

# Facturation SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

## 1.40 - Addendum 8

### CF : Acquérir le Contexte de Facturation

*Version* 08.40

*Date* 05/01/2023

*Référence* FACT-SFG-014

*Information* RESTREINTE

*Etat* PROVISOIRE



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

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

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

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

## TABLE DES MATIERES

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION DOCUMENTAIRE .....</b>	<b>7</b>
1.1	OBJET DU DOCUMENT .....	7
1.2	POSITIONNEMENT DU DOCUMENT.....	7
1.3	CONTENU DU DOCUMENT .....	7
1.4	DOCUMENTS DE REFERENCE .....	7
1.5	ABREVIATIONS.....	7
1.6	DEFINITIONS.....	7
1.7	GUIDE DE LECTURE.....	7
<b>2</b>	<b>PRESENTATION DE LA FONCTIONNALITE CF « ACQUERIR LE CONTEXTE DE FACTURATION ASSURANCE MALADIE » .....</b>	<b>8</b>
2.1	POSITIONNEMENT DE CF « ACQUERIR LE CONTEXTE DE FACTURATION ASSURANCE MALADIE ».....	8
2.2	DESCRIPTION GENERALE DE LA FONCTIONNALITE CF.....	10
<b>3</b>	<b>ACQUERIR LE CONTEXTE DE FACTURATION POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA PART OBLIGATOIRE .....</b>	<b>12</b>
3.1	ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE CF-AMO .....	12
3.2	CF01 : ACQUERIR ET CONTROLER LE CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE AMO NIVEAU FACTURE .....	14
3.2.1	CF01.01 : Déterminer la date de référence AMO .....	17
3.2.2	CF01.02 : Contrôler les droits AMO .....	21
3.2.3	CF01.03 : Acquérir et contrôler les données spécifiques à la nature d'assurance .....	26
3.2.4	CF01.04 : Acquérir et contrôler les données liées au parcours de soins.....	50
3.2.5	CF01.05 : Déterminer le Tiers Payant AMO .....	65
3.2.6	CF01.06 : Acquérir et contrôler la nature d'assurance.....	72
3.3	CF02 : ACQUERIR LE CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE AMO NIVEAU PRESTATION.....	75
3.3.1	CF02.01 : Acquérir les données générales du contexte prestation de prise en charge AMO .....	77
3.3.2	CF02.02 : Acquérir les données spécifiques du contexte prestation de prise en charge AMO .....	85
3.4	CF03 : CONTROLER LE CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE AMO ET LES DONNEES DE LA PRESTATION .....	91
3.4.1	CF03.01 : Contrôler le contexte commun de prise en charge AMO en fonction de la prestation.....	93
3.4.2	CF03.02 : Contrôler le contexte prestation de prise en charge AMO .....	94
3.4.3	CF03.03 : Contrôler la prestation par rapport aux contextes de prise en charge AMO (niveau facture et prestation).....	99
3.5	CF04 : FINALISER LE CONTEXTE COMMUN DE PRISE EN CHARGE AMO .....	101
3.6	CF05 : CONTROLER LA FACTURATION DES DEPLACEMENTS .....	105
3.7	CF06 : GENERER LES PRESTATIONS LPS .....	106
3.7.1	CF06.01 : Générer une prestation d'honoraire .....	112
<b>4</b>	<b>ACQUERIR LE CONTEXTE DE FACTURATION POUR LA PART COMPLEMENTAIRE .....</b>	<b>115</b>
4.1	ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE CF-COMPLEMENTAIRE .....	115
4.2	CF11 : ACQUERIR LE CONTEXTE DE LA PART COMPLEMENTAIRE NIVEAU FACTURE .....	116
4.2.1	CF11.01 : Déterminer la date de référence part complémentaire.....	119
4.2.2	CF11.02 : Contrôler les droits complémentaires .....	121
4.2.3	CF11.03 : Rechercher la convention complémentaire applicable.....	125
4.2.4	CF11.04 : Déterminer le tiers payant complémentaire.....	140
4.2.5	CF11.05 : Rechercher dans l'Annuaire AMC les informations administratives et de routage .....	142
4.2.6	CF11.06 : Acquérir les autres informations relatives au contexte de la part complémentaire niveau facture .....	146
4.2.7	CF11.08 : Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler .....	148
4.2.8	CF11.09 : Déterminer le service ouvert au bénéficiaire de soins .....	151
4.2.9	CF11.10 : Déterminer les informations administratives et de routage pour élaborer la facture .....	154

4.3	CF12 : ACQUERIR LE CONTEXTE DE LA PART COMPLEMENTAIRE NIVEAU PRESTATION.....	156
<b>5</b>	<b>SP11 : SITUATIONS SPECIFIQUES DE FORÇAGE.....</b>	<b>157</b>
5.1.1	Impact CF01.03.01 : Acquérir et contrôler la nature d'assurance.....	159
5.1.2	Impact CF01.03.03 : Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maladie ..	160
5.1.3	Impact CF01.04 : Acquérir et contrôler les données liées au parcours de soins.....	160
5.1.4	Impact CF01.05 : Déterminer le Tiers Payant AMO.....	161
5.1.5	Impact CF02.01 : Acquérir les données générales du contexte prestation de prise en charge AMO .....	161
5.1.6	Impact CF03.01 : Contrôler le contexte commun de prise en charge AMO en fonction de la prestation.....	162
5.1.7	Impact CF03.02 : Contrôler le contexte de prise en charge AMO .....	162
5.1.8	Impact CF03.03 : Contrôler la prestation par rapport aux contextes de prise en charge AMO (niveau facture et prestation) .....	163
5.1.9	Impact CF04 : Finaliser le contexte commun de prise en charge AMO.....	164
5.1.10	Impact CF11.02 : Contrôler les droits complémentaires.....	164
<b>6</b>	<b>DF_CF : DOMAINE D'INFORMATION « CONTEXTE FACTURE » .....</b>	<b>166</b>
6.1	MODELE DE DONNEES .....	166
6.2	LISTE DES DONNEES FONCTIONNELLES POUR CHAQUE ENTITE.....	167
<b>7</b>	<b>LISTE DES REGLES DE GESTION .....</b>	<b>172</b>

## SCHEMAS DES OPERATIONS

FIGURE 1 : [CF]	PERIMETRE DE "ACQUERIR CONTEXTE FACTURATION ASSURANCE MALADIE" .....	8
FIGURE 2 : [SC_CF]	PRESENTATION DE LA FONCTIONNALITE CF : "ACQUERIR LE CONTEXTE DE FACTURATION ASSURANCE MALADIE" .....	11
FIGURE 3 : [SC_CF-AMO]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE CF-AMO "ACQUERIR LE CONTEXTE DE FACTURATION POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA PART OBLIGATOIRE" .....	12
FIGURE 4 : [SC_CF01]	ENCHAÎNEMENT DE CF01 : "ACQUERIR ET CONTROLER LE CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE AMO NIVEAU FACTURE" .....	16
FIGURE 5 : [SC_CF01.03]	ENCHAÎNEMENT DE CF01.03 : "ACQUERIR ET CONTROLER LES DONNEES SPECIFIQUES A LA NATURE D'ASSURANCE" .....	27
FIGURE 6 : [SC_CF01.03.01]	ENCHAÎNEMENT DE CF01.03.01 : "ACQUERIR ET CONTROLER LES DONNEES EN NATURE D'ASSURANCE MALADIE" .....	28
FIGURE 7 : [SC_CF01.03.02]	ENCHAÎNEMENT DE CF01.03.02 : "ACQUERIR ET CONTROLER LES DONNEES EN NATURE D'ASSURANCE MATERNITE" .....	31
FIGURE 8 : [SC_CF01.03.03]	ENCHAÎNEMENT DE CF01.03.03 : "ACQUERIR ET CONTROLER LES DONNEES EN NATURE D'ASSURANCE AT" .....	38
FIGURE 9 : [SC_CF01.04]	ENCHAÎNEMENT DE CF01.04 : "ACQUERIR ET CONTROLER LES DONNEES LIEES AU PARCOURS DE SOINS " .....	51
FIGURE 10 : [SC_CF01.05]	ENCHAÎNEMENT DE CF01.05 : "DETERMINER LE TIERS PAYANT AMO " .....	66
FIGURE 11 : [SC_CF02]	ENCHAÎNEMENT DE CF02 : " ACQUERIR LE CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE AMO NIVEAU PRESTATION " .....	76
FIGURE 12 : [SC_CF03]	ENCHAÎNEMENT DE CF03 : " CONTROLER LES DONNEES DE CONTEXTE AMO ET LES DONNEES DE LA PRESTATION " .....	92
FIGURE 13 : [SC_CF04]	ENCHAÎNEMENT DE CF04 : " FINALISER LE CONTEXTE COMMUN DE PRISE EN CHARGE AMO " .....	102
FIGURE 14 : [SC_CF06]	ENCHAÎNEMENT DE CF06 : " GENERER LES PRESTATIONS LPS " .....	108
FIGURE 15 : [SC_CF06.01]	ENCHAÎNEMENT DE CF06.01 : " GENERER UNE PRESTATION D'HONORAIRES " ....	113
FIGURE 16 : [SC_CF-AMC]	ENCHAÎNEMENT DES OPERATIONS DE CF-COMPLEMENTAIRE : "ACQUERIR LE CONTEXTE DE FACTURATION DE LA PART COMPLEMENTAIRE" .....	115
FIGURE 17 : [SC_CF11]	ENCHAÎNEMENT DES TACHES DE L'OPERATION CF11 « ACQUERIR LE CONTEXTE DE LA PART COMPLEMENTAIRE NIVEAU FACTURE » .....	118
FIGURE 18 : [SC_CF11.03]	ENCHAÎNEMENT DE LA TACHE CF11.03 « RECHERCHER LA CONVENTION APPLICABLE » .....	127
FIGURE 19 : [SC_CF11.08]	ENCHAÎNEMENT DE CF11.08 « DETERMINER LE SERVICE DE TARIFICATION COMPLEMENTAIRE A APPELER » .....	149
FIGURE 20 : [DF_CF]	MODELE DE DONNEES DE LA FONCTIONNALITE CF-CONTEXTE FACTURE .....	166

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLEAU 1 : SCHEMA DE PRESENTATION DU CONTEXTE GENERAL DU DISPOSITIF « MEDECIN TRAITANT » .....	54
TABLEAU 2 : [TAB_CF01.04] TABLEAU DE DETERMINATION DE L'IPS ET DE LA POSITION PAR RAPPORT AU PARCOURS DE SOINS .....	63
TABLEAU 3 : [TAB_A0_T2] : TABLE DES DEPASSEMENTS SELON LE CONTEXTE DU PARCOURS DE SOINS. ....	96
TABLEAU 4 : [TAB_A0_T2Bis] TABLE DES DEPASSEMENTS DU PARCOURS DE SOINS SELON LE PS ET LE BENEFICIAIRE .....	97
TABLEAU 5 : [TAB_CF11.03.01] TABLEAU RECAPITULATIF DE RENSEIGNEMENT DES CRITERES D'ACCES A LA TABLE DES REGROUPEMENTS EN GESTION SEPAREE .....	130
TABLEAU 6 : [TAB_CF11.03.01] TABLEAU RECAPITULATIF DE RENSEIGNEMENT DES CRITERES D'ACCES A LA TABLE DES REGROUPEMENTS EN GESTION UNIQUE .....	130
TABLEAU 7 : [TAB_CF11.03.02] TABLEAU RECAPITULATIF DE RENSEIGNEMENT DES CRITERES D'ACCES A LA TABLE DES CONVENTIONS EN GESTION SEPAREE (ACCES DIRECT) .....	132
TABLEAU 8 : [TAB_CF11.03.02] TABLEAU RECAPITULATIF DE RENSEIGNEMENT DES CRITERES D'ACCES A LA TABLE DES CONVENTIONS EN GESTION UNIQUE (ACCES DIRECT) .....	133
TABLEAU 9 : [TAB_CF11.03.03] TABLEAU RECAPITULATIF DE RENSEIGNEMENT DES CRITERES D'ACCES A LA TABLE DES CONVENTIONS EN GESTION SEPAREE (SIGNATAIRES CONVENTION GROUPEE) .....	135

TABLEAU 10 : [TAB_CF11.03.03]	TABLEAU RECAPITULATIF DE RENSEIGNEMENT DES CRITERES D'ACCES A LA TABLE DES CONVENTIONS EN GESTION UNIQUE (SIGNATAIRES CONVENTION GROUPEE)	136
TABLEAU 11 : [TAB_CF11.09]	TABLEAU RECAPITULATIF DES SERVICES OUVERTS AU BENEFICIAIRE DE SOINS EN GESTION SEPARÉE .....	152
TABLEAU 12 : [TAB_CF11.09]	TABLEAU RECAPITULATIF DES SERVICES OUVERTS AU BENEFICIAIRE DE SOINS EN GESTION UNIQUE.....	152

---

# 1 Introduction documentaire

---

## 1.1 Objet du document

Ce document a pour but de spécifier la fonctionnalité « CF : Acquérir le contexte de Facturation ».

---

## 1.2 Positionnement du document

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

---

## 1.3 Contenu du document

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

- le chapitre 2 présente la fonctionnalité « CF : Acquérir le contexte de Facturation »,
- les chapitres 3 et 4 décrivent les opérations de la fonctionnalité « CF : Acquérir le contexte de Facturation »,
- le chapitre 5 décrit les situations spécifiques,
- le chapitre 6 contient la synthèse des entités fonctionnelles utilisées,
- le chapitre 7 contient la liste des règles de gestion.

---

## 1.4 Documents de référence

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

---

## 1.5 Abréviations

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

---

## 1.6 Définitions

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

---

## 1.7 Guide de lecture

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

## 2 Présentation de la fonctionnalité CF « Acquérir le contexte de facturation Assurance Maladie »

### 2.1 Positionnement de CF « Acquérir le contexte de facturation Assurance Maladie »

La fonctionnalité « Acquérir contexte facturation assurance maladie » décrite dans ce document se situe après l'acquisition des informations du Professionnel de Santé, du bénéficiaire des soins et des prestations et précède la valorisation des montants des parts d'assurance maladie obligatoire et complémentaire.

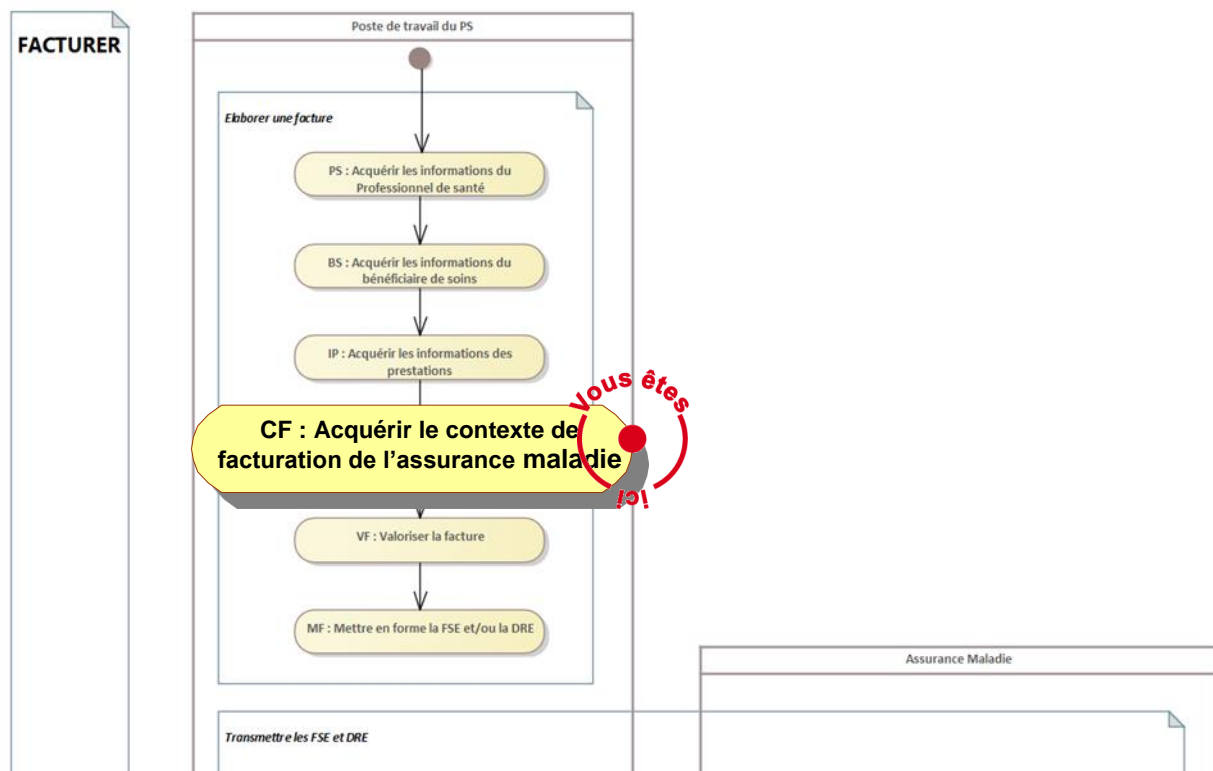


Figure 1 : [CF] Périmètre de "Acquérir contexte facturation assurance maladie"





## 2.2 Description générale de la fonctionnalité CF

### Vue générale

**Nom CF** *Acquérir le contexte de facturation assurance maladie*

**Description** Contexte de facturation de l'assurance maladie

Le contexte de facturation de l'assurance maladie regroupe l'ensemble des informations nécessaires à la valorisation de la facture pour la participation de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire au regard de la réglementation, des conventions et des droits du bénéficiaire des soins.

Cette fonctionnalité est composée de 2 parties distinctes l'une de l'autre :

- d'une part l'acquisition du contexte de facturation pour le renseignement de la demande de remboursement de la part obligatoire : cette partie est dénommée CF-AMO,
- d'autre part l'acquisition du contexte de facturation pour le renseignement de la demande de remboursement de la part complémentaire si des informations complémentaires ont été acquises, à partir du support de droits complémentaire présenté par le bénéficiaire de soins, dans la fonctionnalité « BS : Acquérir les informations du bénéficiaires de soins » ou « CF : Acquérir le contexte de facturation » : cette partie est dénommée CF-COMPLEMENTAIRE.



Remarque : cette partie CF-COMPLEMENTAIRE ne concerne pas les factures en nature d'assurance SMG, ni les factures en contexte APIAS.

Pour chacune de ces parties, les informations à acquérir sont :

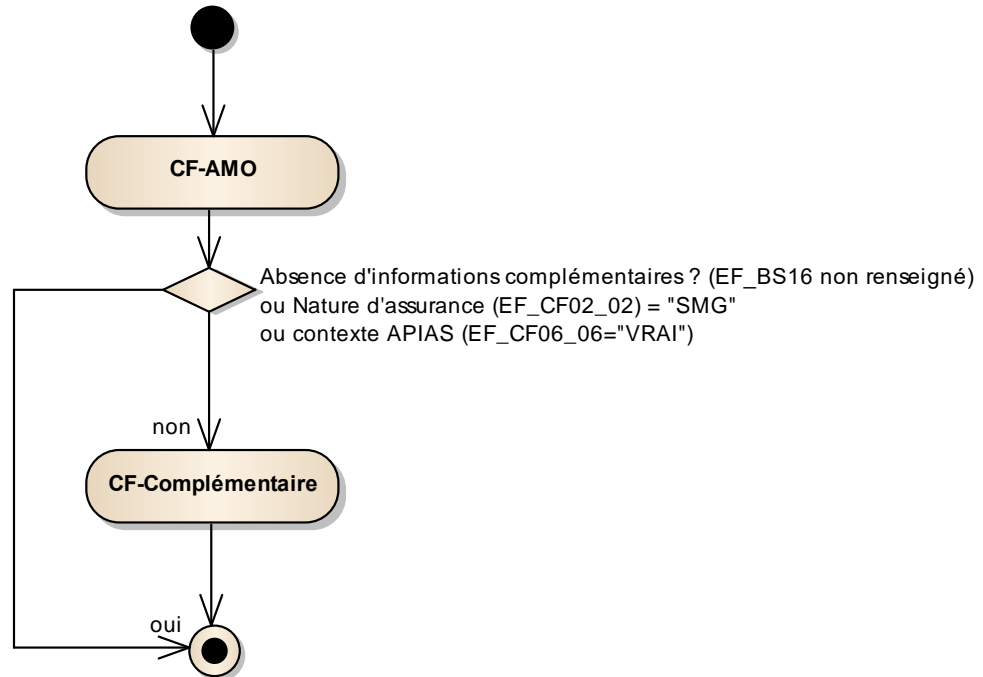
- soit de niveau facture, i.e. communes à toutes les prestations, à savoir :
  - pour la part AMO : nature d'assurance, parcours de soins, accès au Tiers Payant,...
  - pour la part complémentaire : droits, convention applicable, accès au Tiers Payant, référence de la réponse de prise en charge, et montant total de la réponse de prise en charge de la facture ...
- soit de niveau prestation, i.e. liées à la prestation elle-même à savoir :
  - pour la part AMO : rapport des soins avec le protocole ALD, notion d'acte gratuit,...
  - pour la part complémentaire : le(s) montant(s) de la réponse de prise en charge,...

<b>Entrées</b>	Domaine d'informations « professionnel santé »	<b>DF_PS</b>
	Domaine d'informations « Bénéficiaire soin »	<b>DF_BS</b>
	Domaine d'informations « Prestation facture »	<b>DF_IP</b>
	Tables de l'Annexe 2bis	<b>DF_A2</b>
	Base CCAM	<b>DF_CCAM</b>
<b>Sorties</b>	Domaine d'informations « contexte facturation assurance maladie »	<b>DF_CF</b>
<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire de la C2S	<b>SP03</b>
	Forfaits dentaires CMU-C	<b>SP03.1</b>
	Sortant de la C2S	<b>SP04</b>
	Bénéficiaire de l'AME	<b>SP06</b>
	Migrant de passage	<b>SP08.1</b>

Bénéficiaire « autre situation de migrant »  
Forçage

**SP08.2**  
**SP11**

## Schéma



**Figure 2 : [SC\_CF] Présentation de la fonctionnalité CF : "Acquérir le contexte de facturation assurance maladie"**

### 3 Acquérir le contexte de facturation pour la prise en charge de la part obligatoire

#### 3.1 Enchaînement des opérations de CF-AMO

##### Schéma

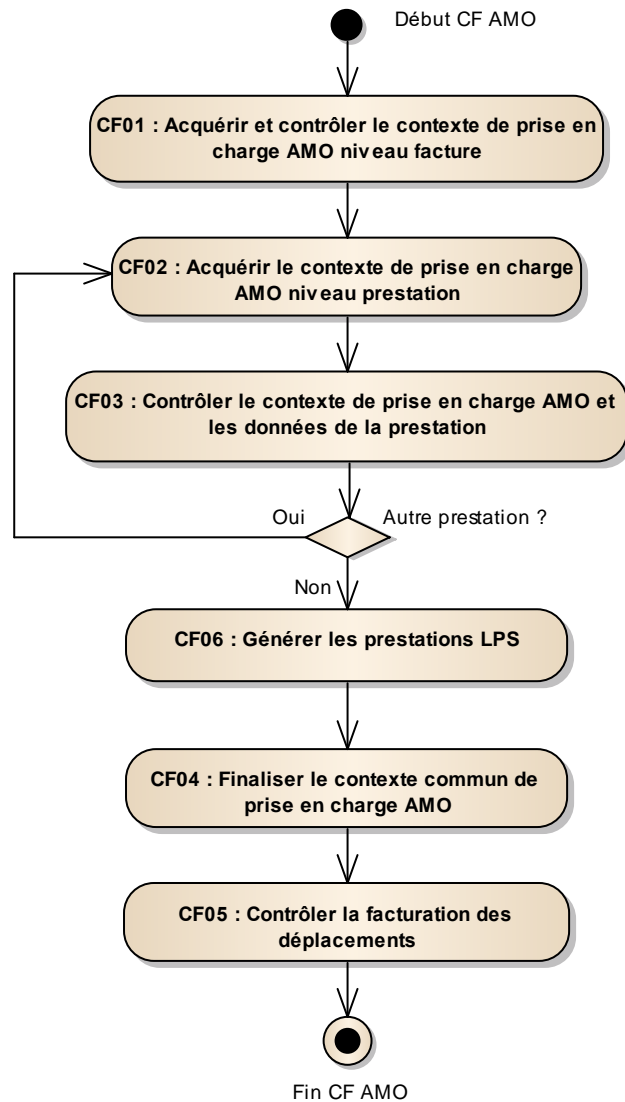


Figure 3 : [SC\_CF-AMO] Enchaînement des opérations de CF-AMO "Acquérir le contexte de facturation pour la prise en charge de la part obligatoire"



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

### Vue générale

**Nom** CF01 **Acquérir et contrôler le contexte de prise en charge AMO niveau facture**

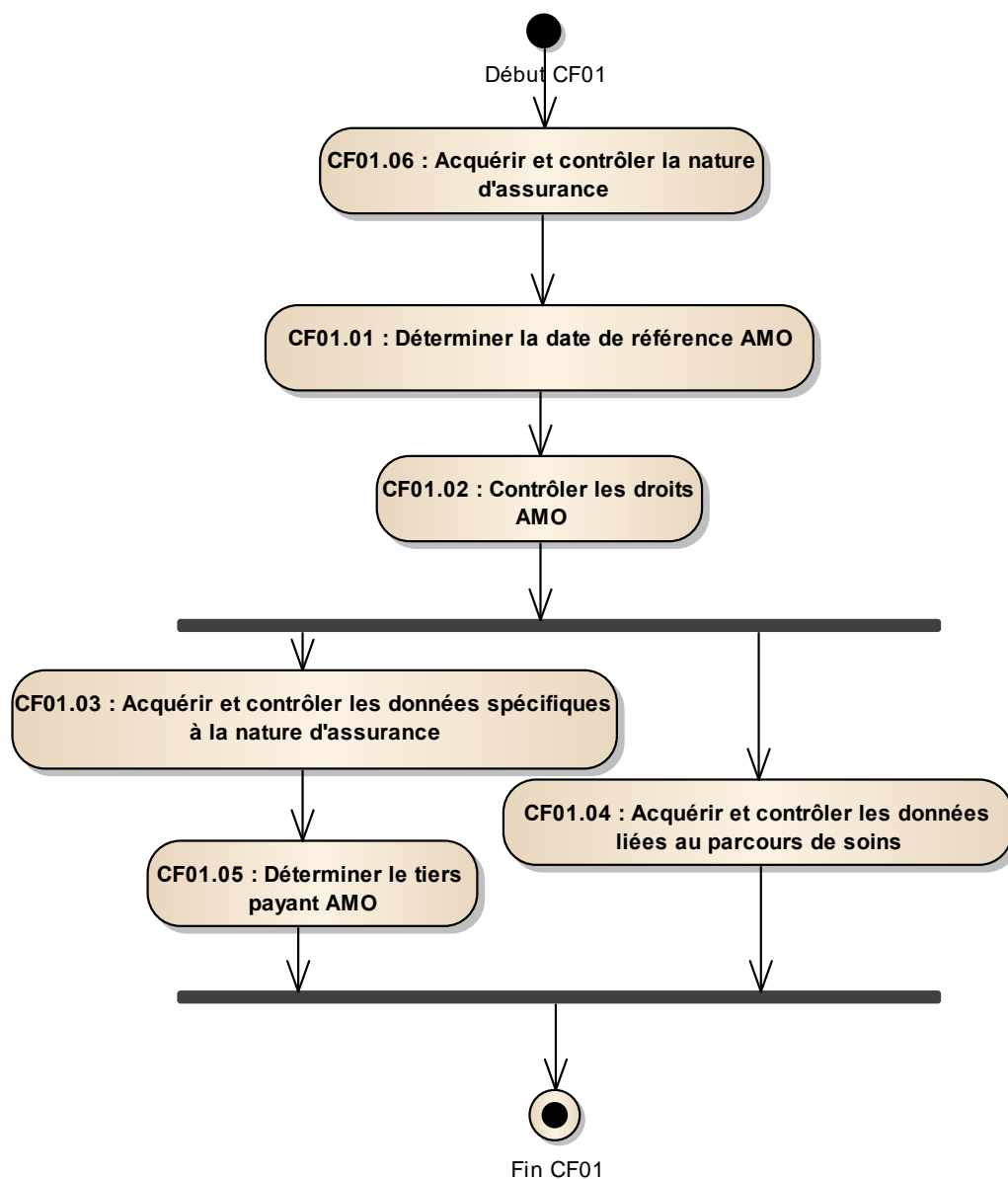
**Description** Cette opération consiste à acquérir le contexte commun de prise en charge des prestations de la facture par l'assurance maladie obligatoire au regard des droits du bénéficiaire de soins et de la réglementation :

- Sur la nature d'assurance
- Sur la situation vis-à-vis du parcours de soins
- Accès ou non au tiers-payant pour la part obligatoire

<b>Entrées</b>	Bénéficiaire de soins	EF_BS02
	Organisme AMO	EF_BS04
	Période droits AMO	EF_BS06
	Situation administrative AMO	EF_BS09
	Prescription	EF_IP03
	Prestation	EF_IP04
	Table 11.1 de l'annexe 2bis	EF_A2_T11.1
	Table 11.2 de l'annexe 2bis	EF_A2_T11.2
	Table 11.3 de l'annexe 2bis	EF_A2_T11.3
	Table 11.4 de l'annexe 2bis	EF_A2_T11.4
	Table 15.1 de l'annexe 2bis	EF_A2_T15.1
	Table 15.2 de l'annexe 2bis	EF_A2_T15.2
	Table 16.1 de l'annexe 2bis	EF_A2_T16.1
	Table 16.2 de l'annexe 2bis	EF_A2_T16.2
	Table 18 de l'annexe 2bis	EF_A2_T18
<b>Sorties</b>	Contexte facture AMO	EF_CF02
	Nature d'assurance Maladie	EF_CF04
	Nature d'assurance Maternité	EF_CF05
	Nature d'assurance AT	EF_CF06
	Nature d'assurance Prévention	EF_CF07
	Contexte SMG	EF_CF11
	Contexte facture AMO bénéficiaire	EF_CF12

	Contexte facture parcours de soins	<b>EF_CF13</b>
<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire de la C2S	<b>SP03</b>
	Sortant de la C2S	<b>SP04</b>
	Bénéficiaire de l'AME	<b>SP06</b>
	Migrant de passage	<b>SP08.1</b>
	Bénéficiaire « autre situation de migrant »	<b>SP08.2</b>
	Forçage	<b>SP11</b>

---

**Schéma**

**Figure 4 : [SC\_CF01] Enchaînement de CF01 : "Acquérir et contrôler le contexte de prise en charge AMO niveau facture"**



---

### 3.2.1 CF01.01 : Déterminer la date de référence AMO

---

#### Vue générale

**Nom** CF01.01 Déterminer la date de référence AMO

**Description** La date de référence AMO est la date utilisée au cours de l'élaboration de la facture pour déterminer la validité de l'ensemble des éléments relatifs au contexte AMO.

Cette tâche consiste à déterminer cette date.

<b>Entrées</b>	Code sous-famille du PS	EF_PS04-10
	Code régime du bénéficiaire de soins	EF_BS04_01
	Date de prescription	EF_IP03_02
	Date d'exécution de la prestation	EF_IP04_02
	Code nature d'assurance	EF_CF02_02
<b>Sorties</b>	Date de référence AMO	EF_CF02_01
	Age du bénéficiaire à la date de référence AMO	EF_CF12_04

**Situations  
spécifiques** Aucune

---

#### Préambule

La date de référence AMO niveau facture est nécessaire pour la détermination des droits du bénéficiaire des soins et pour la détermination du taux de remboursement des prestations.

Cette date dépend du type de la prestation et du régime gestionnaire du bénéficiaire des soins.

Cette date correspond selon le cas soit à la date d'exécution, soit à la date de prescription.

---

#### Définitions

Les termes :

- Actes en série
- Traitement en série
- Acte isolé
- Série d'actes

Sont définis dans le document FACT-SFG-009 « GD-Définitions et Abréviations »

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

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

- [Cahier des charges – annexe 2 – T1]
- [Cahier des charges – annexe 2 – T1bis]
- [Cahier des charges – annexe 2 – T1ter]
- [Cahier des charges – annexe 2 – T3.1]
- [Cahier des charges – annexe 2 – T3.1ter]



Remarque : Les termes « traitements en série » et « actes en série » sont équivalents.

## Règles de gestion

**[RG\_CF301] Déterminer la date de référence AMO (EF\_CF02\_01) pour les prestations NGAP et CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les prestations CCAM ou NGAP, la date de référence AMO correspond :

- à date d'exécution de la prestation (EF\_IP04\_02) s'il s'agit d'un acte isolé,
- ou la date de prescription (EF\_IP03\_02) dans le cas d'un traitement en série.

Cette règle ne concerne pas les prestations des groupes fonctionnels (EF\_IP05\_03/EF\_IP05\_04) suivants :

- Soins dentaires / prothétiques
- Soins dentaires / ODF



### Cas particuliers

#### [CP1] Régime RSI hors soins dentaires prothétiques et ODF

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Cette règle ne concerne pas les prestations des groupes fonctionnels (EF\_IP05\_03/EF\_IP05\_04) suivants :

- Soins dentaires / prothétiques
- Soins dentaires / ODF

#### [CP2] Soins dentaires prothétiques et ODF

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Quel que soit le régime de l'assuré, la date à prendre en compte est :

- Pour les soins d'Orthopédie dento-faciale (EF\_IP05\_03= « Soins dentaires » et EF\_IP05\_04 = « ODF »)

La réglementation prévoit que l'examen du droit aux prestations s'effectue à la date de proposition par le chirurgien-dentiste (renseignée au niveau de la date de prescription EF\_IP03\_02) et non à la date d'exécution (EF\_IP04\_02).

Cela signifie que le Professionnel de santé s'assure que le bénéficiaire de soins a des droits à l'assurance maladie à la date de proposition. Mais ce n'est pas la date de référence qu'il utilisera lors de la facturation des prestations pour déterminer le taux de remboursement cf. RG\_VF\_T1bis.

Cette règle concerne les professionnels de santé chirurgiens-dentistes et les médecins pouvant réaliser des soins dentaires à savoir les spécialités 18, 44, 45 et 69 et les médecins généralistes (spécialités 01, 22, 23).

