe 107-5) sont réservées au numéro d'organisme complémentaire. Seules les 10 premières positions de cette zone réservée sont utilisées.

[RG_BS328] [CP1] Absence de l'identifiant de l'organisme complémentaire représenté

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En l'absence de l'identifiant de l'organisme complémentaire en carte << l'identifiant de l'organisme complémentaire est recherché >> à partir de la recherche de la table de correspondance (Mutnum =>N°AMC) (cf. RG_BS366).

Si aucun <<identifiant >> n'est trouvé, alors <<l'identifiant de l'organisme complémentaire>> n'est pas renseigné et ne doit pas contenir le Mutnum.

Cette règle s'applique également lorsque les données sont acquises à partir du service ADRI.

[RG_BS368] Déterminer le type de convention en cas de gestion unique (à partir d'une attestation) (EF_BS20_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de gestion unique, le type de convention est égal à « RO ».

Règles de
gestion

TABLE DE CORRESPONDANCE

[RG_BS366] Recherche dans la table de correspondance

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

➡ **Valorisation des critères d'accès à la table de correspondance**

Le « MUTNUM » et le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre) doivent être valorisés à partir des informations acquises.

Pour le Régime Agricole, si le 5ème caractère (correspond au 3ème caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 ».

➡ **Récupération du résultat issu de la recherche dans la table de correspondance**

Le progiciel récupère une ligne de correspondance contenant le numéro d'organisme complémentaire, associé au « MUTNUM » recherché dans la table de correspondance.

Dans ce cas, le numéro d'organisme complémentaire peut être utilisé pour accéder aux tables des regroupements et de conventions.

Si aucune ligne n'est restituée, la table de correspondance ne fournit pas le numéro d'organisme complémentaire.

Si plusieurs lignes sont restituées, le progiciel est en présence d'un cas d'erreur et ne permet pas la prise en compte de la complémentaire.

§ 2.1.3.6 ~~§ 2.1.3.5~~ **Correction du siècle de la date de naissance du bénéficiaire**

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de modifier le siècle de naissance, car dans certains cas la fonction de lecture d'une carte Vitale remonte une date de naissance erronée.

En effet, les bénéficiaires de moins de 16 ans dont la qualité en carte Vitale est différente de « enfant » sont considérés comme des adultes par la fonction « Lecture droit Vitale ». Dans ce cas le siècle de naissance est erroné.

§ 2.1.3.7 ~~§ 2.1.3.6~~ **Affichage des périodes de droits AMO**

Les périodes de droits ne doivent pas être affichées. Le progiciel doit afficher « Droits AMO ouverts » quelles que soient les périodes de droits AMO lues sur le support de droits AMO.

Cette règle d'affichage ne concerne pas les bénéficiaires « autre situation de migrant », ni les adhérents à la CFE pour lesquels le progiciel doit afficher les périodes de droits AMO : « droits AMO du xx/xx/20xx au xx/xx/20xx ».

3.4 Détail des impacts dans l'Annexe 1 – A0

3.4.1 Impacts détaillés EV107

3.4.1.1 Impact §2.4.2 : 1120-Groupe Identification Professionnel de Santé

Règles

Ce groupe identifie le Professionnel de Santé qui élabore et signe la facture.

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.



Remarque : Un centre de santé est caractérisé par la catégorie médicale de valeur 0. Cette information figure en troisième position de l'identifiant de facturation du groupe 1120. (Dans le périmètre actuel du Cahier des Charges SESAM-Vitale, la valeur est égale à zéro uniquement pour les centres de santé).

Dans ce cas, il est interdit d'élaborer une facture pour les spécialités pharmacien (50 et 51).

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



Remarque : Le système acquiert l'activité du centre de santé concernée par la facture. Cette activité prend la valeur « dentaire » lorsque l'activité du centre de santé est dentaire et « hors dentaire » lorsque l'activité du centre de santé est hors dentaire.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

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

1120	Groupe Identification Professionnel de Santé
1. N° d'identification de facturation du PS	N° d'Identification de facturation du Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV ! Ce n° ne doit pas contenir uniquement des zéros
2. Clé du n° d'identification de facturation du PS	Clé du N° identification de facturation. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
3. Nom du PS	Nom du Professionnel de Santé (optionnel dans le cas d'un remplacement). Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
4. Prénom du PS	Prénom du Professionnel de Santé (optionnel dans le cas d'un remplacement). Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV

5. Code conventionnel	Code conventionnel sous lequel exerce le Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
6. Code spécialité	Code spécialité du Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
7. Code zone tarifaire	Zone tarifaire du Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
8. Code zone IK	Type d'indemnités kilométriques dont bénéficie le Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
9. Code agrément 1	Code agrément pour radiologue ou fournisseur. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
10.Code agrément 2	Zone réservée pour utilisation future
11.Code agrément 3	Zone réservée pour utilisation future
12.Condition d'exercice	Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV (donnée « mode d'exercice ») Précise si le Professionnel de Santé agit en tant que • soit libéral « L » (mode d'exercice 00 ou 04) • soit salarié « S » (mode d'exercice 01)
13.N° RPPS du PS	A renseigner avec le n° RPPS du Professionnel de Santé facturant si ce n° est connu en carte CPS Cf. fonction « lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
14.Clé du N° RPPS du PS	A renseigner avec la clé du n° RPPS du Professionnel de Santé facturant si ce n° est connu en carte CPS Cf. fonction « lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV

.../...

3.4.1.2 Impact §2.4.14 : 1321-Groupe Organisme Complémentaire

.../...

8. Code de routage flux AMC	Issu des informations administratives et de routage (cf annexe 1-A2) de la carte Vitale ou table des conventions ou tout autre support
9. Domaine	Issu des informations administratives et de routage (cf annexe 1-A2) de la carte Vitale ou table des conventions ou tout autre support
10.Indicateur de traitement AMC	Issu de la réponse du service ADR, de la carte Vitale ou tout autre support sinon valeur par défaut issue des règles du Cahier des Charges SESAM-Vitale.
11.Identifiant hôte gestionnaire	Issu des informations administratives et de routage (cf annexe 1-A2) de la carte Vitale ou table des conventions ou tout autre support

.../...

3.4.2 Impacts détaillés EV108

Sans objet.

3.4.3 Impacts détaillés adhérence EV107 et EV108

3.4.3.1 Impact §2.4.15 : 1330-Groupe Données Complémentaire additionnelles

Règles

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



Remarque : ce groupe n'est pas utilisé en nature d'assurance SMG.

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-
En présence d'informations administratives et de routage, cette donnée est renseignée à partir du n° d'opérateur de règlement issu des informations administratives et de routage si celui-ci est présent.
 - à partir du numéro AMC-
En présence d'une convention applicable, cette donnée est renseignée à partir du n° d'opérateur de règlement si celui-ci est présent dans la table des conventions.
- dans le cas d'une gestion unique, à partir du n° AMC obtenu
 - si les droits sont issus du service ADR, ce champ est valorisé à partir du champ « Identifiant de l'organisme complémentaire » (équivalent du champ 5 du groupe 107) selon la règle de détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique identique à celle de la carte Vitale d'acquisition de ce champ cf. annexe 1- A (RG_BS328),
 - si le support présenté est la carte Vitale (nature de la pièce justificative de la zone 2 du groupe 1321-5 avec la valeur « 4 »), ce champ est valorisé à partir du champ 5 du groupe 107 Selon la règle de détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique à partir de la carte Vitale d'acquisition du champ « service associé au contrat » cf. annexe 1- A (RG_BS328),
 - si le support présenté n'est pas la carte Vitale (nature de la pièce justificative de la zone 2 du groupe 1321-5 différente de la valeur « 4 »), ce champ peut être valorisé à partir d'une attestation papier (ou éventuellement être acquis via la base patient suite à la saisie d'une attestation papier) selon la règle de détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique cf. annexe 1- A (RG_BS330).

En l'absence de n° AMC sur le support (service ADR, Carte Vitale ou autre support), le n° AMC est recherché à partir de la recherche de la table de correspondance (Mutnum =>N°AMC) ; cette consultation étant réalisée par le progiciel.



~~Remarque : Si aucun n°AMC n'est trouvé, alors le champ n'est pas renseigné et ne doit pas contenir le Mutnum.~~

Le champ « Contexte conventionnel AMC » est valorisé par le progiciel de santé avec les informations suivantes en présence d'une part complémentaire :

- N° de version de la structure de contexte conventionnel AMC (valorisé à 01),
- Code spécialité du Professionnel de santé réalisant la facture (issu de la carte CPx du Professionnel de Santé). Cette information est renseignée même si une convention n'a pas été sélectionnée.
- Code conventionnel du Professionnel de Santé, réalisant la facture, au regard de l'AMO (issu de la carte CPx du Professionnel de Santé). Cette information est renseignée même si une convention n'a pas été sélectionnée.
- Code type de convention issu des informations administratives et de routage de la convention AMC sélectionnée par le Professionnel de Santé pour la facture.
- Critère secondaire issu des informations administratives et de routage de la convention AMC sélectionnée par le Professionnel de Santé pour la facture. Si ce critère est constitué de moins de 9 caractères il convient de le compléter avec des blancs à droite.
- Code norme retour attendue par le Professionnel de Santé (actuellement non utilisé, réservé à un usage futur).
- Origine du contexte conventionnel issue des informations administratives et de routage pour la facture.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

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

1330	Groupe Données Complémentaire additionnelles
1. N° opérateur de règlement/N°AMC	Issue de la table de convention si renseigné sinon N° AMC Issu des informations administratives et de routage
2. Contexte conventionnel AMC	Voir règle ci-dessus. La structure de ce champ est fonction de la valeur du N° de version de la structure de contexte conventionnel AMC.
3. Zone supplémentaire certifiée	Réservée pour utilisation future

Description du champ « contexte conventionnel AMC »

Position	Donnée	Présence	Règles de renseignement
1 – 2	N° de version de la structure de contexte conventionnel	Obligatoire	« 01 »
3 – 4	Code spécialité du Professionnel de Santé	Obligatoire	Code spécialité de l'exécutant salarié. Si absent code spécialité du Professionnel de Santé réalisant la Facture (issu de la Carte du Professionnel de Santé).
5	Code conventionnel du Professionnel de Santé	Obligatoire	Code conventionnel du Professionnel de Santé réalisant la Facture, au regard de l'AMO (issu de la Carte du Professionnel de Santé).
6 – 7	Code type de convention	Facultatif	Code type de la convention issu des informations administratives et de routage sélectionnée par le Professionnel de Santé pour la Facture.
8 – 16	Critère secondaire	Facultatif	En gestion séparée : critère secondaire de l'organisme AMC issu des informations administratives et de routage pour la convention sélectionnée par le Professionnel de Santé (en cas de regroupement). En gestion unique : critère secondaire issu des informations administratives et de routage de la convention sélectionnée par le Professionnel de Santé pour la Facture (cette information peut comporter des caractères génériques à remplacer par le caractère alphanumérique « X »).
17 – 19	Code norme retour attendu	Facultatif	Non utilisé.
20	Origine du contexte conventionnel	Obligatoire	Origine du contexte conventionnel issue des informations administratives et de routage

.../...

