



AVENANT 22

Avenant au CDC SESAM-Vitale

EV112 - Mesure Génériques

Système 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 22

EV112 - Mesure Génériques

Référence du document

Version du document **03.13**

Date **05/05/2020**

Référence **PDT-CDC-087**

Vue générale

Professionnels de Santé concernés **Pharmaciens**

Palier concerné **1.40 Addendum 7
2018**

Compatibilités

Cahier des Charges SESAM-Vitale **7.41**

Package d'agrément **1.40.13**

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	5
1.1	Contexte	5
1.2	Identification du socle fonctionnel de référence cible	5
1.3	Guide de lecture	6
2	EV112 : Mesure Génériques.....	7
2.1	Présentation de la mesure	7
3	Impacts dans le CDC Editeurs.....	10
3.1	Synthèse des impacts	10
3.2	Détail des impacts : Documents CDC-Editeurs	11
3.2.1	<i>Impacts Corps « Spécifications externes des modules SESAM-Vitale du Cahier des Charges »</i>	<i>11</i>
3.2.2	<i>Impacts Annexe 2 « Règlementation – Tarification ».....</i>	<i>15</i>
3.2.3	<i>Impacts Annexe 2bis « Règlementation – Tarification Partie Tables ».....</i>	<i>20</i>
3.2.4	<i>Impacts Annexe 1-A « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé ».....</i>	<i>21</i>
3.2.5	<i>Impacts Annexe 1-A0 « Zone d'échange facture »</i>	<i>24</i>

1 Introduction

1.1 Contexte

Ce document constitue un avenant aux documents suivants :

- Cahier des charges SESAM-Vitale 1.40.

Evolution

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

EV112 : « Mesure Génériques »

PS concernés

Cet avenant concerne les Professionnels de Santé suivants :

Pharmaciens

Analyse d'impact

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

**1.40 – Addendum 7
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

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

et

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 EV112 : Mesure Génériques

2.1 Présentation de la mesure

Présentation de la mesure

L'article 66 de la loi de financement 2019 prévoit, à compter du 1^{er} janvier 2020, que les assurés qui refuseront la substitution d'un médicament princeps par un médicament générique seront dorénavant remboursés sur la base du prix du générique le plus cher du même groupe du princeps.

Evolution des modalités d'inscription sur l'ordonnance

La loi fait évoluer pour le médecin les modalités d'inscription sur l'ordonnance du caractère « Non substituable » d'un médicament. Dorénavant une justification médicale est attendue. ~~La loi introduit la possibilité que cette mention puisse être inscrite sur la prescription en automatique (la mention manuscrite sera toujours possible).~~

~~Des travaux menés entre la DSS, l'ANSM et les représentants des professions (médecins et pharmaciens) ont permis de définir une liste de critères. Seuls ces critères pourront justifier la non substitution d'un médicament.~~

Référence de l'arrêté

Deux arrêtés permettent soit aux médecins (arrêté du 12 nov. 2019), soit aux pharmaciens (arrêté du 30 jan. 2020) de ne pas substituer le générique et définissent les critères de non substitution suivants :

- Mention « non substituable (MTE) » présente sur l'ordonnance.
- Mention « non substituable (EFG) » présente sur l'ordonnance.
- Mention « non substituable (CIF) » présente sur l'ordonnance.
- Mention « non substituable (MTE-PH) » reportée par le pharmacien sur l'ordonnance sous forme manuscrite.

Chaque critère ~~sera est~~ défini par :

- Un libellé court
- Un libellé long
- ~~Le type de médicament auquel il s'applique : générique, hybride ou les deux~~
- Un code sur un caractère : code du mode de prescription à transmettre dans la facture pharmacien.

~~Certains critères pourront s'appliquer à une liste limitative de médicaments (définie par arrêté).~~

Ces critères sont définis sous forme de table de données (table 65 de l'Annexe2).

Dans l'attente de la publication de l'arrêté précisant les nouveaux critères de non substitution, cette table contient uniquement le critère « Non substituable » actuellement utilisé. Elle évoluera pour intégrer les nouveaux critères une fois ceux-ci publiés.

Evolution du poste pharmacien

Saisie de l'indicateur « mode de prescription »

➡ Motif présent sur l'ordonnance

En cas d'indication sur l'ordonnance d'un motif justifiant médicalement la non substitution d'un médicament princeps, le pharmacien délivrera et facturera le princeps selon les modalités appliquées actuellement et il devra reporter dans la zone mode de prescription de sa facture dans son logiciel le code du motif apposé sur l'ordonnance dans la zone mode de prescription. Pour cela il devra avoir à disposition une liste de critères médicaux compatible avec le médicament délivré.