- Pour les Prothèses dentaires (EF\_IP05\_03= « Soins dentaires » et EF\_IP05\_04 = « Prothétiques »)

L'examen du droit aux prestations s'effectue :

- En nature d'assurance SMG, à la date de proposition de la prothèse, à savoir à la date de prescription (EF\_IP03\_02),
- Pour les autres natures d'assurance, à la date d'achèvement de la prothèse, à savoir la plus grande des dates d'exécution des prestations de la facture.

#### [RG\_CF302] Déterminer la date de référence AMO (EF\_CF02\_01) hors prestations NGAP et CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les frais pharmaceutiques (EF\_IP05\_02= « Frais PH »), les prestations LPP (EF\_IP05\_02= « LPP ») et les soins d'analyse de biologie médicale (EF\_IP05\_02= « NABM »), la date de référence AMO est la date de prescription (EF\_IP03\_02), y compris pour un renouvellement de médicament.



A noter que, à ce jour la notion de renouvellement n'est pas gérée dans le système de facturation SESAM-Vitale pour les prestations LPP.

### [CP1] Régime RSI

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires du régime RSI, la date de référence AMO est la date d'exécution de la prestation (EF\_IP04\_02).

### [CP2] Réparation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les réparations d'appareils, la date de référence AMO est la date à laquelle ceux-ci ont été réparés, c'est-à-dire la date d'exécution.

### [RG\_CF311] Déterminer l'âge du bénéficiaire des soins (EF\_CF12\_04) à la date de référence AMO (EF\_CF02\_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Il convient de calculer l'âge du bénéficiaire à partir de sa date de naissance (EF\_BS02\_07) issue de la fonctionnalité BS, et à la date de référence AMO précédemment acquise

### [CP1] Mois lunaires

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Certaines dates de naissance sont exprimées en mois lunaire, i.e. avec un jour supérieur à 31 et/ou un mois supérieur à 12.

Dans ce cas là, pour le calcul de l'âge, il convient de ramener le jour et le mois à la valeur 01/01.

## 3.2.2 CF01.02 : Contrôler les droits AMO

### Vue générale

#### Nom CF01.02 Contrôler les droits AMO

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

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

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

<b>Entrées</b>	Période Droits AMO	EF_BS06
	Date de référence AMO	EF_CF02_01
	Situation particulière	EF_BS08
	Code nature d'assurance	EF_CF02_02
	Code régime	EF_BS04_01
<b>Sorties</b>	Droits de base AMO ouverts	EF_CF02_05
	Nature de la pièce justificative AMO	EF_CF12_05
	Droits situation particulière ouverts	EF_CF15_01
<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Bénéficiaire sortant de la C2S	SP04

### Préambule

Depuis le 1er janvier 2016, la Protection Universelle MALadie est entrée en application.

La mise en œuvre de la PUMA est prévue par l'article 59 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2016. Cette réforme s'inscrit ainsi dans le prolongement de la logique de la création de la CMU- (loi du 27 juillet 1999).

Elle vise à renforcer pour les assurés la continuité et l'effectivité de la prise en charge de leurs « frais de santé » - notion qui remplace celle de prestations en nature.

L'article 59 supprime les conditions d'ouverture de droits actuelles aux prestations en nature et la notion d'ayant droit majeur. Les droits ne sont pas limités dans le temps, il y a donc suppression de la notion de maintien de droits pour les frais de santé.

Les prestations en nature deviennent les frais de santé en cas de maladie et en cas de maternité.

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

Ce principe ne vaut que pour les droits de base de l'AMO.

## Règles de gestion

### [RG\_CF306] Déterminer si les droits de base AMO sont ouverts (EF\_CF02\_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si les droits de base à l'assurance maladie obligatoire (EF\_BS06) sont ouverts à la date de référence AMO (EF\_CF02\_01), le système de facturation positionne le top droits de base AMO ouverts (EF\_CF02\_05) à VRAI.

Si la date de fin de droits de base est dépassée, le progiciel ne doit pas bloquer la réalisation de la FSE. Il est recommandé qu'il ne signale pas non plus cette situation au Professionnel de Santé

 Corps

4.2.1.1.5.1

Cette règle ne concerne pas les factures en nature d'assurance SMG.

### [RG\_CF313] Déterminer la nature de la pièce justificative AMO (EF\_CF12\_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La détermination de la nature de PJ AMO dépend du support de droits AMO (EF\_BS03\_05).

Support de droits AMO EF_BS03_05	Saisie PS	Nature de PJ EF_CF12_05	Libellé
Carte Vitale	So	4	L'assuré a présenté sa Carte Vitale
ADRI	So	donnée issue du service ADRI selon conditions décrites dans la documentation spécifique du service ADRI	
Attestation papier ou autre support	Le Professionnel de Santé indique la nature de la pièce justificative AMO fournie par le bénéficiaire des soins	0	L'assuré n'a présenté aucune pièce justificative
		1	L'assuré a présenté un bulletin de salaire, une attestation de droits, une prise en charge pour l'AME, une attestation de bénéficiaire C2S, etc...
		2	L'assuré a présenté sa Carte d'assuré social ou le Professionnel de Santé a consulté le fichier patient par télématique

### [CP1] Nature d'assurance SMG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas particulier d'une facture en nature d'assurance SMG, quel que soit le support de droit AMO (EF\_BS03\_05), le système de facturation renseigne la nature de pièce justificative AMO (EF\_CF12\_05) à la valeur 1 : « L'assuré a présenté une attestation de droits... ».

 A1-A0

1420

**[CP3] Nature d'assurance AT**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où l'organisme gestionnaire AT identifié sur le support AT est différent de l'organisme gestionnaire AT du support AMO, c'est l'organisme gestionnaire identifié sur le support AT et non sur le support AMO qui est utilisé pour l'adressage de la facture, (cf. RG\_CF\_R25.0 : l'origine de l'organisme gestionnaire AT prend l'une des valeurs suivantes :

- feuillet AT,
- attestation AT,
- courrier de l'AT,
- déclaration de la victime.

La nature de pièce justificative AMO (EF\_CF12\_05) est alors renseignée à la valeur 1 : « L'assuré a présenté une attestation de droits ».

 A1-A0

1420

**[RG\_CF336] Acquérir la date de validité de la pièce justificative AMO (EF\_CF12\_06)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Règle spécifique définie dans la documentation du service ADRI :

En cas d'acquisition des informations du bénéficiaire des soins par le service ADRI, la date de validité de la pièce justificative pour l'AMO doit être renseignée avec la date d'interrogation du service ADRI (cf. RG\_BS625).

**[RG\_CF337] Acquérir l'origine de la pièce justificative pour l'AMO (EF\_CF12\_07)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Code de l'organisme ayant délivré la pièce justificative quand la nature de la pièce est « L'assuré a présenté sa Carte d'assuré social » (valeur 2).

Règle spécifique définie dans la documentation du service ADRI : En cas d'acquisition des informations du bénéficiaire des soins par le service ADRI, l'origine de la pièce justificative pour l'AMO ne doit pas être renseignée.

**[RG\_CF317] Déterminer si les droits à la situation particulière sont ouverts pour la facture (EF\_CF15\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

**Préambule**

La date de référence prise en compte par le système de facturation pour déterminer une situation particulière est la date de référence AMO.

**Règle**

En présence d'une situation particulière du bénéficiaire des soins (présence de l'entité fonctionnelle EF\_BS08), le système de facturation détermine si les droits à la situation particulière sont ouverts à la date de référence AMO. Les règles de détermination sont décrites pour chaque situation particulière.

Cette règle ne concerne pas les factures en nature d'assurance SMG.

**Situations spécifiques**

**[SP03] Déterminer si les droits à la situation particulière sont ouverts pour la facture (EF\_CF15\_01) pour un bénéficiaire de la C2S**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La période de validité des droits est déterminée à partir des dates de début et de fin de la situation particulière. (Date de début de la situation particulière – EF\_BS08\_02 ; Date de fin de la situation particulière – EF\_BS08\_03).

Les droits doivent être ouverts pendant cette période à la date de référence AMO.

**[SP04] Déterminer si les droits à la situation particulière sont ouverts pour la facture (EF\_CF15\_01) pour un bénéficiaire sortant de la C2S**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La période de validité des droits est déterminée à partir des dates de début et de fin de la situation particulière. (Date de début de la situation particulière – EF\_BS08\_02 ; Date de fin de la situation particulière – EF\_BS08\_03).

Les droits doivent être ouverts pendant cette période à la date de référence AMO.

➤ **Cas particuliers pour ces situations spécifiques**

**[SP03][CP1] Bénéficiaire de la C2S / Prestations pharmaceutiques et dispositifs de la LPP**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour la C2S, en ce qui concerne les prestations pharmaceutiques (type de nomenclature = « Frais PH » cf. table 1 de l'Annexe2 : EF\_A2\_T1) et les dispositifs de la LPP (type de nomenclature = « LPP » cf. table 1 de l'Annexe2 : EF\_A2\_T1), il convient de retenir la date de délivrance comme date de référence.

cf. table 15.2 de l'annexe 2bis : EF\_A2\_T15.2



Ce cas particulier est soumis à la consigne CG\_PG001.

➤ **Cas d'erreur pour ces situations spécifiques**

**[SP03][CE1] Bénéficiaire de la C2S / Droits non ouverts**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le bénéficiaire de soins n'a pas de droit à la C2S pour cette facture.

**[SP04][CE1] Bénéficiaire sortant de la C2S / Droits non ouverts**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le bénéficiaire de soins n'a pas de droit de sortant de C2S pour cette facture.

**[RG\_CF330] Contrôler les données du BS en facturation télémedecine**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la facture comporte au moins un acte de télémedecine (EF\_IP05\_03 = « Télémedecine »), le LPS doit contrôler que le support de droits AMO (EF\_BS03\_05) correspond soit à la carte vitale soit à ADRI.



Cette obligation ne s'applique pas s'il s'agit d'un acte d'accompagnement à la téléconsultation (EF\_IP05\_04 = « Accompagnement »).



**Cas d'erreur**

**[CE1] Le support de droits AMO n'est ni la carte vitale ni ADRI**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si Le support de droits AMO (EF\_BS03\_05) n'est ni la carte vitale ni ADRI, le LPS doit alerter le Professionnel de Santé que les droits AMO du bénéficiaire des soins ne sont issus d'aucun de ces deux supports de droits.

### 3.2.3 CF01.03 : Acquérir et contrôler les données spécifiques à la nature d'assurance

#### Vue générale

**Nom** CF01.03 Acquérir et contrôler les données spécifiques à la nature d'assurance

**Description** Cette opération réunit les traitements et données spécifiques par nature d'assurance.

<b>Entrées</b>	Organisme AMO (maladie)	EF_BS04 (maladie)
	Organisme AMO (AT par défaut)	EF_BS04 (AT par défaut)
	Organisme AMO (AT déclaré)	EF_BS04 (AT déclaré) occurrence 1
		EF_BS04 (AT déclaré) occurrence 2
	Accident du travail déclaré	EF_BS22 occurrence 1
		EF_BS22 occurrence 2
	Table 11.1 de l'annexe 2bis	EF_A2_T11.1
	Table 11.2 de l'annexe 2bis	EF_A2_T11.2
	Table 11.3 de l'annexe 2bis	EF_A2_T11.3
	Table 11.4 de l'annexe 2bis	EF_A2_T11.4
<b>Sorties</b>	Contexte facture AMO	EF_CF02
	Nature d'assurance maladie	EF_CF04
	Nature d'assurance maternité	EF_CF05
	Nature d'assurance AT	EF_CF06
	Nature d'assurance SMG	EF_CF11
	Contexte facture AMO bénéficiaire	EF_CF12
<b>Situations spécifiques</b>	Forçage	SP11

## Schéma

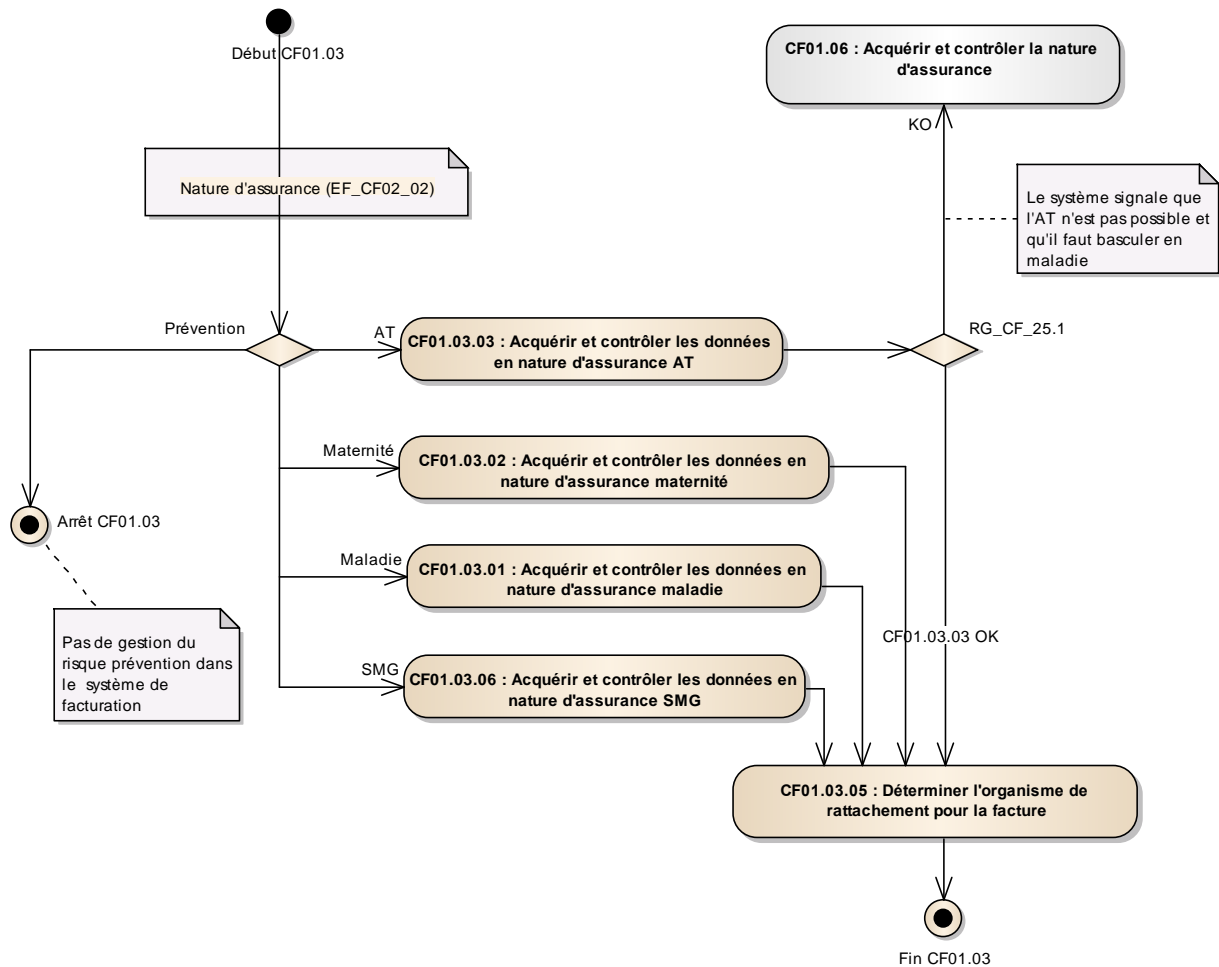


Figure 5 : [SC\_CF01.03] Enchaînement de CF01.03 : "Acquérir et contrôler les données spécifiques à la nature d'assurance"

### 3.2.3.1 CF01.03.01 Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maladie

#### Vue générale

**Nom** CF01.03.01 Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maladie

**Description** Selon la nature d'assurance sélectionnée, les données à acquérir pour le contexte commun de prise en charge AMO diffèrent.

Cette tâche consiste à acquérir et contrôler les données du contexte commun de prise en charge AMO en nature d'assurance maladie.

**Entrées** Caisse gestionnaire (maladie)

EF\_BS04\_02

Table 11.4 de l'annexe 2bis

EF\_A2\_T11.4

**Sorties** Nature d'assurance Maladie

EF\_CF04

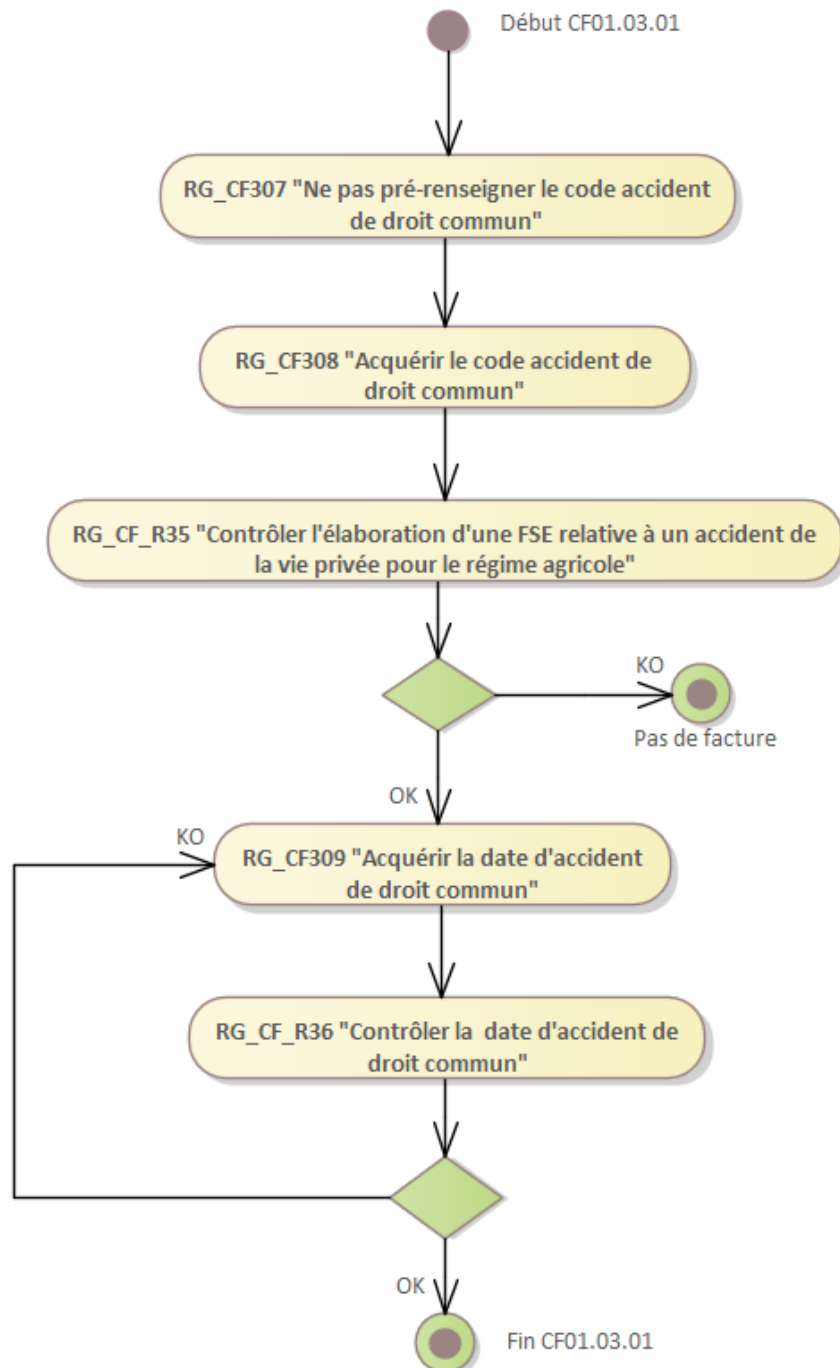
**Situations** Forçage  
**spécifiques****SP11****Schéma**

Figure 6 : [SC\_CF01.03.01] Enchaînement de CF01.03.01 : "Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maladie"

**Règles de gestion**

**[RG\_CF308] Acquérir le code accident de droit commun (EF\_CF04\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé doit indiquer si les prestations sont liées à un accident de droit commun causé par un tiers.

Le Professionnel de Santé doit indiquer si la facture (les prestations de la facture) sont en rapport avec un accident de droit commun en fonction des informations fournies par le bénéficiaire de soins, seul responsable de la véracité des éléments fournis au Professionnel de Santé.

Pour les Professionnels de Santé prescrits, le système de facturation doit renseigner par défaut cette information à « soins non en rapport avec un accident de droit commun », le Professionnel de Santé pouvant toujours la modifier si nécessaire.



Remarque : La notion d'accident de droit commun est utilisée pour tous les bénéficiaires hormis les non salariés du régime agricole. Pour ces derniers on parle d'accident de la vie privée.

**[RG\_CF307] Ne pas pré-renseigner le code accident de droit commun (EF\_CF04\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation du Professionnel de Santé doit permettre au Professionnel de Santé d'indiquer si les soins sont liés à un accident de droit commun et ne doit pas renseigner préalablement la zone prévue à cet effet.



A noter que cette règle concerne uniquement les PS prescripteurs.



CDC V1-40-03.20\_E-reforme V12.05

4.2.1.6 Acquisition des informations relatives à la prestation

**[RG\_CF\_R35] Contrôler l'élaboration d'une FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle concerne uniquement les bénéficiaires de soins du régime agricole, dans le cas d'un accident de la vie privée.

- En présence d'une carte Vitale ou en cas de consultation du service ADRI, il convient de vérifier si la caisse gestionnaire identifiée (EF\_BS04\_02) appartient à la liste des caisses gestionnaires ne gérant pas les accidents de la vie privée. (EF\_A2\_T11.4).
- Dans le cas contraire, il convient de vérifier si le bénéficiaire de soins bénéficie du régime Alsace-Moselle (code indicateur Alsace-Moselle (EF\_BS03\_04)).



**Tables utilisées**

- Table 11.4 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T11.4)



Remarque : on parle d'« accident de la vie privée » pour un assuré du régime agricole et « accident de droit commun » pour un assuré d'un autre régime.



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



**Cas d'erreur**

**[CE1] Caisse ne gérant pas les accidents de la vie privée**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- En présence d'une carte Vitale ou en cas de consultation du service ADRI, si la caisse gestionnaire identifiée (EF\_BS04\_02) appartient à la liste des caisses gestionnaires ne gérant pas les accidents de la vie privée (EF\_A2\_T11.4), alors le Professionnel de Santé ne peut effectuer de feuille de soins électronique. Il effectue une feuille de soins papier.
- Dans le cas contraire, si le bénéficiaire de soins bénéficie du régime Alsace-Moselle (code indicateur Alsace-Moselle (EF\_BS03\_04) à VRAI), alors le Professionnel de Santé ne peut effectuer de feuille de soins électronique. Il effectue une feuille de soins papier.

**[RG\_CF309] Acquérir la date d'accident de droit commun (EF\_CF04\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où les prestations sont liées à un accident de droit commun causé par un tiers, le Professionnel de Santé indique obligatoirement la date de l'accident.

**[RG\_CF\_R36] Contrôler la date d'accident de droit commun (EF\_CF04\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si les soins sont en rapport avec un accident de droit commun ou un accident de la vie privée (régime agricole), le Professionnel de Santé doit indiquer la date de celui-ci sur la feuille de soins électronique maladie qu'il établit.

Cette date doit être antérieure ou égale à la date de la facture.

### 3.2.3.2 CF01.03.02 Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maternité

#### **Vue générale**

**Nom** CF01.03.02 **Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maternité**

**Description** Selon la nature d'assurance sélectionnée, les données à acquérir pour le contexte commun de prise en charge AMO diffèrent.

Cette tâche consiste à acquérir et contrôler les données du contexte commun de prise en charge AMO en nature d'assurance maternité.

Le bénéficiaire des soins présente éventuellement le guide maternité au Professionnel de Santé.

**Entrées** « Date d'exécution de la prestation » pour chaque prestation

**EF\_IP04\_02**

**Sorties** Nature d'assurance Maternité

**EF\_CF05**

**Situations spécifiques** Aucune

#### **Préambule**

En assurance maternité tous les frais médicaux remboursables (consultations, frais pharmaceutiques, examens de laboratoire, ...) sont pris en charge à 100 %, dans la limite des tarifs de base de l'Assurance Maladie à partir du premier jour du sixième mois de grossesse.

Cette prise en charge à 100 % se poursuit jusqu'au douzième jour après l'accouchement.

En conséquence, la facturation de ces soins est demandée sous la nature d'assurance « maternité ».

Dans certaines situations le contexte de maternité peut être détecté par le progiciel (cf. RG\_CF304 [CP1])

## Schéma

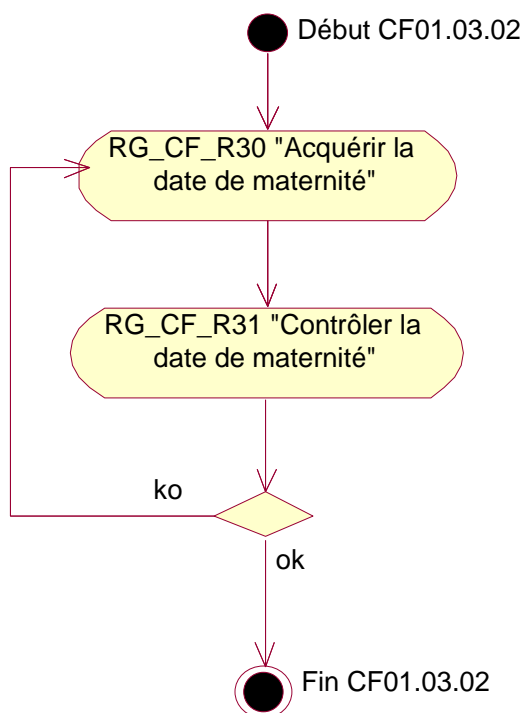


Figure 7 : [SC\_CF01.03.02] Enchaînement de CF01.03.02 : "Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maternité"

## Règles de gestion

### [RG\_CF\_R30] Acquérir la date de maternité (EF\_CF05\_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Maternité », la saisie de la date maternité est obligatoire.

Cette date correspond soit à la date présumée de début de grossesse, soit à la date d'accouchement, soit à la date d'adoption.



Ces informations sont portées sur le Guide Maternité

Si ces dates ne sont pas connues, la date de maternité peut correspondre à la date des soins la plus ancienne de la facture.

### [RG\_CF\_R31] Contrôler la date de maternité (EF\_CF05\_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Maternité », la date maternité (EF\_CF05\_01) doit être antérieure ou égale à la date des soins (EF\_IP04\_02) de chaque prestation de la facture.



La date de maternité est décrite dans la règle RG\_CF\_R30.

### 3.2.3.3 CF01.03.03 : Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance Accident du Travail

#### Vue générale

**Nom** CF01.03.03 **Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance Accident du Travail**

**Description** Selon la nature d'assurance sélectionnée, les données à acquérir pour le contexte commun de prise en charge AMO diffèrent.

Cette tâche consiste à acquérir et contrôler les données du contexte commun de prise en charge AMO en nature d'assurance Accident du Travail (AT).

<b>Entrées</b>	Organisme AMO (maladie)	EF_BS04 (maladie)
	Organisme AMO (gestionnaire AT par défaut)	EF_BS04 (gestionnaire AT par défaut)
	Organisme AMO (AT déclaré)	EF_BS04 (AT déclaré) occurrence 1
		EF_BS04 (AT déclaré) occurrence 2
	Accident du travail déclaré	EF_BS22 occurrence 1
		EF_BS22 occurrence 2
	Table 11.1 de l'annexe 2bis	EF_A2_T11.1
	Table 11.2 de l'annexe 2bis	EF_A2_T11.2
<b>Sorties</b>	Nature d'assurance AT	EF_CF06
<b>Situations spécifiques</b>	Forçage	SP11

#### Principes

Le Professionnel de Santé peut réaliser une feuille de soins électronique sécurisée (sous certaines conditions) lorsque les soins sont consécutifs à un accident de travail et que la victime fournit au Professionnel de santé la feuille d'Accident du Travail ou de Maladie Professionnelle (dénommée feuillet AT) et éventuellement les éléments permettant d'identifier l'organisme gérant le risque AT.

Le Professionnel de Santé peut donc réaliser une FSE sécurisée pour des soins consécutifs à un accident de travail avec le risque AT, à partir des informations du support de droits AMO (la carte Vitale ou service ADRI), ainsi que du feuillet AT complété éventuellement d'une attestation d'affiliation/appartenance à une caisse gestionnaire de l'AT, d'un courrier de la caisse ou de la déclaration de la victime.

Si plusieurs AT sont présents au niveau du support de droits AMO, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de sélectionner l'AT concerné en fonction des éléments fournis par la victime.

A défaut d'informations précises fournies par la victime et si la caisse gestionnaire du risque AT est indiquée au niveau du support de droits AMO, c'est cette dernière qui doit être prise en compte.



Dans le cas où l'AT ou les informations d'identification de la caisse gestionnaire du risque AT, fournies par la victime diffèreraient des informations contenues au niveau du support de droits AMO, le Professionnel de Santé peut réaliser une feuille de soins en mode SESAM Vitale dégradé.

Dans le cas où aucune information permettant d'identifier la caisse gestionnaire du risque AT ne serait fournie par la victime, le Professionnel de Santé réalise soit une FSE au risque AT, soit une feuille de soins papier selon que le régime accepte de recevoir des FSE AT adressées à l'organisme maladie identifié à partir du support de droits AMO.

## **APIAS**

La nature d'assurance AT permet notamment de gérer la facturation des soins dispensés en milieu civil aux militaires victimes d'une Affection Présumée Imputable Au Service (APIAS).

L'ensemble des règles concernant les accidents du travail sont valables pour les APIAS.

Cependant, la réglementation applicable aux APIAS diffère en partie de la réglementation « accidents du travail » de droit commun. En conséquence, certaines règles peuvent présenter un cas particulier à appliquer en contexte APIAS.

Le contexte APIAS est caractérisé par l'élaboration de la facture en nature d'assurance « Accident du Travail » et pour le régime CNMSS (code régime de l'organisme gestionnaire de l'AT = 08).

Dans ce contexte, le PS renseigne systématiquement le montant total de prise en charge de la facture au titre des APIAS.



Le montant total de prise en charge de la facture au titre des APIAS correspond au montant total remboursable au titre des APIAS. Il n'induit pas nécessairement un échange formel avec la CNMSS.

L'appréciation de ce montant est effectuée par le Professionnel de Santé, la plupart du temps sans échange avec la CNMSS.

Les cas nécessitant un échange avec la CNMSS correspondent à la réglementation du code des pensions militaires dont un résumé se trouve sur le site de la CNMSS.

Si ce montant est supérieur à la prise en charge au titre des AT de droit commun, il est nécessaire d'ajouter dans la facture la prestation de supplément APIAS (code prestation DAT) pour couvrir cette différence de prise en charge.

Cette prestation DAT est automatiquement générée par le LPS.

---

## **Présentation générale**

Le Professionnel de santé a la possibilité de facturer sur le risque AT si et seulement si, a minima un Feuillet AT (FAT) lui est présenté. Pour établir la facture, il peut en plus du feuillet AT s'appuyer sur une attestation d'affiliation / appartenance à une caisse gestionnaire de l'AT, et/ou un courrier de la caisse et/ou une déclaration de la victime.

En l'absence de Feuillet AT, le Professionnel de Santé ne réalise pas de FSE sur le risque AT.

Le système de facturation sur le poste doit gérer les 2 cas suivants :

- Cas N°1 : le PS n'est pas en mesure d'identifier sur le FAT ou les autres supports AT, l'organisme gestionnaire de l'AT. Dans ce cas, le système peut acquérir l'organisme gestionnaire de l'AT à partir du support de droits AMO pour pouvoir faire une FSE sécurisée sur le risque AT.



En l'absence de carte Vitale (support de droits AMO = ADRI), le mode de sécurisation de la FSE est nécessairement dégradé.

- Cas N°2 : le PS est en mesure d'identifier sur le FAT ou les autres supports AT l'organisme gestionnaire de l'AT. Dans ce cas, pour pouvoir sécuriser la FSE au risque AT le système compare l'organisme gestionnaire de l'AT ainsi identifié avec les organismes gestionnaires issus du support de droits AMO. En cas de différence, la FSE au risque AT est réalisée en mode dégradé ou papier.

### Support AT

Le Professionnel de Santé dispose nécessairement d'un feuillet AT (FAT), sur lequel figure au minimum la date de l'accident.

L'organisme gestionnaire n'est pas systématiquement renseigné sur le FAT.

Dans le cas où l'organisme gestionnaire n'est pas identifié à partir du FAT, il peut l'être à partir des supports suivants.

- soit une attestation d'affiliation / appartenance à une caisse gestionnaire de l'AT
- soit un courrier de la caisse,
- soit la déclaration de la victime.



Remarque : Le service ADRi et la carte Vitale ne sont pas dénommés support AT pour la mise en œuvre des règles décrites.

### Organisme gestionnaire AT issu du support de droits AMO

Plusieurs organismes gestionnaires sont éventuellement présents dans les informations issues du support de droits AMO. Il s'agit :

- de l'organisme de gestion du risque maladie (EF\_BS04 instance « maladie »).
- de l'organisme de gestion du risque AT par défaut, i.e. organisme à qui la FSE doit être adressée quand l'accident n'est pas identifié (EF\_BS04 instance « AT par défaut »)
- de l'organisme gestionnaire associé à chaque accident du travail identifié (2 maximum) (EF\_BS04 instance « AT déclaré » 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> occurrence).

Seul l'organisme gestionnaire de la maladie est obligatoirement présent dans les informations issues du support de droits AMO, les autres ne sont pas nécessairement renseignés.

L'organisme gestionnaire issu du support de droits AMO correspond en priorité à l'organisme gestionnaire associé à l'accident du travail identifié par la date d'accident ou le n° d'accident.