3.5 Détail des impacts dans l'Annexe 1 – A2

3.5.1 Impacts détaillés adhérence EV107 et EV108

3.5.1.1 Impact §1 : Introduction

Ce document constitue la partie A2 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objectif de donner aux éditeurs de progiciel **une présentation du contexte de facturation au regard de la part complémentaire avec appel de l'Annuaire AMC et** un descriptif fonctionnel complet des éléments nécessaires à la mise en œuvre des Services de Tarification Spécifiques (STS) pour le calcul de la part complémentaire.

3.5.1.2 Impact §2 (nouveau chapitre) : Contexte de facturation au regard de la part complémentaire

Les impacts liés à la création de ce nouveau chapitre dans l'annexe 1 – A2 sont détaillés dans le chapitre 4 de ce document « Annexe 1 – A2 : Création d'un nouveau chapitre ».

3.5.1.3 Impact ~~§10.1~~ ~~§9.1~~ : Interface en entrée

Le progiciel doit transmettre :

- **toutes les informations qu'il connaît** au moment de l'appel. Les groupes peuvent être partiellement renseignés s'il n'en connaît pas le contenu complet.
- **Identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) = Identifiant de l'organisme complémentaire (n° AMC) (groupe 107-1)**

Lorsque l'identifiant de l'organisme complémentaire en gestion unique (MUTNUM) prend la valeur par défaut de l'identifiant de l'organisme complémentaire (N°AMC) (voir RG_BS330 CP1) et que celui-ci a une longueur de plus de 8 caractères, alors celui-ci est renseigné avec les 8 premiers caractères uniquement en entrée des STS.

Exemple : n° MUTNUM = 0012345678 devient MUTNUM = 00123456 en entrée des STS.

- **Les formules à appliquer au niveau acte** (groupe 3710)

Le groupe 3710 indique la formule et les paramètres appliqués pour un acte.

Ce groupe représente aussi le choix du Professionnel de Santé lorsque les STS lui ont demandé de sélectionner une formule (n groupes 3760 en retour d'un appel), ou lorsque les STS ont proposé la formule à appliquer (1 groupe 3760 en retour). Le progiciel doit demander au Professionnel de Santé de compléter les paramètres avant l'appel aux modules STS.

Le progiciel doit renseigner la formule à appliquer et les paramètres associés dans le cas de CMU complémentaire ou du dispositif « TPI ACS - Paiement coordonné par l'AMO » (top CMU valorisé à « 1 »).

- **La formule à appliquer au niveau facture** (groupe 3720)
- **Les données lues à l'issue de la lecture de la carte CPS**

Il s'agit des groupes issus de la fonction « Lecture Carte CPS ».

- **Les données lues à l'issu de la lecture de la carte Vitale ou saisies à partir d'un autre support**

Il s'agit des groupes issus de la fonction « Lecture Droits Vitale » ou de l'acquisition à partir d'un autre support.

Si les données sont issues de la base patient ou saisies à partir d'un autre support, le progiciel devra renseigner l'interface STS au format 1.40 de la lecture de la carte Vitale (groupe 101 à 111).

Pour les données bénéficiaires, seules les données du bénéficiaire concerné par la facture sont transmises.

- **Les données de la facture**

Tous les groupes sont facultatifs en entrée des modules STS, néanmoins le progiciel doit renseigner toutes les données de la facture connues. Le groupe 3700 « Contexte PS et Assuré » est obligatoire.

Forçage des montants remboursables par l'AMC

Il n'existe aucune interdiction au Professionnel de Santé de saisir les montants remboursables par l'AMC avant l'appel à la fonction tarification.

3.6 Détail des impacts dans l'Annexe 1 – B0

3.6.1 Impacts détaillés EV107

3.6.1.1 Impact §3.1.1.6 : RR02.01.06 : Traitée la facture rejetée

.../...

[RG_RR032] Constituer les DRE d'annulation en cas de rejet AMO

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Après une analyse des flux de rejet / signalement / paiement AMO reçus, et identification des FSE rejetées, le système de facturation :

- vérifie que la FSE rejetée a fait l'objet d'une part complémentaire en gestion séparée envoyée soit dans une DRE initiale, soit dans une FSE enrichie,
- vérifie qu'un RSP de paiement pour la part complémentaire a été reçu,
- contrôle l'acceptation d'une DRE d'annulation par l'organisme complémentaire dans la table de convention à partir des informations administratives et de routage utilisées pour l'envoi initial de la part complémentaire en gestion séparée.

Si les trois points précédents sont vérifiés, alors le système de facturation constitue automatiquement les DRE d'annulation à partir de la DRE initiale ou de la FSE enrichie initiale et demande la confirmation au Professionnel de Santé de l'envoi de ces DRE d'annulation, par rapport au motif du rejet AMO.

3.6.2 Impacts détaillés EV108

Sans objet.

4 Annexe 1 – A2 : Création d'un nouveau chapitre

Création d'un nouveau paragraphe dans l'annexe 1 – A2 : §2 Contexte de facturation au regard de la part complémentaire.

Les paragraphes ci-après constitue le corps de ce nouveau chapitre.

4.1 Présentation du chapitre

Ce chapitre présente le contexte de facturation au regard de la part complémentaire en annexe au CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Celui-ci a pour objet de décrire spécifiquement les opérations et sous-opérations relatives à l'acquisition des informations nécessaires dans le cadre de la facturation de la part complémentaire.

4.2 Guide de lecture

Les spécifications de la phase d'acquisition du contexte de facturation de la part complémentaire sont présentées sous la forme d'un enchaînement d'opérations (chaque opération pouvant être déclinée en un enchaînement de sous-opérations), composées de règles de gestion impliquant dans certains cas l'identification/l'application de cas particuliers ou de situations spécifiques.

Opérations

Présentation

La présentation de chaque opération ou sous-opération comprend :

- une description de l'opération ;
- les données d'entrées et de sorties utilisées dans cette opération ;
- éventuellement un schéma d'enchaînement ;
- la liste des règles utilisées ;
- si nécessaire la liste des cas particuliers et/ou situations spécifiques liés à une règle donnée.

Chaque opération ou sous-opération est référencée par 2 lettres suivies d'un numéro.

Règles

Présentation

Chaque règle est référencée :

Soit sous la forme RG_XXxxx

Avec XX : 2 lettres

xxx : un numéro

Soit sous la forme RG_XX_*****

Avec XX : 2 lettres

***** : la référence d'une règle de l'Annexe 2.

Pour chaque règle est présenté un cartouche indiquant les familles de Professionnel de Santé concernées.

Une règle peut également présenter des cas particuliers et/ou situations particulières référencés comme indiqué dans l'exemple ci-dessous.

Exemple

[RG_XXxxx] <Le titre de la règle>

<Description de la règle>

PR			AM	LB	PH	FR	TR



Cas particuliers

[RG_XXxxx] [CP1] <Titre du premier cas particulier>

<Description du cas premier particulier>

...

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[RG_XXxxx] [CPn] <Titre du n^{ième} cas particulier>

<Description du n^{ième} cas particulier>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					



Situations particulières

[RG_XXxxx] [SPxx] <Titre de la première situation particulière>

<Description de la première situation particulière>

...

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[RG_XXxxx] [SPxx] <Titre de la n^{ième} situation particulière >

<Description de la n^{ième} situation particulière >

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les situations particulières concernées sont :

- **SP03** - Bénéficiaire de la CMU complémentaire »,
- **SP04** - Sortant de la CMU complémentaire »,
- **SP05** - Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire »,
- **SP06** Bénéficiaire de l'AME ».

Familles de PS concernées

Un cartouche de description des familles et sous-familles de Professionnels de Santé concernées par la règle est présent en en-tête des règles.

Les sigles utilisés dans ce cartouche ont la signification suivante :

Pour les familles de Professionnel de Santé :

Réservé pour utilisation future

FR : Fournisseurs

PH : Pharmacie

LB : Laboratoire

AM : Auxiliaires Médicaux

PR : Prescripteurs

[RG_XXxxx]

<Le titre de la règle>

PR	A	L	P	FR	R
M	CD	SF	M	B	H

Pour les sous-familles de Professionnel de Santé :

M : Médecins

CD : Chirurgiens-Dentistes

SF : Sages-Femmes

Les familles ou sous-familles **concernées** apparaissent en texte noir.

Les familles ou sous-familles **non concernées** apparaissent en texte gris.

4.3 CF11 : Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau facture

Vue générale

Nom CF11 : Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau facture

Type Complexe

Description Cette opération a pour but :

- de déterminer le tiers payant complémentaire (CF11.04). Si la part complémentaire est en gestion unique hors tiers payant, il n'y a pas de transmission d'informations sur la part complémentaire,
- de déterminer le service ouvert au bénéficiaire de soins (CF11.09),
- de déterminer la date de référence pour le remboursement de la part complémentaire (CF11.01) puis contrôle que les droits au regard de l'organisme complémentaire sont ouverts en fonction de la date de référence (CF11.02),
- de déterminer les informations administratives et de routage pour élaborer la facture (CF11.10) par recherche systématique dans l'Annuaire AMC en cas de gestion séparée (CF11.05) ; sinon par recherche dans la table de convention (CF11.03),
- d'acquérir d'autres informations relatives au contexte de la part complémentaire niveau facture (CF11.06),
- de contrôler l'activation d'un service de tarification complémentaire et détermine le service de l'organisme complémentaire à appeler si celui-ci a été activé (CF11.08).

Entrées	« organisme complémentaire »	EF_BS16
	« contrat complémentaire en gestion séparée »	EF_BS17
	« période de droits en gestion séparée »	EF_BS23
	« critères recherche conventionnelle type 1 »	EF_BS20
	« critères recherche conventionnelle type 2 »	EF_BS21
	« contrat complémentaire en gestion unique »	EF_BS13
	« organisme AMO »	EF_BS04
	« période de droits en gestion unique »	EF_BS14
	« signataire de convention groupée » (table des regroupements)	EF_AP02
	« table des conventions du PS »	EF_AP01
	« code sous-famille »	EF_PS04_10
	« date de prescription »	EF_IP03_02
	« date d'exécution de la prestation »	EF_IP04_02
Sorties	« convention applicable »	EF_CF14
	« contexte facture complémentaire »	EF_CF03
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la CMU complémentaire	SP03
	Sortant de la CMU complémentaire	SP04
	Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire	SP05
	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Forçage	SP11