Dans le cas où la prescription présente une justification médicale de non substitution non conforme à celles définies réglementairement compatible pour un médicament le pharmacien devra proposer la substitution par un générique (ou hybride) et, en cas de refus de l'assuré, appliquer la minoration de la base de remboursement.

➡ Motif à l'initiative du pharmacien

L'arrêté du 30 janvier 2020 permet au pharmacien de justifier un refus de substitution et autorise le recours à la mention « non substituable ».

Dans ce cas le pharmacien délivre et facture le princeps selon les modalités appliquées actuellement et reporte dans la zone « mode de prescription » de sa facture le code du motif qu'il applique conformément à l'arrêté mentionné ci-avant.

➡ Prescriptions antérieures au 1^{er} janvier 2020

Toutes les prescriptions éditées avant le 1^{er} janvier 2020, devront être délivrées et facturées par les pharmaciens avec l'ancien indicateur dans la facture, même en cas de présence des nouveaux indicateurs de non substitution (Mode de prescription = M). En revanche les nouvelles prescriptions après cette date devront comporter les nouvelles valeurs. Ainsi, dès le 1^{er} janvier 2020, si la prescription comporte seulement une mention « non substituable » sans justification médicale, celle-ci devra être considérée comme substituable par le pharmacien.

NB : Comme c'est déjà le cas aujourd'hui, si la prescription est non substituable (et justifiée médicalement), en cas de rupture de stock nationale du princeps et dans une situation d'urgence pour le patient le générique (ou hybride) pourra tout de même être délivré par le pharmacien sous réserve du positionnement de l'indicateur de substitution Urgence dans la facture.

Facturer un médicament en cas de refus de substitution

Si aucune mention n'est portée sur l'ordonnance (ou si seule l'ancienne mention « non substituable » sans justification médicale y est apposée) et si l'assuré refuse la substitution du princeps alors le pharmacien pourra délivrer et facturer le médicament princeps. Dans ce cas, la base de remboursement sera minorée

Base médicaments

Le fichier CEPS (base opposable des médicaments) évolue pour préciser pour chaque médicament princeps non soumis à TFR, le montant du générique le plus cher du groupe auquel il appartient (tarif ajusté). Ce tarif ajusté servira à déterminer la « base de remboursement minorée » sur laquelle seront calculés les montants AMO et AMC.

**Impacts
SESAM-Vitale**

Cette mesure est mise en œuvre par les besoins suivants :

- **B1** : Renseigner le mode de prescription
- **B2** : Renseigner l'indicateur de substitution
- **B3** : Contrôler la compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution
- **B4** : Minorer automatiquement le PU et donc la BR du médicament
- **B5** : Interdire la modification du PU, de la BR, du MRO et du MRC par le Professionnel de Santé
- **B6** : Renseigner le ticket Vitale
- **B7-** : Ne pas générer de code prestation de dépassement en cas de victime d'attentat

3 Impacts dans le CDC Editeurs

3.1 Synthèse des impacts



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

Documents CDC	Partie impactée	Nature de l'impact	Besoin
Corps	§3.2.4.8	Ajout des principes de la mesure « Génériques » Ajouter la possibilité d'une mention de non substitution par le pharmacien	Tous
	§3.2.8.3	Précision sur ce qui doit être affiché sur le ticket Vitale	B6
Annexe 2	Tableaux de synthèse	Ajout des règles R65, et R66 et R67 aux spécialités 50 et 51	B1 B3
	R55	Ajout d'un cas particulier « frais PH et refus de substitution »	B7
	R65	Nouvelle règle	B1
	R66	Nouvelle règle	B3
	R67	Nouvelle règle	B1
	S1	Modification du titre	B4
	S1	Ajout d'un cas particulier « refus de substitution ou mode de prescription invalide »	B4
Annexe 2bis	T65	Nouvelle table « Table de validité des modes de prescription »	B1
	T66	Nouvelle table « Table de compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution »	B3
Annexe 1-A	§2.3.2.3.2	Ajout des règles R65, et R66 et R67 dans le schéma SR1	B1 + B3
	§3.3.1.3	Ajout d'un cas particulier pour le forçage du montant AMO	B5
	§3.3.2	Ajout d'un cas particulier pour le forçage du montant AMC	B5
Annexe 1-A0	§2.4.21.1.5	Ajout d'un paragraphe « refus de substitution » dans les spécificités pharmaceutiques.	B4
	1610-11	Au niveau du champ « Prix unitaire » ajout d'un renvoi vers la règle S1	B4
	1740-7	Au niveau du champ « Indicateur de substitution » ajout d'un renvoi vers la règle R66	B3
	1740-12	Au niveau du champ « Mode de prescription » ajout d'un renvoi vers les règles R65, et R66 et R67	B1 + B3
	1740-4	Ajout d'un renvoi vers la règle S1	B4
	1740-10	Ajout d'un renvoi vers la règle S1	B4

3.2 Détail des impacts : Documents CDC-Editeurs

3.2.1 Impacts Corps « Spécifications externes des modules SESAM-Vitale du Cahier des Charges »

.../...