Si l'accident n'est pas inscrit sur le support de droits AMO, il correspond à l'organisme gestionnaire du risque AT par défaut si cet organisme est renseigné, ou sinon à l'organisme de gestion de la maladie. (cf. RG\_CF\_R25.0)

**Tableau de synthèse**

Contexte facturation AT		Organisme gestionnaire issu du support de droits AMO (cf. R25.0)			Comparaison Organismes gestionnaires	Résultat					
Feuillet AT présenté	Organisme gestionnaire AT identifié sur le support AT	EF_BS04 (AT déclaré)	EF_BS04 (gestionnaire AT par défaut)	EF_BS04 (maladie)		Type de facturation	Risque	Organisme gestionnaire AT issu du support de droits AMO	Commentaires	N° de cas	
NON	HORS REGLEMENTATION AT					FSE	Maladie	Sans objet	le PS ne réalise pas de FSE sur le risque AT	1	
OUI	NON	X			Sans Objet	FSE	AT	OUI		2	
			X							3	
				X		FSE ou Papier	AT ou maladie	OUI	<ul style="list-style-type: none"><li>FSE si le régime accepte une FSE AT adressée à l'organisme maladie inscrit en carte Vitale (R25.4, table 11.3)</li><li>sinon papier au risque AT ou maladie (R25.4, table 11.1)</li></ul>	4	
	OUI	OUI	X			IDENTIQUE	FSE	AT	OUI		5
				X							6
					X		FSE ou Papier	AT ou maladie	OUI	<ul style="list-style-type: none"><li>FSE si l'assuré est couvert pour le risque AT (R25.1, table 11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (R25.2, table 11.2)</li><li>sinon papier au risque AT</li></ul>	7
						DIFFERENT	FSE Dégradée ou Papier	Autre	<ul style="list-style-type: none"><li>FSE si l'assuré est couvert pour le risque AT (R25.1, table 11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (R25.2, table 11.2)</li></ul>	8	
	Pas de données issues d'ADRI ni de carte présentée			Sans Objet			<ul style="list-style-type: none"><li>sinon papier au risque AT</li></ul>	9			

### Conditions pour une FSE au risque AT

Les différents cas de figure (identifiés chacun par un n° de ligne) synthétisés dans le tableau ci-dessus correspondent au déroulement suivant :

- 1 Le Professionnel de Santé dispose nécessairement d'un feuillet AT (support papier), sur lequel figure au minimum la date de l'accident. Cette date est utilisée pour identifier l'accident.

#### La présentation du feuillet AT conditionne le choix du risque Accident du Travail

- 2 • Si le feuillet AT ne mentionne pas d'organisme gestionnaire, et aucun autre support AT ne permet d'identifier un organisme gestionnaire, 2 cas de figure sont possibles :
  - soit l'AT est renseigné au niveau du support de droits AMO (date de l'identifiant AT en carte (EF\_BS22\_01) = date de l'AT inscrite sur le feuillet AT  
→ **FSE au risque AT transmise à l'organisme gestionnaire de l'AT identifié sur le support de droits AMO**
- 3 ○ l'AT n'est pas renseigné au niveau du support de droits AMO. L'organisme gestionnaire est :
  - en priorité EF\_BS04 instance « gestionnaire AT par défaut » s'il est renseigné  
→ **FSE au risque AT transmise à l'organisme gestionnaire de l'AT identifié sur le support de droits AMO**
- 4 ▪ ou sinon EF\_BS04 instance « maladie ». en l'absence de gestionnaire AT par défaut :  
→ **FSE au risque AT transmise à l'organisme maladie identifié sur le support de droits AMO** si le régime accepte une FSE AT adressée à l'organisme maladie (RG\_CF\_R25.4, EF\_A2\_T11.3)  
→ sinon **Feuille de soins papier au risque AT ou maladie** selon que l'assuré est couvert pour le risque AT (EF\_A2\_T11.1) ou non
- 5 • Si un organisme gestionnaire est identifié à partir d'un support AT (feuillet AT, attestation d'affiliation / appartenance à une caisse gestionnaire de l'AT, courrier de la caisse ou déclaration de la victime), alors une FSE au risque AT est possible quelles que soient les données du support de droits AMO.
  - En présence de données issues du support de droits AMO
    - soit l'organisme gestionnaire présent sur le support AT est identique à celui du support de droits AMO. Si l'organisme gestionnaire est :
      - l'organisme gestionnaire de l'AT1 ou de l'AT2 (EF\_BS04 instance « AT déclaré inscrit en carte » 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> occurrence) → **FSE au risque AT**
- 6 • l'organisme gestionnaire AT par défaut (EF\_BS04 instance « gestionnaire AT par défaut ») → **FSE au risque AT**
- 7 • l'organisme gestionnaire maladie (EF\_BS04 instance « maladie »)  
→ **FSE** si l'assuré est couvert pour le risque AT (RG\_CF\_R25.1, EF\_A2\_T11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (RG\_CF\_R25.2, EF\_A2\_T11.2)  
→ sinon **FSE au risque maladie ou Feuille de soins papier au risque AT**

- 8**
- soit l'organisme gestionnaire présent sur le feuillet AT est différent des organismes issus du support de droits AMO (l'organisme gestionnaire AT par défaut si présent ou l'organisme gestionnaire maladie sinon)  
→ **FSE dégradée au risque AT à l'organisme gestionnaire support sur le feuillet AT** si l'assuré est couvert pour le risque AT (RG\_CF\_R25.1, EF\_A2\_T11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (RG\_CF\_R25.2, EF\_A2\_T11.2)  
→ sinon **FSE dégradée au risque maladie ou Feuille de soins papier au risque AT**
- 9**
- En l'absence de données issues du support de droits AMO  
→ **FSE dégradée à l'organisme gestionnaire présent sur le support AT** si l'assuré est couvert pour le risque AT (R25.1, table 11.1) et que (RG\_CF\_R25.1, EF\_A2\_T11.1) et que l'organisme gestionnaire accepte des FSE au risque AT (RG\_CF\_R25.2, EF\_A2\_T11.2)  
→ sinon **FSE dégradée au risque maladie ou Feuille de soins papier au risque AT**

## Schéma

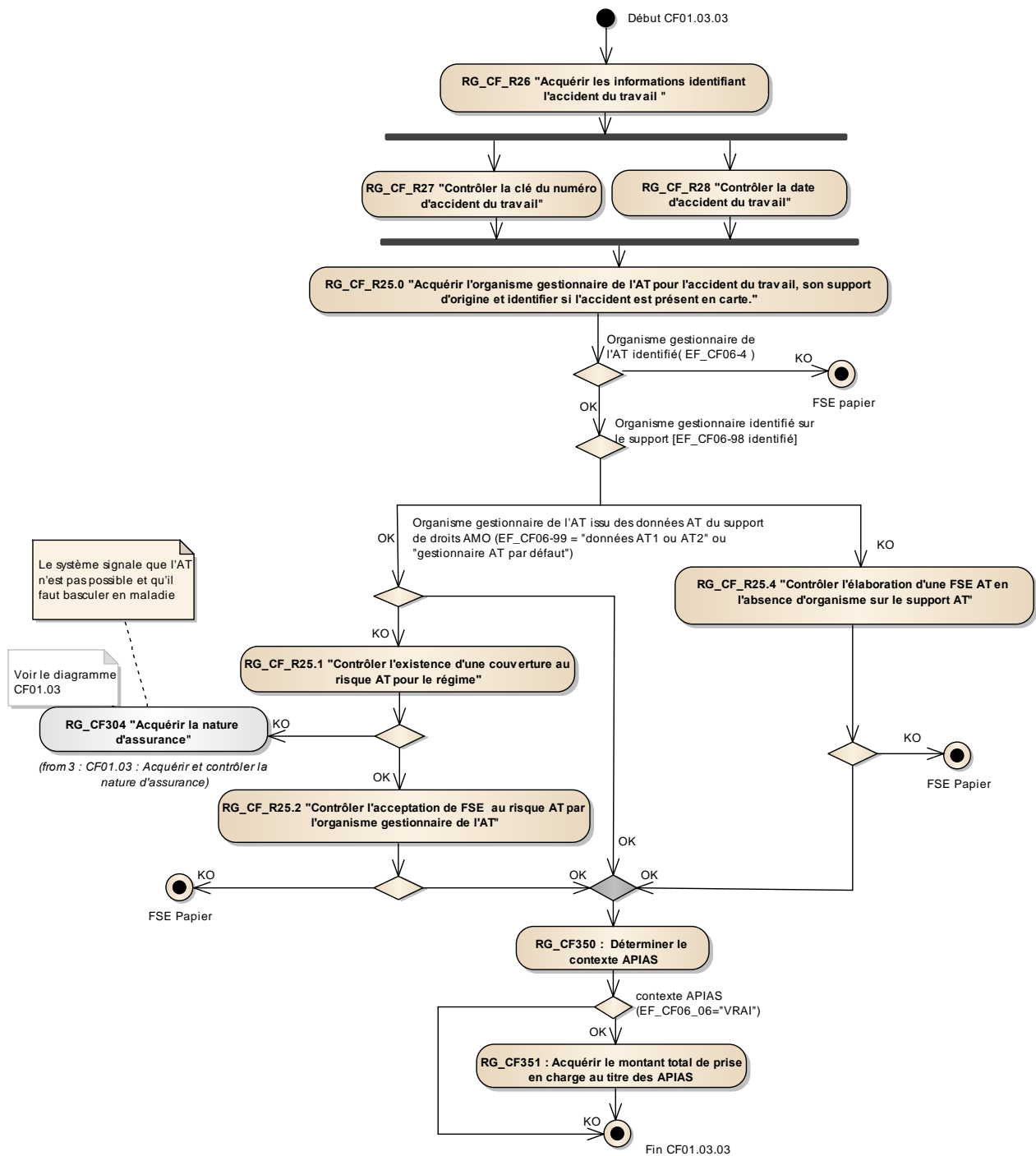


Figure 8 : [SC\_CF01.03.03] Enchaînement de CF01.03.03 : "Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance AT"

## Règles de gestion

### [RG\_CF\_R26] Acquérir les informations identifiant l'accident du travail (EF\_CF06\_01 ; EF\_CF06\_02 ; EF\_CF06\_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					



#### Date d'accident du travail

Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance AT, le renseignement de la date d'Accident du Travail (EF\_CF06\_03) est obligatoire. Cette date est renseignée par le Professionnel de Santé à partir du FAT (Feuillelet Accident de Travail).



#### N° de l'accident du travail

Le n° d'accident, clé incluse, (EF\_CF06\_01 et EF\_CF06\_02) est renseigné par le Professionnel de Santé s'il le connaît.

Pour le Régime Général, le Professionnel de Santé est tenu de renseigner le n° d'accident du travail, lorsque celui-ci a été attribué.

Cette information figure sur le FAT.

### [RG\_CF\_R27] Contrôler la clé du numéro d'accident du travail (EF\_CF06\_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la clé du numéro accident du travail après saisie de ce numéro par le Professionnel de Santé.

Cette vérification est faite à partir de l'algorithme de calcul suivant :

- Sélectionner les 8 premiers chiffres du numéro d'accident du travail
- Numéroter les chiffres de cette sélection de la droite vers la gauche
- Multiplier par 1 les chiffres de rang pair
- Multiplier par 2 les chiffres de rang impair
- Additionner l'ensemble de ces résultats, chiffre par chiffre
- Déterminer le complément à 10 du chiffre unitaire de cette somme : il constitue la clé

La clé issue du calcul doit être égale à la clé saisie.



Cette règle concerne uniquement les Accidents du Travail gérés par le régime général.

### [RG\_CF\_R28] Contrôler la date d'accident du travail (EF\_CF06\_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Accident du travail », la date d'accident doit être :

- antérieure ou égale à la date des soins,
- et antérieure ou égale à la date de la facture.

### [RG\_CF\_R25.0] Acquérir l'organisme gestionnaire de l'AT (EF\_CF06\_04) et son origine (EF\_CF06\_99)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

### **Organisme gestionnaire issu d'un support**

Le professionnel de santé renseigne, le cas échéant, l'organisme gestionnaire (EF\_CF06\_98) à partir d'un support AT présenté par le bénéficiaire des soins.

Le terme « support AT » correspond à l'un des supports suivant :

- soit le feuillet AT mentionnant l'organisme gestionnaire de l'AT,
- soit une attestation « d'affiliation/appartenance » à un organisme gestionnaire AT,
- soit un courrier de l'organisme gestionnaire de l'AT,
- soit la déclaration de la victime.



**Rappel** : la fourniture du FAT est nécessaire pour la facturation au risque AT. Les autres supports sont éventuellement fournis en complément par le bénéficiaire des soins au professionnel de santé.

### **Organisme gestionnaire AT issu du support de droits AMO**

L'organisme gestionnaire issu du support de droits AMO (EF\_CF06\_97) correspond :

- en priorité à l'organisme gestionnaire associé à l'accident du travail identifié par la date d'accident ou le n° d'accident (EF\_CF06\_01 et EF\_CF06\_02) si l'accident est présent sur le support de droits AMO (EF\_BS04 instance « AT déclaré inscrit » occurrence 1 ou 2),
- si l'accident n'est pas renseigné au niveau du support de droits AMO :
  - à l'organisme gestionnaire du risque AT par défaut (EF\_BS04 instance « gestionnaire AT par défaut ») si cet organisme est renseigné,
  - ou sinon à l'organisme de gestion de la maladie (EF\_BS04 instance « maladie ») en l'absence de données liées au risque AT.



**Remarque** : Identification de l'accident au niveau du support de droits AMO à partir de la date AT lue sur le FAT (cf. RG\_CF\_R26) :

L'identifiant AT est constitué par 9 caractères renseignés comme suit : date de l'accident sous la forme AAAAMMJJ (8 caractères) **cadree à gauche complétée par 1 caractère à droite**

### **Organisme gestionnaire de l'AT**

L'organisme gestionnaire de l'AT est déterminé par comparaison entre celui issu du support de droits AMO (EF\_CF06\_97) et celui issu du support AT fourni par la victime (EF\_CF06\_98).

En priorité, il convient de prendre pour organisme gestionnaire de l'AT (EF\_CF06\_04) l'organisme gestionnaire figurant sur le support AT (EF\_CF06\_98).

Si l'organisme gestionnaire issu du support AT (EF\_CF06\_98) n'est pas identifié, il convient de prendre pour organisme gestionnaire de l'AT (EF\_CF06\_04) celui issu du support de droits AMO (EF\_CF06\_97).



### Origine de l'organisme gestionnaire de l'AT

L'origine de l'organisme gestionnaire de l'AT (EF\_CF06\_99) correspond au support d'où est issu cet organisme. Il s'agit :

- soit du « support de droits AMO : données AT1 ou AT2 » : l'organisme gestionnaire de l'AT correspond à un AT issu du support de droits AMO (AT1 ou AT2) (EF\_BS04 instance « AT déclaré inscrit en carte » 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> occurrence)
- soit du « support de droits AMO : données gestionnaire AT par défaut » : pas d'AT issu du support de droits AMO mais l'organisme gestionnaire de l'AT correspond au gestionnaire AT par défaut issu du support de droits AMO (EF\_BS04 instance « gestionnaire AT par défaut »)
- soit du « support de droits AMO : données maladie » : pas d'AT issu du support de droits AMO, pas de gestionnaire AT par défaut, l'organisme gestionnaire correspond au gestionnaire du risque maladie (EF\_BS04 instance « maladie »),
- soit du feuillet AT mentionnant l'organisme gestionnaire de l'AT,
- soit d'une attestation « d'affiliation/appartenance » à un organisme gestionnaire AT,
- soit d'un courrier de l'organisme gestionnaire de l'AT,
- soit la déclaration de la victime.

Si l'organisme gestionnaire issu du support de droits AMO (EF\_CF06\_97) et celui issu du support AT (EF\_CF06\_98) sont identiques, on retient prioritairement le support de droits AMO comme origine de l'organisme gestionnaire AT (EF\_CF06\_99 = « Support de droits AMO : données AT1 ou AT2 » ou « Support de droits AMO : données gestionnaire AT par défaut » ou « Support de droits AMO : données maladie »)



#### Référence réglementaire :

- Art. L441-5 du Code de la Sécurité Sociale

#### [CP1] Absence de support de droits AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En l'absence d'appel au service ADRi et de carte Vitale, l'organisme gestionnaire de l'AT est identifié à partir du support AT.



#### Cas d'erreur

#### [CE1] Organisme gestionnaire de l'AT non identifié

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En l'absence du support de droits AMO (absence de réponse ADRi et de carte Vitale, et si l'organisme gestionnaire de l'AT (EF\_CF06\_04) n'a pu être identifié à partir du support AT, le Professionnel de Santé ne peut effectuer de feuille de soins électronique. Il établit une feuille de soins papier.

#### [RG\_CF\_R25.1] Contrôler l'existence d'une couverture au risque AT pour le régime

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle a pour objet de vérifier que l'assuré est couvert pour le risque AT par l'organisme gestionnaire de l'AT (EF\_CF06\_04).

Ce contrôle n'est pas nécessaire dès lors que l'organisme gestionnaire de l'AT (EF\_CF06\_04) est issu des données AT du support de droits AMO, i.e. l'origine de l'organisme gestionnaire AT (EF\_CF06\_99) correspond à l'une des valeurs suivantes :

- « Support de droits AMO : données AT1 ou AT2 »
- « Support de droits AMO : données gestionnaire AT par défaut »



### Tables utilisées

- Table 11.1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T11.1)



Un régime peut couvrir ses assurés pour le risque AT sans pour autant gérer ce risque. Exemple : les assurés affiliés au régime CRPCEN sont couverts pour le risque AT, mais la gestion de ce risque AT est effectuée par le Régime Général. Dans ce cas l'organisme gestionnaire de l'AT est le régime Général alors que l'organisme d'affiliation du bénéficiaire est le régime CRPCEN.



### Cas d'erreur

#### [CE1] Nature d'assurance maladie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas d'erreur, i.e. si l'organisme gestionnaire de l'AT (EF\_CF06\_04) relève d'un régime ne gérant pas le risque AT, alors le Professionnel de Santé ne peut effectuer de feuille de soins électronique au risque AT.

La feuille de soins électronique peut alors être réalisée en nature d'assurance maladie.



### Tables utilisées

- Table 11.1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T11.1)

#### [RG\_CF\_R25.2] Contrôler l'acceptation de FSE au risque AT par l'organisme gestionnaire de l'AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle a pour objet de vérifier si l'organisme gestionnaire de l'AT (EF\_CF06\_04) accepte de recevoir des FSE au risque AT.

Ce contrôle dépend du code gestion assurance maladie de l'assuré (EF\_BS03\_03).

Ce contrôle n'est pas nécessaire dès lors que l'organisme gestionnaire de l'AT (EF\_CF06\_04) est issu des données AT du support de droits AMO, i.e. l'origine de l'organisme gestionnaire AT (EF\_CF06\_99) correspond à l'une des valeurs suivantes :

- « Support de droits AMO : données AT1 ou AT2 »
- « Support de droits AMO : données gestionnaire AT par défaut »



### Tables utilisées

- Table 11.2 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T11.2)



### Cas Particuliers

#### [CP1] Assuré affilié à l'ENIM (06)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Accident du travail » et si l'accident n'est pas pris en charge par l'armateur alors le PS établit une FSE. Dans le cas contraire, il établit une feuille de soins papier.



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



### Cas d'erreur

**[CE1] Feuille de soins papier**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas d'erreur, i.e. si l'organisme gestionnaire de l'AT (EF\_CF06\_04) n'accepte pas de feuille de soins électronique, alors le Professionnel de Santé effectue une feuille de soins papier au risque Accident du Travail.



### Tables utilisées

- Table 11.2 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T11.2)

### **[RG\_CF\_R25.4] Contrôler l'élaboration d'une FSE AT en l'absence d'organisme sur le support AT**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si l'organisme gestionnaire n'est pas identifié sur le support AT (EF\_CF06\_98 non renseigné), une FSE est élaborée uniquement dans les conditions suivantes :

- soit l'origine de l'organisme gestionnaire de l'AT (EF\_CF06\_99) est :
  - soit « Support de droits AMO : données AT1 ou AT2 »
  - soit « Support de droits AMO : données gestionnaire AT par défaut »
- soit l'origine de l'organisme gestionnaire de l'AT (EF\_CF06\_99) est « Support de droits AMO : données maladie » et le régime du bénéficiaire accepte de recevoir des FSE AT adressées à l'organisme maladie issu du support de droits AMO (EF\_A2\_T11.3). Cette acceptation dépend du code gestion assurance maladie de l'assuré (EF\_BS03\_03).



### Tables utilisées

- Table 11.1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T11.1)
- Table 11.3 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T11.3)

**[CE1] Feuille de soins papier**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas d'erreur, i.e. si l'organisme gestionnaire n'est pas identifié sur le support AT (EF\_CF06\_98 non renseigné) et que l'origine de l'organisme gestionnaire de l'AT (EF\_CF06\_99) est :

- « Support de droits AMO : données risque maladie »,

et que le régime du bénéficiaire n'accepte pas de recevoir des FSE AT adressées à l'organisme maladie (EF\_A2\_T11.3)

alors le Professionnel de Santé ne peut effectuer de feuille de soins électronique.

Il établit une feuille de soins papier au risque AT ou maladie selon que l'assuré est couvert pour le risque AT (EF\_A2\_T11.1).



### Tables utilisées

- Table 11.1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T11.1)
- Table 11.3 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T11.3)

**[RG\_CF350] Déterminer le contexte APIAS (EF\_CF06\_06)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut le contexte APIAS est « FAUX » : il est positionné à « VRAI » automatiquement par le LPS si la nature d'assurance est « Accident du Travail » (EF\_CF02\_02 = « AT ») et si l'organisme gestionnaire de l'AT correspond au régime CNMSS (caractères 1 et 2 de EF\_CF06\_04= 08).

**[RG\_CF351] Acquérir le montant total de prise en charge au titre des APIAS (EF\_CF06\_07)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant total de prise en charge au titre des APIAS (EF\_CF06\_07) est renseigné par le Professionnel de Santé (dans le cas d'un échange formel avec la CNMSS ou non).



Hors contexte APIAS (EF\_CF06\_06=« FAUX »), ce montant est non renseigné.

### 3.2.3.4 CF01.03.04 : Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance Prévention

#### Vue générale

**Nom** CF01.03.04 **Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance Prévention**

**Description** Ce risque n'est pas géré dans le périmètre des présentes SFG.

Cette tâche est mentionnée uniquement à titre d'information

**Entrées** Aucune

**Sorties** Nature d'assurance Prévention

EF\_CF07

**Situations spécifiques** Aucune

#### Règles de gestion

[Pas de gestion de ce risque dans le Système de Facturation SESAM-Vitale]

### 3.2.3.5 CF01.03.05 : Déterminer l'organisme gestionnaire pour la facture

#### Vue générale

**Nom** CF01.03.05 **Déterminer l'organisme gestionnaire pour la facture**

**Description** L'organisme gestionnaire du bénéficiaire des soins est représenté par les trois informations : code régime, code caisse gestionnaire et code centre gestionnaire.

Selon la nature d'assurance sélectionnée, l'organisme gestionnaire pour la facture diffère.

**Entrées** Code régime

EF\_BS04\_01

Code caisse gestionnaire

EF\_BS04\_02

Code centre gestionnaire

EF\_BS04\_03

Code nature d'assurance

EF\_CF02\_02

	Organisme gestionnaire de l'AT	EF_CF06_04
	Code régime SMG	EF_CF11_03
	Code caisse gestionnaire SMG	EF_CF11_04
	Code centre gestionnaire SMG	EF_CF11_05
<b>Sorties</b>	Code régime pour la facture	EF_CF12_01
	Code caisse gestionnaire pour la facture	EF_CF12_02
	Code centre gestionnaire pour la facture	EF_CF12_03
<b>Situations spécifiques</b>	Aucune	

### Règles de gestion

**[RG\_CF310] Déterminer le code régime, le code caisse gestionnaire et le code centre gestionnaire pour la facture (EF\_CF12\_01, EF\_CF12\_02, EF\_CF12\_03)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

### Maladie ou Maternité

En cas de nature d'assurance maladie ou maternité (*EF\_CF02\_02 = maladie ou EF\_CF02\_02 = maternité*), les informations :

- Code régime pour la facture,
- Code caisse gestionnaire pour la facture,
- Code centre gestionnaire pour la facture,

sont renseignées à partir des données lues en carte comme suit :

Organisme gestionnaire du bénéficiaire pour la facture		Donnée à utiliser	
Code régime pour la facture	EF_CF12_01	Code régime	EF_BS04_01
Code caisse gestionnaire pour la facture	EF_CF12_02	Code caisse gestionnaire	EF_BS04_02
Code centre gestionnaire pour la facture	EF_CF12_03	Code centre gestionnaire	EF_BS04_03

### AT

En cas de nature d'assurance AT (*EF\_CF02\_02 = AT*) ces informations sont renseignées à partir de l'organisme gestionnaire de l'AT (*EF\_CF06\_04*) comme suit :

Organisme gestionnaire du bénéficiaire pour la facture		Donnée à utiliser : organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_04)
Code régime pour la facture	EF_CF12_01	caractères 1 et 2
Code caisse gestionnaire pour la facture	EF_CF12_02	caractères 3 à 5

Code centre gestionnaire pour la facture	EF_CF12_03	caractères 6 à 9
--	------------	------------------

**SMG**

En cas de nature d'assurance SMG (EF\_CF02\_02 = SMG) :

- Le code régime pour la facture (EF\_CF12\_01) est renseigné à partir du code régime SMG (EF\_CF11\_03)
- Le code caisse gestionnaire pour la facture (EF\_CF12\_02) est renseigné à partir du code caisse gestionnaire SMG (EF\_CF11\_04)
- Le code centre gestionnaire pour la facture (EF\_CF12\_03) est renseigné à partir du code centre gestionnaire SMG (EF\_CF11\_05)

**Cas particuliers****[CP1] Délivrance d'un contraceptif à la mineure**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas de la délivrance du contraceptif d'urgence à la mineure (EF\_IP01\_04 = « contraceptif d'urgence »), la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie. :

Organisme gestionnaire du bénéficiaire pour la facture		Donnée à utiliser	
Code régime pour la facture	EF_CF12_01	Valeur « 01 »	EF_PS04_04
Code caisse gestionnaire pour la facture	EF_CF12_02	Code caisse de rattachement	
Code centre gestionnaire pour la facture	EF_CF12_03	Non précisé dans le CDC	

Il en est de même dans le cas de la délivrance d'un contraceptif autre que le contraceptif d'urgence si la mineure demande à bénéficier de la confidentialité (EF\_IP01\_04 = « contraceptif hors urgence avec confidentialité »).

**[CP2] Anonymisation des examens pour contraception des mineures**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la patiente a demandé à bénéficier de la confidentialité pour ses examens médicaux ou de biologie médicale relatifs à la contraception, (EF\_IP01\_05 = « Anonymisation des examens pour contraception des mineures »), la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de rattachement du Professionnel de Santé :

Organisme gestionnaire du bénéficiaire pour la facture		Donnée à utiliser	
Code régime pour la facture	EF_CF12_01	Valeur « 01 »	EF_PS04_04
Code caisse gestionnaire pour la facture	EF_CF12_02	Code caisse de rattachement	

Code centre gestionnaire pour la facture	EF_CF12_03	Non précisé dans le CDC	
--	------------	-------------------------	--

**[RG\_CF407] Contrôler le code régime, le code caisse gestionnaire et le code centre gestionnaire pour la facture par rapport à la nature d'assurance (EF\_CF02\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où :

- le code régime pour la facture (EF\_CF12\_01) est égal au code régime SMG (EF\_CF11\_03)

et que

- le code caisse gestionnaire pour la facture (EF\_CF12\_02) est égal au code caisse gestionnaire SMG (EF\_CF11\_04)

et que

- le code centre gestionnaire pour la facture (EF\_CF12\_03) est égal au code centre gestionnaire SMG (EF\_CF11\_05)

le code nature d'assurance (EF\_CF02\_02) correspond nécessairement à « SMG ».



#### Cas d'erreur

**[CE1] Organisme gestionnaire incompatible avec la nature d'assurance**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas d'erreur, le système de facturation informe le Professionnel de Santé et interdit la réalisation d'une telle facture.

### 3.2.3.6 CF01.03.06 : Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance SMG

#### Vue générale

**Nom** CF01.03.06 **Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance SMG**

**Description** Selon la nature d'assurance sélectionnée, les données à acquérir pour le contexte commun de prise en charge AMO diffèrent.

Cette tâche consiste à acquérir et déterminer les données du contexte commun de prise en charge AMO en nature d'assurance Soins Médicaux Gratuits (SMG).

L'ouverture des droits SMG n'est pas contrôlée par le système de facturation. Ils sont induits par le choix du Professionnel de Santé de la nature d'assurance SMG

**Entrées** Code famille du Professionnel de Santé **EF\_PS04\_09**

Montant total de la facture **EF\_IP01\_03**

Code prestation **EF\_IP04\_01**

**Sorties** Nature d'assurance SMG **EF\_CF11**

**Situations spécifiques** Aucune



## Règles de gestion

**[RG\_CF403] Acquérir l'organisme gestionnaire SMG (EF\_CF11\_03, EF\_CF11\_04, EF\_CF11\_05)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

### Code régime

Le code régime SMG (EF\_CF11\_03) correspond au numéro « **08** »

### Code caisse

Le code caisse gestionnaire SMG (EF\_CF11\_04) correspond au numéro « **835** »

### Code centre

Le code centre gestionnaire SMG (EF\_CF11\_05) correspond au numéro « **0300** »



**Remarque :** A partir du moment où le Professionnel de Santé choisit le contexte de facturation SMG, la facture est transmise à la CNMSS chargée de la gestion des flux SMG.

**[RG\_CF404] Acquérir le montant total pris en charge au titre des SMG (EF\_CF11\_06)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant total de prise en charge au titre des SMG (EF\_CF11\_06) est renseigné par le Professionnel de Santé à partir de l'accord de prise en charge SMG.



En l'absence d'accord de prise en charge SMG, ce montant est non renseigné.



### Cas particuliers

**[CP1] Auxiliaires Médicaux**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas particulier où le Professionnel de Santé appartient à la famille « Auxiliaires Médicaux » (EF\_PS04\_09) il est recommandé au système de facturation d'informer le Professionnel de Santé au moment de la saisie du montant total de prise en charge SMG qu'en cas d'actes en série, la facture doit comporter l'ensemble des soins de la série sur laquelle porte l'accord de prise en charge SMG »

**[RG\_CF405] Déterminer le montant total effectif pris en charge au titre des SMG (EF\_CF11\_07)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La prise en charge de la facture au titre des SMG peut être inférieure au montant mentionné sur l'accord de prise en charge. En effet, cette prise en charge effective doit être limitée à la dépense réelle, i.e. le total du montant des honoraires perçus par le Professionnel de Santé :

Le Montant total effectif pris en charge au titre des SMG (EF\_CF11\_07) est égal au **MINIMUM** entre le Montant total pris en Charge au titre des SMG (EF\_CF11\_06) et le Montant total de la facture i.e. la somme des montants PS des honoraires de chaque prestation saisies par le Professionnel de Santé (EF\_IP04\_06) et des bases de remboursement (EF\_VF05\_02) des prestations d'honoraire de dispensation générées par le système.



En l'absence d'accord de prise en charge SMG, ce montant est non renseigné.



**[RG\_CF406] Déterminer le top prise en charge SMG pour SGS uniquement (EF\_CF11\_08)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture en nature d'assurance SMG, le « top prise en charge SMG de SGS uniquement » (EF\_CF11\_08) est positionné à VRAI dans le cas où toutes les prestations saisies par le Professionnel de Santé sont des prestations sanitaires non identifiées par l'Assurance Maladie, i.e. des prestations de code prestation (EF\_IP04\_01) « **SGS** ».



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

### Vue générale

**Nom** CF01.04 Acquérir et contrôler les données liées au parcours de soins

**Description** Cette tâche a pour objet de déterminer l'ensemble des données de contexte commun AMO en rapport avec le parcours coordonné de soins.

<b>Entrées</b>	Spécialité du professionnel de santé	EF_PS03_14
	Age du bénéficiaire à la date de référence AMO	EF_CF12_04
	Table 15.1 de l'annexe 2bis	EF_A2_T15.1
	Table 15.2 de l'annexe 2bis	EF_A2_T15.2
	Table 15.4 de l'annexe 2bis	EF_A2_T15.4
	Table 16.1 de l'annexe 2bis	EF_A2_T16.1
	Table 16.2 de l'annexe 2bis	EF_A2_T16.2
	Table 18 de l'annexe 2bis	EF_A2_T18
<b>Sorties</b>	Contexte facture parcours de soins	EF_CF13
<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Migrant de passage	SP08.1
	Forçage	SP11

## Schéma

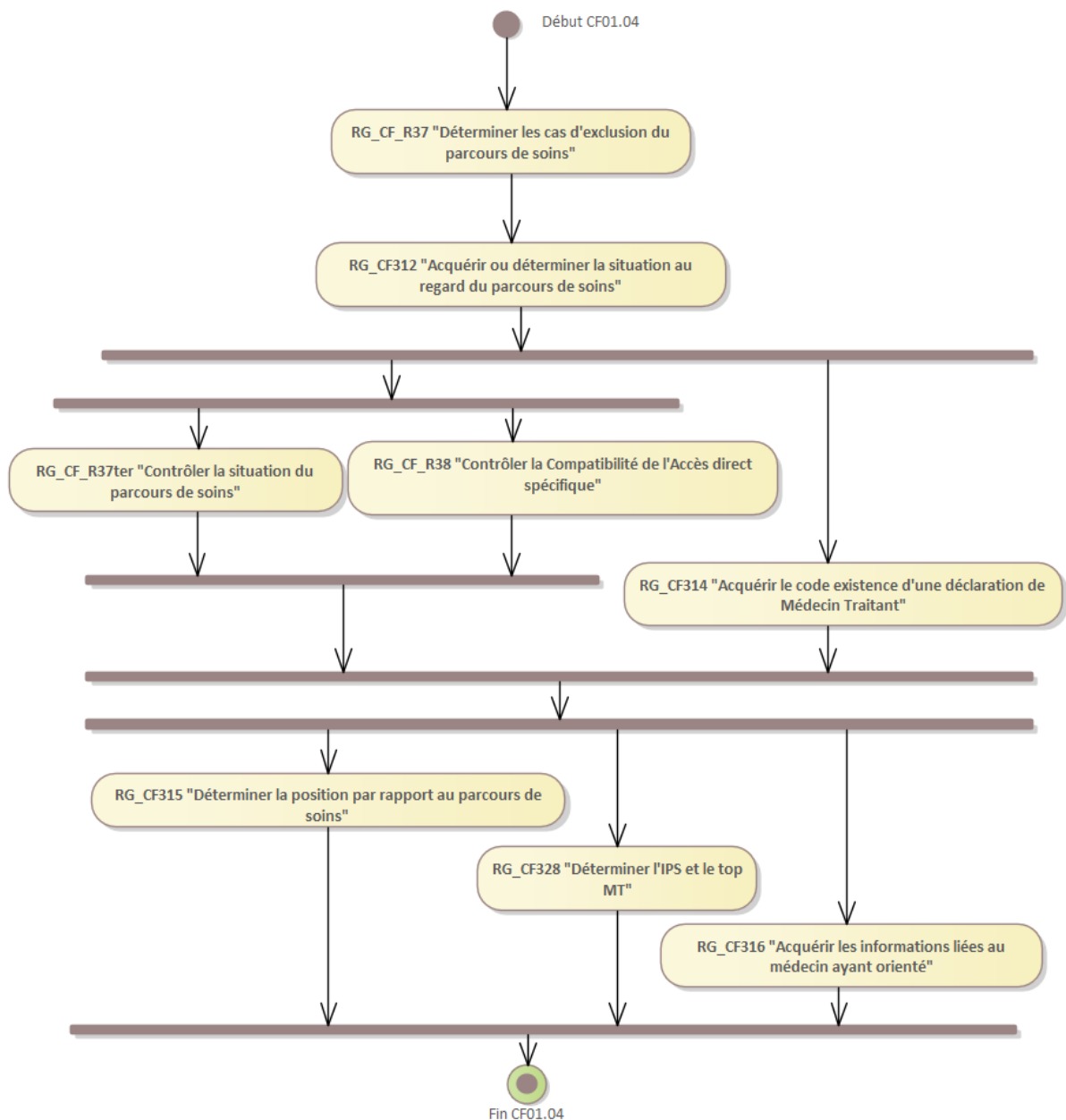


Figure 9 : [SC\_CF01.04]

Enchaînement de CF01.04 : "Acquérir et contrôler les données liées au parcours de soins "

---

**Préambule****PARCOURS DE SOINS – DISPOSITIF MEDECIN TRAITANT****Principe****Désignation du médecin traitant**

*Tous les bénéficiaires d'une couverture maladie sont invités, à partir de 16 ans, à choisir un médecin traitant qui leur permet de s'inscrire dans un parcours de soins coordonnés.*

**Modalités**

Le dispositif médecin traitant et la gestion du parcours coordonné de soins comprennent:

- la désignation par le bénéficiaire de soins de son médecin traitant,
- le respect par le bénéficiaire de soins du parcours de soins sous peine de pénalité de remboursement,
- la possibilité pour le médecin de facturer de nouvelles majorations,
- la possibilité pour le médecin de facturer de nouveaux dépassements.