Schéma

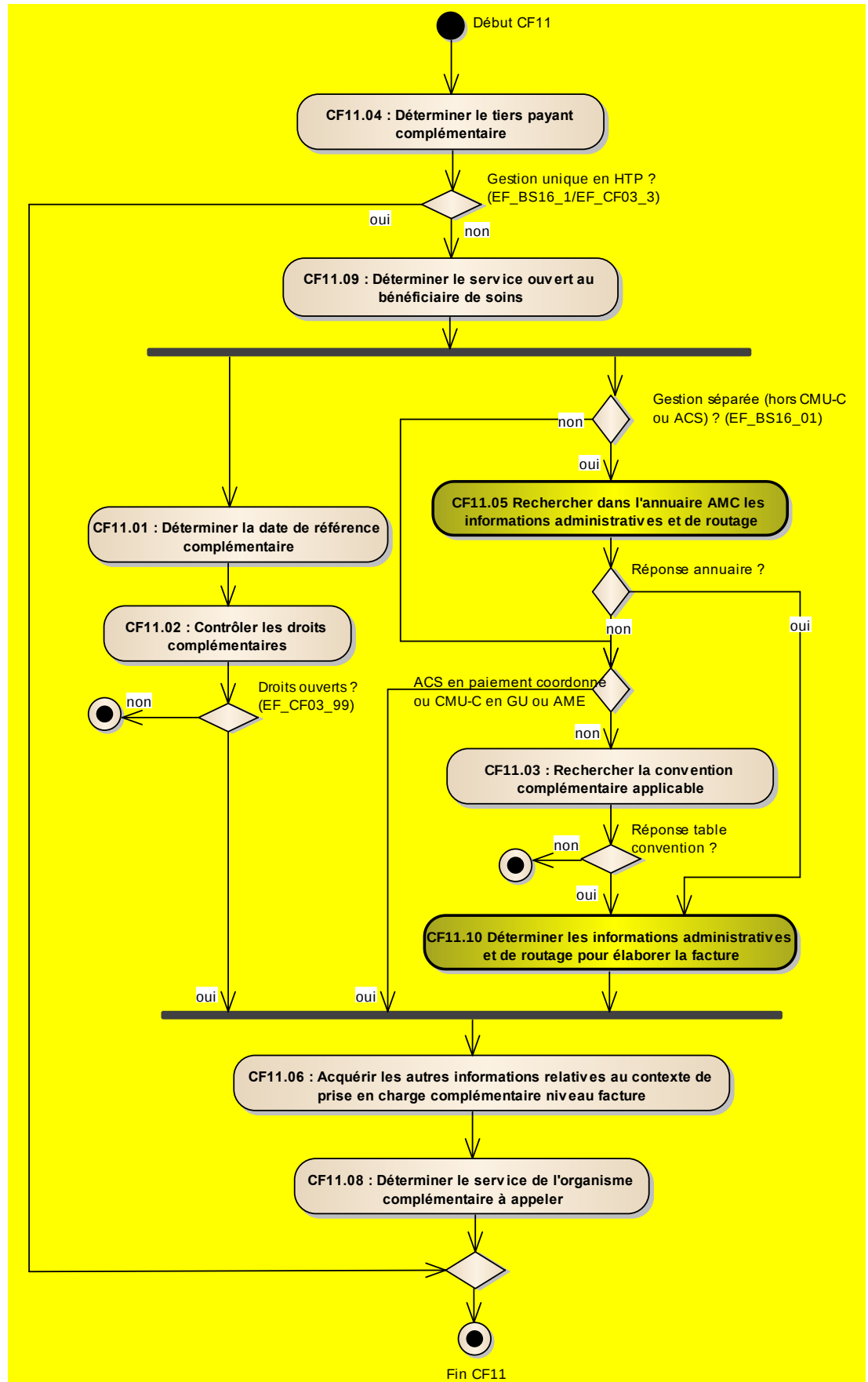


Figure 1 : Enchaînement des tâches de l'opération CF11 « Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau facture »

4.3.1 CF11.01 : Déterminer la date de référence part complémentaire

La détermination de la date de référence pour la prise en compte de la part complémentaire est adressée dans le corps du CDC Editeurs (§ 4.2.1.3.2.3).

4.3.2 CF11.02 : Contrôler les droits complémentaires

Le contrôle des droits au regard de l'organisme complémentaire (ouverts en fonction de la date de référence) est adressé dans le corps du CDC Editeurs (§ 4.2.1.3.2.4).

4.3.3 CF11.03 : Rechercher la convention complémentaire applicable

Vue générale

Nom CF11.03 : Rechercher la convention complémentaire applicable

Type Complexe

Description La recherche de la convention applicable consiste à :

- rechercher les signataires de convention groupée pour l'organisme complémentaire présenté par le bénéficiaire de soins,
- rechercher la(les) conventions(s) applicable(s) signées en direct par l'organisme complémentaire,
- rechercher la(les) conventions(s) applicable(s) signées par les signataires de convention groupée si des signataires ont été trouvés,
- restituer au professionnel de santé la liste des conventions applicables,
- et à permettre la sélection de la convention applicable par le professionnel de santé,

Les conventions contenues dans la table des conventions du professionnel de santé pour SESAM-Vitale sont :

- en gestion séparée, les conventions de télétransmission en tiers payant ou en hors tiers payant,
- en gestion unique, les conventions de tiers payant (la télétransmission des informations relatives à la complémentaire est couverte par la télétransmission de la FSE).

Entrées	« contrat complémentaire en gestion séparée »	109	EF_BS17
	« critères recherche conventionnelle type 1 »		EF_BS20
	« critères recherche conventionnelle type 2 »		EF_BS21
	« contrat complémentaire en gestion unique »	107	EF_BS13
	« organisme AMO »	1310	EF_BS04
	« signataire de convention groupée » (table des regroupements)		EF_AP02
	« table des conventions Pdt »		EF_AP01
	« organisme complémentaire »		EF_BS16
	« Mode d'application des conventions »		EF_AP05
	Type de dispositif de tiers payant complémentaire ACS		EF_PS04_18
	« code tiers payant complémentaire »		EF_CF03_03
Sorties	« convention applicable »		EF_CF14
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la CMU complémentaire		SP03
	Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire		SP05
	Bénéficiaire de l'AME		SP06

Schéma

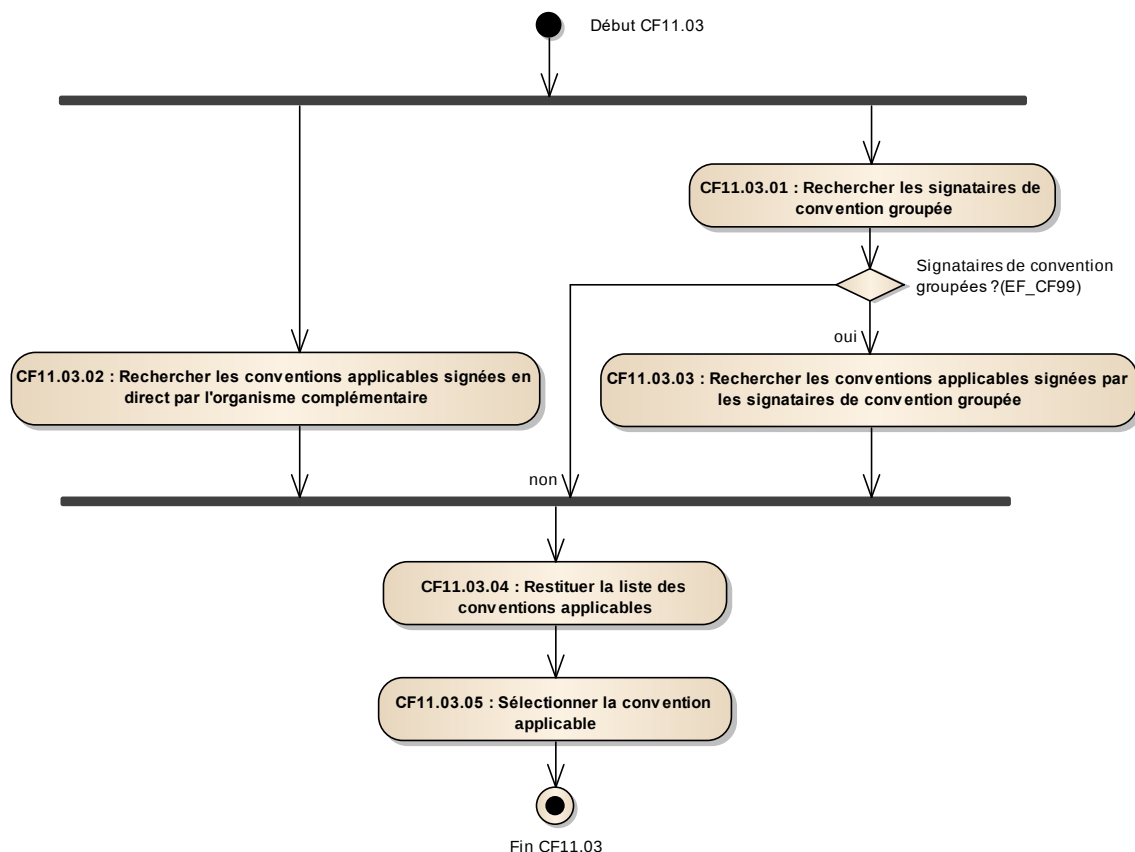


Figure 2 : Enchaînement de la tâche CF11.03 « Rechercher la convention applicable »

Règles de gestion

[RG_CF378] Rechercher la convention complémentaire applicable

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système recherche la convention complémentaire applicable.



Situations particulières

[RG_CF378] [SP03] Rechercher la convention complémentaire applicable en gestion séparée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une CMU-C en gestion séparée, le système de facturation suit le processus de recherche du contexte conventionnel. Ce processus porte uniquement sur la transmission directe des informations et non sur le tiers payant.

[RG_CF378] [SP03] Rechercher la convention complémentaire applicable en gestion unique

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une CMU-C en gestion unique, le système de facturation ne recherche pas le contexte conventionnel.

[RG_CF378] [SP05] Rechercher la convention complémentaire applicable pour les bénéficiaires du dispositif « TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale »

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires du dispositif « TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale », en gestion unique ou en gestion séparée, le système de facturation suit le processus de recherche du contexte conventionnel.

[RG_CF378] [SP05] Rechercher la convention complémentaire applicable pour les bénéficiaires du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO », le système de facturation ne recherche pas le contexte conventionnel.

[RG_CF378] [SP06] Rechercher la convention complémentaire applicable en gestion unique

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas de l'AME, le système de facturation ne recherche pas le contexte conventionnel.



Recommandation

[CR1] Continuité avec flux AMC existants

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les règles présentes ne concernent que les flux SESAM-Vitale et ne concernent pas la génération des flux AMC existants.

4.3.3.1 CF11.03.01 : Rechercher les signataires de convention groupée**Vue générale****Nom** CF11.03.01 : Rechercher les signataires de convention groupée**Type** Sans interaction avec l'extérieur**Description** <<Le système de facturation recherche les signataires de conventions groupées pour l'organisme complémentaire présenté par le bénéficiaire des soins et restitue la liste des signataires de conventions groupées.

Cette opération présente les règles de recherche des signataires de conventions groupées selon que l'organisme complémentaire est en gestion unique ou en gestion séparée.

La recherche s'appuie sur une table des regroupements du professionnel de santé qui permet d'identifier l'organisme signataire de la convention dans le cas d'une convention regroupant plusieurs complémentaires (cette table peut être la matérialisation d'une liste d'organismes complémentaires fournie en annexe d'une convention).>>

La recherche dans la table des regroupements est obligatoire. Elle permet d'identifier l'organisme signataire de la convention dans le cas où l'organisme complémentaire est concerné par une convention groupée.



Entrées	« signataire de convention groupée » (table des regroupements)	EF_AP02
	« contrat complémentaire en gestion séparée »	EF_BS17
	« critères recherche conventionnelle type 1 »	EF_BS20
	« critères recherche conventionnelle type 2 »	EF_BS21
	« contrat complémentaire en gestion unique »	EF_BS13
	« organisme AMO »	EF_BS04
	« organisme complémentaire »	EF_BS16
Sorties	« signataire de convention groupée » (liste)	EF_CF99

**Situations
spécifiques****Règles de gestion****RECHERCHER LES SIGNATAIRES DE CONVENTIONS GROUPEES EN GESTION
SEPARÉE****[RG_CF362] Rechercher les signataires de conventions groupées
en gestion séparée**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises.