B1 à B5

§3.2.4.8 Substitution des médicaments

La délivrance par le pharmacien de médicaments génériques et le respect des engagements conventionnels y afférents, impliquent l'exercice du droit de substitution dont dispose ce professionnel de santé (article L.5125-23 du Code de Santé Publique).

L'exercice de ce droit peut, dans certains cas, être tributaire de certaines situations :

- Mention par le prescripteur sur l'ordonnance du caractère non substituable des produits prescrits. A compter du 1^{er} janvier 2020 (arrêté du 12 novembre 2019), la loi fait évoluer pour le médecin les modalités d'inscription sur l'ordonnance du caractère « Non substituable » d'un médicament : une justification médicale est attendue.
- Mention par le pharmacien du caractère non substituable des produits prescrits. L'arrêté du 30 janvier 2020 permet au pharmacien de justifier un refus de substitution et autorise le recours à la mention « non substituable ». Dans ce cas le pharmacien reporte cette mention sur l'ordonnance (sous forme manuscrite).
- Refus de la substitution par l'assuré. A compter du 1^{er} janvier 2020, L'article 66 de la loi de financement 2019 prévoit que les assurés qui refusent la substitution d'un médicament princeps par un médicament générique ou hybride, sans justificatif du médecin ni du pharmacien, soient facturés sans Tiers Payant et soient remboursés sur la base du prix du générique le plus cher du même groupe du princeps.
- Délivrance en urgence du médicament générique

Le tableau ci-après précise les différentes situations et les informations à renseigner dans la facture :

Situation terrain		Tiers-Payant AMO (*)	Facture SESAM-Vitale	
Sur l'ordonnance	Délivrance pharmacien		Mode de prescription (EF_IP13_04)	Indicateur de substitution (EF_IP13_07)
Le médecin a indiqué « Non substituable » un critère de non substitution sur l'ordonnance	Le pharmacien délivre le princeps	Autorisé	M Valeur correspondant au critère de non substitution présent sur l'ordonnance et dans la table 65 de l'Annexe 2	blanc
	Le pharmacien ne dispose pas du princeps. Il délivre un générique	Autorisé	M Valeur correspondant au critère de non substitution présent sur l'ordonnance et dans la table 65 de l'Annexe 2	U
Pas de mention sur l'ordonnance ou critère de non substitution non valide	Le pharmacien délivre le générique	Autorisé	blanc	blanc
	Le Pharmacien délivre le princeps par application de l'arrêté du 30 janvier en reportant la mention « Non substituable (MTE-PH) » sur l'ordonnance	Autorisé	P	blanc
	Le patient refuse le générique, le pharmacien délivre et facture le princeps, la base de remboursement appliquée est calculée à partir du tarif ajusté.	Non autorisé	blanc	N
	Le pharmacien délivre le princeps car il ne dispose pas du générique	Autorisé	blanc	U

(*) cette information est fournie à titre réglementaire, un contrôle n'est pas demandé sur le poste de travail du PS, pour en vérifier la bonne application.

.../...

B5

§3.2.8.3

Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier

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

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

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

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

- Les données prévues dans le Code de la Santé Publique et le Code de la Sécurité Sociale.
- Pour le prescripteur :
 - l'identification du prescripteur réalisant les prestations et, s'il exerce en tant que salarié, l'identification de la structure,
 - la date de la prescription,

- o l'identification du bénéficiaire des soins : le nom, le prénom et le NIR,
- o la condition d'exercice du prescripteur, à savoir : libéral, salarié ou bénévole,
- o le cas échéant, le signalement d'une spécialité pharmaceutique en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'Assurance Maladie,
- o le cas échéant, la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée.
- o le cas échéant le contexte de parcours de soins dans lequel cette prescription a été établie (suite au décret des contrats responsables du 29 septembre 2005),
- o le cas échéant, le rapport des soins prescrits avec les Soins Médicaux Gratuits (SMG) : mention « en rapport avec les soins médicaux gratuits». (l'ordonnance SMG devra permettre une identification claire et rapide du rapport des soins prescrits avec les SMG).

Si le progiciel n'effectue pas l'impression de l'ordonnance, il doit informer le Professionnel de Santé prescripteur du contexte SMG de sa facture, afin qu'il puisse reporter cette mention sur son ordonnance manuscrite.