**Déclaration  
médecin traitant**

Pour respecter le parcours coordonné de soins et ainsi conserver le même niveau de remboursement par leur régime obligatoire, les bénéficiaires de 16 ans et plus sont tenus de désigner un médecin traitant à leur caisse d'assurance maladie. Ils peuvent en changer à n'importe quel moment et désigner ainsi un «nouveau médecin traitant».

Le médecin traitant est choisi sans limitation de durée. Il assure le premier niveau de recours aux soins, et si nécessaire oriente son bénéficiaire de soins vers un autre médecin, dit « médecin correspondant ».

Par ailleurs la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 laisse la possibilité aux parents de désigner un médecin traitant pour leurs enfants, néanmoins cette déclaration pour les enfants de moins de 16 ans n'est pas obligatoire et ils restent non concernés par le Parcours de Soins.

Un bénéficiaire en ALD est tenu, comme tout bénéficiaire de l'Assurance Maladie, de déclarer un médecin traitant.

**Respect du  
parcours**

Lorsque le bénéficiaire consulte son médecin traitant, et lorsqu'il est adressé par ce dernier vers un médecin correspondant (qui peut à son tour l'adresser à un autre médecin), il est dit « dans le parcours coordonné de soins ».

Dans le cas contraire, il est dit « hors parcours coordonné de soins ». Sauf exception, son remboursement par le régime obligatoire est alors réduit.

**Définition du  
Médecin Traitant**

Sauf mention contraire, le terme **Médecin Traitant** regroupe les notions de :

- médecin traitant déclaré,
- nouveau médecin traitant.

ainsi que les situations de remplacement de ces médecins telles que définies pour le Professionnel de Santé Remplaçant.

**Médecin traitant  
de substitution**

Le bénéficiaire peut consulter un autre médecin, en cas d'indisponibilité de son médecin traitant. Ce dernier agit alors en qualité de médecin traitant. Il est appelé « médecin traitant de substitution ».

**PS concernés**

Le dispositif Médecin traitant concerne uniquement les médecins.

Le médecin traitant est soit un généraliste, soit un spécialiste.

Les médecins des centres de santé s'inscrivent dans le dispositif du parcours coordonné de soins.

**PS non  
concernés**

Les professionnels de santé non médecin ne sont pas concernés par le parcours coordonné de soins. Dans le cadre du système de facturation SESAM-Vitale, il s'agit des familles pharmaciens, laboratoires, auxiliaires médicaux, fournisseurs et des catégories chirurgiens dentistes et sages-femmes.

Cependant, les pharmaciens et les laboratoires, peuvent renseigner dans la facture des informations en lien avec le parcours coordonné de soins.

**Cas non  
concernés par le  
parcours de  
soins**

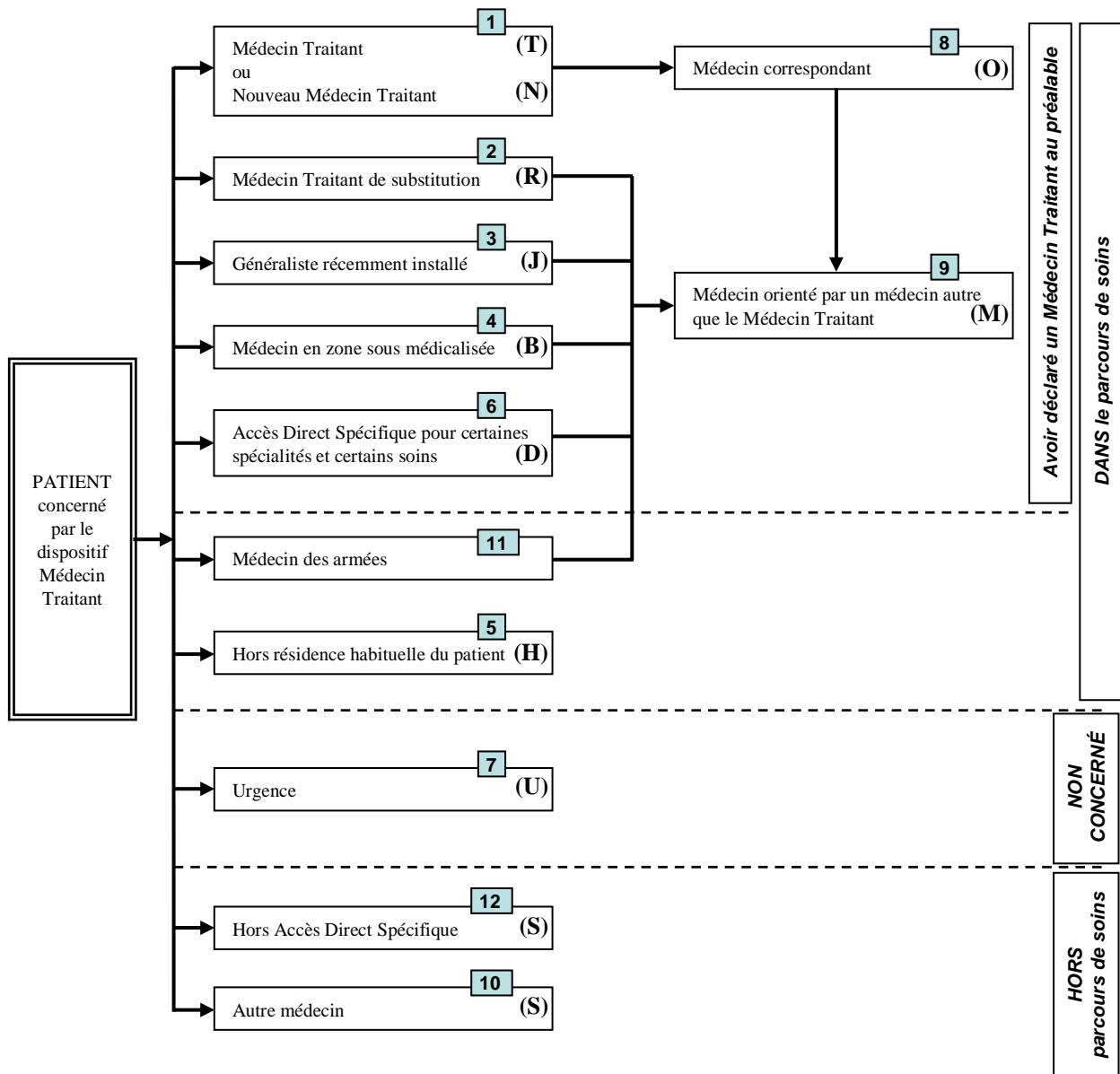
Sont non concernés par le parcours coordonné de soins :

- les cas d'Urgence ⑦
- les **cas d'exclusion** décrits ci-dessous :
  - A partir du 1er juillet 2005 plusieurs cas d'exclusion du parcours coordonné de soins sont prévus en lien avec
    - Soit la spécialité du PS. (cf. *PS non concernés ci-dessus*)
    - soit les caractéristiques du bénéficiaire,
    - soit le contexte de facturation (nature d'assurance et/ou régime gestionnaire),
    - soit la nature des soins.

Ces différents cas sont décrits dans les règles RG\_CF\_R37 et RG\_CF333.

**Cas concernés  
par le parcours  
de soins**

Le schéma ci-après décrit le contexte général du dispositif du médecin traitant pour les bénéficiaires de soins concernés par cette mesure.



**Tableau 1 : Schéma de présentation du Contexte général du dispositif « Médecin Traitant »**

Pour respecter le parcours coordonné de soins, le bénéficiaire de soins est tenu de consulter son médecin traitant avant de s'adresser à un autre médecin, dit médecin correspondant. ⑧

Le bénéficiaire est dispensé d'orientation par son médecin traitant dans les cas suivants :

- Médecin traitant de substitution, ②
- Généraliste récemment installé pour la première fois en libéral, ③
- Médecin nouvellement installé en zone sous médicalisée, ④
- Accès direct spécifique

Pour certaines spécialités l'accès direct spécifique est prévu soit pour certains actes uniquement soit en fonction de l'âge du bénéficiaire de soins à la date de référence AMO (EF\_CF12\_04). ⑥

En conséquence le Professionnel de Santé doit indiquer s'il s'agit de soins relevant de l'accès direct ou non. Pour cela il sélectionne soit le contexte « Accès Direct Spécifique », soit le contexte « Hors Accès Direct spécifique ». Dans ce dernier cas le bénéficiaire est hors parcours de soins. (12)

- Hors résidence habituelle du bénéficiaire de soins ⑤
- Médecin du service des armées (11)



Remarque : le médecin du service des armées agit en tant que salarié et ne facture pas la consultation (cas hors SESAM-Vitale).

Le bénéficiaire peut être orienté vers un autre médecin ⑨ par :

- le Médecin traitant de substitution, ②
- le Médecin du service des armées, (11)
- le Généraliste récemment installé pour la première fois en libéral, ③
- le Médecin nouvellement installé en zone sous médicalisée, ④
- Accès direct spécifique ⑥
- le médecin correspondant ⑧

Dans les autres cas, (hormis s'il est non concerné par le parcours coordonné de soins), le bénéficiaire de soins est considéré hors parcours de soins. ⑩

### **Protocole ALD**

Pour un bénéficiaire en ALD, les règles communes du parcours coordonné de soins s'appliquent que les soins soient prévus au protocole de soins ALD ou pas.

Les bénéficiaires de ce protocole sont concernés par les dispositions liées au parcours de soins mais dispensés d'orientation explicite dès lors que les soins sont conformes au protocole.

### **Pénalités de remboursement**

Dans le cas général, la facturation et le remboursement des soins seront différents suivant que le parcours coordonné de soins est respecté ou non.

## Définitions

### **Situation au regard du parcours de soins**

La situation au regard du parcours de soins correspond à l'une des valeurs listées dans le tableau ci-après.

Dans certains cas cette information est renseignée automatiquement par le progiciel (en fonction de données relatives au Professionnel de Santé, au bénéficiaire des soins et à la prestation). Si elle ne l'est pas, c'est au Professionnel de Santé de la renseigner.

Le tableau ci-dessus précise pour chaque situation comment elle est renseignée.

Situation au regard du parcours de soins	Renseignée par	
	PS	Progiciel
• Exclusion du parcours de soins		X
• Urgence	X	X
• Médecin Traitant	X	
• Nouveau Médecin Traitant	X	
• Médecin traitant de substitution (**)	X	
• Généraliste récemment installé		X
• Médecin installé en zone sous médicalisée		X
• Hors résidence habituelle du patient	X	
• Accès direct spécifique	X	
• Hors Accès Direct Spécifique	X	
• Médecin orienté par le MT	X	
• Médecin orienté par un médecin autre que le MT	X	
• Non respect du parcours (PS non Médecin Traitant, non orienté,...)	X	

### **Existence de la déclaration d'un Médecin traitant**

Cette information sert à préciser si le bénéficiaire des soins a déclaré ou non un médecin traitant auprès de l'assurance maladie.

Cette information est renseignée par le Professionnel de Santé.

Pour certaines situations au regard du parcours de soins, il n'est pas nécessaire de préciser cette information : par exemple en cas d'exclusion du parcours de soins.

### **Position par rapport au parcours de soins**

La position par rapport au parcours de soins correspond à l'une des trois valeurs suivantes :

- **Non concerné** par le parcours de soins,



- **DANS** le parcours de soins
- **HORS** parcours de soins ou

Cette information résulte d'une combinaison entre la situation au regard du parcours de soins et l'existence de la déclaration d'un médecin traitant.

### Contexte du parcours de soins

Le contexte du parcours de soins correspond aux deux informations couplées suivantes :

- « situation au regard du parcours de soins »,
- « existence de la déclaration d'un médecin traitant ».

Le Professionnel de Santé est tenu d'indiquer le contexte du parcours de soins, à savoir la situation de la facture par rapport au parcours coordonné de soins et, le cas échéant, l'existence d'un Médecin traitant déclaré par le bénéficiaire de soins. Cette indication est nécessaire en l'absence d'exclusion du parcours de soins, sauf cas d'urgence.

### Règles de gestion

#### [RG\_CF\_R37] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle s'applique à compter du **01/07/2005**.

Cette règle a pour objet de déterminer les cas d'exclusion liés :

- soit à la situation du bénéficiaire (cf. table 15.2 de l'annexe 2bis : EF\_A2\_T15.2)
- soit à la spécialité du PS, (cf. table 15.1 de l'annexe 2bis : EF\_A2\_T15.1)
- soit à la nature d'assurance (cf. table 15.4 de l'annexe 2bis : EF\_A2\_T15.4)

Les cas d'exclusion liés à la nature des soins sont identifiés ultérieurement une fois l'ensemble des données de contexte prestation (opération CF02 « d'acquisition du contexte prestation de prise en charge AMO ») acquis pour chaque prestation de la facture.

Dans le cas où la situation du bénéficiaire, la spécialité du PS ou la nature d'assurance entraîne exclusion du parcours de soins, le top « exclusion du parcours de soins » prend la valeur VRAI. **Tables utilisées**

- Table 15.1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T15.1)
- Table 15.2 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T15.2)
- Table 15.4 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T15.4)



#### Références réglementaires

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



Cette règle présente des spécificités pour les situations spécifiques suivantes :



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



#### Situations spécifiques

**[SP06] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins en AME**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les personnes bénéficiant de l'AME ne sont pas concernées par le dispositif médecin traitant et le parcours coordonné de soins.

**Tables utilisées**

- Table 15.2 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T15.2)

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le bénéficiaire des soins est un migrant de passage il est exclus de fait du parcours de soins.

**[RG\_CF312] Acquérir ou déterminer la situation au regard du parcours de soins (EF\_CF13\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas d'exclusion de la facture du parcours de soins, la situation au regard du parcours de soins prend la valeur « exclusion du parcours de soins ».

Dans le cas contraire, la situation de la facture au regard du parcours de soins est renseignée par le Professionnel de Santé. Cette information correspond aux différents cas de figure suivants :

Facture élaborée :

- par le médecin traitant déclaré, (lorsque c'est le médecin traitant qui établit la facture)
- par le nouveau médecin traitant,
- en accès direct spécifique,
- en urgence,
- hors résidence habituelle du bénéficiaire de soins,
- par un généraliste récemment installé en exercice libéral,

Dans le cadre du parcours coordonné de soins un Médecin généraliste récemment installé pour la première fois en libéral peut être consulté sans orientation préalable du médecin traitant. La situation au regard du parcours de soins prend alors une valeur spécifique et le bénéficiaire de soins est considéré « dans le parcours de soins ».

La durée de cette dérogation par rapport à la date d'installation est fixée par décret.

RH-INTEG-DSF-020 V03.16  
travail non contenues en carte

6.1.1.1.11. Données nécessaires au poste de

Annexes 1-A v1.40-03.20 v12.05  
exercice libéral

2.1.2.3. Date de première installation en

De plus, le système peut déterminer ce cas de figure en fonction de la date d'installation (EF\_PS04\_01) et le proposer au Professionnel de Santé.

- par un médecin installé en zone sous médicalisée,

Dans le cadre du parcours coordonné de soins un Médecin installé en zone sous médicalisée peut être consulté sans orientation préalable du médecin traitant. La situation au regard du parcours de soins prend alors une valeur spécifique et le bénéficiaire de soins est considéré « dans le parcours de soins ».

La durée de cette dérogation par rapport à la date d'installation est fixée par décret.

- par un médecin traitant de substitution remplacé (médecin traitant de substitution remplacé),
- par un médecin correspondant (cas d'orientation par le médecin traitant),
- par un médecin pour un bénéficiaire orienté (par un autre médecin que le médecin traitant),
- en hors accès direct spécifique,
- hors parcours de soins,

**[RG\_CF\_R37ter] Contrôler la situation du parcours de soins (EF\_CF13\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Certains contextes du parcours de soins ne sont possibles que pour certaines spécialités de Professionnel de Santé et pendant une durée limitée.

Cette règle a pour objet de vérifier, à la date des soins, la validité du contexte saisi par le Professionnel de Santé:

- « généraliste récemment installé » par rapport à la date de première installation en exercice libéral du Professionnel de Santé
- « médecin installé en zone sous médicalisée » par rapport à la date d'installation en zone sous médicalisée.



**Tables utilisées**

- Table 18 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T18)



**Références Réglementaires**

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



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



**Cas d'erreur**

**[CE1] situation sélectionnée interdite**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La situation du parcours de soins est « hors parcours ».

**[RG\_CF\_R38] Contrôler la Compatibilité de l'« Accès direct spécifique »**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Lorsque la situation de la facture au regard du parcours de soins (EF\_CF13\_02) est renseignée à l'une des deux valeurs « Accès direct spécifique » ou « hors accès direct spécifique », il convient de vérifier la compatibilité de cette valeur avec d'une part la spécialité du professionnel de santé (EF\_PS03\_14 et d'autre part avec l'âge du bénéficiaire à la date de référence AMO (EF\_CF12\_04). Les notions d'âge définies dans les tables utilisées s'entendent du premier jour de l'âge min à la veille de la date anniversaire de l'âge max.



Pour certaines spécialités, la saisie de la situation « accès direct spécifique » ou « hors accès direct spécifique » est fonction de la nature des soins et relève dans ce cas de la responsabilité du Professionnel de Santé.



**Tables utilisées**

- Table 16.1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T16.1)

- Table 16.2 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T16.2)



### Références Réglementaires

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



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



### Cas d'erreur

**[CE1] Accès direct interdit**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La situation du parcours de soins est « hors parcours ».

**[RG\_CF314] Acquérir le code existence d'une déclaration de Médecin Traitant (EF\_CF13\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code Existence d'une déclaration de médecin traitant est renseigné par le Professionnel de Santé en fonction de l'information que lui communique le bénéficiaire des soins.

Cette information doit être renseignée dans les cas où la situation au regard du parcours de soins correspond à l'un des cas suivants :

Facture élaborée :

- en accès direct spécifique,
- hors résidence habituelle du bénéficiaire de soins,
- par un généraliste récemment installé,
- par un médecin installé en zone sous médicalisée,
- par un médecin traitant de substitution,
- par un médecin correspondant (i.e. orienté par le MT),
- par un médecin pour un bénéficiaire orienté (i.e. orienté par un autre médecin que le médecin traitant),
- en hors accès direct spécifique.

Pour les autres situations au regard du parcours de soins, le renseignement de cette information est non nécessaire car :

- soit elle découle directement de la situation  
exemple : la situation « médecin traitant » signifie automatiquement qu'il existe une déclaration de MT »)
- soit elle est non nécessaire pour la détermination de la position  
exemple : en cas d'urgence, la position par rapport au parcours de soins est nécessairement **Non Concernée**, qu'il y ait ou pas une déclaration de MT).

Cette information est notamment disponible, à titre informatif, au niveau du support de droits AMO et est affichée au Professionnel de Santé. Cependant le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé de confirmer ou modifier cette information.

**[RG\_CF315] Déterminer la position par rapport au parcours de soins (EF\_CF13\_03)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

### Facture concernée/non concernée

La facture au regard du parcours de soins est :

- soit Non concernée par le parcours de soins,
- soit Concernée par le parcours de soins.

Sont non concernés par le parcours de soins :

- Les cas d'exclusion du parcours de soins
- Les cas d'Urgence.

Dans le cas contraire les factures sont concernées par le parcours de soins.

En fonction de sa situation par rapport au parcours et, le cas échéant, l'existence d'un Médecin traitant déclaré par le bénéficiaire de soins, le système de facturation détermine la position par rapport au parcours de soins : « non concerné », « DANS » ou « HORS » du parcours.

Saisie du PS Contexte du parcours de soins		Donnée interne (cf. RG_CF_R37bis)
Situation au regard du parcours de soins	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant	Position par rapport au parcours de soins
Exclusion du parcours de soins	(sans objet) (*)	Non concerné
Urgence	(sans objet) (*)	
Médecin Traitant	(sans objet) (*)	Dans
Nouveau Médecin Traitant	(sans objet) (*)	
Médecin traitant de substitution (**)	Oui	
Généraliste récemment installé	Oui	
	Non ou ne sait pas	Hors
Médecin installé en zone sous médicalisée	Oui	Dans
	Non ou ne sait pas	Hors
Hors résidence habituelle du patient	Oui	Dans
	Non ou ne sait pas	
Accès direct spécifique	Oui	Hors
	Non ou ne sait pas	
Hors Accès Direct Spécifique	Oui	Hors
	Non ou ne sait pas	
Médecin orienté par le MT	(sans objet) (*)	Dans
Médecin orienté par un médecin autre que le MT (médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée...)	Oui	
	Non ou ne sait pas	Hors
Non respect du parcours (PS non Médecin Traitant, non orienté,...)	(sans objet) (*)	

(\*) Saisie non nécessaire par le Professionnel de Santé, du fait du renseignement de la situation au regard du parcours de soins.

(\*\*) Le Professionnel de Santé se trouve dans la situation de « Médecin traitant de substitution » uniquement lorsque le bénéficiaire l'informe de l'existence d'une déclaration du Médecin Traitant. Dans le cas contraire, la situation au regard du parcours de soins à saisir est « Non respect du parcours ».

**Tableau 2 : [TAB\_A0\_T1] Tableau de Détermination de l'existence de médecin traitant et de la position par rapport au parcours de soins.**



### Références Réglementaires

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

**[RG\_CF316] Acquérir les informations liées au médecin ayant orienté (EF\_CF13\_04 ; EF\_CF13\_05 ; EF\_CF13\_06 ; EF\_CF13\_07)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le PS indique que le bénéficiaire de soins est orienté par son médecin traitant, le PS doit pouvoir saisir les informations suivantes :

- Le nom du médecin ayant orienté (EF\_CF13\_04)
- Le prénom du médecin ayant orienté (EF\_CF13\_05)
- L'identifiant de facturation du médecin ayant orienté (EF\_CF13\_06)
- La clé de l'identifiant de facturation du médecin ayant orienté (EF\_CF13\_07)

Le nom et le prénom du Médecin Traitant sont obligatoires si le bénéficiaire de soins est orienté i.e. si la facture est élaborée par le médecin correspondant (le bénéficiaire est orienté par le médecin traitant) ou un médecin orienté (le bénéficiaire est orienté par un médecin autre que le médecin traitant).

Le numéro d'identification et la clé sont prévus pour utilisation future. Ces deux données n'ont pas à être saisies.

**[RG\_CF328] Déterminer l'IPS (EF\_CF13\_08) et le top MT (EF\_CF13\_09)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

### Règle de détermination de l'IPS et du top Médecin Traitant

En fonction du contexte du parcours de soins, à savoir la situation par rapport au parcours (EF\_CF13\_02) et, le cas échéant, l'existence d'un Médecin traitant déclaré par le patient (EF\_CF13\_01), le système détermine :

- l'indicateur de parcours de soins (IPS) à transmettre dans la facture, (EF\_CF13\_08)
- la valeur du « top Médecin Traitant » à transmettre dans la facture (EF\_CF13\_09)

Saisie du PS Contexte du parcours de soins		Données Facture	
Situation au regard du parcours de soins	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant	IPS	top MT
Exclusion du parcours de soins	(sans objet) (*)	Blanc	Blanc
Urgence	(sans objet) (*)	U	Blanc
Médecin Traitant	(sans objet) (*)	T	O
Nouveau Médecin Traitant	(sans objet) (*)	N	O
Médecin traitant de substitution(**)	Oui	R	O
Généraliste récemment installé	Oui	J	O
	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc

Saisie du PS Contexte du parcours de soins		Données Facture	
Situation au regard du parcours de soins	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant	IPS	top MT
Médecin installé en zone sous médicalisée	Oui	B	O
	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc
Hors résidence habituelle du patient	Oui	H	O
	Non ou ne sait pas	H	N ou blanc
Accès direct spécifique	Oui	D	O
	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc
Hors Accès Direct Spécifique	Oui	S	O
	Non ou ne sait pas		N ou blanc
Médecin orienté par le MT	(sans objet) (*)	O	O
Médecin orienté par un médecin autre que le MT (médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée...)	Oui	M	O
	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc
Non respect du parcours (PS non Médecin Traitant, non orienté,...)	(sans objet) (*)	S	O, N ou Blanc

(\*) Saisie non nécessaire par le Professionnel de Santé, du fait du renseignement de la situation au regard du parcours de soins.

(\*\*) Le Professionnel de Santé se trouve dans la situation de « Médecin traitant de substitution » uniquement lorsque le bénéficiaire l'informe de l'existence d'une déclaration du Médecin Traitant.

Dans le cas contraire, la situation au regard du parcours de soins à saisir est « Non respect du parcours ».

**Tableau 2 : [TAB\_CF01.04] Tableau de Détermination de l'IPS et de la position par rapport au parcours de soins.**

#### Consignes de renseignement de l'IPS et du top MT :

- Dans les cas où le parcours de soins n'est pas respecté, l'IPS prend nécessairement la valeur 'S'.
- En cas d'urgence attestée par le Professionnel de Santé, l'IPS est valorisé à « U » et le top MT n'est pas renseigné (valeur blanc).
- Lorsque le Professionnel de Santé indique qu'il est le Médecin Traitant ou un nouveau Médecin Traitant ou le médecin traitant de substitution ou le médecin orienté par le MT, le progiciel renseigne le top MT à « O » dans la facture.
- Dans les cas d'exclusion du parcours de soins (RG\_CF\_R37), l'IPS et le top MT sont non renseignés (valeur blanc).
- Si la situation au regard du parcours de soins est « Hors parcours de soins », alors le progiciel doit proposer la situation « Généraliste récemment installé » si celle-ci est vérifiée (RG\_CF\_R37ter).

- Si la situation au regard du parcours de soins est « Hors parcours de soins », alors le logiciel doit proposer la situation « Médecin installé en zone sous médicalisée » si celle-ci est vérifiée (cf RG\_CF\_R37ter).



### 3.2.5 CF01.05 : Déterminer le Tiers Payant AMO

#### Vue générale

**Nom** CF01.05 Déterminer le Tiers Payant AMO

**Description** Cette tâche a pour objet de déterminer, s'il y a lieu d'appliquer le Tiers Payant sur la part obligatoire de chaque prestation de facture.

<b>Entrées</b>	Date de fin de droits AMO	EF_BS06_02
	Coefficient de la prestation	EF_IP04_03
	Code nature d'assurance	EF_CF02_02
	Code support Vitale	EF_BS25_01
<b>Sorties</b>	Code tiers payant AMO	EF_CF02_03
<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Sortant de la C2S	SP04
	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Bénéficiaire « autre situation de migrant »	SP08.2
	Forçage	SP11
	Victime d'Attentat	SP18

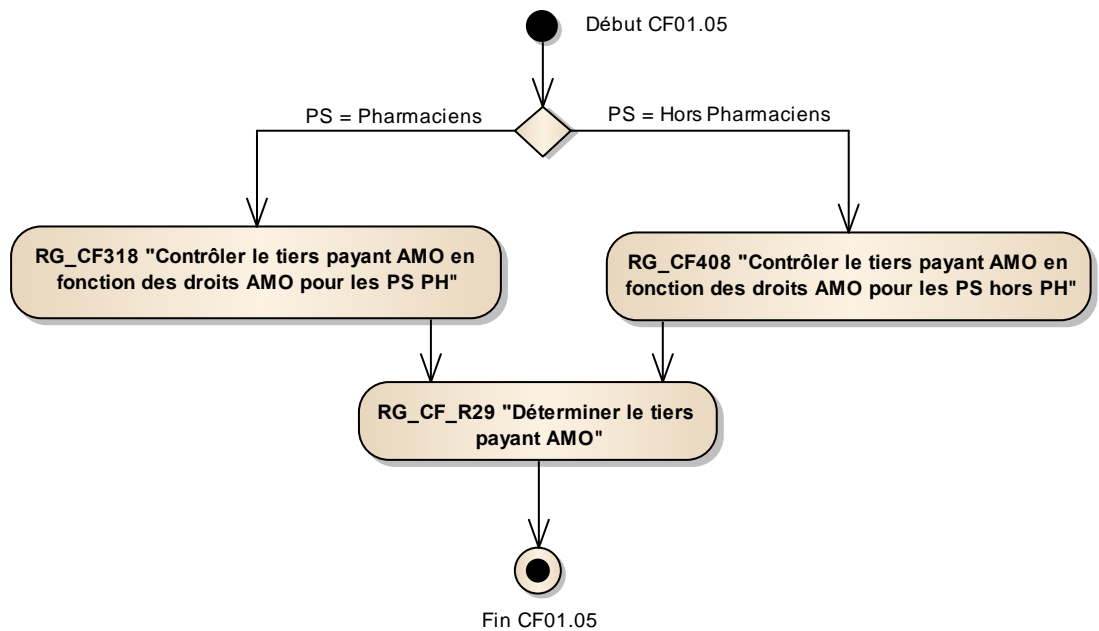
#### Préambule

##### SMG

Dans le cadre des Soins Médicaux Gratuits (nature d'assurance SMG), l'accès au tiers payant est justifié par la production de l'attestation de droits aux SMG et le choix du contexte SMG par le Professionnel de Santé.

La part remboursable correspondant au montant conventionnel ou au tarif autorisé par l'accord préalable est facturée par le Professionnel de Santé en tiers payant AMO à chaque fois que c'est possible.

---

**Schéma**

**Figure 10 : [SC\_CF01.05] Enchaînement de CF01.05 : "Déterminer le Tiers Payant AMO "**

## Règles de gestion

### [RG\_CF\_R29] Déterminer le Tiers Payant AMO (EF\_CF02\_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé doit accorder à l'assuré l'avance de frais (également dénommé tiers payant) sur la part obligatoire dans la mesure où le Bénéficiaire des Soins (hors « autre situation de migrant ») est identifié avec un support Vitale (EF\_BS25\_01). Dans ce cas, le système de facturation doit positionner le code tiers payant AMO (EF\_CF02\_03) à VRAI. Dans le cas contraire ce code est à FAUX.

Le positionnement par défaut du code tiers payant AMO (EF\_CF02\_03) se fait en fonction de la valeur du paramètre « top d'activation du Tiers-Payant AMO dans le cas général (EF\_PS04\_19) »

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

#### Références réglementaires :

- Art L 432-1 et L432-3 du Code de la Sécurité Sociale.
- Conventions Nationales des médecins.
- Art L 861-3 du code de la sécurité Sociale
- Article 83 du projet de loi de modernisation du système de santé
- Art L. 161-36-4. du code de la sécurité sociale modifié



#### Cas particuliers

##### [CP1] Tiers payant AMO obligatoire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'avance de frais sur la part obligatoire s'impose au Professionnel de Santé dans les cas particuliers suivants :

#### • Nature d'assurance AT

Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance "Accident du travail", le contexte Tiers Payant est obligatoire. Celui-ci s'applique dans sa totalité dans la limite du tarif de responsabilité

#### • Nature d'assurance Maternité

Si les soins sont couverts par la nature d'assurance "Maternité", le contexte Tiers Payant est obligatoire. Celui-ci s'applique dans sa totalité dans la limite du tarif de responsabilité.

#### • Permanence des soins

Dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte suite à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de la permanence de soins, la dispense d'avance de frais doit être proposée sur la part AMO par le Professionnel de Santé.

Une intervention d'astreinte est caractérisée par un code prestation spécifique de groupe fonctionnel général « Permanence des soins » (EF\_IP05\_03).

#### • Centres de Santé

Si les soins sont réalisés en Centre de santé, le contexte tiers payant est obligatoire : la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé, dans la limite du tarif de responsabilité.

- **Délivrance à la mineure d'un contraceptif**

Dans le cas de la délivrance à la mineure d'un contraceptif, le contexte tiers payant est obligatoire : la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé, dans la limite du tarif de responsabilité.