Le tableau ci-dessous récapitule les règles de renseignement possibles :

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le système de facturation
Type de convention	Présent sur le support	A partir du support. (EF_BS20 ou EF_BS21)
	Absent ou à blanc sur le support	Critère non utilisé
Critère secondaire	Présent sur le support	A partir du support (EF_BS20 ou EF_BS21)
	Absent ou à blanc sur le support	Critère non utilisé
Numéro d'organisme complémentaire	Si le numéro d'organisme complémentaire est issu du support	A partir du support (EF_BS17_01 – identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée)
	Si le numéro d'organisme complémentaire reste inconnu (absent du support, non saisi par le Professionnel de Santé)	Critère non utilisé

Figure 3 : Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des regroupements en gestion séparée

 **Gas-particuliers**

[RG_CF362] [CP1] Plusieurs valeurs de types de conventions ou de critères secondaires

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Si la carte Vitale comprend plusieurs valeurs de types de conventions ou de critères secondaires, le << système de facturation >> recherche les conventions répondant à toutes les combinaisons possibles des valeurs de types de convention et/ou de critères secondaires disponibles.

Règles de gestion

RECHERCHER LES SIGNATAIRES DE CONVENTIONS GROUPEES EN GESTION UNIQUE

[RG_CF363] Rechercher les signataires de conventions groupées en gestion unique

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises.

Le tableau ci-dessous récapitule les règles de renseignement possibles :

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le système de facturation
----------	----------	---

Type de convention		« RO »
Critère secondaire		Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire issus du support <i>Pour le Régime Agricole, si le 5^{ème} caractère (correspond au 3^{ème} caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 »</i> (EF_BS04)
Numéro d'organisme complémentaire	Si le numéro d'organisme complémentaire est issu du support ou acquis à partir de la table de correspondance	A partir du n° AMC déterminé du support ou de la table de correspondance (EF_BS13_05 – identifiant de l'organisme complémentaire représenté)
	Si le numéro d'organisme complémentaire reste inconnu (absent du support et de la table de correspondance, non saisi par le Professionnel de Santé)	Critère non utilisé

**Figure 4 : Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table
des regroupements en gestion unique**

Règles de gestion

RESTITUER LA LISTE DES SIGNATAIRES DE CONVENTIONS GROUPEES

**[RG_CF364] Restituer la liste des signataires de conventions
groupées (EF_CF99)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La liste restituée peut contenir :

- Aucune ligne : l'organisme complémentaire n'est pas concerné par une convention groupée.
- Une ou plusieurs lignes : l'organisme complémentaire est concerné par une ou plusieurs conventions groupées, selon les critères utilisés.

4.3.3.2 CF11.03.02 : Rechercher les conventions signées en direct par l'organisme complémentaire

Vue générale

Nom CF11.03.02 : Rechercher les conventions signées en direct par l'organisme complémentaire

Type Sans interaction avec l'extérieur

Description Le système de facturation recherche toutes les conventions signées en direct par l'organisme complémentaire présenté par le bénéficiaire de soins.

Entrées	« Table des conventions PdT »	EF_AP01
	« contrat complémentaire en gestion séparée »	EF_BS17
	« critères recherche conventionnelle type 1 »	EF_BS20
	« critères recherche conventionnelle type 2 »	EF_BS21
	« contrat complémentaire en gestion unique »	EF_BS13
	« organisme AMO »	EF_BS04
	« organisme complémentaire »	EF_BS16
	« code tiers payant complémentaire »	EF_CF03_03
Sorties	« convention » (liste des conventions applicables signées en direct)	EF_CF96

**Situations
spécifiques**

Règles de gestion

RECHERCHER LES CONVENTIONS APPLICABLES EN GESTION SEPARÉE

[RG_CF365] Rechercher les conventions signées en direct en gestion séparée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises.

Le tableau ci-dessous récapitule les règles de renseignement possibles :

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le système de facturation
Indicateur de convention groupée		Critère non utilisé
Type de convention	Présent sur le support	A partir du support.
	type de convention absent ou à blanc sur le support.	Critère non utilisé
Critère secondaire	critère secondaire présent sur le support	A partir du support
	critère secondaire absent ou à blanc sur le support	Critère non utilisé
Organisme signataire de la convention		Numéro d'organisme complémentaire issu du support
Numéro d'organisme complémentaire		Critère non utilisé
Type d'accord de la convention		A partir du code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)

Figure 5 : Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des conventions en gestion séparée (accès direct)



Cas particuliers

[RG_CF365] [CP1] Plusieurs valeurs de types de conventions ou de critères secondaires

PR			AM	LB	PH	FR	CF
M	CD	SF					

Si la carte Vitale comprend plusieurs valeurs de types de conventions ou de critères secondaires, le <<système de facturation>> recherche les conventions répondant à toutes les combinaisons possibles des valeurs de types de convention et/ou de critères secondaires disponibles.

Règles de gestion

RECHERCHER LES CONVENTIONS APPLICABLES EN GESTION UNIQUE

[RG_CF366] Rechercher les conventions signées en direct en gestion unique

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises.

Le tableau ci-dessous récapitule les règles de renseignement possibles :

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le système de facturation
Indicateur de convention groupée	Si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée	« 0 »
Type de convention		« RO »
Critère secondaire		Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire issus du support <i>Pour le Régime Agricole, si le 5^{ème} caractère (correspond au 3^{ème} caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 »</i>
Organisme signataire de la convention	Autres situations	Critère non utilisé
Numéro d'organisme complémentaire	Si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée et si le numéro d'organisme complémentaire est issu du support ou acquis à partir de la table de correspondance	A partir du n° AMC déterminé. (EF_BS13_05 – identifiant de l'organisme complémentaire représenté) A partir du support ou de la table de correspondance
Type d'accord de la convention		A partir du code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)

Figure 6 : Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des conventions en gestion unique (accès direct)

4.3.3.3 CF11.03.03 : Rechercher les conventions signées par les signataires de convention groupée

Vue générale

Nom CF11.03.03 : Rechercher les conventions signées par les signataires de convention groupée

Type Sans interaction avec l'extérieur

Description • Le système de facturation recherche toutes les conventions signées par le ou les organismes signataires de conventions groupées (issus de la recherche des signataires de convention groupées).

Entrées	« Table des conventions PdT »	EF_AP01
	« signataire de convention groupée » (liste)	EF_CF99
	« contrat complémentaire en gestion séparée »	EF_BS17
	« critères recherche conventionnelle type 1 »	EF_BS20
	« critères recherche conventionnelle type 2 »	EF_BS21
	« contrat complémentaire en gestion unique »	EF_BS13
	« organisme AMO »	EF_BS04
	« organisme complémentaire »	EF_BS16
	« code tiers payant complémentaire »	EF_CF03_03
Sorties	« convention » (liste des conventions applicables signées par des signataires)	EF_CF97

Situations spécifiques

Règles de gestion

RECHERCHER LES CONVENTIONS APPLICABLES EN GESTION SEPARÉE

[RG_CF381] Rechercher les conventions signées par un signataire de convention groupée en gestion séparée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

A l'issue de la recherche dans la table des regroupements, la recherche dans la table des conventions est réalisée à partir des signataires de conventions groupées, issus de la recherche dans la table des regroupements, accompagné de l'éventuel type de convention.

Le tableau ci-dessous récapitule les règles de renseignement possibles :

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le système de facturation
Indicateur de convention groupée		Critère non utilisé
Type de convention	Présent sur le support	A partir du support.
	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée et type de convention absent ou à blanc sur le support.	A partir du type de convention issu de la table des regroupements.
Critère secondaire	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	Critère non utilisé
Organisme signataire de la convention	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	A partir de l'organisme signataire issu de la table des regroupements.
Numéro d'organisme complémentaire		Critère non utilisé
Type d'accord de la convention		A partir du code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)

Figure 7 : Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des conventions en gestion séparée (signataires convention groupée)



[RG_CF381] [CP1] Plusieurs valeurs de types de conventions ou de critères secondaires

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Si la carte Vitale comprend plusieurs valeurs de types de conventions, le << système de facturation >> recherche les conventions répondant à toutes les combinaisons possibles des valeurs de types de convention et/ou de critères secondaires disponibles.

Autant de lignes sont restituées en table que de combinaisons possibles entre types de conventions et critères secondaires (le résultat de la recherche peut aboutir à 8 lignes restituées au maximum).

Règles de gestion

RECHERCHER LES CONVENTIONS APPLICABLES EN GESTION UNIQUE

[RG_CF383] Rechercher les conventions signées par un signataire de convention groupée en gestion unique

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La recherche dans la table des conventions est réalisée à partir des signataires de conventions groupées issus de la recherche dans la table de regroupement en renseignant l'indicateur de convention groupée à « 1 », le type de convention à « RO », le critère secondaire, et l'identifiant du signataire ;

Le tableau ci-dessous récapitule les règles de renseignement possibles :

Critères	Contexte	Valorisation des critères par le système de facturation
Indicateur de convention groupée	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	« 1 »
Type de convention		« RO »
Critère secondaire		Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire issus du support <i>Pour le Régime Agricole, si le 5^{ème} caractère (correspond au 3^{ème} caractère du code caisse gestionnaire) est égal à « 1 » ou « 5 », le remplacer par « 1 »</i>
Organisme signataire de la convention	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	A partir de l'organisme signataire issu de la table des regroupements.
Numéro d'organisme complémentaire	Autres situations	Critère non utilisé
Type d'accord de la convention		A partir du code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)

Figure 8 : Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des conventions en gestion unique (signataires convention groupée)

4.3.3.4 CF11.03.04 : Restituer la liste des conventions applicables

Vue générale

Nom CF11.03.04 : Restituer la liste des conventions applicables

Type Sans interaction avec l'extérieur

Description Le système de facturation restitue au Professionnel de Santé <<le résultat de la recherche des conventions applicables>> sous forme d'une liste des conventions groupées et non groupées.

Entrée « signataire de convention non groupée » (liste des conventions applicables signées en direct) EF_CF96

« signataire de convention groupée » (liste des conventions applicables signées par des signataires) EF_CF97

Sorties « convention » (liste des conventions applicables) EF_CF98

Situations spécifiques

Règles de gestion

RESTITUER LA LISTE DES CONVENTIONS APPLICABLES

[RG_CF367] Restituer la liste des conventions applicables (EF_CF98)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Lorsque plusieurs conventions groupées et non groupées sont alors trouvées, celles-ci sont restituées au Professionnel de Santé pour sélection.



Cas particuliers

[RG_CF367] [CP1] Recherche infructueuse en gestion unique

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de recherche de conventions infructueuse avec le numéro d'organisme complémentaire comme critère de recherche, le système de facturation doit réaliser une nouvelle recherche dans la table des conventions sans le numéro d'organisme complémentaire et en renseignant l'indicateur de convention groupée à « 0 », le type de convention à « RO », et le critère secondaire.

[RG_CF367] [CP2] Plusieurs PS utilisateurs d'un même poste et conventions signées entre un PS et un organisme complémentaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le système de facturation est utilisé par plusieurs Professionnels de Santé, le système de facturation doit restituer à chaque Professionnel de Santé la table de conventions le concernant (conventions qu'il a renseignées par mise à jour directe, conventions de son choix mises à jour à partir des fichiers normés...).

[RG_CF367] [CP3] Conventions signées pour tout ou partie des spécialités entre un centre de santé et un organisme complémentaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'un centre de santé, le système de facturation doit restituer les conventions de la structure applicables à la spécialité de l'exécutant de la prestation.