- Pour l'exécutant :
 - o l'identification de l'exécutant,
 - o les références permettant le rapprochement de l'ordonnance avec la FSE de l'exécutant :
 - la date de l'exécution,
 - le nom et le prénom du bénéficiaire des soins,
 - l'identification de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire de l'assuré,
 - le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques de l'assuré ou, si celui-ci n'est pas le bénéficiaire des soins, le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques ou, à défaut, la date de naissance de ce dernier.
- Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens et Fournisseurs
 - o et suivant l'article L162-36 du code de la sécurité sociale, le montant de la somme effectivement payée par l'assuré pour l'achat de chacun des produits ou articles délivrés en mentionnant le montant ou le taux de la réduction accordée
- Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens
 - o et suivant le décret 2004-1281, le montant total des produits délivrés ainsi que la part prise en charge par le régime d'Assurance Maladie Obligatoire du patient. (S'il n'y a pas de prise en charge le montant est indiqué à zéro).
 - o le nom du pharmacien chargé de la délivrance du produit en cas de prescription de soins ou traitement susceptibles d'un usage détourné.
 - o les informations spécifiées par l'article D161-13-1 du code de la Sécurité Sociale et présentées conformément à la présentation normalisée prévue par les arrêtés du 27 juin 2014 et du 24 Décembre 2014.

- o A compter du 1er janvier 2015, selon le décret du 24 Décembre 2014, l'information comprendra également le montant des honoraires de dispensation i.e. honoraire par boîte de médicaments délivrée ainsi que, le cas échéant, d'autres catégories d'honoraires dont le tarif est fixé par la convention nationale prévue à l'article L.162-16-1 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

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

Dans cette situation, sur le ticket Vitale :

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



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

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

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

3.2.2 Impacts Annexe 2 « Règlementation – Tarification »

.../...

B1 + B3

Tableaux de synthèse

		R60	R61	R62	R63	R64	R65	R66	R67
...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
50	Pharmacie d'officine	X	X	X	X	X	X	X	X
51	Pharmacie mutualiste	X	X	X	X	X	X	X	X
...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

B7

R55 – Déterminer le code prestation du dépassement à générer

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
Dans le cas d'un bénéficiaire en situation de Victime d'Attentat, il est nécessaire de générer une prestation de dépassement dans le cas où le cumul des montants remboursables par l'AMO de l'acte support et du complément AT éventuel est strictement inférieur au montant des honoraires de cet acte support. Dans le cas contraire, le code prestation du dépassement à générer est non renseigné. Le code de prestation de ce dépassement dépend du type de nomenclature et du groupe fonctionnel de l'acte support. Cas particulier : Frais PH et refus de substitution Le logiciel ne doit pas générer de code prestation de dépassement dans le cas d'un refus de substitution du médicament princeps par l'assuré (indicateur de substitution = 'N'); dans cette situation, le montant remboursable AMO est inférieur au montant des honoraires et la différence est à la charge de l'assuré	Situation particulière du bénéficiaire : <i>Victime d'attentat</i> Prestation saisie par le PS : Code prestation : (1610) : Saisie par le PS Montant des honoraires : (1610) : Saisie par le PS Montant remboursable par l'AMO : (1610) : cf. règle P1 Prestation de complément AT générée par le LPS : Montant remboursable par l'AMO : (1610) : cf. règle P1 Indicateurs de substitution (1740-7) Prestation à générer : Code prestation : Donnée résultat	Table 1 Table 55		

.../...

B1

R65 – Contrôler la validité du mode de prescription à la date de prescription

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
En cas de facturation de médicament, cette règle a pour objet de contrôler la validité du mode de prescription à la date de prescription Le mode de prescription saisi par le pharmacien doit être présent dans la table 65 et valide à la date de prescription Cas d'erreur n° 1 : Si le mode de prescription n'est pas présent dans la table, le logiciel doit alerter le Professionnel de Santé et bloquer la facturation. Cas d'erreur n° 2 : Si le mode de prescription est présent dans la table mais n'est pas valide à la date de prescription, le logiciel doit alerter le Professionnel de Santé sans bloquer la facturation. Le Professionnel de Santé propose la substitution et indique au LPS l'accord ou le refus du bénéficiaire des soins Le mode de prescription saisi par le professionnel de santé, s'il existe dans la table, est dans tous les cas renseigné dans la facture (qu'il soit valide ou non à la date de prescription).	Mode de prescription (1740-12)	Table 65		Dans le cas où le mode de prescription saisi par le Professionnel de Santé n'est pas valide (cf. cas d'erreur 2), le Professionnel de Santé est alerté, il propose alors à l'assuré la substitution, si celui-ci la refuse, le Professionnel de Santé valorise l'indicateur de substitution à « N » (cf. groupe 1740) et le logiciel applique le tarif ajusté (voir règle S1)

.../...