- **Soins en rapport avec le protocole ALD**

Si l'une au moins des prestations de la facture correspond à des soins qui sont en rapport avec le protocole ALD, le contexte Tiers Payant est obligatoire : la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé, dans la limite du tarif de responsabilité.

- **Examens relatifs à la contraception des mineures**

Lors de la facturation de prestations relatives à la contraception des mineures, qu'il s'agisse d'examens médicaux ou d'examens de biologie médicale, le contexte Tiers Payant est obligatoire : la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé, dans la limite du tarif de responsabilité.

- **Consultations Obligatoires Enfant**

Lors de la facturation d'une prestation de type Consultation Obligatoire Enfant (EF\_IP05\_03=COx), le contexte Tiers Payant est obligatoire : la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé, dans la limite du tarif de responsabilité.

Dans tous les cas, :

- le système de facturation doit proposer au Professionnel de Santé l'application du Tiers Payant sur la part obligatoire,
- le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais proposée par le Professionnel de Santé.



**Tables utilisées :**

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T1) **Permanence des soins**
- Table 8.x de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T8.x) **Soins conformes au protocole ALD**



**Références réglementaires :**

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

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

➤ **Situations spécifiques pour ce cas particulier**

**[CP1][SP03] Tiers payant AMO pour un bénéficiaire de la C2S**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le système de facturation identifierait un bénéficiaire de la C2S, il doit proposer au Professionnel de Santé l'application du Tiers Payant sur la part obligatoire.

Si le patient bénéficie de la C2S; la dispense d'avance des frais doit être proposée par le Professionnel de Santé sur la part AMO, dans la limite du tarif de responsabilité.

Le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais.

**[CP1][SP04] Tiers payant AMO pour les bénéficiaires sortants de C2S**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le système de facturation identifierait un sortant de C2S, il doit proposer au Professionnel de Santé l'application du Tiers Payant sur la part obligatoire.

Si le bénéficiaire est sortant de C2S la dispense d'avance des frais doit être proposée par le Professionnel de Santé sur la part AMO.

Le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais.

**[CP1][SP06] Tiers payant AMO pour un bénéficiaire en AME**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le patient bénéficie de l'AME, la dispense d'avance de frais doit être proposée par le Professionnel de Santé sur la part AMO.

Le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais.

**[CP1][SP18] Tiers payant AMO pour un bénéficiaire Victime d'Attentat**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le bénéficiaire des soins est identifié bénéficiaire Victime d'Attentat (il présente une attestation de droit Victime d'Attentat et les soins sont en rapport avec les actes de terrorisme) alors la dispense d'avance de frais doit être proposée par le Professionnel de Santé sur la part AMO.

Le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais.



A noter que pour un bénéficiaire Victime d'Attentat, la part AMC est nécessairement à zéro.

**[CP2] Nature d'assurance SMG**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre des soins Médicaux Gratuits (nature d'assurance SMG), le professionnel de santé a la possibilité d'accorder à l'assuré l'avance de frais (également dénommé Tiers Payant) sur la part obligatoire, indépendamment des droits AMO.

L'avance de frais est fortement recommandée au Professionnel de Santé. A ce titre, le système de facturation doit considérer par défaut l'information « Tiers Payant AMO » (EF\_CF02\_03) à VRAI, le Professionnel de Santé pouvant toujours modifier cette information.



**Remarque :** cette règle **RG\_CF\_R29** est une généralisation de la règle [Cahier des charges – annexe 2 – R29] qui portait initialement sur le contexte de Tiers Payant lié à des dispositions spécifiques.



### Situations spécifiques

#### [SP08.2] Bénéficiaire « autre situation de migrant ».

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

#### [RG\_CF318] Contrôler le tiers payant AMO en fonction des droits AMO pour les PS pharmaciens.

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'accès au tiers payant est interprété en fonction de l'information « date de fin de droit AMO » (EF\_BS06\_02).

La date à prendre en compte pour examiner le droit au tiers payant est la date de référence AMO (EF\_CF02\_01).

Si cette date est strictement supérieure à la date de fin de la période de droits AMO présente en carte (EF\_BS06\_02) ou s'il n'y a pas de période de droits AMO remontée de la lecture du support de droits de la carte (EF\_BS06 non renseignée), le système de facturation doit informer le Professionnel de Santé qu'il convient au bénéficiaire de **mettre à jour sa carte Vitale** et que le tiers payant ne peut donc pas s'appliquer.

Le message à afficher est le suivant : « La carte Vitale doit être mise à jour. Dans le cas contraire, l'application du tiers payant AMO générera un forçage transmis dans la FSE. ».

Cette règle ne concerne pas :

- les factures en nature d'assurance SMG (EF\_CF02\_02 = « SMG »),
- les factures en contexte APIAS (EF\_CF06\_06 = « VRAI »),
- les factures dont les informations du bénéficiaire des soins ont été acquises avec le service ADRi (EF\_BS03\_05 = « ADRi »).

Dans ces contextes, le professionnel de santé a la possibilité d'accorder à l'assuré le tiers payant sur la part obligatoire, indépendamment des droits AMO inscrits en carte.



### Cas particuliers

#### [CP1] Droits permanents

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où la « date de fin de droits AMO » est non renseignée, (la date de début étant renseignée) l'accès au Tiers Payant n'est pas limité dans le temps.

#### [CP2] Dispositions réglementaires spécifiques

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé peut toutefois accorder le Tiers Payant au-delà de la date de fin de droits AMO, notamment en cas d'obligation réglementaire du tiers-payant. Cet accord entraîne alors un forçage de la facture.



**[SP11]** cf. Situation Spécifique de forçage.

**[RG\_CF408] Contrôler le tiers payant AMO en fonction des droits AMO pour les PS hors pharmaciens.**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le tiers payant AMO est accessible sans limite pour tous les Bénéficiaires de Soins à l'exception des bénéficiaires « autre situation de migrant » (cf. [SP08.2]) et des bénéficiaires de soins adhérents à la Caisse des Français à l'Etranger (cf. [CP1]), pour qui le tiers payant est limité par la date de fin de droits AMO (EF\_BS06\_02).



**Cas particuliers**

**[CP1] Bénéficiaires de soins affiliés à la CFE**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires affiliés à la Caisse des Français à l'Etranger (EF\_BS04\_01 = 17), l'accès au tiers payant est interprété en fonction de l'information « date de fin de droit AMO » (EF\_BS06\_02).

La date à prendre en compte pour examiner le droit au tiers payant est la date de référence AMO (EF\_CF02\_01).

Si cette **date** est strictement supérieure à la date de fin de la période de droits AMO (EF\_BS06\_02) ou **s'il n'y a pas de période de droits AMO remontée de la lecture du support de droits (EF\_BS06 non renseignée)**, le tiers payant ne peut s'appliquer sans forçage.



**Situations spécifiques**

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires « autre situation de migrant », l'accès au tiers payant est interprété en fonction de l'information « date de fin de droit AMO » (EF\_BS06\_02).

La date à prendre en compte pour examiner le droit au tiers payant est la date de référence AMO (EF\_CF02\_01).

Si cette date est strictement supérieure à la date de fin de la période de droits AMO (EF\_BS06\_02) ou s'il n'y a pas de période de droits AMO remontée de la lecture du support de droits (EF\_BS06 non renseignée), le tiers payant ne peut s'appliquer sans forçage.



**[SP11]** Situation Spécifique forçage.

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

#### Vue générale

**Nom** CF01.06 Acquérir et contrôler la nature d'assurance

**Description** La nature d'assurance de la facture permet d'indiquer à l'assurance maladie si les prestations indiquées sur la feuille de soins relèvent :

- du risque Maladie
- du risque Maternité
- du risque Accidents du Travail (AT)
- du risque Prévention
- du contexte Soins Médicaux Gratuits (SMG)

En fonction de la nature d'assurance choisie, les règles d'élaboration de la facture diffèrent.



A noter que le risque Prévention est mentionné pour mémoire mais n'est pas géré actuellement dans le périmètre des présentes SFG.

**Entrées** Qualité du bénéficiaire

**EF\_BS09\_02**

**Sorties** Code nature d'assurance

**EF\_CF02\_02**

**Situations  
spécifiques** Aucune

#### Règles de gestion

**[RG\_CF304] Acquérir la nature d'assurance (EF\_CF02\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La nature d'assurance est renseignée par le PS.

Elle correspond à l'un des 5 contextes suivants :

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



La détermination de la nature d'assurance est effectuée à partir d'un support particulier (guide maternité, feuillet Accident de Travail) ou en fonction de l'acte facturé (forfait accouchement à domicile, séances de rééducation de la paroi abdominale)

Pour choisir le risque Accident du Travail, le Professionnel de Santé est tenu de disposer nécessairement d'un feuillet AT (FAT) fourni par le bénéficiaire des soins.

Dans le cas contraire, le Professionnel de Santé opte pour le risque maladie.

Pour choisir le contexte Soins Médicaux Gratuits, le Professionnel de Santé est tenu de disposer nécessairement :



- Pour un prescripteur de l' « attestation de droits aux Soins Médicaux Gratuits », et de la « Fiche Descriptive des Infirmités donnant droit aux Soins Médicaux Gratuits »
- pour un Professionnel de Santé exécutant, de l'ordonnance mentionnant le rapport des soins avec les infirmités ayant donné lieu à pension.

De fait, une facture ne peut comporter que des prestations relatives à un seul et même risque :



### Cas particulier

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans certaines situations le contexte de maternité peut être détecté par le progiciel de sorte à ce qu'il propose par défaut la nature d'assurance maternité au Professionnel de Santé

Les codes situation issus de la lecture de la carte vitale du bénéficiaire sont à utiliser pour identifier une situation « maternité ».

Le code situation s'apprécie à la date de prescription lorsqu'une prescription est à l'origine de la facture, à la date d'élaboration de la facture dans les autres cas.

A une valeur de code situation correspondent une ou plusieurs situations médico administratives cumulées.

S'agissant des codes situation listés ci-dessous, ils contiennent nécessairement une situation « maternité » :

- **0103, 0107, 0110, 0203, 0207, 0405, 1003, 9003.**

En conséquence, dès lors que le progiciel détecte l'un de ces codes situation, la facturation sous la nature d'assurance maternité doit être proposée par défaut au Professionnel de Santé.

Le Professionnel de Santé doit toutefois pouvoir élaborer la facture sous une autre nature d'assurance qu'il aurait identifiée (AT, maladie, SMG).



Cas particulier : à ce jour, les Mahoraises (organisme de rattachement : code caisse = 976 ou code régime / code caisse = 02 / 941) sont exclues de ce dispositif. En conséquence les dispositions ci-dessus ne doivent pas leur être appliquées.

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation de prestations de type Consultation Obligatoire Enfant (EF\_IP05\_03=COx), la nature d'assurance maladie est proposée par défaut au Professionnel de Santé.

Le Professionnel de Santé doit toutefois pouvoir modifier cette nature d'assurance.



A noter qu'en cas de code situation caractérisant une situation « maternité » (cas particulier précédent RG\_CF304[CP1]), simultanément à la facturation de prestations de type Consultation Obligatoire Enfant, le positionnement par défaut de la nature d'assurance à « Maternité » est prioritaire à « Maladie ».

**[RG\_CF\_R4] Contrôler la Compatibilité entre la nature d'assurance (EF\_CF02\_02) et la qualité du bénéficiaire (EF\_BS09\_02)**

### Maladie

La nature d'assurance "**Maladie**" est compatible avec toutes les qualités de bénéficiaires, à savoir :

- assuré
- ascendant, descendant, collatéraux ascendants
- conjoint
- conjoint divorcé
- concubin
- conjoint séparé
- enfant
- conjoint veuf
- autre ayant droits

### Maternité

La nature d'assurance "**Maternité**" est incompatible avec les bénéficiaires suivants :

- ascendant, descendant, collatéraux ascendants,



Pour la nature d'assurance "Maternité", la feuille de soins électronique sécurisée est toujours établie au nom de la mère, quel que soit le bénéficiaire des soins (père, enfant).

### Accident du travail

La nature d'assurance "Accident du travail" n'est compatible qu'avec la qualité de bénéficiaire "assuré" sauf pour les non salariés agricoles pour lesquels la qualité de bénéficiaire peut être différente de "assuré".



Les non salariés agricoles (i.e. les exploitants) sont caractérisés par n° de code caisse gestionnaire dont le dernier caractère est **1**.  
Les salariés agricoles sont caractérisés par n° de code caisse gestionnaire dont le dernier caractère est **5**.

### SMG

La nature d'assurance « SMG » est compatible avec toutes les qualités de bénéficiaire.



#### Références réglementaires

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



#### Cas d'erreur

**[CE1] Nature d'assurance incompatible avec la qualité du bénéficiaire**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la nature d'assurance acquise n'est pas compatible avec la qualité du bénéficiaire il convient de modifier la nature d'assurance.

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

#### Vue générale

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

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

Ces données se répartissent en 2 parties :

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

**Entrées** Table 6 de l'annexe 2bis

EF\_A2\_T6

Base CCAM

DF\_CCAM

**Sorties** Contexte Prestation AMO

EF\_CF08

Contexte Prestation Entente Préalable

EF\_CF09

Contexte Prestation Prévention AMO/AMC

EF\_CF10

**Situations spécifiques** Forfaits dentaires CMU-C

SP03.1

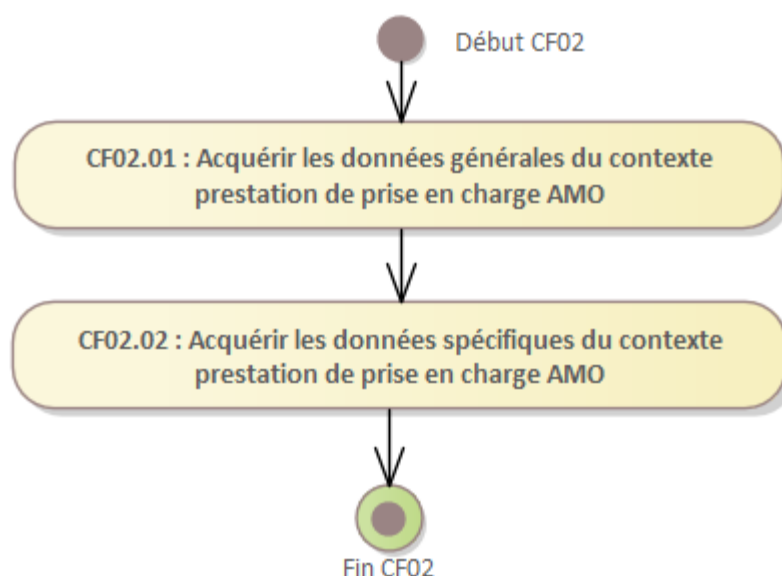
Bénéficiaire de l'AME

SP06

Forçage

SP11

#### Schéma



**Figure 11 : [SC\_CF02]      Enchaînement de CF02 : " Acquérir le contexte de prise en charge AMO niveau prestation "**

### 3.3.1 CF02.01 : Acquérir les données générales du contexte prestation de prise en charge AMO

#### Vue générale

**Nom** CF02.01 Acquérir les données générales de contexte prestation de prise en charge AMO.

**Description** Cette opération consiste à acquérir les données générales du contexte de la prestation pour prise en charge AMO à savoir :

- le qualificatif de la dépense (soit la notion d'Acte gratuit ou non-remboursable, soit un qualificatif du dépassement)
- le caractère remboursable ou non de la prestation,
- conformité de la Prestation avec le protocole ALD
- remboursement exceptionnel de la prestation
- motif médical d'exonération de la prestation

**Entrées** Base CCAM

**DF\_CCAM**

**Sorties** Contexte Prestation AMO

**EF\_CF08**

**Situations spécifiques** Forfaits dentaires CMU-C

**SP03.1**

Bénéficiaire de l'AME

**SP06**

Forçage

**SP11**

#### Règles de gestion

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

#### Règles Remboursement exceptionnel

**[RG\_CF\_CC11] Acquérir le « code remboursement exceptionnel CCAM » (EF\_CF08\_04)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce code est renseigné par le Professionnel de Santé. Ce dernier indique pour une prestation remboursable sous condition si le remboursement est demandé.

Il est significatif pour les prestations remboursables sous condition. Ces prestations sont des prestations CCAM caractérisées par leur admission au remboursement valorisée à « acte remboursable sous condition »

L'admission au remboursement d'un acte CCAM est contenue dans le champ CCAM-22 de la base CCAM (DF\_CCAM)

Cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC11.

☞ Pour tout acte CCAM, son admission au remboursement indique si l'acte est non remboursable, remboursable, ou remboursable sous condition au regard de la nomenclature CCAM.

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

## Règles Qualificatif de la dépense

**[RG\_CF321] Acquérir le code qualificatif de la dépense (EF\_CF08\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas général, le qualificatif de la dépense est non renseigné.

Il est renseigné en priorité par le Professionnel de Santé selon son besoin ou éventuellement par le système de facturation.

Il prend l'une des valeurs suivantes :

	VALEUR
• Acte gratuit	G
• Acte non remboursable	N
• Déplacement non prescrit	F
• Dépassement pour exigence particulière du patient	E
• Entente directe	D
• Prestation soumise à un accord de prise en charge SMG	L
• Dépassement autorisé	A
• Dépassement autorisé et entente directe	B

Ces quatre dernières valeurs sont des dépassements prévus dans le cadre du parcours de soins.

### Acte gratuit

Pour les actes GRATUITS, le qualificatif de la dépense est valorisé à G.

Ce dernier doit également être renseigné à G

- en cas d'acte de déplacement gratuit,
- en cas d'acte de déplacement abattu à 100%.
- en cas d'acte gratuit facturé à un bénéficiaire de l'AME.
- en cas d'acte de déplacement abattu à 100% facturé à un bénéficiaire de l'AME.

### Acte non remboursable

Ce code qualificatif de la dépense est renseigné :

- soit par le PS,

- soit automatiquement par le système dans les cas suivants :
  - Prestation CCAM n'autorisant pas de remboursement selon la base CCAM (DF\_CCAM) (l'admission au remboursement est « acte non remboursable »)
  - Prestation CCAM autorisant un remboursement sous condition (l'admission au remboursement est « acte remboursable sous condition ») et dont le code remboursement exceptionnel n'est pas renseigné



Le Professionnel de Santé doit renseigner le code qualificatif de la dépense à N en cas d'acte de déplacement non remboursable.



Pour tout acte CCAM, son admission au remboursement est indiquée dans la base CCAM (DF\_CCAM). Elle prend l'une des valeurs suivantes : non remboursable, remboursable, ou remboursable sous condition.

L'admission au remboursement d'un acte CCAM est contenue dans le champ CCAM-22 de la base CCAM (DF\_CCAM)

Cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC11.

### Dépassements dans le cadre du parcours de soins

Les valeurs du qualificatif de la dépense correspondant à un dépassement autorisé concernent uniquement des dépassements facturés dans le cadre du parcours coordonné de soins.



#### Cas Particuliers

##### [CP1] Soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Obligation est faite au bénéficiaire des soins d'indiquer au médecin traitant, à chaque prescription de ce type de produit, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance. Le médecin doit mentionner ce nom sur la prescription. Seule l'exécution par le pharmacien concerné donnera droit à la prise en charge.

Si le pharmacien précisé sur l'ordonnance n'est pas celui qui délivre le produit, ce dernier ne sera pas remboursable par l'Assurance maladie.

Ce non remboursement apparaît dans la facture du pharmacien par l'utilisation du qualificatif de la dépense « Non remboursable ».

##### [CP2] Nature d'assurance SMG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où la facture fait l'objet d'une Prise en Charge SMG, i.e. s'il existe un montant de Prise en Charge SMG (EF\_CF11\_06 renseigné), le système de facturation le renseigne à la valeur « L » hormis si celui-ci est renseigné par le PS (l'information saisie par le PS est nécessairement prioritaire)



Remarque : ce cas particulier s'applique à toutes les prestations saisies par le PS ainsi qu'aux suppléments dérogatoires éventuellement générés par le système.

##### [CP3] Honoraire de Dispensation simple

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation simple (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP05\_04 = « simple »), cette information est identique à celle de la prestation support à laquelle l'honoraire se rapporte.

 A1-A0

§2.4.21.1.5 Frais pharmaceutiques

**[CP4] Honoraire de Dispensation global**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation global (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP05\_04 = « global »), cette information n'est pas renseignée hors cas particuliers AME (cf. RG\_CF321 [SP06]) et SMG (cf. RG\_CF321 [CP2]).

 A1-A0

§2.4.21.1.5 Frais pharmaceutiques

**[CP5] Prestation de type complément AT**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type complément AT (EF\_IP05\_03 = « Complément AT »), le qualificatif de la dépense est identique à celui de l'acte support auquel ce complément AT est rattaché.



Ce cas particulier est soumis à la consigne CG\_PG001.

**[CP6] Dépassement pour Victime d'Attentat**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat (EF\_IP05\_03 = « Dépassement » et EF\_IP05\_04 = « Victime d'Attentat »), le qualificatif de la dépense est identique à celui de l'acte support auquel cette prestation de dépassement est rattachée.



**Situations spécifiques**

**[SP03.1] Acquérir le code qualificatif de la dépense (EF\_CF08\_01) en cas de forfait dentaire CMU-C**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

**Forfaits dentaires  
CMU-C**

Pour les forfaits dentaires complémentaires CMU-C, le qualificatif de la dépense est valorisé à N.

**Prestation  
dentaire hors  
panier de bien  
C2S**

Pour certains actes dentaires facturés avec un forfait dentaire CMU-C, un dépassement au-delà du montant maximal de dépassement autorisé est possible. Dans ce cas, le PS indique, pour l'acte dentaire support, le qualificatif de dépense « entente directe » (valeur D).

**[SP06] Acquérir le code qualificatif de la dépense (EF\_CF08\_01) dans le cadre de l'AME**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					



Pour les actes dans le cadre de l'AME le code qualificatif de la dépense est à N, hormis pour les actes gratuits pour lesquels la valeur G est prioritaire.

Pour les actes dans le cadre de l'AME, une facturation de déplacement est possible. Dans ce cas là, le qualificatif de la dépense du déplacement est à N.

### **[RG\_CF332] Déterminer le code qualificatif du remboursement AMO (EF\_CF08\_05)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut, le code qualificatif du remboursement d'une prestation est positionné à « remboursable AMO » hormis:

- pour les prestations de code « SGS » pour lesquelles ce code qualificatif du remboursement est non renseigné,
- et pour les prestations :
  - soit de code prestation « HN » ou « PHN »
  - soit de code qualificatif de la dépense valorisé à l'une des valeurs suivantes :
    - « N » : Acte non remboursable

pour lesquelles ce code qualificatif du remboursement est positionné à « NON remboursable AMO ».

## Règles

## Protocole ALD

### Définition

Le protocole de soins ALD contient et prévoit les soins requis pour la pathologie concernée.

### **[RG\_CF319] Acquérir le « code conformité au Protocole ALD » (EF\_CF08\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé consulte le protocole de soins ALD en complément de la carte Vitale et précise si la prestation est prévue dans le protocole ALD.



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



### Cas particuliers

#### **[CP1] Honoraire de Dispensation simple**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation simple (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP05\_04 = « simple »), cette information est identique à celle de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte.

A2

Table 8.3

#### **[CP2] Honoraire de Dispensation global**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation global (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP05\_04 = « global »), cette information correspond à « prestation non conforme au protocole ALD ».

 A2

Table 8.3

**[CP3] Prestations de type secondaire**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type secondaire (EF\_IP05\_01 = « Secondaire »), le « code conformité au Protocole ALD » (EF\_CF08\_02) est nécessairement identique à celui de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

## Règles

## Motif médical d'exonération

**[RG\_CF320] Acquérir le motif médical d'exonération (EF\_CF08\_03)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans certains cas, les soins sont exonérés sur indication spécifique du Professionnel de Santé.

Le Professionnel de santé précise pour la prestation s'il s'agit :

- de « traitement exonérant », i.e. de soins exonérés au titre d'un traitement exonérant (traitement de la stérilité, actes exonérants, soins aux prématurés, test de dépistage du virus HIV)
- de « soins pour les nouveaux-nés » : soins exonérés car prescrits dans les 30 premiers jours de la vie du nourrisson
- de « soins de prévention » : soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention. :

L'assurance maladie prévoit le remboursement de certaines prestations dans le cadre exclusif de campagne de prévention.

Il appartient au Professionnel de Santé de signaler que la prestation est réalisée dans le cadre d'une campagne de prévention en valorisant le motif médical d'exonération à la valeur « soins de prévention ».

- d'une « exonération régimes spéciaux » (service médical SNCF)

Par ailleurs, si le code conformité au Protocole ALD (EF\_CF08\_02) est à VRAI, le motif médical d'exonération prend systématiquement la valeur :

- « Soins conformes au protocole ALD »



Remarque Cette valeur de la donnée motif médical d'exo n'est pas utilisée à ce jour. Cette valorisation est spécifiée ici dans un souci de cohérence,



**Remarque** : cette information relève d'un avis médical fourni par le Professionnel de Santé et motive une exonération spécifique. Cette information est nécessaire d'une part pour la détermination de certains cas d'exclusion du parcours de soins cf. R37ter) et d'autre part pour la détermination du taux cf. fonctionnalité « VF : Valoriser la Facture ».



### Cas particuliers

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

**[CP1] Délivrance du Contraceptif d'urgence à la mineure**

L'assurance maladie prévoit le remboursement des contraceptifs d'urgence pour les mineures (EF\_IP01\_04 renseigné).

Dans le cas du contraceptif d'urgence (EF\_IP01\_04 = « contraceptif d'urgence ») le motif médical d'exonération doit être valorisé à « soins de prévention » par le Professionnel de Santé.

Dans les autres cas (EF\_IP01\_04 = « contraceptif hors urgence avec confidentialité » ou « contraceptif hors urgence sans confidentialité ») le motif médical d'exonération doit être valorisé à « Soins Particuliers Exonérés » par le Professionnel de Santé.

 CDC 1.40

3.2.2.5

**[CP2] Honoraire de Dispensation simple**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation simple (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP05\_04 = « simple »), cette information est identique à celle de la prestation médicalement à laquelle l'honoraire se rapporte.

 A1-A0

§1820

**[CP3] Honoraire de Dispensation complexe**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation complexe (EF\_IP04\_01 = HC), cette information n'est pas renseignée.

 A1-A0

1820

**[CP4] Examens relatifs à la contraception des mineures**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'article 64 de la LFSS supprime la participation de l'assuré pour les frais relatifs aux consultations et examens de laboratoires établis en vue d'une prescription contraceptive pour les mineures.

Le détail des actes concernés est visé aux articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 du code de la Sécurité Sociale.

En conséquence, lors de la facturation de prestations relatives à la contraception des mineures, qu'il s'agisse d'examens médicaux ou d'examens de biologie médicale, le motif médical d'exonération doit être valorisé à « Soins Particuliers Exonérés » par le Professionnel de Santé hormis pour les soins pris en charge de base à 100% (exemple : consultation CCP).

 CDC 1.40

3.2.2.5

**[CP5] Honoraire de Dispensation HDA, HDR ou HDE**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation HDA, HDR ou HDE (EF\_IP04\_01 = HDA ou HDR ou HDE), cette information est renseignée comme suit :

- Si la facture ne comporte que des médicaments sans motif médical d'exonération, alors l'information est non renseignée.

- Si la facture comporte des médicaments avec un seul et même motif médical d'exonération, le motif médical d'exonération de l'honoraire est le même que celui présent dans la facture.
- En cas de facturation de plusieurs médicaments pour lesquels des motifs d'exonération différents ont été positionnés, le motif d'exonération à renseigner sur l'honoraire doit correspondre à un des motifs d'exonération déjà présent dans la facture.

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

#### Vue générale

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

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

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

**Entrées** Table 6 de l'annexe 2bis

EF\_A2\_T6

Base CCAM

DF\_CCAM

**Sorties** Contexte Prestation Entente Préalable

EF\_CF09

Contexte Prestation Prévention AMO/AMC

EF\_CF10

**Situations spécifiques** Forçage

SP11

#### Règles de gestion

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

### Règles Entente préalable

#### Préambule

##### Soumission à entente préalable

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

##### Prise en charge SMG

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

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

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



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



**Remarque** : D'après les tableaux de synthèse de l'annexe 2 (EF\_A2\_TS), les Sages-femmes ne sont jamais soumises à entente préalable.

## Règles de gestion

### [RG\_CF\_R8] Déterminer la nécessité d'une entente préalable (EF\_CF09\_99) pour une prestation non CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Dans l'affirmative, le système de facturation en informe le Professionnel de Santé et lui propose de renseigner les données liées à l'entente préalable (EF\_CF09).



#### Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T1)
- Table 6 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T6)



#### Référence réglementaire :

- NGAP



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



Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente RG\_CF\_RC7.



#### Pour information : Gestion de l'entente préalable par l'AMO

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

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



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



#### Cas particuliers

##### [CP1] Actes de Biologie (EF\_IP05\_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation vérifie la nécessité d'une entente préalable pour chaque code affiné biologie (EF\_IP12\_01) de la facture.

Dès lors qu'au moins un code affiné est soumis à entente préalable, le système de facturation en informe le Professionnel de Santé et lui propose de renseigner les données liées à l'entente préalable (EF\_CF09).



#### Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T1)
- Table nationale de biologie

**Référence réglementaire :**

- NABM

**[CP2] Produits de la LPP (EF\_IP05\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation vérifie la nécessité d'une entente préalable pour chaque code détaillé LPP (EF\_IP15\_01) de la facture.

Dès lors qu'au moins un code affiné est soumis à entente préalable, le système de facturation en informe le Professionnel de Santé et lui propose de renseigner les données liées à l'entente préalable (EF\_CF09).

**Tables utilisées**

- NABM
- Base LPP



Ce cas particulier est soumis à la consigne CG\_PG001.

**[RG\_CF\_RC7] Déterminer la nécessité d'une entente préalable (EF\_CF09\_99) pour une prestation CCAM (EF\_IP05\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

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

[Le top entente préalable d'un acte donné est contenu dans le champ CCAM-24 de la base CCAM. \(DF\\_CCAM\)](#)

[Cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle RC7](#)

Dans l'affirmative, le système de facturation en informe le Professionnel de Santé en lui proposant de renseigner les données liées à l'entente préalable (EF\_CF09) et positionne le top Entente Préalable nécessaire (EF\_CF09\_99) à VRAI.

**[RG\_CF335] Contrôler le code accord de l'entente préalable (EF\_CF09\_01) en cas de nécessité d'une entente préalable (EF\_CF09\_99) pour une prestation CCAM (EF\_IP05\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation CCAM soumise à entente préalable (EF\_CF09\_99= VRAI) le code accord préalable doit être nécessairement renseigné.



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

**[RG\_CF323] Acquérir le code accord de l'entente préalable (EF\_CF09\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Ce code prend l'une des valeurs suivantes :

- absence de réponse de la caisse dans le délai réglementaire
- réponse favorable

- notion d'urgence

**Cas particuliers****[CP1] Renseignement par le système de facturation**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation peut renseigner automatiquement cette information à partir d'une prestation précédente (dans la même facture) de même code prestation et de même coefficient (la date d'exécution peut être différente).

**[CP2] Nature d'assurance Soins Médicaux Gratuits**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

**[RG\_CF324] Acquérir la Date d'envoi de l'entente préalable (EF\_CF09\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date d'envoi de l'entente préalable est renseignée par le Professionnel de Santé.

Elle correspond à la date à laquelle l'entente préalable a été postée.

Cette information est obligatoire en cas de facture soumise à entente préalable, i.e. lorsque le code accord de l'entente préalable est renseigné.



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

**Cas particuliers****[CP1] Renseignement par le système de facturation**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation peut renseigner automatiquement cette information à partir d'une prestation précédente (dans la même facture) de même code prestation et de même coefficient (la date d'exécution peut être différente).

**[CP2] Traitement LPP d'oxygénothérapie**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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



A1-A0

Groupe 1840

**[RG\_CF343] Contrôler la date d'envoi de l'entente préalable (EF\_CF09\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Lorsqu'elle est renseignée, la date d'envoi de l'entente préalable (EF\_CF09\_02) doit être antérieure ou égale à la date d'exécution de la prestation (EF\_IP04\_02).



Annexe 1-A0\_v1.40-03.20 v12.05

Groupe 1840



**[RG\_CF325] Acquérir l'identification de l'entente préalable (EF\_CF09\_03)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'identification de l'entente préalable est renseignée par le Professionnel de Santé.

Elle correspond au N° d'ordre de l'entente préalable.

Cette information n'est pas renseignée actuellement et est réservée pour utilisation future.

**Cas particuliers****[CP1] Renseignement par le système de facturation**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation peut renseigner automatiquement cette information à partir d'une prestation précédente (dans la même facture) de même code prestation et de même coefficient (la date d'exécution peut être différente).

**Règles****Prévention commune AMO/AMC****[RG\_CF322] Acquérir les informations Prévention commune AMO/AMC (EF\_CF10)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette notion de prévention est issue de la loi de Réforme du 13 Août 2004 principalement pour les contrats AMC responsables. Cette notion est distincte du « risque prévention » déjà géré par les organismes d'assurance maladie obligatoire.

Dans le cas d'un acte réalisé dans un tel contexte, le Professionnel de Santé est tenu d'indiquer ce contexte de prévention et éventuellement de le qualifier.

Le système de facturation permet au Professionnel de Santé de saisir les informations relatives à la prévention commune AMO/AMC, à savoir :

- un « Top Prévention commune AMO/AMC », (EF\_CF10\_01)
- un qualifiant de dispositif de prévention en saisie libre. (EF\_CF10\_02)

**Cas particuliers****[CP1] Honoraire de Dispensation généré**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation générée par le système (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP05\_06 = « LPS »), cette information n'est pas renseignée.

A1-A0

2030

**[CP2] Prestations de type secondaire**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type secondaire (EF\_IP05\_01 = « Secondaire »), les informations Prévention commune AMO/AMC (EF\_CF10) sont nécessairement identiques à celles de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.



## 3.4 CF03 : Contrôler le contexte de prise en charge AMO et les données de la prestation

### Vue générale

**Nom** CF03 **Contrôler les données de contexte AMO et les données de la prestation**

**Description** Cette opération consiste à réaliser les contrôles réglementaires de pertinence et de cohérence entre les informations de la prestation (DF\_IP) et les informations de contexte AMO de la prestation ou de la facture.