Recommandations

[RG_CF367] [CR1] Conservation de la liste des conventions

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Il est recommandé au système de facturation de conserver la liste des conventions applicables durant le processus de facturation. Le Professionnel de Santé peut être amené à sélectionner une autre convention en cours de facturation (ex : cas du passage en hors tiers payant).

[RG_CF368] Afficher les données des conventions applicables

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque convention restituée, le système de facturation permet l'affichage de toutes les données contenues dans la table. Pour une convention groupée, le système de facturation peut lister à partir de la table des regroupements les organismes complémentaires concernés par cette convention.

4.3.3.5 CF11.03.05 : Sélectionner la convention applicable**Vue générale****Nom** CF11.03.05 : Sélectionner la convention applicable**Type** Avec interaction avec l'extérieur**Description** Cette opération a pour but de demander au professionnel de santé de sélectionner la convention applicable à la facture parmi la liste des conventions applicables.

L'opération se déroule de la façon suivante :

- le système de facturation constitue la demande de sélection au professionnel de santé ;
- le professionnel de santé sélectionne la convention applicable en fonction de la demande.

Entrées « convention » (liste des conventions applicables) EF_CF98

« contrat complémentaire en gestion unique » EF_BS13

« contrat complémentaire en gestion séparée » EF_BS16

Sorties « convention applicable » EF_CF14**Situations** Bénéficiaire de la CMU complémentaire SP03**spécifiques** Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire SP05**Règles de gestion****CONSTITUER LA DEMANDE DE SELECTION DE LA CONVENTION APPLICABLE****[RG_CF369] Constituer la demande de sélection d'une convention applicable**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La liste des conventions restituée par la table des conventions peut contenir :

- une seule convention : le système de facturation demande au Professionnel de Santé s'il souhaite appliquer ou non la convention,
- plusieurs conventions de même type (Tiers Payant et / ou Hors Tiers Payant) : le système de facturation demande au Professionnel de Santé de choisir ou non l'une des conventions.

**Cas particuliers****[RG_CF369] [CP1] Aucune convention**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- Aucune convention en gestion séparée

Le système doit demander au Professionnel de Santé de vérifier les critères d'accès à la table des conventions (N°AMC, CSR et type de convention).

Si le Professionnel de Santé modifie les critères d'accès à la table des conventions alors le système reprend le processus de facturation en réinterrogeant l'Annuaire AMC.

Si le Professionnel de Santé confirme que les critères sont corrects, alors le système de facturation demande au Professionnel de Santé s'il souhaite mettre à jour sa table des conventions. Pour pouvoir appliquer cette nouvelle convention, le système de facturation doit vérifier qu'elle est compatible avec les critères d'accès précédemment valorisés.

- Aucune convention en gestion unique

Le système de facturation demande au Professionnel de Santé s'il souhaite mettre à jour sa table des conventions. Pour pouvoir appliquer cette nouvelle convention, le système de facturation doit vérifier qu'elle est compatible avec les critères d'accès précédemment valorisés.

[RG_CF370] Sélectionner la convention applicable

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<< Le professionnel de santé sélectionne la convention applicable.>>



Cas particuliers

[RG_CF370] [CP1] Pas de sélection de convention par le Professionnel de Santé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le Professionnel de Santé décide de ne pas sélectionner une convention parmi celle(s) proposée(s) (ou si aucune convention n'est restituée par la table des conventions), le progiciel ne permet pas la prise en compte de la complémentaire selon le Cahier des Charges SESAM-Vitale. Cependant, en gestion séparée, le Professionnel de Santé peut choisir de transmettre les informations de la complémentaire par un autre moyen hors SESAM-Vitale (flux direct) ou avec une FSE enrichie sans données d'adressage AMC (flux passant par un OCT) ou un flux papier.

➤ **Situations particulières pour ce cas particulier**

[RG_CF370] [CP1][SP03] Aucune sélection

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En gestion séparée, si le Professionnel de Santé décide de ne pas sélectionner une convention parmi celle(s) proposée(s) (ou si la table n'est pas renseignée), le Professionnel de Santé peut réaliser un flux Tiers Payant coordonné qui peut être assimilé à un mode de gestion unique. Le <<système de facturation>> doit offrir cette possibilité au Professionnel de Santé.

[RG_CF370] [CP1][SP05] Aucune sélection

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les factures élaborées selon le dispositif « TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale », si le Professionnel de Santé (hors opticien et audioprothésistes) décide de ne pas sélectionner une convention parmi celle(s) proposée(s) (ou si le Professionnel de Santé n'a pas de convention de télétransmission), le , le <<système de facturation>> doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé de réaliser un flux Tiers Payant Coordonné qui peut être assimilé à un mode de gestion unique (dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO »). Le progiciel doit permettre cette fonctionnalité au Professionnel de Santé sauf pour les prestations d'optique et d'audioprothèse. Les prestations d'optique ou d'audioprothèse sont identifiées par leur groupe fonctionnel général valorisé à « optique » ou « audioprothèse » (EF-IP05-04).

[RG_CF329] Contrôler la convention applicable avec l'organisme complémentaire identifié (EF_CF14_99)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La convention sélectionnée doit être applicable à la complémentaire identifiée (EF_BS13_05 ou EF_BS17_01).

4.3.4 CF11.04 : Déterminer le tiers payant complémentaire

Vue générale

Nom CF11.04 : Déterminer le tiers payant complémentaire

Type Avec Sans interaction avec extérieur

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 « convention applicable » EF_CF14

« code compatibilité convention » EF_CF14_99

Type de dispositif de tiers payant complémentaire ACS EF_PS04_18

Sorties « code tiers payant complémentaire » 1321-5 pos. 3 EF_CF03_03

Situations Bénéficiaire de la CMU complémentaire SP03

spécifiques Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire SP05

Règles de gestion

[RG_CF385] **Acquérir le choix de tiers payant du PS Déterminer le code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système acquiert auprès du professionnel de santé son choix pour l'application ou non du tiers payant complémentaire.

<< Si la convention sélectionnée est une convention de tiers payant (type d'accord de la convention EF_CF14_06) et qu'elle est compatible avec le service ouvert au bénéficiaire de soins, le système de facturation applique le tiers payant sur la part complémentaire.

Si la convention sélectionnée est une convention de hors tiers payant (type d'accord de la convention EF_CF14_06) et qu'elle est compatible avec le service ouvert au bénéficiaire de soins, le système de facturation applique le hors tiers payant sur la part complémentaire.



Cas particuliers

[RG_CF385] [CP1] **Changement de type de service ouvert en gestion séparée et convention applicable**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En gestion séparée, un changement de type de service AMC <<ouvert>> (de TP en HTP ou vice-versa) doit conduire le <<système de facturation>> à refaire la recherche de la convention applicable. Le changement de type de service n'est possible que si l'indicateur de traitement valorisé l'autorise (indicateur = « 3x »).

[RG_CF385] [CP2] **Changement de type de service ouvert en gestion unique**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En gestion unique, un passage de HTP AMC en TP AMC doit conduire le <<système de facturation>> à faire la recherche de la convention applicable

[RG_CF385]

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

**[CP3] Changement de type de service ouvert en
gestion séparée et réponse Annuaire AMC**

En gestion séparée, un changement de type de service AMC <<ouvert>> (de TP en HTP ou vice-versa) doit conduire le système de facturation à refaire la recherche des informations administratives et de routage dans l'Annuaire AMC.

**Situations particulières****[RG_CF385] [SP03] Déterminer le code tiers payant
complémentaire (EF_CF03_03)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit proposer le tiers payant sur la part complémentaire. Le bénéficiaire de soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

Le tiers payant coordonné doit toujours être possible.

**[RG_CF385] [SP05] Déterminer le code tiers payant
complémentaire (EF_CF03_03)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires du dispositif « TPI ACS », le système de facturation doit proposer le tiers payant sur la part complémentaire, chez tous les professionnels de Santé, dès lors que le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat ACS encadré (A, B, C). Le bénéficiaire de soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

L'application du Tiers Payant sur la part complémentaire est conditionnée par :

- la nature d'assurance : la nature d'assurance doit être « Maladie » ou « Maternité ».

4.3.5 CF11.05 : Rechercher dans l'Annuaire AMC les informations administratives et de routage (nouveau chapitre)

Vue générale

Nom CF11.05 : Rechercher dans l'Annuaire AMC les informations administratives et de routage

Type Sans interaction avec l'extérieur

Description Cette tâche a pour but d'interroger l'Annuaire AMC afin de collecter les informations administratives et de routage de la part complémentaire en gestion séparée.

Entrées

« code tiers payant complémentaire »	EF_CF03_03
« code spécialité »	EF_PS03_14
« code activité du centre de santé »	EF_PS04_20
Domaine(s) AMC / Spécialité PS	DF_SAMC01
« contrat complémentaire en gestion séparée »	EF_BS17
« critères recherche conventionnelle type 1 »	EF_BS20

Sorties « réponse de l'annuaire »

Situations spécifiques

Règles de gestion

[RG_CF410] Déterminer le domaine AMC du PS facturant (EF_CF95_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système détermine le domaine AMC du PS en recherchant le domaine correspondant à la spécialité du PS.

~~Dans le cas où le système récupère plusieurs domaines, celui-ci affiche la liste des domaines (libellés et codes) au PS qui doit choisir le domaine dans lequel il se situe pour poursuivre son processus.~~

~~Préconisation : le LPS peut proposer au PS de paramétrer le domaine qu'il souhaite.~~



Cas particuliers

[RG_CF410] [CP1] Centre de santé

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système détermine le domaine du professionnel de santé en fonction de l'activité du centre de santé (EF_PS04_20).

[RG_CF410] [CP2] Plusieurs domaines

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le système récupère plusieurs domaines, celui-ci affiche la liste des domaines (libellés et codes) au PS qui doit choisir le domaine dans lequel il se situe pour poursuivre son processus.

Préconisation : le LPS peut soit proposer au PS de paramétrer le domaine qu'il souhaite, soit déterminer le domaine du PS en fonction de l'activité facturée.

[RG_CF411] Appeler l'Annuaire AMC

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système appelle l'Annuaire AMC en fournissant les éléments suivants :

Demande Annuaire AMC		Données fournies à l'annuaire	
n°	Donnée [GU ANN]	Traitement	Donnée
Objet requête			
01	version	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]
02	date_demande	=	
03	editeur	=	
04	logiciel	=	
05	version_logiciel	=	
Objet adressage			
06	numero_amc		Identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée (EF_BS17_01) n°AMC (109-1)
07	code_type_convention		Type convention (EF_BS20_01) (109-2)
08	code_csr		Code critère secondaire (EF_BS20_02) (109-2)
09	domaine_conventionnel	=	Domaine AMC du PS (EF_CF95_01)
10	code_service	=	Selon code_tiers_payant si TP alors code_service = FTP si HTP alors code_service = FHP
11	code_norme_service	=	Renseigné à « DRE »
12	version_norme_service	=	Renseigné à « V1.0 »
13	type_adresse	=	Renseigné à « MEL »

Les spécifications d'entêtes sont décrites dans le Guide WS Annuaire AMC cf. [GU AN].

Les spécifications des données de la requête d'appel à l'Annuaire AMC sont définies dans le Guide WS Annuaire AMC [GU ANN]. En cas de modification de ce guide, une notification est envoyée à l'adresse de messagerie indiquée lors de l'inscription (de l'éditeur de LPS) à l'Annuaire AMC.