B3

R66 – Contrôler la compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution pour délivrance du princeps

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
L'objet de cette règle est de vérifier, en cas de délivrance d'un princeps, l'indicateur de substitution et le mode de prescription sont correctement renseignés : en cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à un tarif forfaitaire de responsabilité et pour lequel il existe un tarif ajusté en base médicaments, le logiciel doit vérifier que les valeurs du mode de prescription et de l'indicateur de substitution sont compatibles. La liste des valeurs compatibles fait l'objet de la table 66. Cas d'erreur : Si le mode de prescription et l'indicateur sont incompatibles ou sont tous les deux non renseignés, le logiciel doit alerter le Professionnel de Santé et bloquer la facturation.	Mode de prescription (1740-12) Indicateurs de substitution (1740-7)	Table 66 Base médicaments		

.../...

B1

R67 – Contrôler la compatibilité entre le mode de prescription et le médicament prescrit

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation-exemple
En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à un tarif forfaitaire de responsabilité, pour lequel il existe un tarif ajusté en base médicaments, et ayant fait l'objet d'une demande de non substitution par le professionnel de santé prescripteur, le logiciel doit vérifier que la valeur du mode de prescription saisie par le pharmacien est compatible avec le médicament prescrit. La compatibilité du mode de prescription avec le médicament prescrit est présente dans la base médicaments. Cas d'erreur : Si le mode de prescription n'est pas compatible avec le médicament prescrit, le logiciel doit alerter le Professionnel de santé sans bloquer la facturation. Le Professionnel de Santé propose la substitution et indique au LPS l'accord ou le refus du bénéficiaire des soins Le mode de prescription saisi par le Professionnel de Santé est dans tous les cas renseigné dans la facture (qu'il soit compatible ou non).	Mode de prescription (1740-12) Code CIP du médicament délivré (1740-3)	Base médicaments		Dans le cas où le mode de prescription saisi par le Professionnel de Santé n'est pas compatible avec le médicament prescrit (cf. cas d'erreur), le Professionnel de Santé est alerté, il propose alors à l'assuré la substitution, si celui-ci la refuse, le Professionnel de Santé valorise l'indicateur de substitution à « N » (cf. groupe 1740) et le logiciel applique le tarif ajusté (voir règle S1).

.../...

B4

S1 – Prix unitaire et Base de remboursement des frais pharmaceutiques (hors actes secondaires) et de la LPP

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
Etape 1 Pour les frais pharmaceutiques hors actes secondaires : Le montant de la base de remboursement correspond au prix unitaire du groupe 1610 à savoir : - le prix unitaire de la boîte de médicament délivré multiplié par le nombre de boîtes délivrées - ou bien, en cas de déconditionnement, le prix de l'unité multiplié par le nombre d'unités délivrées. Ces prestations relèvent de la nomenclature « Frais PH ».	Type de Nomenclature : Lu en table 1 Prix unitaire de la boîte de médicament délivré : (1740) : Saisie par le PS Nombre de boîtes délivrées : (1740) : Saisie par le PS Prix unitaire de l'unité délivrée dans le cadre du	Table 1 Table 65 Base médicaments		

Cas particulier : Refus de substitution par l'assuré En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à un tarif forfaitaire de responsabilité, pour lequel il existe un tarif ajusté en base médicaments et ayant fait l'objet d'une demande de non substitution par l'assuré (1740-7 = 'N'), le prix unitaire est calculé automatiquement par le logiciel et n'est pas modifiable par le Professionnel de Santé. Il correspond : • au tarif ajusté multiplié par la quantité de boîtes délivrées (1740-5). Le tarif ajusté du médicament princeps délivré est issu de la base nationale médicaments. • Ou bien, en cas de déconditionnement, au tarif ajusté (issu de la base nationale médicaments) divisé par le nombre d'unités dans le conditionnement, multiplié par le nombre d'unités délivrées. Remarque : Le tarif ajusté est également appliqué lorsque le mode de prescription saisi par le pharmacien n'est pas valide à la date de prescription (cf. R65) ou n'est pas compatible avec le médicament prescrit (cf. R67) et que l'assuré refuse la substitution proposée par le pharmacien (1740-7 = 'N'). ! Attention, dans ce cas particulier, le logiciel informe le Professionnel de Santé que le Prix unitaire ajusté a été appliqué et ne doit pas lui permettre la modification de ce montant. Pour les Dispositifs Médicaux (DM) de la LPP (ex TIPS) : Le montant de la Base de Remboursement correspond au montant total LPP du dispositif médical. Ces prestations relèvent de la nomenclature « LPP ». Etape 2 Le montant de la base de remboursement correspond au minimum entre le montant des honoraires perçus et le montant de la base de remboursement tel que calculé précédemment. Cas particulier : Actes Gratuits	déconditionnement : (1740) Saisie par le PS Nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement : (1740) Saisie par le PS Montant total LPP (ex TIPS) : (1730) Saisie par le PS Base de remboursement : (1610) Tarif ajusté (base médicaments) Indicateur de substitution : (1740)			
---	---	--	--	--

Pour les actes gratuits, la Base de Remboursement correspond au montant de la base de remboursement tel que calculé précédemment, bien que le montant des honoraires perçus soit nul.				
---	--	--	--	--

3.2.3 Impacts Annexe 2bis « Règlementation – Tarification Partie Tables »

.../...