Ces contrôles sont regroupés comme suit :

- Les contrôles du contexte facture AMO en fonction des données de la prestation
- Les contrôles des données de la prestation en fonction du contexte prestation AMO ou du contexte facture AMO
- Les contrôles des données de la prestation entre elles ayant un impact sur le contexte de prise en charge AMO

<b>Entrées</b>	Situation d'exercice et de facturation	EF_PS03
	Complément d'information à la situation d'exercice et de facturation	EF_PS04
	Prestation	EF_IP04
	Type prestation	EF_IP05
	Contexte facture AMO	EF_CF02
	Contexte Prestation AMO	EF_CF08
	Contexte facture parcours de soins	EF_CF13
	Table 7 de l'annexe 2bis	EF_A2_T7
	Table 17 de l'annexe 2bis	EF_A2_T17
	Table 17bis de l'annexe 2bis	EF_A2_T17bis

**Sorties** Aucune

<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Forçage	SP11

## Schéma

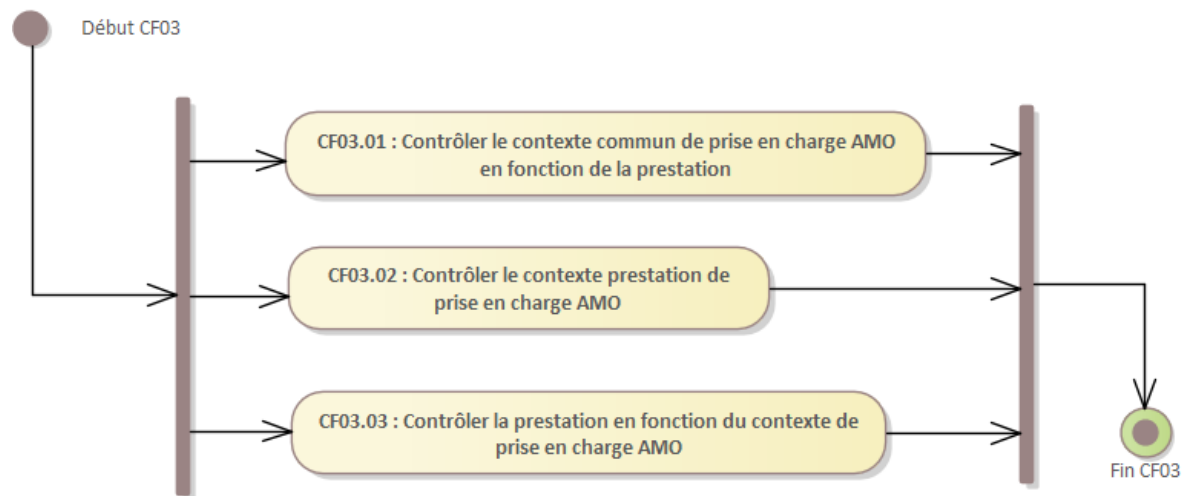


Figure 12 : [SC\_CF03] Enchaînement de CF03 : " Contrôler les données de contexte AMO et les données de la prestation "

## Découpage des tâches

Opération	Contrôle des données :	Par rapport aux données :
CF03.01	contexte de niveau facture	domaine d'information IP
CF03.02	contexte de niveau prestation	domaine d'information IP
CF03.03	domaine d'information IP	contexte de niveau facture ou de niveau prestation

### 3.4.1 CF03.01 : Contrôler le contexte commun de prise en charge AMO en fonction de la prestation

#### Vue générale

**Nom** CF03.01 Contrôler le contexte commun AMO en fonction de la prestation

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

**Entrées**

Code prestation	EF_IP04_01
Type de nomenclature de la prestation	EF_IP05_02
Code Nature d'assurance	EF_CF02_02
Table 4 de l'annexe 2bis	EF_A2_T4

**Sorties** Aucune

**Situations spécifiques** Forçage SP11

#### Règles de gestion

**[RG\_CF\_R3] Contrôler la nature d'assurance (EF\_CF02\_02) pour une prestation non CCAM (EF\_IP05\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité du code prestation (EF\_IP04\_01) avec la nature d'assurance (EF\_CF02\_02).



#### Tables utilisées

- Table 4 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T4)



Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente RG\_CF\_RC8.



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

**[RG\_CF\_RC8] Contrôler la Nature d'assurance (EF\_CF02\_02) pour une prestation CCAM (EF\_IP05\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité du code acte CCAM avec la nature d'assurance (EF\_CF02\_02) en fonction de la liste des valeurs de nature d'assurance permises pour ce code acte en base CCAM (DF\_CCAM).

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT : cf. A1-A1 règle RC8



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

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

#### Vue générale

**Nom** CF03.02 Contrôler le contexte prestation AMO

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

<b>Entrées</b>	Code conventionnel	EF_PS03_13
	Contrat tarifaire PS	EF_PS04_03
	Code prestation	EF_IP04_01
	Date d'exécution de la prestation	EF_IP04_02
	Type de prestation	EF_IP05_01
	Code qualificatif de la dépense	EF_CF08_01
	Date d'envoi de la demande d'entente préalable	EF_CF09_02
	Existence d'une déclaration de médecin traitant	EF_CF13_01
	Situation au regard du parcours de soins	EF_CF13_02
	Table 7 de l'annexe 2bis	EF_A2_T7

**Sorties** Aucune

<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Forçage	SP11

#### Règles de gestion

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

#### Règles Qualificatif de la dépense

**[RG\_CF\_R17] Contrôler le code qualificatif de la dépense (EF\_CF08\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité entre le code prestation et le code qualificatif de la dépense.



#### Tables utilisées

- Table 7 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T7)



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

## Règles Motif médical d'exonération

### [RG\_CF\_TC1] Contrôler le motif médical d'exonération (EF\_CF08\_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Certains actes CCAM sont dédiés à la prévention, d'autres peuvent relever, sur indication expresse du PS, d'un dispositif de prévention, d'autres enfin peuvent ne relever d'aucun dispositif de prévention.

Cette information est contenue dans la base CCAM (DF\_CCAM).

Pour tout acte CCAM (EF\_IP05\_02 = « CCAM »), il convient de contrôler la compatibilité du motif d'exonération renseigné par le PS par rapport à l'utilisation de l'acte définie en base CCAM (DF\_CCAM) dans le cadre d'un dispositif de prévention.

Ce contrôle est à mettre en œuvre via le service d'identifiant C-ExoPrevention du module SRT : cf. A1-A1 règle Tc1.

Le top dispositif de prévention (EF\_CF08\_07), utilisé pour l'appel au service C-ExoPrevention, est positionné à 'O' si et seulement si le motif médical d'exonération (EF\_CF08\_03) a été positionné à « soins de prévention » par le PS (cf. RG\_CF320).



En cas de compatibilité, ce service retourne directement le taux de remboursement lié à la prévention (cf. règle RG\_VF\_T12[CP1]) à prendre en compte pour la détermination du taux de remboursement de la prestation (cf. opération VF02).



#### Cas d'erreur

##### [CE1] Acte CCAM facturable uniquement en prévention

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour un acte CCAM facturable uniquement dans le cadre d'un dispositif de prévention, le système de facturation signale au Professionnel de Santé que le motif d'exonération doit être valorisé à « soins de prévention ».

##### [CE2] Acte CCAM non facturable en prévention

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour un acte CCAM non facturable dans le cadre d'un dispositif de prévention, le système de facturation signale au Professionnel de Santé que le motif d'exonération ne peut être valorisé à « soins de prévention ».

## Règles Dépassements

### [RG\_CF326] Contrôler les dépassements liés au parcours de soins

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Selon le contexte du parcours de soins (EF\_CF13\_01; EF\_CF13\_02), certains Professionnels de Santé (selon leur spécialité (EF\_PS\_03\_14)) sont autorisés, selon leur code conventionnel (EF\_PS03\_13), leur adhésion à un contrat tarifaire PS (EF\_PS04\_03) et suivant que le bénéficiaire bénéficie de la C2S ou non, à facturer un Dépassement Autorisé (DA).

Le non respect du parcours coordonné de soins par le bénéficiaire de soins autorise les médecins spécialistes de secteur I à pratiquer le « Dépassement Autorisé » (DA), qui n'est pas couvert par le régime obligatoire.



Les médecins spécialistes sont définis dans le document GD § 2 Définitions et Abréviations

Il est possible de cumuler un DA avec un dépassement pour « Entente Directe » (ED).

INFORMATIONS DU PARCOURS DE SOINS			DEPASSEMENTS		
Position par rapport au parcours de soins	Contexte du parcours de soins		DA	DA+ED	
	Situation au regard du parcours de soins	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant			
Non concerné	Cas d'exclusion		NON		
	Urgence	(sans objet)			
Dans le parcours	Médecin Traitant	(sans objet)	NON		
	Nouveau Médecin Traitant	(sans objet)			
	Médecin traitant de substitution	Oui			
	Généraliste récemment installé	Oui			
	Généraliste en zone sous médicalisée	Oui			
	Hors résidence habituelle du bénéficiaire de soins	Oui			Non ou ne sait pas
	Accès direct spécifique	Oui			
	Médecin orienté par le MT	(sans objet)			
	Médecin orienté par un médecin autre que le MT (médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée ...)	Oui			
Hors parcours	Généraliste récemment installé	Non ou ne sait pas	OUI sous condition cf. table TAB_A0-T2bis (Figure 17)		
	Médecin installé en zone sous médicalisée	Non ou ne sait pas			
	Accès direct spécifique	Non ou ne sait pas			
	Hors Accès direct spécifique	Oui			Non ou ne sait pas
	Médecin orienté par un médecin autre que le MT (médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée ...)	Non ou ne sait pas			
	Non respect du parcours (PS non Médecin Traitant, non orienté...)	(sans objet) (")			

**Tableau 3 : [TAB\_A0\_T2] : Table des dépassements selon le contexte du parcours de soins.**



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

Professionnel de Santé			DANS le parcours	HORS parcours	
			Bénéficiaire	Bénéficiaire	
	Code convention	Contrat tarifaire PS	en C2S ou hors C2S	hors C2S	en C2S
non conventionné	0	Aucun	non	Non	
secteur I (sans DP)	1	Indifférent		DA si spécialité différente de 01,22,23	Non
				DA+ED si spécialité 18,44,45,69	non
secteur I avec DP n'ayant pas adhéré à un Contrat Tarifaire PS	2	Aucun		non	Non
secteur I avec DP ayant adhéré à un Contrat Tarifaire PS		OPTAM ou OPTAM-CO			
secteur II n'ayant pas adhéré à un Contrat Tarifaire PS	3	Aucun			
secteur II ayant adhéré à un Contrat Tarifaire PS		OPTAM ou OPTAM-CO			

**Tableau 4 : [TAB\_A0\_T2bis] Table des dépassements du parcours de soins selon le PS et le bénéficiaire**



Il est rappelé que ces règles de compatibilité entre la situation au regard du parcours de soins et les dépassements sont spécifiées ici à titre indicatif. Elles peuvent donner lieu à des signalements au Professionnel de Santé sur le logiciel métier lors de la facturation mais ne doivent en aucun cas être bloquantes et interdire la facturation d'un dépassement.





### Situations spécifiques

#### [SP03] Dépassements liés au parcours de soins pour la C2S

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé ne peut appliquer de dépassement tarifaire pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la C2S, sauf en cas d'exigence particulière du bénéficiaire de soins (des dispositions spécifiques sont prévues pour les prothèses dentaires et les lunettes).

Le dépassement autorisé « DA » n'est pas autorisé pour les bénéficiaires de soins bénéficiaires du droit à la C2S.

-  Les médecins spécialistes sont définis dans le document GD § 2 Définitions et Abréviations
-  Ce cas spécifique est inclus dans les tableaux (cf. figures 15 et 16) présentés au niveau du mode nominal de la règle.

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

#### Vue générale

**Nom** CF03.03 Contrôler la prestation par rapport aux contextes de prise en charge AMO

**Description** Cette opération consiste à contrôler les données de la prestation en fonction soit du contexte prestation AMO soit du contexte commun AMO.

<b>Entrées</b>	Code prestation	EF_IP04_01
	Situation au regard du parcours de soins	EF_CF13_02
	Position par rapport au parcours de soins	EF_CF13_03
	Code conventionnel	EF_PS03_13
	Contrat Tarifaire PS	EF_PS04_03
	Montant PS des honoraires de la prestation	EF_IP04_06
	Code qualificatif de la dépense	EF_CF08_01
	Table 17 de l'annexe 2bis	EF_A2_T17
	Table 17bis de l'annexe 2bis	EF_A2_T17bis
	Table 17ter de l'annexe 2bis	EF_A2_T17ter

**Sorties** Aucune

**Situations spécifiques** Forçage SP11

#### Règles de gestion

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

### Règles Majoration de coordination

#### [RG\_CF\_R39] Contrôler la facturation d'une majoration de coordination

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

#### Principe de majorations de coordination

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

Pour certaines situations au regard du parcours de soins (EF\_CF013\_02) et dans le cas où la position de la facture par rapport au parcours de soins (EF\_CF13\_03) est « dans le parcours », les Professionnels de Santé sont autorisés à facturer une majoration de coordination en fonction de leur code conventionnel (EF\_PS03\_13) suivant que le bénéficiaire bénéficie ou non de la C2S.



#### Tables utilisées

- Table 17 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T17)
- Table 17bis de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T17bis)



### Références réglementaires

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

### ➤ Remarques

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

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

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



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



### Cas particuliers

**[CP1] Bénéficiaire de soins de moins de 16 ans**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une exception à cette règle concerne l'autorisation de facturer certaines majorations de coordination pour les patients de moins de 16 ans, dans les conditions définies supra.

« La liste de ces majorations de coordination fait l'objet de la table 17ter (EF\_A2\_T17ter) de l'annexe 2bis. »



### Tables utilisées

- Table 17ter de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T17ter)

Annexe 2

[R39 – Tables 17, 17bis et 17ter]

## Règles

## Montant des honoraires

**[RG\_CF\_R16] Contrôler le montant PS des honoraires (EF\_IP04\_06) par rapport au qualificatif de la dépense (EF\_CF08\_01) « acte gratuit »**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le code qualificatif de la dépense est égal à " Acte gratuit ", le montant des honoraires saisi par le PS (EF\_IP04\_06) doit être égal à zéro.

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

### Vue générale

**Nom** CF04 **Finaliser le contexte commun de prise en charge AMO**

**Description** Cette opération consiste à finaliser certaines données du contexte commun de prise en charge AMO en fonction des données du contexte prestation AMO de chaque prestation de la facture, en l'occurrence la situation au regard du parcours de soins.

<b>Entrées</b>	Code prestation	EF_IP04_01
	Type de prestation	EF_IP05_01
	Code complément prestation	EF_IP08_01
	Code acte CCAM	EF_IP09_01
	Code modificateur CCAM AMO	EF_IP10_01
	Code nature d'assurance	EF_CF02_02
	Situation au regard du parcours de soins	EF_CF13_02
	Table 1 de l'annexe 2bis	EF_A2_T1
	Table 5bis de l'annexe 2bis	EF_A2_T5bis
	Table 12 de l'annexe 2bis	EF_A2_T12
	Table 15.3 de l'annexe 2bis	EF_A2_T15.3
	Table 15.5 de l'annexe 2bis	EF_A2_T15.5

**Sorties** Aucune

**Situations spécifiques** Forçage SP11

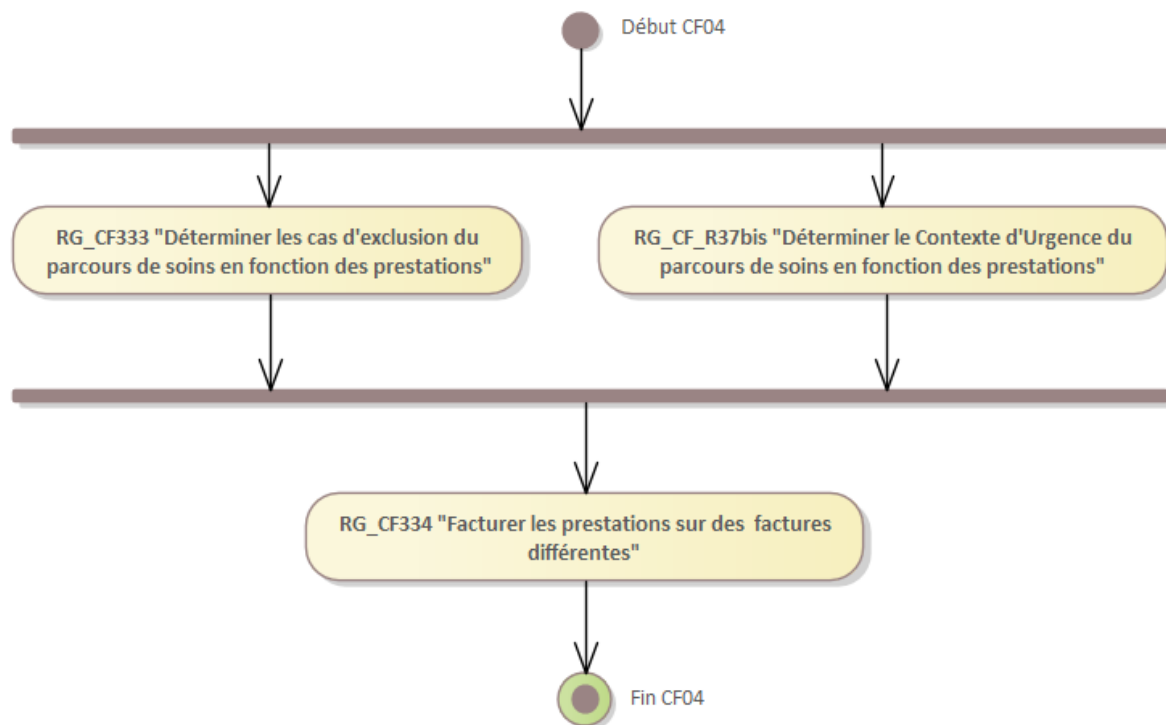
**Schéma**

Figure 13 : [SC\_CF04] Enchaînement de CF04 : " Finaliser le contexte commun de prise en charge AMO "

## Règle de gestion

### [RG\_CF333] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins en fonction des prestations

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

- le code prestation (code regroupement pour les prestations CCAM), (EF\_IP04\_01)
- le code acte CCAM (code affiné), (EF\_IP09\_01)
- le motif médical d'exonération, (EF\_CF08\_03)
- la nature d'assurance. (EF\_CF02\_02)

Les prestations exclues du parcours de soins sont identifiées dans la table EF\_A2\_T15.3 de l'annexe 2bis.

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

Les valeurs de catégories médicales excluant du parcours de soins sont identifiées dans la table EF\_A2\_T15.5 de l'annexe 2 bis



#### Tables utilisées

- Table 15.3 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T15.3)
- Table 15.5 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T15.5)



#### Références réglementaires

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



#### Cas particuliers

##### [CP1] Actes associés

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre du parcours de soins :

- Un code prestation de type « secondaire » (EF\_IP05\_01), s'il relève du contexte particulier d'exclusion du parcours de soins (cf. règle RG\_CF\_R37 – table EF\_A2\_T15.3) alors ce contexte s'applique également au code prestation de type « support » associé.
- Inversement un code prestation de type « support », s'il relève du contexte particulier d'exclusion du parcours de soins (cf. règle R37 – table 15.3) alors ce contexte s'applique également aux codes prestation de type « secondaire » associés.



#### Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T1)

### [RG\_CF\_R37bis] Déterminer le Contexte d'Urgence du parcours de soins en fonction des prestations

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Ces prestations sont caractérisées :

- Par le code prestation (EF\_IP04\_01)
- Par le complément de prestation (EF\_IP06\_01)
- Le code modificateur pour les actes CCAM (EF\_IP10\_01)

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



#### **Tables utilisées**

- Table 5bis de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T5bis)



#### **Références réglementaires**

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



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



#### **Cas particuliers**

##### **[CP1] Actes associés**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre du parcours de soins :

- Un code prestation de type « secondaire » » (EF\_IP05\_01), s'il relève du contexte particulier d'Urgence (cf. règle RG\_CF\_R37bis – table EF\_A2\_T5bis) alors ce contexte s'applique également au code prestation de type « support » associé.
- Inversement un code prestation de type « support », s'il relève du contexte particulier d'Urgence (cf. règle R37bis – table 5bis) alors ce contexte s'applique également aux codes prestation de type « secondaire » associés.



#### **Tables utilisées**

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T1)

#### **[RG\_CF334] Facturer les prestations sur des factures différentes dans le cadre du parcours de soins**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre du parcours de soins, si deux prestations relèvent d'une situation du parcours de soins différentes, il convient alors de facturer ces deux prestations sur des factures différentes.

Ce cas de figure peut arriver dans les cas suivants :

- soit certaines prestations relèvent du contexte d'Urgence du parcours de soins et d'autres pas (du fait de dates d'exécution différentes) (cf. RG\_CF\_R37bis),
- soit certaines prestations sont exclues du parcours de soins et d'autres pas. (cf. RG\_CF333).



#### **Exemple**

Patient atteignant 16 ans durant une séquence de soins (par exemple : séquence de désensibilisation par un allergologue).



## 3.6 CF05 : Contrôler la facturation des déplacements

### Vue générale

**Nom** CF05 **Contrôler les prestations de déplacement**

**Description** Cette opération consiste à contrôler les prestations entre elles par rapport aux données déjà saisies.

**Entrées** Code prestation

EF\_IP04\_01

Code qualificatif de la dépense

EF\_CF08\_01

**Sorties** Aucune

**Situations  
spécifiques** Aucune

### Règles de gestion

**[RG\_CF327] Contrôler la facturation des déplacements**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les prestations non remboursables, les prestations gratuites, et les prestations hors nomenclature ne donnent pas lieu à facturation de déplacement.

Ces prestations sont caractérisées :

- soit par leur « code qualificatif du remboursement AMO » (EF\_CF08\_05) à « **Non remboursable AMO** »,
- soit par leur qualificatif de dépense (EF\_CF08\_01) positionné à « GRATUIT »

## 3.7 CF06 : Générer les prestations LPS

### Vue générale

**Nom** CF06 **Générer les prestations LPS**

**Description** Cette opération a pour objet, à partir des prestations saisies par le PS, d'ajouter les prestations automatiquement générées par le système de facturation (LPS).

Les prestations d'honoraire de dispensation ne sont pas saisies par le Professionnel de Santé : le progiciel doit les générer automatiquement dans la facture à partir des médicaments remboursables renseignés par le Professionnel de Santé.

Les prestations automatiquement créées par le LPS dans la facture sont :

- les prestations d'honoraire de dispensation simple (insérée après une prestation de type médicament),
- les prestations d'honoraires de type « global » ajoutées en fin de facture (chacune de ces prestations est unique par facture) :
  - la prestation d'honoraire complexe
  - la prestation d'honoraire pour médicament remboursable
  - la prestation d'honoraire lié à l'âge
  - la prestation d'honoraire pour médicament spécifique



Attention : le positionnement de cette opération à la fin de CF dans le processus fonctionnel n'impose pas au système de créer tous les honoraires une fois tous les médicaments saisis : le système peut les créer au fur et à mesure de la saisie des médicaments par le PS.

**Entrées** Prestation (saisie par le PS)

**EF\_IP04**

**Sorties** Code prestation à générer à suivre

**EF\_CF08\_06**

**Situations  
spécifiques** Aucune

### Préambule

L'article 26 à la Convention Nationale des Pharmaciens parue au JO le 06/05/2012 prévoit de payer aux pharmaciens un honoraire de dispensation par conditionnement remboursable et prescrit (facturable à l'AMO).

Par ailleurs, un honoraire de dispensation complexe est dû aux pharmaciens qui délivrent une ordonnance contenant un nombre important de médicaments différents.

L'avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017 s'inscrit dans la continuité de la réforme du mode de rémunération engagée concrètement en 2015. Il prévoit dans son article 4, la mise en place de trois nouveaux honoraires de dispensation en plus de ceux en vigueur depuis le 1er janvier 2015.

### Principe

Pour chaque médicament remboursable identifié par un code CIP, le système de facturation doit générer une prestation d'honoraire de dispensation simple : pour toute prestation saisie par le PS, le système de facturation utilise la règle RG\_CF\_R60 pour déterminer s'il y a lieu de générer une prestation d'honoraire simple associée.

Par ailleurs, le système doit également générer une prestation d'honoraire complexe (une seule par facture) en fonction de la présence dans la facture d'un nombre minimum de médicaments différents remboursables.

La règle de détermination de l'honoraire complexe est la règle RG\_CF\_R61 :

- une prestation d'honoraire pour délivrance de médicament remboursable en fonction de la présence dans la facture d'au moins un médicament remboursable. La règle de détermination de cet honoraire est la règle RG\_CF\_R62.
- une prestation d'honoraire lié à l'âge en fonction de l'âge du bénéficiaire. La règle de détermination de cet honoraire est la règle RG\_CF\_R63.
- une prestation d'honoraire pour délivrance de médicament spécifique en fonction la présence dans la facture d'au moins un médicament spécifique. La règle de détermination de cet honoraire est la règle RG\_CF\_R64.

## Schéma

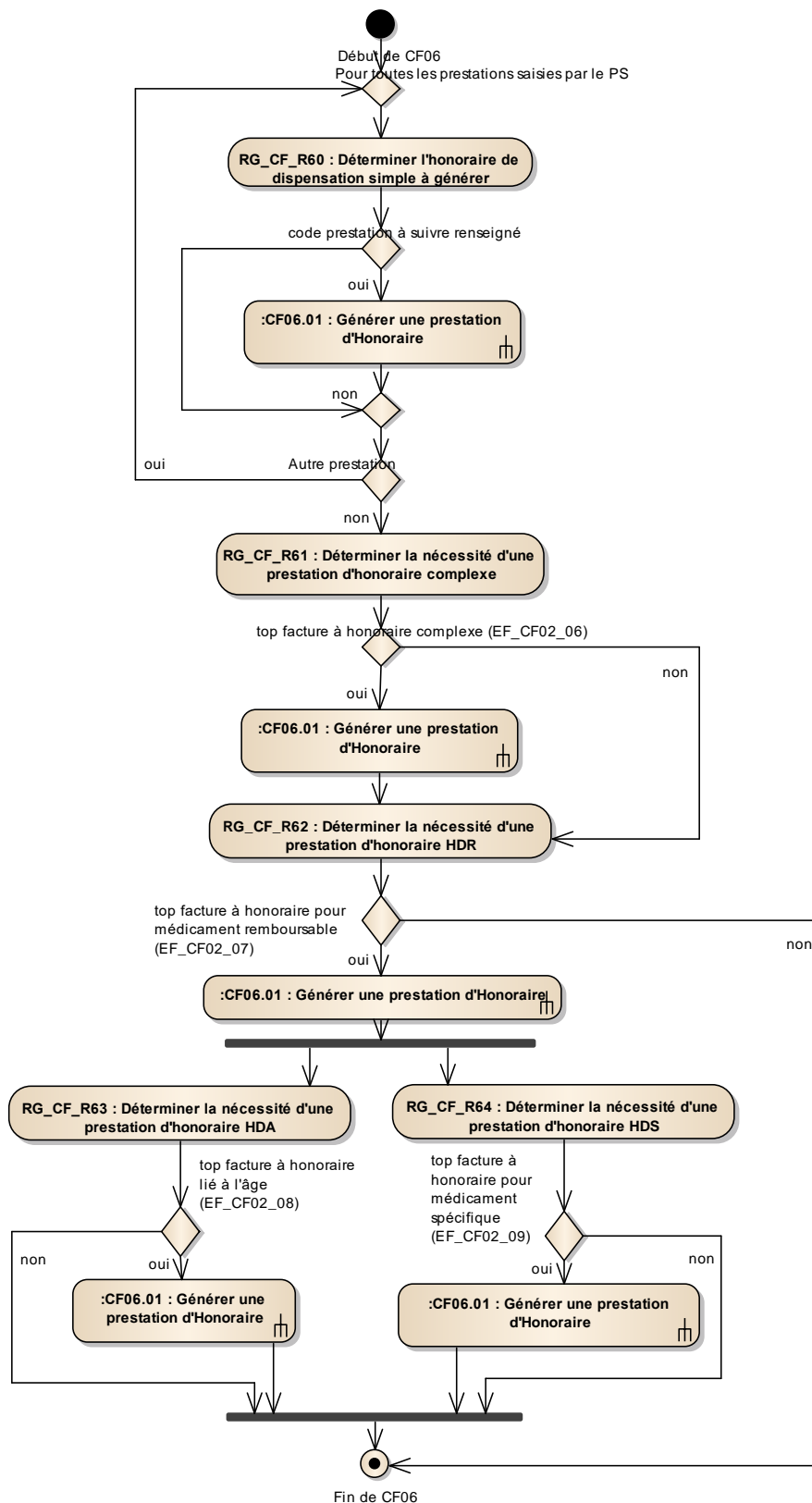


Figure 14 : [SC\_CF06] Enchaînement de CF06 : " Générer les prestations LPS "

## Règles de gestion

### [RG\_CF\_R60] Déterminer l'honoraire de dispensation simple à générer (EF\_CF08\_06)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet, pour toute prestation saisie par le PS, de déterminer la nécessité d'ajouter une prestation automatique et la valeur de son code prestation.

La nécessité de cette création dépend des données de la prestation saisie par le PS :

- son code de la prestation
- son qualificatif de la dépense
- la présence d'un code affiné\*
- son type de conditionnement pour une prestation de type « médicament »



A noter que seuls les médicaments ayant un code CIP permettent de générer un honoraire de dispensation



Cette règle concerne dans un premier temps les prestations de nomenclature « Frais PH » et a pour objet la génération automatique par le LPS des prestations de type honoraires de dispensation



Remarque : La prestation générée par le LPS ne doit pas être modifiée par le PS.



#### Tables utilisées

- Table 60 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T60)
- Base médicament

### [RG\_CF\_R61] Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire complexe (EF\_CF02\_06)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Une prestation d'honoraire complexe est déclenchée lorsque, dans la facture, le nombre de codes CIP différents et ayant donné lieu à honoraire simple est supérieur ou égal au nombre minimum de codification CIP différentes permettant de facturer un Honoraire Complexe.



Remarque : La prestation générée par le LPS ne doit pas être modifiée par le PS.



#### Tables utilisées

- Table 60 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T60)
- Table 61 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T61)
- Base médicament

**[RG\_CF\_R62] Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire pour médicament remboursable (EF\_CF02\_07)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

La prestation d'honoraire pour médicament remboursable est déclenchée lorsque, est présente dans la facture, au moins une prestation médicament remboursable, i.e. une prestation de groupe fonctionnel général « Médicament » et de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD », et présentant un code affiné (groupe 1740 associé au 1610).

**Tables utilisées**

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T1)

**Références réglementaires**

- Avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017

**[RG\_CF\_R63] Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire lié à l'âge (EF\_CF02\_08)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de déterminer si la facture doit contenir une prestation d'honoraire lié à l'âge (HDA). Cette prestation devra être générée automatiquement par le LPS.

La présence dans la facture d'une prestation d'honoraire lié à l'âge dépend à la fois :

- du type des prestations saisies par le PS : la facture doit contenir au moins un médicament remboursable, (cette condition est vérifiée par la règle R62 précédente)
- et de l'âge du bénéficiaire : il est calculé à la date d'élaboration de la facture, il doit être inclus dans l'une des tranches d'âge spécifiées en table 63.

**Tables utilisées**

- Table 63 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T63)

**Références réglementaires**

- Avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017

**[RG\_CF\_R64] Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire pour médicament spécifique (EF\_CF02\_09)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

La présence dans la facture d'une prestation d'honoraire pour médicament spécifique dépend à la fois :

- du type des prestations saisies par le PS : la facture doit contenir au moins un médicament remboursable, (cette condition est vérifiée par la règle R62 précédente),

- du type des médicaments : la facture doit contenir au moins un médicament spécifique. Cette caractéristique est identifiée dans la base nationale médicaments

**Tables utilisées**

- Base médicament nationale

**Références réglementaires**

- Avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017



### 3.7.1 CF06.01 : Générer une prestation d'honoraire

#### Vue générale

##### Nom CF06.01 Générer une prestation d'honoraire

**Description** L'objet de cette opération est de générer automatiquement, à partir d'une prestation médicament, une prestation d'honoraire de dispensation (simple, complexe, pour médicament remboursable, lié à l'âge ou pour médicament spécifique).

Cette opération enchaîne des règles des fonctionnalités IP, CF de sorte à effectuer l'acquisition ou la détermination puis le contrôle de toutes les données nécessaires à une prestation de type honoraire, hormis les données tarifaires qui seront déterminées dans un second temps dans la fonctionnalité VF.

Les règles de IP, CF, VF appelées se déroulent :

- soit dans leur mode nominal, si la prestation de type honoraire ne présente pas de spécificité pour la règle en question.
- soit dans un fonctionnement particulier, prévu au niveau de la règle elle-même, si la prestation de type honoraire présente une spécificité pour la règle en question.



Remarque : La prestation générée par le LPS ne doit pas être modifiée par le PS.