**Situations particulières****[RG_CF411] [SP03] Pas d'appel à l'Annuaire AMC en CMU-C**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En gestion séparée en cas de CMU-C, le système ne fait pas appel à l'Annuaire AMC. La recherche est effectuée dans la table des conventions.

[RG_CF411] [SP05] Pas d'appel à l'Annuaire AMC en ACS

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En gestion séparée en cas d'ACS, le système ne fait pas appel à l'Annuaire AMC. La recherche est effectuée dans la table des conventions.

[RG_CF412] Acquérir la réponse du service de l'Annuaire AMC

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système récupère la réponse de l'Annuaire AMC (« code_retour » = 1) dans le résultat de la demande : objet « resultat_demande ».

Les spécifications des données de la requête d'appel à l'Annuaire AMC sont définies dans le Guide WS Annuaire AMC [GU_ANN] :

- Les données en sortie : § 6.1.3

Réponse Annuaire AMC		Données reçues	
N°	Donnée	Traitement	Donnée
Objet reponse			
01	date_reponse	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]
02	duree_validite		
Objet etat_demande			
03	code_retour		
04	type_ko		
05	message	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]
06	url_Annuaire	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]
Objet resultat_demande			
07	resultat	=	Contient les informations administratives et de routage. Les informations administratives et de routage sont structurées de la façon suivante :
			1 N° Opérateur de règlement de l'Annuaire AMC
			2 Séparateur « / »
			3 Code routage de l'Annuaire AMC
			4 Séparateur « / »
			5 Identifiant de l'hôte de l'Annuaire AMC
			6 Séparateur « / »
			7 Nom de domaine de l'Annuaire AMC
			8 Séparateur « / »
			9 Code aiguillage STS de l'Annuaire AMC

			10	Séparateur « / »
			11	Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation de l'Annuaire AMC
08	type_adresse	=		DICO Annuaire cf. [DICO WSANN]
09	code_type_convention	=		
10	code_csr	=		
11	libelle_reseau	=		
12	libelle_csr	=		
13	commentaire_ps	=		
14	nom_contact	=		
15	prenom_contact	=		
16	mail_contact	=		
17	telephone_contact	=		

**Cas particuliers****[RG_CF412] [CP1] Plusieurs réponses sont retournées par l'Annuaire AMC**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où l'Annuaire AMC retourne plusieurs réponses (« code_retour » = 2) alors le système propose au Professionnel de santé de choisir la réponse par rapport aux critères de recherche (retour annuaire donnée 09 code_type_convention et 10 code_csr) ou au réseau auquel il adhère (retour annuaire donnée 11 libelle_reseau).

[RG_CF412] [CP2] Un nombre important de réponses est détecté par l'Annuaire AMC

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où l'Annuaire AMC trouve trop de réponses (« code_retour » = 3), aucune réponse n'est retournée par l'Annuaire AMC. Le système propose alors au Professionnel de santé de compléter le renseignement des critères de recherche (retour annuaire données « 09 code_type_convention » et « 10 code_csr »).

[RG_CF412] [CP3] Type de convention inconnu dans l'Annuaire AMC

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où l'Annuaire AMC ne reconnaît pas le type de convention (« code_retour » = 9 et « Type KO » = 02), aucune réponse n'est retournée par l'Annuaire AMC. Le système propose alors au Professionnel de santé de modifier les critères de recherche (retour annuaire données « 09 code_type_convention » et « 10 code_csr »).

**Cas d'erreurs**

Pour chaque retour en erreur, il est recommandé au système de réessayer un deuxième appel avant abandon.

[RG_CF412] [CE1] Autres cas d'erreurs

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si l'Annuaire AMC retourne des « codes retour » différents de 1, 2, 3 et 9 avec un « Type KO » = 2, alors le système poursuit le processus de facturation par la recherche d'une convention applicable (CF11.03).

IRG_CF4121 ~~[CE1] Pas de réponse de l'Annuaire AMC ou aucune réponse trouvée~~

PR			AM	LB	PH	FR	FR
M	CD	SF					

~~Le système retourne au processus de facturation SESAM-Vitale qu'aucune réponse n'est fournie par l'Annuaire AMC (« code_retour » = 4).~~

~~Si l'Annuaire AMC ne retourne pas de réponse, le système propose au professionnel de santé de vérifier les critères de recherche avant de poursuivre le processus de facturation (recherche des conventions applicables).~~

IRG_CF4122 ~~[CE2] L'Annuaire AMC retourne l'erreur « 9xx » (« code_retour » = 9 et « type_ko » = 1 à 99)~~

PR			AM	LB	PH	FR	FR
M	CD	SF					

~~Le système traite les actions complémentaires décrites dans le guide WS Annuaire AMC.~~

4.3.6 CF11.06 : Acquérir les autres informations relatives au contexte de la part complémentaire niveau facture

Les règles de valorisation des données code application, sens comptable et type de contrat sont décrites dans l'annexe 1-A0 du Cahier des charge Editeurs.

4.3.7 CF11.08 : Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler

Vue générale

Nom CF11.08 : Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler

Type Sans interaction avec l'extérieur

Description Le système de facturation contrôle l'activation d'un service de tarification complémentaire.

En fonction du support présenté par le bénéficiaire de soins, le calcul de la part complémentaire est pris en charge par un des services de tarification complémentaire définis par les familles de complémentaires, c'est-à-dire :

- le CTIP,
- la FNMF,
- la FFSA.

Les AMO fournissent également dans le cadre de la gestion unique un service de tarification complémentaire.

Cette tâche consiste à déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler : service de tarification complémentaire du CTIP, de la FNMF...

Entrées

« code indicateur de désactivation des STS de la convention »	EF_CF14_09
« code activation des services de tarification complémentaire par le PS »	EF_AP34_01
« organisme complémentaire »	EF_BS16

	« contrat complémentaire en gestion unique »	EF_BS13
	« contrat complémentaire en gestion séparée »	EF_BS17
	« convention applicable »	EF_CF14
	« informations administratives et de routage »	EF_CF16
Sorties	« code activation d'un service de tarification complémentaire »	EF_CF03_13
	« code service de tarification complémentaire »	EF_CF03_14
Situations spécifiques	Bénéficiaire de la CMU-C	SP03
	Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire	SP05

Règles de gestion

[RG_CF375] Déterminer l'activation d'un service de tarification complémentaire (EF_CF03_13)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<< La valorisation des montants de la part complémentaire par un service de tarification complémentaire est activée :

- si le professionnel de santé a activé l'utilisation des services de tarification complémentaire de SESAM-Vitale (EF_AP34_01), >>
- et si l'indicateur de désactivation des STS est positionné à activé dans les informations administrations et de routage (EF_CF16_09 = « 0 »).

[RG_CF379] Déterminer le code aiguillage du service de tarification complémentaire (en fonction des informations complémentaires acquises et de la convention sélectionnée) (EF_CF03_14)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Gestion séparée

Le code aiguillage du service de tarification complémentaire est celui acquis dans les informations administratives et de routage (EF_CF16_10).

Gestion unique

Le système de facturation réalise un contrôle de compatibilité entre le code aiguillage acquis (code aiguillage STS en gestion unique – EF_BS13_06 ou code aiguillage STS en gestion séparée – EF_BS17_07) et celui contenu dans la table des conventions (code aiguillage STS de la convention – EF_CF14_10) dans les informations administratives et de routage issues de la table de convention (EF_CF16_10).

Si le code aiguillage du support est identique au code aiguillage de la table dans les informations administratives et de routage (EF_CF16_10), le code aiguillage à prendre pour l'appel au service de tarification complémentaire est celui contenu dans la table.



Cas particuliers

[RG_CF379] [CP1] Gestion unique - Code aiguillage du support différent du code aiguillage de la convention

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code aiguillage utilisé pour l'appel aux services de tarification complémentaire dépend du support présenté et des informations administratives et de routage issues de la table de convention et de l'indicateur d'usage de l'attestation pour la convention choisie.

- Si le code aiguillage du support est différent du code aiguillage de la table,
 - Si le support utilisé est le service ADR ou la carte Vitale (ou un autre support électronique), soit le Professionnel de Santé met à jour la table des conventions, soit il abandonne l'envoi d'un flux de données complémentaires.
 - Si le support présenté est une attestation papier et que l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 0 », soit le Professionnel de Santé met à jour la table des conventions, soit il abandonne l'envoi d'un flux de données complémentaires.
 - Si le support présenté est une attestation papier et que l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 1 », le code aiguillage à prendre pour l'appel aux services de tarification complémentaire est celui contenu dans la table.
- Si le code aiguillage est présent sur le support et absent de la table, soit le Professionnel de Santé met à jour la table des conventions, soit il abandonne l'envoi d'un flux de données complémentaires.
- Si le code aiguillage est absent du support et présent dans la table, le système de facturation utilise celui présent dans la table des conventions.

[RG_CF379] [CP2] Code aiguillage absent

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le code aiguillage est absent du support et de la table, celui-ci n'est pas valorisé.

[RG_CF382] Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler (EF_CF03_14)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Selon la valeur du code aiguillage du service de tarification, l'aiguillage est le suivant :

- STS-FFSA pour une valeur égale à « 4 »
- STS-CTIP pour une valeur égale à « 8 »
- STS-FNMF/FMF pour une valeur égale à « M »
- STS-A8 pour une valeur égale à « R »



Situations particulières

[RG_CF382] [SP03] Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler (EF_CF03_14)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<< Si le bénéficiaire de soins est bénéficiaire de la CMU complémentaire, le service de tarification complémentaire à appeler est le STS-CMU. >>

Ce STS-CMU est unique et gère la tarification de la même façon pour tous les bénéficiaires de la CMU-C. Les garanties et les forfaits sont définis par l'Etat.

[RG_CF382] [SP05] Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler (EF_CF03_14)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les factures élaborées selon le dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO », le service de tarification complémentaire à appeler est le STS-CMU.

Ce STS-CMU est unique et gère la tarification de la même façon pour tous les bénéficiaires de l'ACS ayant souscrit un contrat ACS encadré. Les garanties minimales prises en charge dans le cadre du « TPi ACS – Paiement coordonnée par l'AMO » sont définies par l'Etat.

4.3.8 CF11.09 : Déterminer le service ouvert au bénéficiaire de soins

Vue générale

Nom CF11.09 : Déterminer le service ouvert au bénéficiaire de soins

Type Sans interaction avec extérieur

Description Le système de facturation identifie les services que l'organisme complémentaire propose dans le cadre de SESAM-Vitale au bénéficiaire de soins, par l'analyse de l'indicateur de traitement renseigné sur le support.

L'indicateur de traitement permet de préciser les traitements possibles acceptés par l'organisme complémentaire pour ce bénéficiaire de soins : tiers payant seul, hors tiers payant seul, tiers payant ou hors tiers payant. << Le système de facturation détermine préalablement la valeur de l'indicateur de traitement applicable pour la facture.>>

Entrées « contrat complémentaire en gestion séparée » EF_BS17

« contrat complémentaire en gestion unique » EF_BS13

« organisme complémentaire » EF_BS16

Sorties « code service ouvert » EF_CF03_04

Situations spécifiques Bénéficiaire de la CMU complémentaire SP03

Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire SP05

Règles de gestion

DETERMINER LE SERVICE OUVERT EN GESTION SEPARÉE

[RG_CF303] Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion séparée (EF_CF03_02) (1321-10)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<< L'indicateur de traitement applicable pour la facture est celui acquis sur le support présenté par le bénéficiaire de soins (EF_BS17_04)..>>



Cas particuliers

[RG_CF303] [CP1] Présentation d'une attestation papier

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre de la présentation d'une attestation papier (code support complémentaire EF_BS16_02), c'est l'indicateur d'usage de l'attestation présent dans la table des conventions qui permet de renseigner les données SESAM-Vitale (en particulier l'indicateur de traitement).