B1

Table 65 Table de validité des modes de prescription

Mode de prescription	Libellé court	Libellé long	Date d'effet	Date fin
F	NS CIF	non substituable (CIF)	01/01/2020	
G	NS EFG	non substituable (EFG)	01/01/2020	
M	NS	Non substituable	T0	31/12/2019
P	NS MTE PH	non substituable (MTE-PH)	30/01/2020	
T	NS MTE	non substituable (MTE)	01/01/2020	

.../...

B3

Table 66 Table de compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution pour délivrance du princeps

Mode de prescription	Indicateur de substitution
blanc	N
blanc	U
F	Blanc
G	Blanc
M	blanc
M	U
P	Blanc
T	Blanc

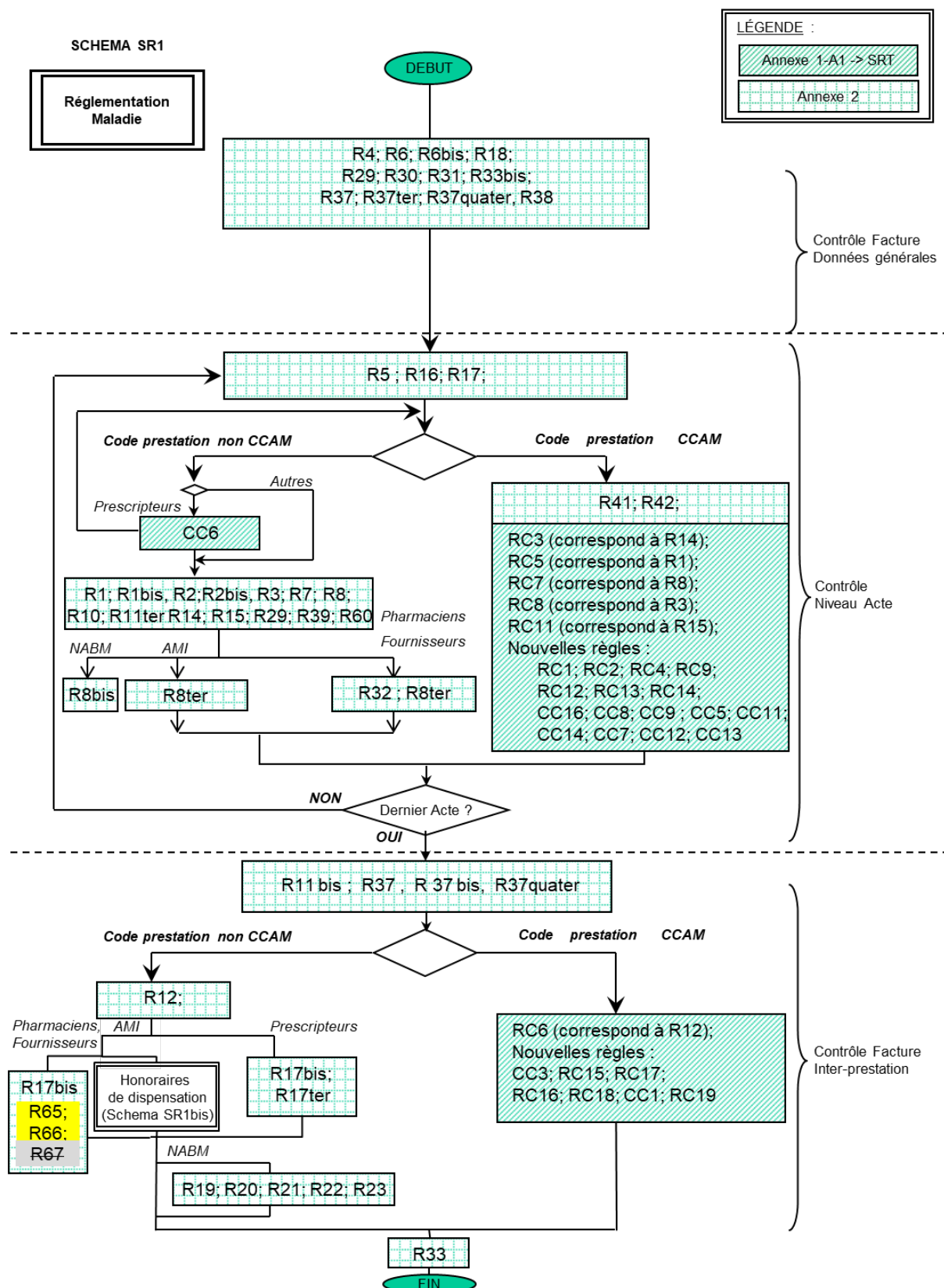
.../...