##### Entrées Données de la prestation médicament associée

Prestation	EF_IP04
Type prestation	EF_IP05
Lieu d'exécution	EF_IP06
Supplément de prestation	EF_IP08
Contexte Prestation AMO	EF_CF08
Code prestation suivant à générer	EF_CF08_06
Contexte Prestation Prévention AMO/AMC	EF_CF10

##### Sorties Données de la prestation générée

Prestation	EF_IP04
Type prestation	EF_IP05
Lieu d'exécution	EF_IP06
Supplément de prestation	EF_IP08
Contexte Prestation AMO	EF_CF08
Contexte Prestation Prévention AMO/AMC	EF_CF10

**Situations spécifiques** Aucune



## Schéma

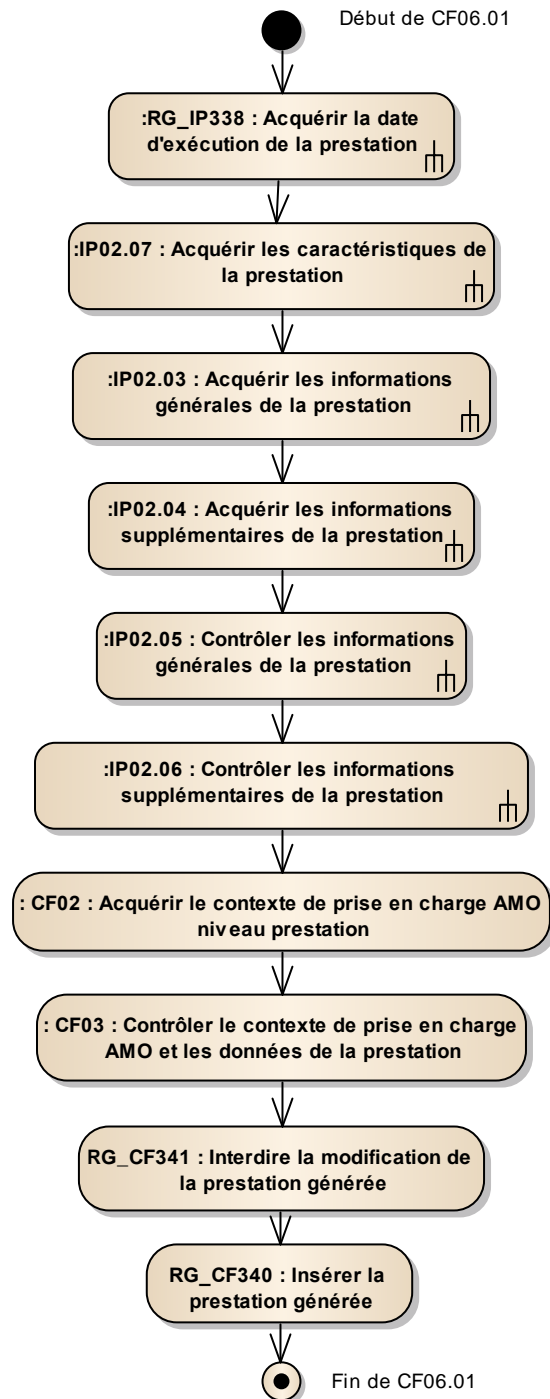


Figure 15 : [SC\_CF06.01] Enchaînement de CF06.01 : " Générer une prestation d'honoraire "

## Règles de gestion

### [RG\_CF340] Positionner une prestation d'honoraire générée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Toute prestation d'honoraire simple générée par le LPS doit **immédiatement** succéder la prestation médicament à laquelle elle se rapporte.



Dans le cas où la prestation de médicament ayant déclenché l'honoraire simple est déjà suivie d'un acte secondaire saisi par le Professionnel de Santé (exemple : UPH ou MPI), la prestation d'honoraire doit être insérée avant la prestation secondaire saisi par le PS.

La prestation d'honoraire complexe générée par le LPS doit être positionnée à la suite des prestations saisies par le PS et des prestations d'honoraire simple générées par le système de facturation.

La prestation d'honoraire pour délivrance de médicament remboursable doit être positionnée en fin de facture, c'est-à-dire après la liste des médicaments et des honoraires simples, et de l'honoraire complexe s'il y en a.

Ensuite sont insérées s'il y a lieu la prestation d'honoraire lié à l'âge puis la prestation d'honoraire pour délivrance de médicament spécifique.



A1-A0

§2.4.21.1.5 Frais pharmaceutiques

### [RG\_CF341] Interdire la modification de la prestation d'honoraire générée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour toute prestation de type honoraire générée par le système (EF\_IP05\_03 = « honoraire » et EF\_IP05\_06= »LPS »), aucune information ne doit être modifiable (forçable) par le Professionnel de Santé.



A1-A0

§2.4.21.1.5

## 4 Acquérir le contexte de facturation pour la part complémentaire

### 4.1 Enchaînement des opérations de CF-Complémentaire

#### Schéma

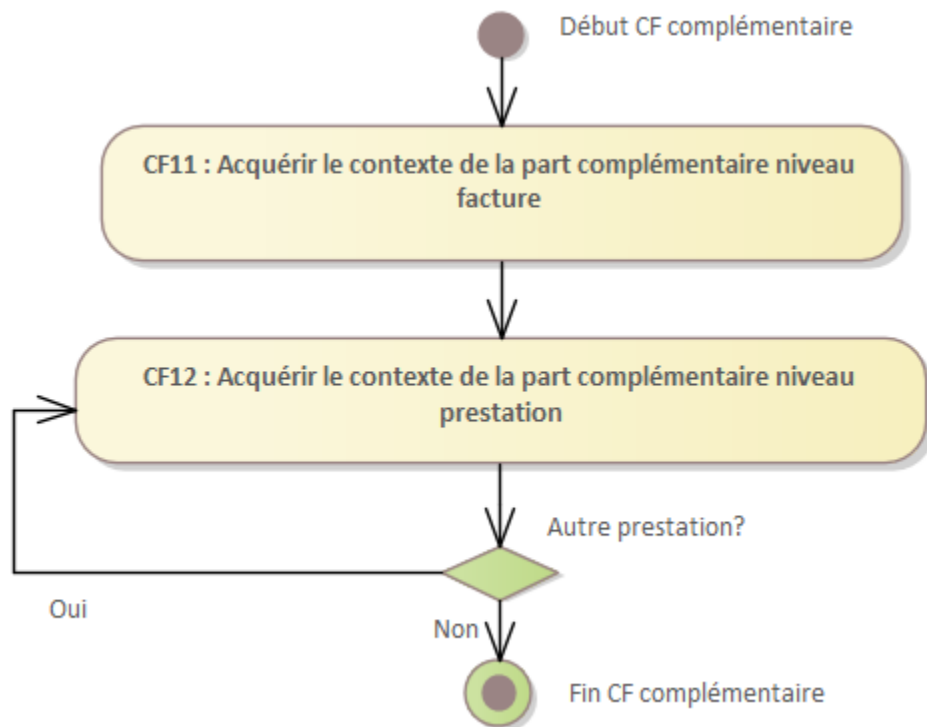


Figure 16 : [SC\_CF-AMC] Enchaînement des opérations de CF-Complémentaire : "Acquérir le contexte de facturation de la part complémentaire"

## 4.2 CF11 : Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau facture

### Vue générale

<b>Nom</b>	<b>CF11 Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau facture</b>	
<b>Description</b>	<p>Cette opération a pour but :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>de déterminer le tiers payant complémentaire (CF11.04) (Cf. RG_MF001). Si la part complémentaire est en gestion unique hors tiers payant, il n'y a pas de transmission d'informations sur la part complémentaire.</li> <li>de déterminer le service ouvert au bénéficiaire de soins (CF11.09),</li> <li>de déterminer la date de référence pour le remboursement de la part complémentaire (CF11.01) puis de contrôler que les droits au regard de l'organisme complémentaire sont ouverts en fonction de la date de référence (CF11.02),</li> <li>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),</li> <li>d'acquérir d'autres informations relatives au contexte de la part complémentaire niveau facture (CF11.06),</li> <li>de contrôler l'activation d'un service de tarification complémentaire et de déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler si celui-ci a été activé (CF11.08).</li> </ul>	
<b>Entrées</b>	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
	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
<b>Sorties</b>	Convention applicable »	EF_CF14
	Contexte facture complémentaire »	EF_CF03
<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Sortant de la C2S	SP04
	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Forçage	SP11

### Préambule

### POSITIONNEMENT DE LA REPONSE DE PRISE EN CHARGE

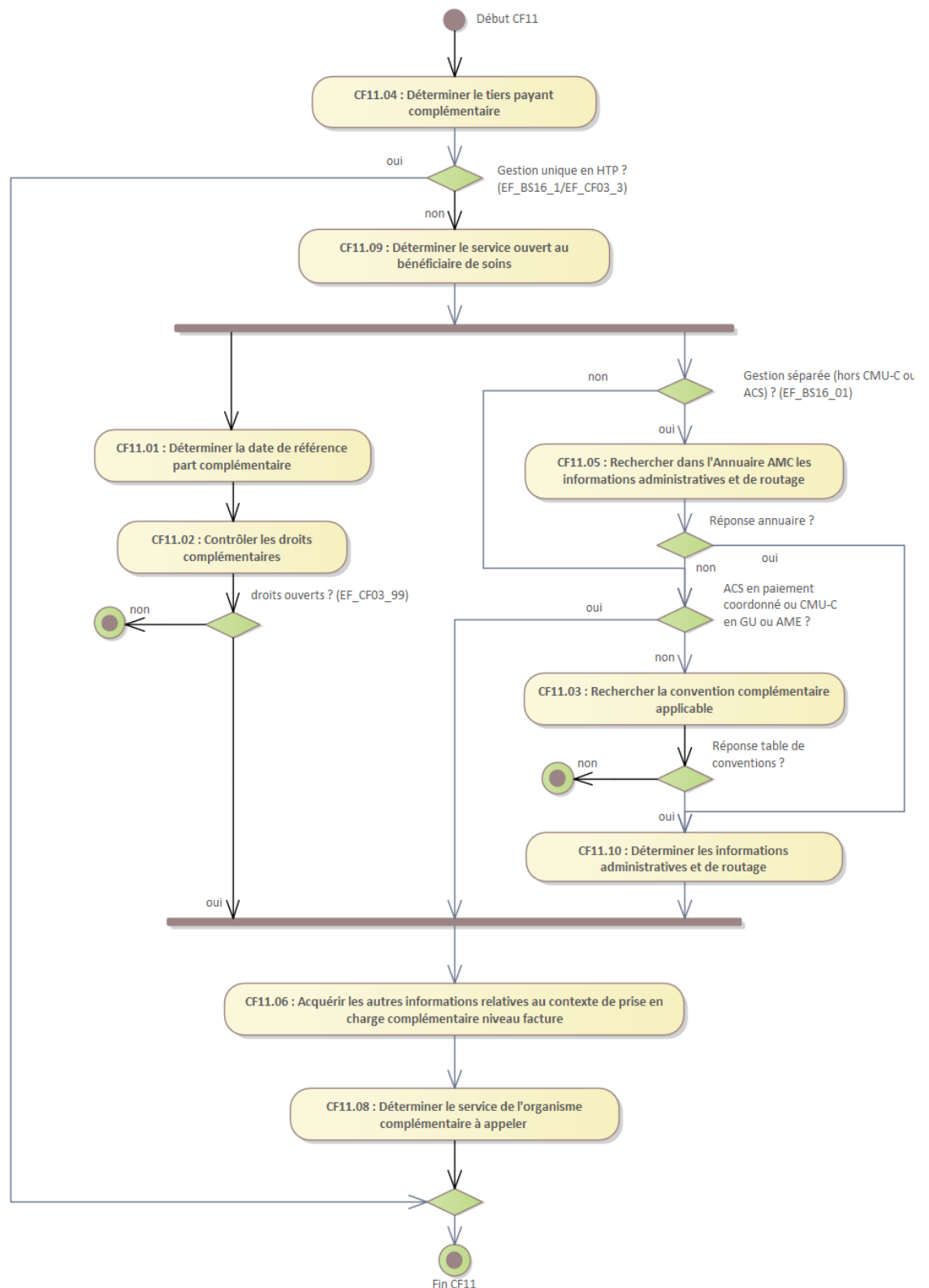
Le processus d'acquisition des informations relatives à la part complémentaire est inchangé : soit le Professionnel de Santé interroge le service ADRI, soit le bénéficiaire de soins présente sa carte Vitale, soit il présente un autre support de droit... Le contrôle de l'ouverture des droits à l'organisme complémentaire est réalisé à partir des dates de validité présentes sur le support de **droit**.

Il appartient au Professionnel de Santé de vérifier la période de validité de la réponse de la prise en charge.

Aucun renseignement supplémentaire autre que le n° de référence de la réponse de PEC et le (ou les) montant(s) n'est demandé au Professionnel de Santé.

Dans le cas d'une réponse de PEC valide à une date donnée, et de droits complémentaires non ouverts, il n'est pas possible pour le Professionnel de Santé de réaliser une facture électronique (sauf forçage de la période de droits inscrite sur le support de droit présenté par le bénéficiaire des soins).

## Schéma



**Figure 17 : [SC\_CF11] Enchaînement des tâches de l'opération CF11 « Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau facture »**

## 4.2.1 CF11.01 : Déterminer la date de référence part complémentaire

### Vue générale

<b>Nom</b>	<b>CF11.01 Déterminer la date de référence part complémentaire</b>	
<b>Description</b>	Cette opération a pour but de déterminer la date de référence utilisée pour le contrôle des droits au regard de la part complémentaire.	
<b>Entrées</b>	Code régime	EF_BS04_01
	Code sous-famille	EF_PS04_10
	Date d'exécution de la prestation	EF_IP04_02
	Date de la facture	EF_IP01_01
	Date de prescription	EF_IP03_02
	Prestation	EF_IP04
	Code famille du professionnel de santé	EF_PS04_09
	Code mode de gestion complémentaire	EF_BS16_01
<b>Sorties</b>	Date de référence part complémentaire	EF_CF03_01
<b>Situations spécifiques</b>		

### Préambule

Dans le cas général, la date de référence pour la part complémentaire reste calquée sur la date de référence AMO.

Cependant, dans le cas de la gestion séparée pour les actes exécutés en pharmacie, ou chez un fournisseur la date de référence pour la part complémentaire est par défaut la date d'exécution de l'acte (date de délivrance pour les médicaments, date de délivrance ou de début de location pour les dispositifs médicaux, date d'exécution pour les actes de biologie autorisés aux officines).

Si au lieu de la date d'exécution, l'organisme complémentaire applique la date de prescription ou la date de facturation, le Professionnel de Santé de la famille « Pharmaciens », » ou « Fournisseurs » peut sélectionner l'une ou l'autre. Cette sélection ne constitue pas un forçage (pas d'indicateur de forçage positionné dans la facture).

En gestion séparée, ce principe s'applique également pour les traitements en série réalisés par les Professionnels de Santé « Auxiliaires Médicaux ».

Cette règle s'applique aussi bien en Tiers Payant qu'en Hors Tiers Payant complémentaire.

Mode de gestion de l'organisme complémentaire (EF_BS16_01)	Famille de PS (EF_PS04_09)	Type d'acte	Date de référence complémentaire (EF_CF03_01)	Règle SFG
Gestion unique	Tous	Tous	Egale à la date de référence AMO	RG_CF360
Gestion séparée	Tous hors PH/FR	Tous	Egale à la date de référence AMO	RG_CF360
	Auxiliaires médicaux	Acte isolé		

	PH/FR	Tous		RG_CF380
	Auxiliaires médicaux	Traitements en série		

## Règles de gestion

### **[RG\_CF360] Déterminer la date de référence complémentaire (EF\_CF03\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date à prendre en compte pour déterminer l'ouverture des droits est identique à celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO.

La règle de détermination de la date de référence AMO est décrite dans l'opération 3.2.1 CF01.01 : Déterminer la date de référence AMO.

### **[RG\_CF380] Acquérir la date de référence part complémentaire en gestion séparée pour les familles « Pharmaciens », « Fournisseurs » et « Auxiliaires-médicaux » (EF\_CF03\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour contrôler l'ouverture des droits sur la part complémentaire, le système de facturation d'un Professionnel de Santé de la famille « Pharmaciens », « Fournisseurs » ou « Auxiliaires Médicaux » dans le cas de traitements en série, doit :

- utiliser par défaut la date d'exécution de l'acte (date d'exécution de l'acte – EF\_IP04\_02 ou date de délivrance pour les médicaments, date de délivrance ou de début de location pour les dispositifs médicaux, date d'exécution de chaque acte en cas de traitement en série),
- permettre au Professionnel de Santé de sélectionner une autre date : la date de prescription (Date de prescription - EF\_IP03\_02) ou la date de facturation (Date de la facture - EF\_IP01\_01). Cette sélection, peu fréquente, ne constitue pas un forçage (pas d'indicateur de forçage positionné dans la facture).



Ces règles s'appliquent pour les factures élaborées en Tiers Payant ou en hors Tiers Payant.



## 4.2.2 CF11.02 : Contrôler les droits complémentaires

### Vue générale

<b>Nom</b>	<b>CF11.02 Contrôler les droits complémentaires</b>	
<b>Description</b>	Cette opération a pour but de contrôler que les droits au regard de la prise en charge de la part complémentaire sont ouverts à la date de référence.	
<b>Entrées</b>	Date de référence complémentaire	EF_CF03_01
	Organisme complémentaire	EF_BS16
	Contrat complémentaire en gestion séparée	EF_BS17
	Période de droits en gestion séparée	EF_BS23
	Contrat complémentaire en gestion unique	EF_BS13
	Période de droits en gestion unique	EF_BS14
<b>Sorties</b>	Code droit complémentaire ouvert	EF_CF03_99
<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Forçage	SP11

### Préambule

#### REPONSE DE PRISE EN CHARGE

Que ce soit en gestion unique ou en gestion séparée, lorsqu'il y a une réponse de prise en charge complémentaire, le Professionnel de Santé doit vérifier que la réponse de prise en charge complémentaire porte le numéro d'organisme complémentaire présenté sur le support de droit et sur la réponse de prise en charge.

Il appartient au Professionnel de Santé de vérifier la cohérence au niveau de l'identification de l'organisme complémentaire.

- Si les n° de l'organisme d'assurance maladie complémentaire sont identiques, il y a conservation des données déjà acquises de l'organisme complémentaire.
- Si les n° de l'organisme d'assurance maladie complémentaire sont différents. Les données acquises précédemment sont effacées.

Le Professionnel de Santé demande au bénéficiaire de soins le support de droit correspondant à l'organisme complémentaire présent sur la réponse de prise en charge,

- Si le bénéficiaire de soins présente le support de droit correspondant, le Professionnel de Santé reprend le processus d'acquisition des données complémentaires à partir de ce support de droits.
- Si le bénéficiaire de soins ne présente pas le support de droit correspondant, le Professionnel de Santé élabore une facture papier à partir des données administratives reprises sur la réponse de prise en charge.

### Règles de gestion

**[RG\_CF361] Contrôler l'ouverture des droits complémentaires (EF\_CF03\_99)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation du professionnel de santé vérifie l'ouverture des droits du bénéficiaire à partir des données lues sur le support de droits :

- Dans le cadre d'une gestion unique :

- garanties effectives (code garantie effectives – EF\_BS13\_02),
- date de début droits Mutuelle (date de début des droits en gestion unique – EF\_BS14\_01),
- date de fin droits Mutuelle (date de fin des droits en gestion unique – EF\_BS14\_02).
- Dans le cadre gestion séparée :
  - date de début de validité des données (date de début des droits en gestion séparée – EF\_BS23\_01),
  - date de fin de validité des données (date de fin des droits en gestion séparée – EF\_BS23\_02).



### Cas particulier

**[CP1] Traitements en série effectués par un Professionnel de Santé de la famille Auxiliaire Médicaux en gestion séparée**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- si la date de référence complémentaire est la date d'exécution et si cette dernière est en dehors de la période de droits, alors le système affiche le message suivant au Professionnel de Santé :
 

« Vérifiez les droits de la complémentaire ou fractionnez votre facturation »
- si la date de référence complémentaire est la date de prescription et si cette dernière est en dehors de la période de droits, alors le système affiche le message suivant au Professionnel de Santé :
 

« La date de prescription est hors période de la validité des droits de la complémentaire : vérifiez que le bénéficiaire n'a pas changé de complémentaire »

### ➤ Situation spécifique pour ce cas particulier



[RG\_CF361][CP1][SP11] Forçage



### Situation spécifique

**[SP03] Contrôler l'ouverture des droits complémentaires**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En gestion séparée, pendant la période de validité, le système de facturation doit proposer la télétransmission directe vers l'AMC.

Les dates de validité doivent être utilisées uniquement pour déterminer la période de télétransmission directe possible vers l'AMC.



[RG\_CF361][SP11] Forçage



### Cas d'erreur

**[CE1] Droits non ouverts**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si les droits ne sont pas ouverts, le Professionnel de Santé a la possibilité soit de forcer les dates d'ouverture des droits soit d'abandonner la transmission des informations relatives à la complémentaire.



[SP11] Forçage

➤ **Situation spécifique pour ce cas d'erreur****[CE1][SP03]****Droits non ouverts**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En dehors de cette période ou si le professionnel de santé refuse la transmission directe, le système de facturation doit proposer le tiers payant coordonné que l'on peut assimiler à un mode de gestion unique.

**[RG\_CF393] Acquérir la nature de la pièce justificative des droits complémentaires (EF\_CF03\_10)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

**Préambule**

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé soit de **saisir** directement les informations à partir d'une **attestation papier** si les informations ne sont pas en carte, soit de **remplacer** les données complémentaires issues de la carte Vitale par des informations en **provenance d'autres supports** de droits **AMC** en respectant le choix de l'assuré relatif au support de droits AMC à utiliser. Ces remplacements d'informations font l'objet d'une mention au niveau de la **nature de pièces justificatives des droits complémentaires**.

Le renseignement de cette information s'appuie sur la donnée « code support de droits complémentaire » (EF\_BS16\_02) acquise dans la fonctionnalité « BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins ».

**Règle**

Les règles d'acquisition de la nature de la pièce justification sont les suivantes :

- **Aucune information en carte et présentation d'une attestation**

Aucune donnée complémentaire n'est contenue dans la carte, le Professionnel de Santé peut saisir toutes les informations à partir d'une attestation papier (ou un autre support de droits AMC). La **nature de pièce justificative de droits complémentaires** prend alors la valeur **2** « l'adhérent / assuré a présenté son support de droits AMC autre que la carte vitale ».

- **Données en carte et pas d'attestation**

Les données sont contenues dans la carte Vitale. Le patient ne présente pas d'autre support de droits AMC et la facture est établie à destination de l'organisme complémentaire présent en carte Vitale (le tiers payant ne pourra être possible qu'en présence de droits Complémentaires en carte Vitale). La **nature de pièce justificative de droits complémentaires** prend alors la valeur **4** « l'adhérent / assuré a présenté sa carte vitale comme support de droits ».

- **Information en carte et présentation d'un autre support de droits émis par un organisme différent**

Le Professionnel de Santé renseigne alors toutes les informations d'identification de la complémentaire présente sur l'attestation papier.

Les informations issues de la carte Vitale sont alors effacées et la **nature de pièces justificatives de droits Complémentaires** prend alors la valeur **2** « l'adhérent / assuré a présenté un support de droits autre que la carte Vitale ».

- **Autres cas**

La donnée nature de pièces justificatives de droits Complémentaires peut également prendre la valeur **1** « le Professionnel a consulté un serveur de droits » ou **3** « Prise en charge de la part complémentaire ».



Remarque : La valorisation de la nature de la pièce justificative à « 3 » n'est plus autorisée par le Professionnel de Santé.

La nature de la pièce justificative à « 3 » est valorisée uniquement par les STS si nécessaire.



### Cas particuliers

**[CP1] Droits issus d'un fichier patient  
(indépendamment de la présence ou pas de la carte Vitale ou d'une attestation)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé obtient directement les informations concernant l'organisme complémentaire sur son poste de travail. La **nature de pièces justificatives des droits complémentaires** prend alors la valeur **0** « l'adhérent / assuré n'a présenté aucune pièce justificative ».

**[CP2] Droits issus du service ADRI**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où le professionnel de santé utilise les droits complémentaires en gestion unique issus de la réponse du service ADRI, la nature de pièce justificative AMC (EF\_CF03\_10) est renseignée avec la donnée issue de la réponse du service ADRI (« CodeSupportComplementaire »), selon certaines conditions décrites dans la documentation spécifique du service ADRI.



### Situation spécifique



[RG\_CF393][SP11] Forçage

## 4.2.3 CF11.03 : Rechercher la convention complémentaire applicable

### Vue générale

**Nom** CF11.03 Rechercher la convention complémentaire applicable

**Description** Un organisme gestionnaire de la part complémentaire, un organisme d'Assurance Maladie Obligatoire ou un organisme mandaté par un ou plusieurs organismes gestionnaires de la part complémentaire 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 gestionnaires de la part complémentaire, on parle alors 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 système de facturation 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.

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.

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) convention(s) applicable(s) signées en direct par l'organisme complémentaire,
- rechercher la(les) convention(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).

Afin de faciliter la recherche de la convention applicable dans la table des conventions, les organismes d'Assurance Maladie fournissent aux éditeurs une liste de données dénommée table de regroupement

La table fournie est la suivante :

- 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).

<b>Entrées</b>	Contrat complémentaire en gestion séparée	EF_BS17
	Critères recherche conventionnelle type 1	EF_BS20
	Contrat complémentaire en gestion unique	EF_BS13
	Organisme AMO	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
	Code tiers payant complémentaire	EF_CF03_03
<b>Sorties</b>	Convention applicable	EF_CF14
<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire de la C2S	SP03
	Bénéficiaire de l'AME	SP06

## Schéma

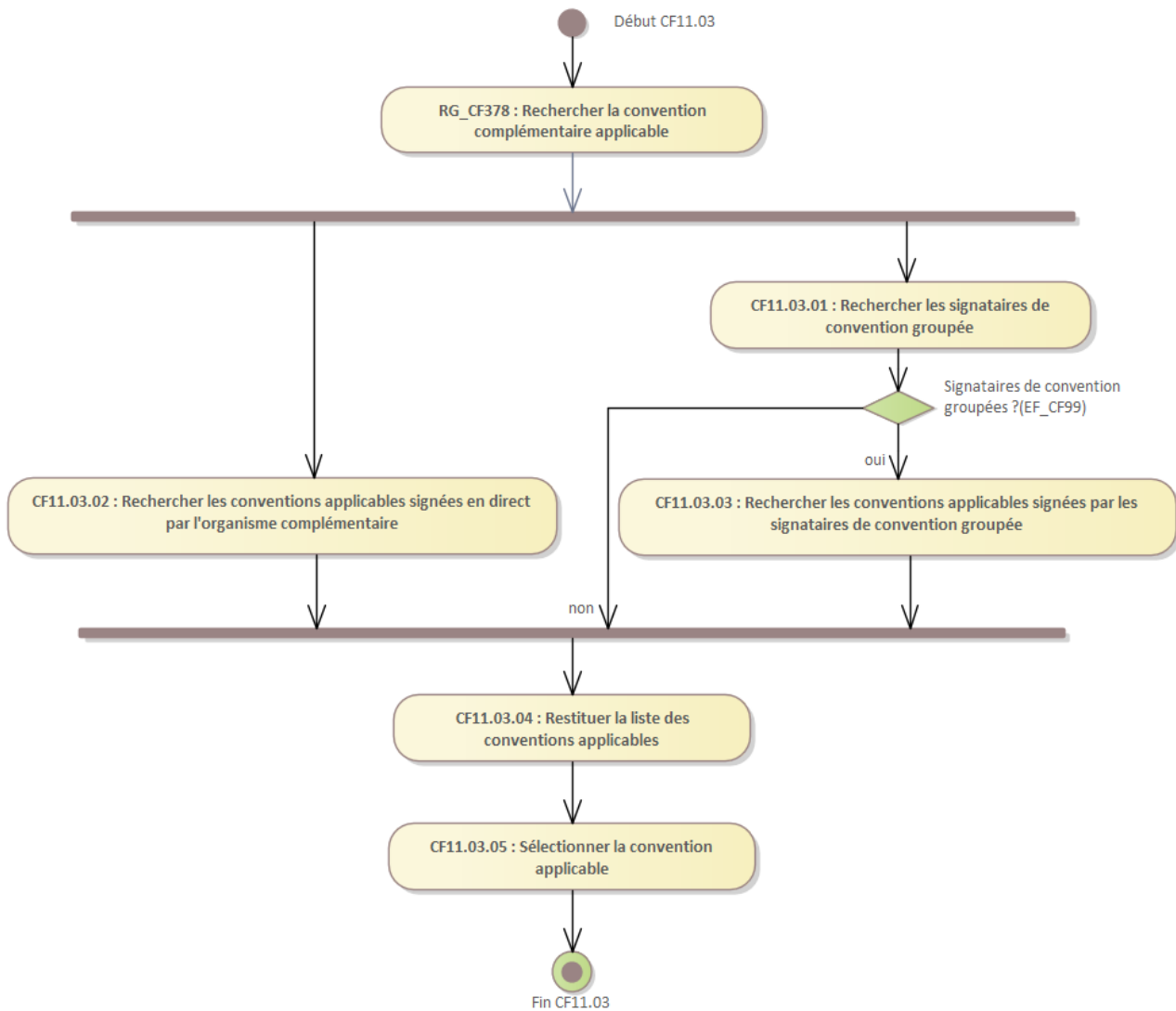


Figure 18 : [SC\_CF11.03] Enchaînement de la tâche CF11.03 « Rechercher la convention applicable »

## 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 en suivant le processus de recherche du contexte conventionnel.



### Situations spécifiques

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

**[SP03] Rechercher la convention complémentaire applicable****En gestion séparée**

Dans le cas d'une C2S 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.

**En gestion unique**

Dans le cas d'une C2S en gestion unique, le système de facturation ne recherche pas le contexte conventionnel.

**[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, la facture est nécessairement en gestion unique, et il ne faut pas utiliser les tables de convention.

**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.

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.

## 4.2.3.1 CF11.03.01 : Rechercher les signataires de convention groupée

### Vue générale

<b>Nom</b>	<b>CF11.03.01 Rechercher les signataires de convention groupée</b>
<b>Description</b>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>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.</p>



<b>Entrées</b>	Signataire de convention groupée (table des regroupements)	EF_AP02
	Contrat complémentaire en gestion séparée	EF_BS17
	Critères recherche conventionnelle type 1	EF_BS20
	Contrat complémentaire en gestion unique	EF_BS13
	Organisme AMO	EF_BS04
	Organisme complémentaire	EF_BS16
<b>Sorties</b>	Signataire de convention groupée (liste)	EF_CF99
<b>Situations spécifiques</b>		

## Règles Gestion séparée

### [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 de droits	A partir du support de droits. (EF_BS20)
	Absent ou à blanc sur le support de droits	Critère non utilisé
Critère secondaire	Présent sur le support de droits	A partir du support de droits (EF_BS20)
	Absent ou à blanc sur le support de droits	Critère non utilisé
Numéro d'organisme complémentaire	Si le numéro d'organisme complémentaire est issu du support de droits	A partir du support de droits (EF_BS17_01 – identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée)
	Si le numéro d'organisme complémentaire reste inconnu (absent du support de droits, non saisi par le Professionnel de Santé)	Critère non utilisé

**Tableau 5 : [TAB\_CF11.03.01] Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des regroupements en gestion séparée**

## Règles

## 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 » (EF_BS20_01)
Critère secondaire		Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire issus du support de droits  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 »  (EF_BS04)
Numéro d'organisme complémentaire	Si le numéro d'organisme complémentaire est issu du support de droits ou acquis à partir de la table de correspondance	A partir du n° AMC déterminé (EF_BS13_05 – identifiant de l'organisme complémentaire représenté)
	Si le numéro d'organisme complémentaire reste inconnu (absent du support de droits et de la table de correspondance, non saisi par le Professionnel de Santé)	Critère non utilisé

**Tableau 6 : [TAB\_CF11.03.01] Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des regroupements en gestion unique**

### [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.

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

### Vue générale

<b>Nom</b>	<b>CF11.03.02 Rechercher les conventions signées en direct par l'organisme complémentaire</b>		
<b>Description</b>	Le système de facturation recherche toutes les conventions signées en direct par l'organisme complémentaire présenté par le bénéficiaire de soins.		
<b>Entrées</b>	Table des conventions PdT		EF_AP01
	Contrat complémentaire en gestion séparée		EF_BS17
	Critères recherche conventionnelle type 1		EF_BS20
	Contrat complémentaire en gestion unique		EF_BS13
	Organisme AMO		EF_BS04
	Organisme complémentaire		EF_BS16
	Code tiers payant complémentaire		EF_CF03_03
<b>Sorties</b>	« Convention » (liste des conventions applicables signées en direct)		EF_CF96
<b>Situations spécifiques</b>			

### Règles Gestion séparée

#### [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 de droits	A partir du support de droits.
	type de convention absent ou à blanc sur le support de droits.	Critère non utilisé
Critère secondaire	critère secondaire présent sur le support de droits	A partir du support
	critère secondaire absent ou à blanc sur le support de droits	Critère non utilisé
Organisme signataire de la convention		Numéro d'organisme complémentaire issu du support de droits
Numéro d'organisme complémentaire		Critère non utilisé
Type d'accord de la convention		A partir du code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)

**Tableau 7 : [TAB\_CF11.03.02] Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des conventions en gestion séparée (accès direct)**

## Règles

## 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 » (EF_BS20_01)
Critère secondaire		Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire issus du support de droits  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 »
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 de droits ou acquis à partir de la table de correspondance	A partir du n° AMC déterminé.  (EF_BS13_05 – identifiant de l'organisme complémentaire représenté)
Type d'accord de la convention		A partir du code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03)

**Tableau 8 : [TAB\_CF11.03.02] Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des conventions en gestion unique (accès direct)**

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

##### Vue générale

<b>Nom</b>	<b>CF11.03.03 Rechercher les conventions signées par les signataires de convention groupée</b>	
<b>Description</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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).</li> </ul>	
<b>Entrées</b>	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
	Contrat complémentaire en gestion unique	EF_BS13
	Organisme AMO	EF_BS04
	Organisme complémentaire	EF_BS16
	Code tiers payant complémentaire	EF_CF03_03
<b>Sorties</b>	« Convention » (liste des conventions applicables signées par des signataires)	EF_CF97

**Situations  
spécifiques****Règles****Gestion séparée**

**[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 de droits	A partir du support de droits.
	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée et type de convention absent ou à blanc sur le support de droits.	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)

**Tableau 9 : [TAB\_CF11.03.03] Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des conventions en gestion séparée (signataires convention groupée)**

## Règles

## 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 » (EF_BS20_01)
Critère secondaire		Code grand régime + code caisse gestionnaire + code centre gestionnaire issus du support de droits  <i>Pour le Régime Agricole, si le 5<sup>ème</sup> caractère (correspond au 3<sup>ème</sup> 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)

**Tableau 10 : [TAB\_CF11.03.03] Tableau récapitulatif de renseignement des critères d'accès à la table des conventions en gestion unique (signataires convention groupée)**

#### 4.2.3.4 CF11.03.04 : Restituer la liste des conventions applicables

##### Vue générale

<b>Nom</b>	<b>CF11.03.04 Restituer la liste des conventions applicables</b>	
<b>Description</b>	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. 	
<b>Entrée</b>	« 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
<b>Sorties</b>	« Convention » (liste des conventions applicables)	EF_CF98
<b>Situations spécifiques</b>		

**[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

#### [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.

#### [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...).

#### [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

#### [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.

## 4.2.3.5 CF11.03.05 : Sélectionner la convention applicable

### Vue générale

**Nom** CF11.03.05 **Sélectionner la convention applicable**

**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.

<b>Entrées</b>	« Convention » (liste des conventions applicables)	EF_CF98
	Contrat complémentaire en gestion unique	EF_BS13
	Contrat complémentaire en gestion séparée	EF_BS16
	Mode d'application des conventions	EF_AP05
<b>Sorties</b>	Convention applicable	EF_CF14
<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire de la C2S	SP03

**[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.

Le système de facturation doit tenir compte également du mode d'application des conventions (EF\_AP05).