- Si l'indicateur d'usage de l'attestation (code indicateur d'usage de l'attestation papier de la convention – EF_CF14_11) est égal à « 0 », c'est la valeur de l'indicateur de traitement mentionnée sur l'attestation qui est prise en compte. Si l'indicateur de traitement n'est pas présent, le système de facturation doit le valoriser automatiquement à « 00 ».

Si l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 1 » (code indicateur d'usage de l'attestation papier de la convention – EF_CF14_11), le Le système de facturation doit valoriser automatiquement l'indicateur de traitement à « 32 ».

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

**[RG_CF371] Déterminer le service ouvert en gestion séparée
(EF_CF03_04)**

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

Le tableau ci-dessous récapitule le service ouvert à l'assuré en fonction de la valeur de l'indicateur de traitement (première position de l'indicateur de traitement):

Valeur de la première position de l'indicateur de traitement	Service ouvert pour le bénéficiaire de soins
1	Hors tiers payant
2, 6, 7	Tiers Payant
3	Tiers Payant ou Hors tiers payant
0	Pas de DRE possible

Figure 10 : Tableau récapitulatif des services ouverts au bénéficiaire de soins en gestion séparée

Règles de gestion

DETERMINER LE SERVICE OUVERT EN GESTION UNIQUE

[RG_CF305] Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion unique (EF_CF03_02) (1321-10)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<< L'indicateur de traitement applicable pour la facture est celui acquis sur le support présenté par le bénéficiaire de soins (EF_BS13_03). >>



Cas particuliers

[RG_CF305] [CP1] Absence de l'information dans la réponse ADR ou en carte Vitale

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans l'hypothèse où l'indicateur de traitement n'est pas restitué dans la réponse du service ADR ou lors de la lecture de la carte Vitale, le système de facturation doit proposer un tiers payant sur la part complémentaire et valoriser l'indicateur de traitement à 01.



Situations particulières

[RG_CF305] [SP03] Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion unique en cas de tiers payant coordonné

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système doit renseigner l'indicateur de traitement à « 62 ».

[RG_CF305] [SP05] Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion unique en cas de tiers payant coordonné

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les factures élaborées selon le dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO » (chez le Professionnel de Santé hors opticien et audioprothésiste et hors prestations d'optique et d'audioprothèse), l'indicateur de traitement est valorisé avec la valeur 62. Les prestations d'optique ou d'audioprothèse sont identifiées par leur groupe fonctionnel général valorisé à « optique » ou « audioprothèse » cf. Table 1 de l'annexe 2.



Remarque : Pour les factures élaborées selon le dispositif « TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale », l'indicateur de traitement est renseigné selon le processus standard SESAM-Vitale.

[RG_CF372] Déterminer le service ouvert en gestion unique (EF_CF03_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le tableau ci-dessous récapitule le service ouvert à l'assuré en fonction de la valeur de l'indicateur de traitement quand il est renseigné :

Valeur de l'indicateur de traitement	Service ouvert pour le bénéficiaire de soins
00	Pas de transmission d'information complémentaire
01,02, 62, 71	Tiers Payant

Figure 11 : Tableau récapitulatif des services ouverts au bénéficiaire de soins en gestion unique

Règles de gestion

CONTROLE

**[RG_CF409] Contrôler le choix de tiers payant avec le service
ouvert au bénéficiaire de soins**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le choix de tiers payant du Professionnel de Santé (EF_CF03_03) doit être compatible avec le service ouvert au bénéficiaire de soins (EF_CF03_04).

4.3.9 CF11.10 : Déterminer les informations administratives et de routage pour élaborer la facture (nouveau chapitre)

Vue générale

Nom CF11.10 : Déterminer les informations administratives et de routage pour élaborer la facture

Type Sans interaction avec l'extérieur

Description L'objectif de cette tâche est de déterminer les informations administratives et de routage en fonction de leur acquisition (convention applicable sélectionnée ou Annuaire AMC).

Entrées « réponse de l'Annuaire AMC »

« convention applicable »

EF_CF14

Sorties « données administratives et de routage »

EF_CF16

**Situations
spécifiques**

Règles de gestion

[RG_CF413] Interpréter les informations administratives et de routage selon leur origine (EF_CF16)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système récupère les informations administratives et de routage suivant le résultat de la recherche réalisée dans l'Annuaire AMC ou dans la table de convention

°	Donnée	Gestion séparée		Gestion unique
		Issue de l'Annuaire AMC	Issue de la table de convention	Issue de la table de convention
01	N° opérateur de règlement 1330-1	Oui « Numéro d'opérateur de règlement de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 1)	Oui « Numéro d'opérateur de règlement de la convention » (EF_CF14_14)	Non applicable
02	Code routage 1321-8	Oui « Code routage de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 3)	Oui « Code routage de la convention » (EF_CF14_15)	Non applicable
03	Identifiant de l'hôte 1321-11	Oui « Identifiant de l'hôte de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 5)	Oui « Identifiant de l'hôte de la convention » (EF_CF14_16)	Non applicable
04	Nom de domaine 1321-9	Oui « Nom de domaine de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 7)	Oui « Nom de domaine de la convention » (EF_CF14_17)	Non applicable
05	Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation	Oui « Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 11)	Oui « Code indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation de la convention » (EF_CF14_12)	Non applicable
06	Code aiguillage de STS	Oui	Oui « Code aiguillage STS de la convention »	Oui « Code aiguillage STS de la convention »

		« Code aiguillage STS de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 9)	(EF_CF14_10)	(EF_CF14_10)
07	Indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification	Non Valeur par défaut = « 0 » (Non acceptation)	Oui « Code indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification de la convention » (EF_CF14_13)	Non applicable
08	Indicateur de désactivation des STS	- Non Valeur par défaut = « 0 » (STS activé)	Oui « Code indicateur de désactivation des STS de la convention » (EF_CF14_09)	Oui « Code indicateur de désactivation des STS de la convention » (EF_CF14_09)
09	Critère secondaire 1330-2 pos. 8-16	Oui Code_csr (Donnée 10 de la réponse de l'Annuaire AMC)	Oui « Critère secondaire de la convention » (EF_CF14_05)	Oui « Critère secondaire de la convention » (EF_CF14_05)
10	Code type de convention 1330-2 pos. 6-7	Oui Code_type_convention (Donnée 09 de la réponse de l'Annuaire AMC)	Oui « Type de convention de la convention » (EF_CF14_04)	Oui « Type de convention de la convention » (EF_CF14_04)
11	Origine du contexte conventionnel 1330-2 pos. 20	Oui « A » (pour Annuaire AMC)	Oui « C » (pour Table de convention)	Oui « C »

5 Impacts dans le Dispositif Intégré

5.1 Détail des impacts dans RH-INTEG-DSF-020

5.1.1 Impacts détaillés EV107

5.1.1.1 Impact §4.1.1.1.3.3 : Données professionnel de santé non contenues en carte

Centre de santé

- ✓ Code catégorie attribué par la DDASS ou la DRASS (FAC_PS_CODE_CATEG)
- ✗ Code statut juridique attribué par la DDASS ou la DRASS (FAC_PS_CODE_STATJUR)
- ✗ Mode de fixation des tarifs attribué par la DDASS ou la DRASS (FAC_PS_MODE_FIXTAR)
- ✗ activité (FAC_PS_CSACTIV)

Le dispositif acquiert l'activité du centre de santé concernée par la facture. Cette activité prend la valeur à « dentaire » lorsque l'activité du centre de santé est dentaire et « hors dentaire » lorsque l'activité du centre de santé est « hors dentaire ».

5.1.1.2 Impact §4.1.1.4.1.4 : Mise en forme du type 2M

L'entité Type 2M est toujours présente dans la feuille de soins.

Type 2M (FSE)	Définition ou Règle de gestion
Type d'enregistrement	Valeur = 2
N° Partenaire Santé + Clé	Concaténation de FAC_PS_NUM-IDFACPS et de FAC_PS_CLE-IDFACPS
N° Matricule Assuré	FAC_BEN_NIR_ASS
Clé N° Matricule	FAC_BEN_CLE_ASS
N° Facture	FAC_NOFAC
Complément du Type	Valeur = M
N° AMC	prendre N° ORGANISME COMPLEMENTAIRE (FAC_BEN_NO_COMPL) si renseigné (en gestion unique, si ce numéro n'est pas connu, prendre le MUTNUM (FAC_BEN_MUT_NUM) . Dans le cas particulier de la CMU-C, ce champ est renseigné avec le top « M » cadré à droite complété avec des blancs à gauche) sinon à blanc Lorsque le N° AMC du type 2M est renseigné à partir d'un N° organisme complémentaire, celui-ci doit être cadré à droite et complété avec des zéros à gauche si sa longueur est inférieure à 10 caractères.
Code routage destinataire AMC	FAC_BEN_ROU-FLX DOM (cf. Déterminer les informations administratives et de routage)
Identifiant hôte gestionnaire AMC	FAC_BEN_IDT-HOT DOM (cf. Déterminer les informations administratives et de routage)

Type 2M (FSE)	Définition ou Règle de gestion
Nom de domaine AMC ¹⁰	FAC_NOM_DOM (cf. Déterminer les informations administratives et de routage)
Identifiant AMC de l'assuré	Si « type factures à créer » est FSE+DRE, forcer à blanc sinon si renseignée, prendre FAC_BEN_ID-ASS-AMC en ignorant les éventuels blancs à gauche sinon si renseignée, prendre FAC_BEN_ADH-NUM sinon à blanc
Filler de données certifiées si type de contrat différent de 99	espaces
Indicateur de forçage Tarification AMC niveau facture	Si « type factures à créer » est FSE+DRE, forcer à blanc sinon si fac_forçage_amc renseigné, prendre fac_forçage_amc Sinon blanc
Type du module STS	Si « type factures à créer » est FSE+DRE, forcer à blanc sinon Si renseigné après tarification, prendre fac_typ_sts sinon espaces
N° version module STS	Si « type factures à créer » est FSE+DRE, forcer à blanc sinon Si renseigné après tarification, prendre fac_vers_sts sinon espaces
Code routage destinataire AMC	Si « type factures à créer » est FSE+DRE, forcer à blanc sinon fac_ben_rou-flx (cf. Déterminer les informations administratives et de routage)
Identifiant hôte gestionnaire AMC	Si « type factures à créer » est FSE+DRE, forcer à blanc sinon fac_ben_idt-hot (cf. Déterminer les informations administratives et de routage)
Nom domaine AMC	Si « type factures à créer » est FSE+DRE, forcer à blanc sinon fac_ben_nom_dom (cf. Déterminer les informations administratives et de routage)
Indicateur de traitement	Si « type factures à créer » est FSE+DRE, forcer à blanc sinon fac_ben_trait-amc
Code application AMC	Si « type factures à créer » est FSE+DRE, forcer à blanc sinon fac_cod_appl

¹⁰ Cette information d'adressage est prévue à titre conservatoire pour le cas où les AMO ne disposent pas de table d'adressage AMC. Les caractères sont en alphanumériques étendus, c'est à dire incluant les minuscules, le moins (-) et le point.