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

.../...

B1 + B3

§2.3.2.3.2 Schéma SR1 : Réglementation Maladie



.../...

B5

§3.3.1.3 Forçage du montant remboursable par l'AMO

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

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

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

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

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



Cas particulier

En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à TFR et pour lequel il existe un tarif ajusté en base médicaments et :

- Ayant fait l'objet d'un refus de substitution par l'assuré

Le Professionnel de Santé n'a pas la possibilité de modifier le montant remboursable par l'assurance maladie obligatoire déterminé par le système de facturation.

Mise en œuvre

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

.../...

§3.3.2 Forçage des informations relatives au domaine de la part complémentaire

Le Professionnel de Santé peut renseigner le montant AMC d'un acte avant déclenchement des STS ou modifier les montants restitués par les STS (selon le Top modification).

Dans ce cas, le progiciel valorise un indicateur de niveau acte.



Cas particulier

En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à TFR et pour lequel il existe un tarif ajusté en base médicaments et :

- Ayant fait l'objet d'un refus de substitution par l'assuré

Le Professionnel de Santé n'a pas la possibilité de modifier le montant remboursable par l'assurance maladie complémentaire déterminé par le système de facturation.

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

.../...

B4

§2.4.21.1.5 Spécificités : Frais pharmaceutique

.../...

Codage de la Pharmacie

Une prestation concernant la famille pharmaciens (groupe 1610) ne peut inclure à la fois des codes médicaments (groupes 1740 et 1741) et des codes LPP (1730).

Pour les médicaments

On établit un groupe 1610 *Prestation* par code prestation de groupe fonctionnel « Médicament » (cf. Annexe2-Table1).

Pour les prestations admettant le codage (top codage affiné = oui, cf. Annexe2-Table1), ce groupe 1610 est suivi d'un groupe 1740 « *Prestation détaillée code CIP* », lui-même éventuellement suivi de 1 à 30 groupes 1741 « *Prestation détaillée lot d'un code CIP* » pour identifier les numéros de lot et de série des conditionnements de médicaments délivrés.

Le prix unitaire du groupe 1610 correspond au montant de la prestation, à savoir :

- le prix unitaire de la boîte de médicament délivré multiplié par le nombre de boîtes délivrées (multiplication du champ 1740-4 par le champ 1740-5)
- ou bien, en cas de déconditionnement, le prix de l'unité multiplié par le nombre d'unités délivrées. (multiplication du champ 1740-10 multiplié par le champ 1740-9)

La valeur du dénombrement du groupe 1610 demeure 1.

Refus de substitution

En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à tarif forfaitaire de responsabilité et ayant fait l'objet d'un refus de substitution par l'assuré, le PS saisit un indicateur de substitution à N (1740-7).

Dans ce cas, le prix unitaire du groupe 1610 est déterminé selon la règle S1.

.../...

§2.4.21.2 1610 Groupe Prestation

Familles concernées

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

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

- Fournisseurs

1610	Groupe Prestation
1. N° de la prestation	N° ordre de la prestation (dans la facture)
.../...	.../...
11. Prix unitaire	• Indiquer le montant, en centimes d'Euros, de la prestation • CCAM : voir règle BC1 • Frais pharmaceutiques : voir règle S1 • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 • Complément AT dentaire ou LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 et annexe 2–règle B2 • Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3
.../...	.../...

.../...

B1 + B3

§2.4.22.3

1740-Groupe Prestation détaillée code CIP

Règles

Gestion des prestations détaillées code CIP

Un seul groupe Prestation Détaillée code CIP est associé à un groupe Prestation. Ce groupe est obligatoire dès lors qu'il est associé à un groupe prestation (1610) nécessitant du codage.

En cas de délivrance de médicaments pouvant être déconditionnés, conformément aux articles R.5132-30 et R.5132-33 du code de la santé publique (stupéfiant), la facturation de ce médicament est effectuée comme suit :

- Si le nombre d'unités prescrites correspond au nombre exact d'unités conditionnées dans une ou plusieurs boîtes → facturation du nombre de boîtes complètes **sans déconditionnement** ;
- Dans le cas contraire, → **une seule ligne de facturation** avec saisie :
 - d'une quantité de conditionnements (boîtes utilisées),
 - de la quantité d'unités délivrées,
 - et du top déconditionnement à « D ».

**Familles
concernées**

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

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prescripteurs (cas des ProPharmaciens) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pharmaciens |

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe n'est pas applicable pour les centres de santé.

1740	Groupe Prestation détaillée code CIP
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
2. Type de code CIP du médicament délivré	Indiquer le type de code CIP utilisé pour identifier le médicament délivré : • « A » : code CIP du médicament allopathique sur 7 caractères • « B » : code CIP du médicament sur 13 caractères • « 6 » : code CIP du médicament homéopathique sur 7 caractères « Petit labo. » • « 7 » : code CIP du médicament homéopathique sur 7 caractères « Grand labo. »
3. Code CIP du médicament délivré	Code CIP du médicament délivré ! A noter qu'un code CIP ne peut pas prendre la valeur zéro (chaîne de caractère composée uniquement de zéros).
4. Prix unitaire du médicament délivré	Indiquer la base de remboursement d'un conditionnement (boite de médicament) de médicament délivré. En cas de déconditionnement du médicament, cette information est obligatoirement à zéro . En cas de refus de substitution par le bénéficiaire des soins le prix du conditionnement correspond au tarif ajusté lu en base médicament : voir règle S1.
5. Quantité de médicament délivré	En nombre de conditionnement délivrés (ou utilisés cas du déconditionnement).  Remarque : en cas de déconditionnement, cette quantité est égale au « nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement » (11ème champ du présent groupe) ! La quantité de médicament ne peut être égale à 0
6. Indicateur du médicament délivré	• 0 : médicament n'appartenant pas à un groupe générique • 1 : médicament générique non soumis à TFR • 4 : référent du groupe générique non soumis à TFR • 5 : référent du groupe générique soumis à TFR • 7 : Générique soumis à TFR Cette information est facultative

7. Indicateur de substitution	Indique éventuellement le motif ou le refus de substitution du médicament prescrit : • valeur U : substitution pour Urgence ou Accord du médecin • valeur N : refus de substitution A blanc sinon. ! Compatibilité avec le mode de prescription : voir règle R66 ! En cas de mode de prescription invalide à la date de prescription (cf. R65), ou si le mode de prescription n'est pas compatible avec le médicament prescrit (cf. R67), le PS positionne ce code en fonction de la réponse du bénéficiaire des soins et du médicament délivré.: • valeur N : refus de substitution et le médicament délivré est le princeps ; • valeur blanc : acceptation de substitution et le médicament délivré est le générique.
8. Top déconditionnement	Indique si le médicament est déconditionné : • valeur D : le médicament est déconditionné • valeur blanc : pas de déconditionnement.
9. Quantité d'unités délivrées dans le cadre du déconditionnement	En cas de déconditionnement du médicament, indiquer le nombre total d'unités délivrées. A zéro sinon
10. Prix unitaire de l'unité délivrée dans le cadre du déconditionnement	En cas de déconditionnement du médicament, indiquer le prix unitaire de l'unité délivrée. Ce prix correspond au prix du conditionnement divisé par le nombre d'unité de ce conditionnement Exemple : Pour une boîte de 30 comprimés, ayant un prix à 15 €, le PU de l'unité délivrée est : 15 € divisé par 30 comprimés = 0.50 €  Remarque : il y a lieu d'appliquer les règles d'arrondi habituelles. Cf. Groupe 1610-Séquence de calcul et Arrondis A zéro sinon. En cas de refus de substitution par le bénéficiaire des soins le prix du conditionnement à utiliser correspond au tarif ajusté lu en base médicament : voir règle S1.
11. Nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement	En cas de déconditionnement du médicament, indiquer le nombre de conditionnements nécessaires pour la délivrance de la quantité d'unités prescrites. Exemple : 30 comprimés délivrés, issus de boîtes de 14 unités, le nombre de conditionnement utilisé est donc de 3. A zéro sinon.

12. Mode de prescription	Indique éventuellement le mode de prescription du médecin : M : mention du Médecin sur la prescription « non substituable » Le Professionnel de Santé indique soit directement le mode de prescription du médecin soit le libellé (long ou court) mentionné sur l'ordonnance et à partir duquel le LPS renseigne le mode de prescription (cf. Table 65 de l'Annexe2). La liste des valeurs admises fait l'objet de la table 65 de l'annexe 2. Le contrôle de validité de la valeur saisie se fait au regard de la date de prescription du médicament : voir règle R65 A blanc sinon. ! Compatibilité avec l'indicateur de substitution et le médicament prescrit : voir règle R66 et R67
13. Type de code CIP du médicament prescrit	Zone réservée pour utilisation future
14. Code CIP du médicament prescrit	Zone réservée pour utilisation future
15. Conditions particulières	Zone réservée pour utilisation future