5.1.1.3 Impact §4.1.1.4.1.5 : Mise en forme du type 2P

L'entité Type 2P est toujours présente dans la feuille de soins lorsqu'il y a une part complémentaire avec les informations renseignées et que le type de facture à générer est FSE seule.

En présence d'une part complémentaire, le code spécialité et le code conventionnel doivent être renseignée même si une convention n'a pas été sélectionnée.

Type 2P (FSE)	Définition ou Règle de gestion
Type d'enregistrement	Valeur = 2
N° Partenaire Santé + Clé	Concaténation de FAC_PS_NUM-IDFACPS et de FAC_PS_CLE-IDFACPS
N° Matricule Assuré	FAC_BEN_NIR_ASS
Clé N° Matricule	FAC_BEN_CLE_ASS
N° Facture	FAC_NOFAC
Complément du Type	Valeur = P
N° opérateur de règlement	FAC_OP-REGL ¹¹ (cf. Déterminer les informations administratives et de routage) Le n° opérateur de règlement doit être cadré à droite et complété avec des zéros à gauche si sa longueur est inférieure à 10 caractères.
Contexte conventionnel	
N° de version de la structure de contexte conventionnel AMC	01
Code spécialité du Professionnel de santé	FAC_PS_COD-SPEC
Code conventionnel du Professionnel de Santé	FAC_PS_COD-CONV
Code type de convention	FAC_BEN_TYP-CONV ¹² (cf. Déterminer les informations administratives et de routage)
Critère secondaire	FAC_BEN_CRIT-SECON ¹² (cf. Déterminer les informations administratives et de routage)
Code norme retour attendue	FAC_PS_NORM-RET
Origine du contexte conventionnel	FAC_ORIG_CONTEXT

exemple de remplissage	Gestion unique	Gestion séparée
N° version	01	01
Code spécialité	19	19
Code conventionnel	1	1
Code Type de convention	XX	ZZ

¹¹ cf annexe 10 § données de la table des conventions

¹² cf annexe 10 § données de la table des conventions

Critère secondaire	critère secondaire de la convention sélectionnée (cette information peut comporter des caractères génériques à remplacer par des « X » ex : 02XX1XXXX)	critère secondaire de l'organisme AMC pour la convention sélectionnée
Code Norme retour attendue	non renseigné	non renseigné

Si le critère secondaire est constitué de moins de 9 caractères il convient de le compléter avec des blancs à droite.

5.1.1.4 Impact §4.1.1.4.1.4 : Mise en forme du type 2M

L'entité Type 2M est toujours présente dans la DRE.

Type 2M (DRE)	Définition ou Règle de gestion
Type d'enregistrement	Valeur = 2
N° Partenaire Santé + Clé	Concaténation de FAC_PS_NUM-IDFACPS et de FAC_PS_CLE-IDFACPS
N° Matricule Assuré	FAC_BEN_NIR_ASS
Clé N° Matricule	FAC_BEN_CLE_ASS
N° Facture	FAC_NOFAC
Complément du Type	Valeur = M
N° AMC	FAC_BEN_NO-COMPL Le N° organisme complémentaire doit être cadré à droite et complété avec des zéros à gauche si sa longueur est inférieure à 10 caractères.
Code routage destinataire AMC	FAC_BEN_ROU-FLX(cf. Déterminer les informations administratives et de routage)
Identifiant hôte gestionnaire AMC	FAC_BEN_IDT-HOT(cf. Déterminer les informations administratives et de routage)
Nom de domaine destinataire AMC ¹³	FAC_BEN_NOM_DOM(cf. Déterminer les informations administratives et de routage)
Identifiant AMC de l'assuré	si renseignée prendre FAC_BEN_ID-ASS-AMC(en ignorant les éventuels blancs à gauche) sinon si renseignée prendre FAC_BEN_ADH-NUM
Filler de données certifiées si type de contrat différent de 99	Valeur à blanc
Indicateur de forçage Tarification AMC niveau facture	Si FAC_FORÇAGE_AMC renseigné, prendre FAC_FORÇAGE_AMC Sinon blanc
Type du module STS	Si renseigné après tarification, prendre FAC_TYP_STS sinon espaces
N° version module STS	Si renseigné après tarification, prendre FAC_VERS_STS sinon espaces

¹³ Cette information d'adressage est prévue à titre conservatoire pour le cas où les AMO ne disposent pas de table d'adressage AMC. Les caractères sont en alphanumériques étendus, c'est à dire incluant les minuscules, le moins (-) et le point.

Type 2M (DRE)	Définition ou Règle de gestion
Code routage destinataire AMC	FAC_BEN_ROU-FLX (cf. Déterminer les informations administratives et de routage)
Identifiant hôte gestionnaire AMC	FAC_BEN_IDT-HOT (cf. Déterminer les informations administratives et de routage)
Nom domaine AMC	FAC_BEN_NOM_DOM (cf. Déterminer les informations administratives et de routage)
Indicateur de traitement AMC	FAC_BEN_TRAIT-AMC
Code application AMC	FAC_COD_APPL

5.1.1.5 Impact §4.1.1.4.2.5 : Mise en forme du type 2P

L'entité Type 2P est toujours présente dans la DRE.

Type 2P (DRE)	Définition ou Règle de gestion
Type d'enregistrement	Valeur = 2
N° Partenaire Santé + Clé	Concaténation de FAC_PS_NUM-IDFACPS et de FAC_PS_CLE-IDFACPS
N° Matricule Assuré	FAC_BEN_NIR_ASS
Clé N° Matricule	FAC_BEN_CLE_ASS
N° Facture	FAC_NOFAC
Complément du Type	Valeur = P
N° opérateur de règlement	FAC_OP-REGL ¹⁴ (cf. Déterminer les informations administratives et de routage) Le N° opérateur de règlement doit être cadré à droite et complété avec des zéros à gauche si sa longueur est inférieure à 10 caractères.
Contexte conventionnel	
• N° de version de la structure de contexte conventionnel AMC	01
• Code spécialité du Professionnel de santé	FAC_PS_COD-SPEC
• Code conventionnel du Professionnel de Santé	FAC_PS_COD-CONV
• Code type de convention	FAC_BEN_TYP-CONV ¹⁵ (cf. Déterminer les informations administratives et de routage)
• Critère secondaire	FAC_BEN_CRIT-SECON ¹² (cf. Déterminer les informations administratives et de routage)
• Code norme retour attendue	FAC_PS_NORM-RET
• Origine du contexte conventionnel	FAC_ORIG_CONTEXT

¹⁴ cf annexe 10 5 données de la table des conventions

¹⁵ cf annexe 10 5 données de la table des conventions

Si le critère secondaire est constitué de moins de 9 caractères il convient de le compléter avec des blancs à droite.

5.2 **Détail des impacts dans RH-INTEG-DSF-034**

Le document RH-INTEG-DSF-034 annexe 10 gestion amc est fourni dans son intégralité.

Les évolutions de l'EV 107 sont en jaune, les évolutions de l'EV108 sont en bleu.

5.3 Détail des impacts dans RH-INTEG-DSF-021

5.3.1 Impacts détaillés EV107

RÉFÉRENCE	Libellé	Type	Long	Présence	Valeur	N° champ

FAC_OP-REGL	Opérateur de règlement	N	9	C		1330-1
FAC_ORIG_CONTEXT	Origine du contexte conventionnel	A	1	C	A ou C	1330-2
FAC_ORIG_PRESC	Origine de la prescription	A	1	C		1230-1
FAC_PRESC_AGSNCF	Prescription établie par médecin SNCF	A	1	C		
FAC_PRESC_CSPEC	Code Spécialité du prescripteur	N	2	C	Annexe 8	1213-3

5.3.1.1 Impact §1.3 : description des enregistrements de la FSE

TYPE 2P Norme B2	Position	Type	Long	Présence	Format	Domaine de valeur	Valeur défaut
Type d'enregistrement	1-1	N	1	O		2	
N° Partenaire de Santé + Clé	2-10	N	9	O			
FILLER	11-11	A	1	F			espaces
N° Matricule Assuré	12-24	A	13	O			
Clé N° Matricule	25-26	A	2	O			
N° Facture	27-35	N	9	O			
Complément du Type	36-36	A	1	F		P	
No opérateur de règlement AMC	37-46	A	10	F			espaces
Contexte conventionnel AMC		A	34	F			espaces
-No version de la structure	47		2	O			01
-Code Spécialité du PS	49-50		2	O			
-Code conventionnel du PS	51		1	O			
-Code Type de convention	52-53		2	F			espaces
-Critère secondaire	54-62		9	F			espaces
-Code norme retour attendu	63-65		3	F			espaces
-origine contexte conventionnel	66		1	O			espaces
-filler	67-80		14	F			espaces
FILLER	81-128	A	48	O			espaces

5.3.1.2 Impact §1.4 : description des enregistrements de la DRE

TYPE 2P Norme DR	Position	Type	Long	Présence	Format	Domaine de valeur	Valeur défaut
Type d'enregistrement	1-1	N	1	O		2	
N° Partenaire de Santé + Clé	2-10	N	9	O			
FILLER	11-11	A	1	F			espaces
N° Matricule Assuré	12-24	A	13	O			
Clé N° Matricule	25-26	A	2	O			
N° Facture	27-35	N	9	O			
Complément du Type	36-36	A	1	F		P	
No opérateur de règlement AMC	37-46	A	10	F			espaces
Contexte conventionnel AMC		A	34	F			espaces
-No version de la structure	47		2	O			01
-Code Spécialité du PS	49-50		2	O			
-Code conventionnel du PS	51		1	O			
-Code Type de convention	52-53		2	F			espaces
-Critère secondaire	54-62		9	F			espaces
-Code norme retour attendu	63-65		3	F			espaces
-origine contexte conventionnel	66		1	O			espaces
-filler	67-80		14	F			espaces
FILLER	81-128	A	48	O			espaces

5.4 Détail des impacts dans l'Annexe 1 – B0**5.4.1 Impacts détaillés EV107****5.4.1.1 Impact §3.1.1.6 : RR02.01.06 : Traitée la facture rejetée**

.../...

[RG_RR032] Constituer les DRE d'annulation en cas de rejet AMO

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Après une analyse des flux de rejet / signalement / paiement AMO reçus, et identification des FSE rejetées, le système de facturation :

- vérifie que la FSE rejetée a fait l'objet d'une part complémentaire en gestion séparée envoyée soit dans une DRE initiale, soit dans une FSE enrichie,
- vérifie qu'un RSP de paiement pour la part complémentaire a été reçu,
- contrôle l'acceptation d'une DRE d'annulation par l'organisme complémentaire dans la table de convention à partir des informations administratives et de routage utilisées pour l'envoi initial de la part complémentaire en gestion séparée.

Si les trois points précédents sont vérifiés, alors le système de facturation constitue automatiquement les DRE d'annulation à partir de la DRE initiale ou de la FSE enrichie initiale et demande la confirmation au Professionnel de Santé de l'envoi de ces DRE d'annulation, par rapport au motif du rejet AMO.

5.4.2 Impacts détaillés EV108

Sans objet.