**Cas particulier**

**[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 particulier****[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 logiciel 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.

**[RG\_CF373] Modifier le mode de gestion dans un contexte C2S (EF\_BS16\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					



Cette règle n'a pas de fonctionnement nominal. Elle s'entend uniquement en cas de bénéficiaire de la C2S (SP03).

**➤ Situation spécifique****[SP03] Modifier le mode de gestion dans un contexte C2S**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En gestion séparée, le Professionnel de Santé peut, à tout moment, décider de réaliser un flux en Tiers-Payant coordonnée.

Cela revient à lui permettre de réaliser une facture si la table n'est pas renseignée ou s'il décide de ne pas tenir compte des conventions proposées.

Dans ce cas, le mode de gestion déterminé précédemment (EF\_BS16\_01) est modifié.

**[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).

## 4.2.4 CF11.04 : Déterminer le tiers payant complémentaire

### Vue générale

<b>Nom</b>	<b>CF11.04 Déterminer le tiers payant complémentaire</b>		
<b>Description</b>	Cette tâche a pour but de déterminer l'application ou non du tiers payant pour la prise en charge de la part complémentaire.		
<b>Entrées</b>	Type de dispositif de tiers payant complémentaire ACS	EF_PS04_18	
<b>Sorties</b>	Code tiers payant complémentaire	EF_CF03_03	
<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire de la C2S	SP03	

### Préambule

### REPONSE DE PRISE EN CHARGE

Lorsque le Professionnel de Santé est en présence d'une réponse de prise en charge (PEC), en plus du processus habituel (c.-à-d. sans réponse de prise en charge), il doit s'assurer que le choix de tiers payant est cohérent avec la nature (TP ou HTP) de la réponse de prise en charge dans le cas où cette information est présente sur la réponse de prise en charge.

- si le choix est un TP et qu'il est inscrit TP sur la réponse de PEC, le Professionnel de Santé peut facturer une part complémentaire uniquement en TP (une DRE, une FSE enrichie ou une FSE en Gestion Unique).
- si le choix est un HTP et qu'il est inscrit HTP sur la réponse de PEC, le PS ne peut pas facturer une DRE en TP, il peut facturer une DRE uniquement en HTP»

Dans les autres cas, le Professionnel de Santé ne peut pas transmettre de part complémentaire en flux SESAM-Vitale.



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

### Règles de gestion

#### [RG\_CF385] Acquérir le choix de tiers payant du PS (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.



#### Cas particuliers

##### [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 »).

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

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

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

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 des informations administratives et de routage dans l'Annuaire AMC.

**Situations spécifiques****[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.

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

### Vue générale

<b>Nom</b>	<b>CF11.05 Rechercher dans l'Annuaire AMC les informations administratives et de routage</b>		
<b>Description</b>	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.		
<b>Entrées</b>	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
<b>Sorties</b>	Réponse de l'annuaire		
<b>Situations spécifiques</b>			

### 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.



#### Cas particuliers

##### [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).

##### [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.



#### Recommandation

##### [CR1] choix du domaine souhaité

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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 <b>requête</b>			
01	version	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]
02	date_demande	=	
03	editeur	=	
04	logiciel	=	
05	version_logiciel	=	
Objet <b>adressage</b>			
06	numero_amc		Identifiant de l'organisme complémentaire en gestion séparée (EF_BS17_01)
07	code_type_convention		Type convention (EF_BS20_01)
08	code_csr		Code critère secondaire (EF_BS20_02)
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.

**[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 <b>reponse</b>			
01	date_reponse	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]
02	duree_validite		
Objet <b>etat_demande</b>			
03	code_retour		
04	type_ko		
05	message	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]
06	url_Annuaire	=	Cf. DICO Annuaire [DICO WSANN]
Objet <b>resultat_demande</b>			
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	=	Information de l'AMC à destination du PS
12	libelle_csr	=	



13	commentaire_ps	=	
14	nom_contact	=	
15	prenom_contact	=	
16	mail_contact	=	
17	telephone_contact	=	



### Cas particuliers

#### **[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).

#### **[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 »).

#### **[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'erreur



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

#### **[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).

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

### Vue générale

<b>Nom</b>	<b>CF11.06 Acquérir les autres informations relatives au contexte de la part complémentaire</b>		
<b>Description</b>	Cette opération a pour but d'acquérir les autres informations relatives au contexte commun de la part complémentaire.		
<b>Entrées</b>	Code tiers payant complémentaire		EF_CF03_03
<b>Sorties</b>	Référence de la réponse de prise en charge de la part complémentaire		EF_CF03_05
	Code type de contrat		EF_CF03_07
	Code sens comptable		EF_CF03_08
	Code application		EF_CF03_09
<b>Situations spécifiques</b>			

### Préambule

#### REPONSE DE PRISE EN CHARGE

En cas de présence d'une réponse de prise en charge, le Professionnel de Santé doit en premier lieu s'assurer que les droits pour cet assuré sont ouverts pour cette complémentaire, puis il doit vérifier la validité des dates de la réponse de prise en charge.

Si les droits ne sont pas ouverts, mais que les dates sont valides sur la réponse de PEC, le Professionnel de Santé a toujours la possibilité de forcer la date de fin de droit à partir d'un support de droit valide, et de facturer ces actes de la réponse de prise en charge de l'organisme d'assurance maladie complémentaire.

### Règles de gestion

#### [RG\_CF376] Acquérir la référence de la réponse de prise en charge complémentaire (EF\_CF03\_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de présence d'une réponse de prise en charge, le professionnel de santé renseigne la référence de la réponse de prise en charge sur 16 caractères alphanumériques maximum, à partir de la réponse de prise en charge.



#### Situation spécifique

#### [SP03] Acquérir la référence de la réponse de prise en charge complémentaire (EF\_CF03\_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Accord sur devis pour les régimes obligatoires

Les devis C2S ne comportent pas de référence de prise en charge.

Dans ce contexte uniquement le renseignement de la référence de la « réponse de prise en charge » est facultatif.

#### [RG\_CF388] Acquérir le code type de contrat (EF\_CF03\_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Il s'agit du type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire.

La codification est fournie par les caisses d'assurance maladie obligatoire.



La valeur « 99 » est réservée à l'autorisation d'éclatement de la FSE enrichie. Le type de contrat sert également à véhiculer cette information. Voir le document de SFG « MF : Mettre en forme la FSE et/ou la DRE ».



### Situations spécifiques

#### [SP03] Acquérir le code type de contrat (EF\_CF03\_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit valoriser la donnée « type de contrat » à « 89 ».

#### [SP04] Acquérir le code type de contrat (EF\_CF03\_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit valoriser la donnée type de contrat » à « 01 ».

#### [RG\_CF389] Déterminer le code sens comptable (EF\_CF03\_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- 1 = facture normale RO+RC
- 2 = annulation de facture RC (DRE d'annulation)
- 3 = recyclage global de la facture RO+RC
- 4 = recyclage partiel de la facture RO seul
- 5 = recyclage partiel de la facture RC seul
- 6 = facture normale RC seulement
- 7 = facture normale RO seulement

Dans le cadre de SESAM-Vitale, les valeurs 3-4-5-7 ne sont pas utilisées. Elles sont réservées pour les organismes complémentaires.

#### [RG\_CF390] Acquérir le code application (EF\_CF03\_09)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Renseigné à 99 par défaut.

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

### Vue générale

<b>Nom</b>	<b>CF11.08 Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler</b>	
<b>Description</b>	<p>Le système de facturation contrôle l'activation d'un service de tarification complémentaire.</p> <p>En fonction du support de droits 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le CTIP,</li> <li>• la FNMF,</li> <li>• la FFA.</li> </ul> <p>Les AMO fournissent également dans le cadre de la gestion unique un service de tarification complémentaire.</p> <p>Cette tâche consiste à déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler : service de tarification complémentaire du CTIP, de la FNMF...</p>	
<b>Entrées</b>	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
	Informations administratives et de routage	EF_CF16
<b>Sorties</b>	Code service de tarification complémentaire	EF_CF03_14
<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire de la C2S	SP03

## Schéma

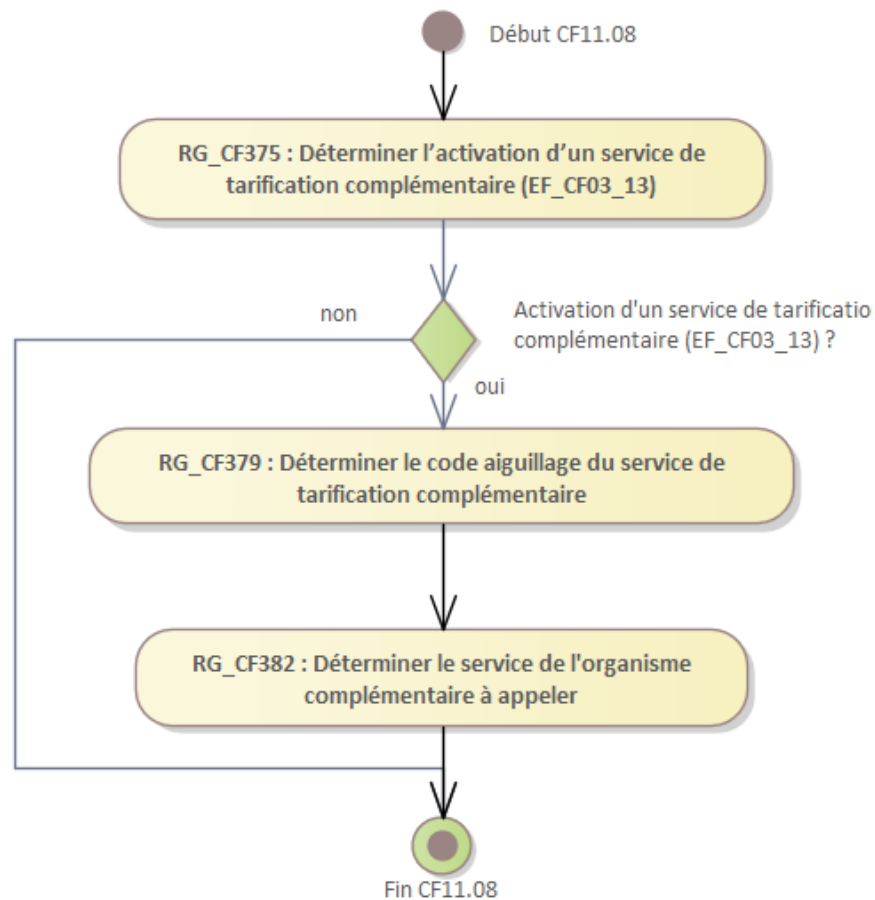


Figure 19 : [SC\_CF11.08] Enchaînement de CF11.08 « Déterminer le service de tarification complémentaire à appeler »

## 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 administratives et de routage (EF\_CF16\_09 = « 0 »).

**[RG\_CF379] Déterminer le code aiguillage du service de tarification complémentaire (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 et celui contenu dans les informations administratives et de routage issues de la table de convention (EF\_CF16\_10).

Si le code aiguillage du support **de droits** est identique au code aiguillage 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.

Le code aiguillage utilisé pour l'appel au service de tarification complémentaire dépend du support présenté et des informations administratives et de routage issues de la table de convention.



## **Cas particuliers**

### **[CP1] Gestion unique - Code aiguillage du support de droits 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 de droits présenté et des informations administratives et de routage issues de la table de convention.

- Si le code aiguillage du support de droits est différent du code aiguillage de la table,
  - Si le support de droits utilisé est le service ADRi ou la carte Vitale (ou un autre support de droits 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 code aiguillage est présent sur le support de droits 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 de droits et présent dans la table, le système de facturation utilise celui présent dans la table des conventions.

### **[CP2] Code aiguillage absent**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- Si le code aiguillage est absent du support de droits 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					

Cette donnée n'est pas renseignée. Le service de l'organisme complémentaire à appeler est déterminé par les STS.

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

### Vue générale

<b>Nom</b>	<b>CF11.09 Déterminer le service ouvert au bénéficiaire de soins</b>	
<b>Description</b>	<p>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 de droits.</p> <p>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.</p>	
<b>Entrées</b>	Contrat complémentaire en gestion séparée	EF_BS17
	Contrat complémentaire en gestion unique	EF_BS13
	Organisme complémentaire	EF_BS16
<b>Sorties</b>	Code service ouvert	EF_CF03_04
<b>Situations spécifiques</b>		

### Règles Gestion séparée

#### [RG\_CF303] Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion séparée (EF\_CF03\_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'indicateur de traitement applicable pour la facture est celui acquis sur le support de droits présenté par le bénéficiaire de soins (EF\_BS17\_04).



#### Cas particuliers

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit valoriser automatiquement l'indicateur de traitement à « 32 ».

#### [RG\_CF371] Déterminer le service ouvert en gestion séparée (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 (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

Tableau 11 : [TAB\_CF11.09] Tableau récapitulatif des services ouverts au bénéficiaire de soins en gestion séparée

## Règles

## Gestion unique

**[RG\_CF305] Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion unique (EF\_CF03\_02)**

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

**[CP1] Absence de l'information dans la réponse ADRI 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 ADRI 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 spécifiques

**[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\_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

Tableau 12 : [TAB\_CF11.09] Tableau récapitulatif des services ouverts au bénéficiaire de soins en gestion unique

## Règles

## Contrôle



**[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).



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

### Vue générale

<b>Nom</b>	<b>CF11.10 Déterminer les informations administratives et de routage pour élaborer la facture</b>		
<b>Description</b>	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).		
<b>Entrées</b>	Réponse de l'Annuaire AMC		
	Convention applicable		EF_CF14
<b>Sorties</b>	Données administratives et de routage		EF_CF16
<b>Situations spécifiques</b>			

### 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	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	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	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	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	Oui

		« Code aiguillage STS de l'Annuaire AMC » (07-Résultat – Donnée 9)	« Code aiguillage STS de la convention » (EF_CF14_10)	« Code aiguillage STS de la convention » (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	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	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	Oui « A » (pour Annuaire AMC)	Oui « C » (pour Table de convention)	Oui « C »

---

## 4.3 CF12 : Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau prestation

Pas de règles de gestion.



## 5 SP11 : Situations spécifiques de Forçage

### Principe

#### CCAM

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

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

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

- Code remboursement exceptionnel CCAM

#### **Hors CCAM et hors honoraires générés**

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

- La compatibilité entre la nature d'assurance et l'acte effectué (EF\_A2\_T4),
- La compatibilité entre le code accord de l'entente préalable et l'acte effectué (EF\_A2\_T6),
- La compatibilité entre le code qualificatif de la dépense et l'acte effectué (EF\_A2\_T7).

Ces forçages positionnent le top indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation non CCAM (EF\_CF08\_98).

#### **Toutes prestations hors honoraires générés**

Pour tout type de prestation, hors prestation de type honoraire généré, le Professionnel de Santé a la possibilité :

- d'élaborer une facture pour des soins conformes au protocole ALD lorsque l'ALD n'est pas présente en carte ou lorsque les droits sont échus en carte.
- d'accorder le tiers payant lorsque la date de fin de droits AMO est dépassée.

Par ailleurs, le professionnel de Santé a la possibilité de modifier au niveau du système de facturation les informations suivantes :

- La liste des organismes autorisant l'envoi d'une FSE AT (EF\_A2\_T11.2),
- La liste des caisses gestionnaires n'autorisant pas l'envoi de FSE relatives à un accident de la vie privée pour le régime agricole (EF\_A2\_T11.4)
- Les tables de paramètres caractérisant certaines situations du parcours de soins (EF\_A2\_T5bis, EF\_A2\_T15.x, EF\_A2\_T16.x et EF\_A2\_T18)
- Les tables de paramètres autorisant la facturation des majorations de coordination (EF\_A2\_T17.x)

### Prestations de type honoraire généré



Rappel : Ces prestations ne sont pas concernées par le forçage (cf. Corps du CDC §4.3 Situations spécifiques).

Les indicateurs de forçage (EF\_CF08\_95 à EF\_CF08\_99) sont nécessairement **non renseignés**.



A1-A

§3.3.1.1

### Tableau de synthèse

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

#### PRESTATIONS CCAM

Opération	Règle outrepassée		Donnée forcée		Indicateur à positionner
<b>CF02.01</b>	RG_CF_CC11	Acquérir le code remboursement exceptionnel CCAM	Code remboursement exceptionnel CCAM	EF_CF08_04	EF_CF08_96
<b>CF03.01</b>	RG_CF_RC8	Contrôler la nature d'assurance pour une prestation CCAM	Code nature d'assurance	EF_CF02_02	EF_CF08_99
<b>CF03.02</b>	RG_CF_RC7	Contrôler la nécessité d'une entente préalable pour une prestation CCAM	Code accord de l'entente préalable	EF_CF09_01	EF_CF08_99
<b>CF03.02</b>	RG_CF_R17 EF_A2_T7bis	Contrôler le code qualificatif de la dépense pour une prestation CCAM	Code qualificatif de la dépense	EF_CF08_01	EF_CF08_97

#### PRESTATIONS HORS CCAM

Opération	Règle outrepassée		Donnée forcée		Indicateur à positionner
<b>CF03.01</b>	RG_CF_R3 EF_A2_T4	Contrôler la nature d'assurance pour une prestation non CCAM	Code nature d'assurance	EF_CF02_02	EF_CF08_98
<b>CF03.02</b>	RG_CF_R8 EF_A2_T6	Contrôler la nécessité d'une entente préalable pour une prestation non CCAM	Code accord de l'entente préalable	EF_CF09_01	EF_CF08_98
<b>CF03.02</b>	RG_CF_R17 EF_A2_T7	Contrôler le code qualificatif de la dépense pour une prestation non CCAM	Code qualificatif de la dépense	EF_CF08_01	EF_CF08_98

## TOUTES PRESTATIONS

Opération	Règle outrepassée		Donnée forcée		Indicateur à positionner
<b>CF01.03.01</b>	RG_CF_R35	Contrôler l'élaboration d'une FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole	Sans objet	Sans objet	EF_CF02_99
	EF_A2_T11.4				
<b>CF01.03.03</b>	RG_CF_R25.2	Contrôler l'acceptation de FSE au risque AT par l'organisme gestionnaire de l'AT	Organisme gestionnaire de l'AT	EF_CF06_04	EF_CF02_99
	EF_A2_T11.2				
<b>CF01.04</b>	RG_CF_R37	Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins	Position par rapport au parcours de soins	EF_CF13_03	EF_CF02_98
	EF_A2_T15.1				
	EF_A2_T15.2				
	EF_A2_T15.3				
	EF_A2_T15.4				
	RG_CF_R37ter	Contrôler la situation du parcours de soins	Situation au regard du parcours de soins	EF_CF13_02	EF_CF02_98
	EF_A2_T18				
<b>CF01.05</b>	RG_CF_R38	Contrôler la Compatibilité de l'« Accès direct spécifique »	Situation au regard du parcours de soins	EF_CF13_02	EF_CF02_98
	EF_A2_T16.1				
	EF_A2_T16.2	Déterminer le Tiers Payant AMO	Tiers Payant AMO	EF_CF02_03	EF_CF02_97
	RG_CF_R29				
<b>CF02.01</b>	RG_CF319	Acquérir le code conformité au protocole ALD	code conformité au Protocole ALD	EF_CF08_02	EF_CF08_95
<b>CF03.03</b>	RG_CF_R39	Contrôler la facturation d'une majoration de coordination	Code prestation	EF_IP04_01	EF_CF02_98
	EF_A2_T17 EF_A2_T17bis				
<b>CF04</b>	RG_CF_R37bis	Déterminer le Contexte d'Urgence du parcours de soins en fonction des prestations	Situation au regard du parcours de soins	EF_CF13_02	EF_CF02_98
	EF_A2_T5bis				

## 5.1.1 Impact CF01.03.01 : Acquérir et contrôler la nature d'assurance

**[RG\_CF\_R35] [SP11] Contrôler l'élaboration d'une FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier la table 11.4 (EF\_A2\_T11.4) utilisée par ce contrôle en y ajoutant ou supprimant des codes caisse gestionnaire n'autorisant pas l'envoi de FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole.

Si le système de facturation utilise les valeurs modifiées de la table, il positionne l'indicateur de forçage des données liées aux accidents (EF\_CF02\_99) à VRAI.

## 5.1.2 Impact CF01.03.03 : Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maladie

**[RG\_CF\_R25.2] [SP11] Contrôler l'acceptation de FSE au risque AT par l'organisme gestionnaire de l'AT**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier la table 11.2 (EF\_A2\_T11.2) utilisée par ce contrôle en y ajoutant ou supprimant des organismes gestionnaires autorisant l'envoi de FSE au risque AT.

Si le système de facturation utilise les valeurs modifiées de la table, il positionne l'indicateur de forçage des données liées aux accidents (EF\_CF02\_99) à VRAI.

## 5.1.3 Impact CF01.04 : Acquérir et contrôler les données liées au parcours de soins

**[RG\_CF\_R37] [SP11] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier les tables 15.1, 15.2, 15.3 et 15.4 (EF\_A2\_T15.x) utilisées par cette règle, ce qui modifie la position par rapport au parcours de soins.

Si le système de facturation utilise les valeurs modifiées en table, il positionne l'indicateur de forçage des données liées au parcours de soins (EF\_CF02\_98) à VRAI.

**[RG\_CF\_R37ter] [SP11] Contrôler la situation du parcours de soins (EF\_CF13\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier la table 18 (EF\_A2\_T18) relative à certains contextes particuliers du parcours de soins.

Si le système de facturation utilise les valeurs modifiées en table, il positionne l'indicateur de forçage des données liées au parcours de soins (EF\_CF02\_98) à VRAI.

**[RG\_CF\_R38] [SP11] Contrôler la Compatibilité de l'« Accès direct spécifique »**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier les tables 16.1 et 16.2 (EF\_A2\_T16.x) relatives aux contextes particuliers « d'Accès direct spécifique » dans le cadre du parcours de soins.

Si le système de facturation utilise les valeurs modifiées en table, il positionne l'indicateur de forçage des données liées au parcours de soins (EF\_CF02\_98) à VRAI.



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

**[RG\_CF318] [CP2][SP11] Contrôler le tiers payant AMO (EF\_CF02\_03) en fonction des droits AMO chez les PS pharmaciens. Dispositions réglementaires spécifiques**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de passer outre cette règle et d'accorder à l'assuré l'avance de frais sur la part obligatoire même si les droits AMO ne sont pas ouverts à la date de référence AMO (EF\_CF02\_01).

Dans ce cas, le système de facturation positionne l'indicateur de forçage du code tiers payant AMO par rapport aux droits AMO (EF\_CF02\_97) à VRAI.

**[RG\_CF408] [SP08.2][SP11] Contrôler le tiers payant AMO (EF\_CF02\_03) en fonction des droits AMO chez les PS hors pharmaciens.**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les bénéficiaires « autre situation de migrant », le Professionnel de Santé a la possibilité de passer outre cette règle et d'accorder à l'assuré l'avance de frais sur la part obligatoire même si les droits AMO ne sont pas ouverts à la date de référence AMO (EF\_CF02\_01).

Dans ce cas, le système de facturation positionne l'indicateur de forçage du code tiers payant AMO par rapport aux droits AMO (EF\_CF02\_97) à VRAI.

## 5.1.5 Impact CF02.01 : Acquérir les données générales du contexte prestation de prise en charge AMO

Règles de gestion

PRESTATIONS CCAM

**[RG\_CF\_CC11] [SP11] Acquérir le code remboursement exceptionnel CCAM (EF\_CF08\_04)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non respect de cette règle, (non respect de la règle d'acquisition) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de demander un remboursement exceptionnel pour un acte « remboursable » ou pour un acte « non remboursable » selon la base CCAM (DF\_CCAM).

Ce forçage correspond à demander un remboursement exceptionnel pour un acte devenu « remboursable sous condition » et pour lequel cette évolution ne serait pas encore prise en compte dans la base CCAM (DF\_CCAM).

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du code remboursement exceptionnel CCAM (EF\_CF08\_96) à VRAI.

Règles de gestion

TOUTES PRESTATIONS

**[RG\_CF319] [SP11] Acquérir le « code conformité au Protocole ALD » (EF\_CF08\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dès lors qu'une attestation papier et que le protocole de soins sont présentés, le Professionnel de Santé peut élaborer une facture pour des soins conformes au protocole de soins ALD

- lorsque l'ALD n'est pas présente en carte,
- ou lorsque les droits sont échus en carte (en prolongeant les droits du bénéficiaire à cette exonération).

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du code ALD (EF\_CF08\_95) à VRAI.

## 5.1.6 Impact CF03.01 : Contrôler le contexte commun de prise en charge AMO en fonction de la prestation

### Règles de gestion

#### PRESTATIONS CCAM

**[RG\_CF\_RC8] [SP11] Contrôler la Nature d'assurance (EF\_CF02\_02) pour une prestation CCAM (EF\_IP05\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité pour une prestation CCAM (EF\_CF08\_99) à VRAI.

### Règles de gestion

#### PRESTATIONS HORS CCAM

**[RG\_CF\_R3] [SP11] Contrôler la nature d'assurance (EF\_CF02\_02) pour une prestation non CCAM (EF\_IP05\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation non CCAM (EF\_CF08\_98) à VRAI.

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

### Règles de gestion

#### PRESTATIONS CCAM

**[RG\_CF335] [SP11] Contrôler le code accord de l'entente préalable (EF\_CF09\_01) en cas de nécessité d'une entente préalable (EF\_CF09\_99) pour une prestation CCAM (EF\_IP05\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité pour une prestation CCAM (EF\_CF08\_99) à VRAI.

**[RG\_CF\_R17] [CP1][SP11] Contrôler le code qualificatif de la dépense (EF\_CF08\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du code qualificatif de la dépense (EF\_CF08\_97) à VRAI.

**Règles de gestion**

**PRESTATIONS HORS CCAM**

**[RG\_CF\_R8] [SP11] Contrôler la nécessité d'une entente préalable (EF\_IP09\_01) en fonction de la spécialité du PS (EF\_PS03\_14)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation non CCAM (EF\_CF08\_98) à VRAI.

**[RG\_CF\_R17] [SP11] Contrôler le code qualificatif de la dépense (EF\_CF08\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation non CCAM (EF\_CF08\_98) à VRAI.

**5.1.8**

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

**[RG\_CF\_R39] [SP11] Contrôler la facturation d'une majoration de coordination**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier les tables 17 et 17bis (EF\_A2\_T17 et EF\_A2\_T17bis) relatives aux majorations de coordination facturables dans le cadre du parcours de soins.

Si le système de facturation utilise les valeurs modifiées en table, il positionne l'indicateur de forçage des données liées au parcours de soins (EF\_CF02\_98) à VRAI.

## 5.1.9 Impact CF04 : Finaliser le contexte commun de prise en charge AMO

**[RG\_CF\_R37bis] [SP11] Déterminer le Contexte d'Urgence du parcours de soins en fonction des prestations**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier la table 5bis (EF\_A2\_T5bis) utilisée par cette règle, ce qui modifie la position par rapport au parcours de soins.

Si le système de facturation utilise les valeurs modifiées en table, il positionne l'indicateur de forçage des données liées au parcours de soins (EF\_CF02\_98) à VRAI.

## 5.1.10 Impact CF11.02 : Contrôler les droits complémentaires

**[RG\_CF361] [SP11] Contrôler l'ouverture des droits complémentaires**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre de la gestion séparée :

Le Professionnel de Santé peut modifier la période de validité des données (EF\_BS23).

Le système de facturation positionne alors un indicateur de forçage (code indicateur de forçage droit complémentaire - EF\_CF03\_14).

Dans le cadre de la gestion unique :

Les données complémentaires en gestion unique sont renseignées en carte Vitale et l'assuré présente une attestation papier comportant le même numéro de complémentaire mais avec une période de couverture et / ou garanties effectives différentes.

Les dates de début et de fin de droits complémentaires (EF\_BS14) ainsi que les garanties effectives (EF\_BS13\_02) sont modifiables par le Professionnel de Santé.

Le système de facturation positionne alors un indicateur de forçage (code indicateur de forçage droit complémentaire - EF\_CF03\_14).



### Cas particulier

**[SP11][CP1] Modification d'autres données de droit**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dès lors qu'une autre donnée complémentaire fait l'objet d'une modification, le système de facturation doit effacer toutes les données complémentaires existantes, et proposer au Professionnel de Santé la saisie de l'ensemble des données sur la partie complémentaire (cf fonctionnalité BS : Acquérir les informations du bénéficiaire de soins).

**[RG\_CF393] [SP11] Acquérir la nature de la pièce justificative des droits complémentaires (EF\_CF03\_10)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les règles d'acquisition de la nature de la pièce justification sont les suivantes :

- **Information en carte et présentation d'une attestation émise par le même organisme**

Le Professionnel de Santé lit en carte Vitale les informations concernant l'organisme Complémentaire mais modifie les données listées ci-dessous d'après une attestation papier du même organisme.

La **nature de pièces justificatives de droits Complémentaires** prend alors la valeur **4** « l'adhérent / assuré a présenté sa carte Vitale comme support de droits ».



Remarque : Dès lors qu'une autre donnée complémentaire fait l'objet d'une modification, le système de facturation doit effacer toutes les données complémentaires existantes, et proposer au Professionnel de Santé la saisie de l'ensemble des données sur la partie complémentaire. Le système de facturation ne doit pas permettre au Professionnel de Santé de saisir la valeur « 4 » pour la nature de la pièce justificative.

## 6 DF\_CF : Domaine d'Information « Contexte Facture »

### 6.1 Modèle de données

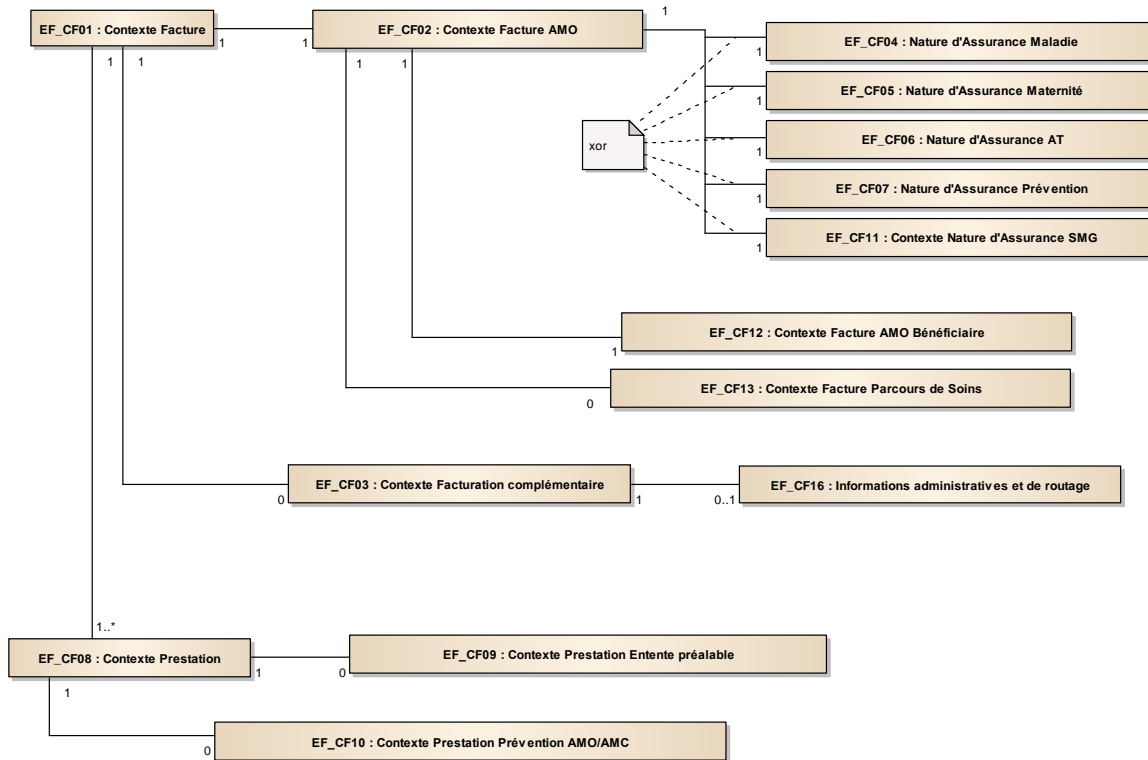


Figure 20 : [DF\_CF] Modèle de données de la fonctionnalité CF-Contexte Facture

## 6.2 Liste des données fonctionnelles pour chaque entité

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_CF
EF_CF01	Contexte facture				
EF_CF02	Contexte facture AMO	01	Date de référence AMO	D	301
		02	Code nature d'assurance	C	304
		03	Code Tiers Payant AMO	C	R29
		05	Droits de base AMO ouverts	T	306
		06	Top facture à honoraire complexe	T	R61
		07	Top facture à honoraire pour médicament remboursable	T	R62
		08	Top facture à honoraire lié à l'âge	T	R63
		09	Top facture à honoraire pour médicament spécifique	T	R64
		97	Indicateur de forçage du code tiers payant AMO par rapport aux droits AMO	T	SP11
		98	Indicateur de forçage des données liées au parcours de soins	T	SP11
		99	Indicateur de forçage des données liées aux accidents	T	SP11
EF_CF03	CONTEXTE facture complémentaire	01	Date de référence part complémentaire	D	360/380
		02	Code indicateur de traitement	C	303/305
		03	Code tiers payant complémentaire	C	385
		04	Code service ouvert	C	371/372
		05	Référence de la réponse de prise en charge complémentaire	L	376
		07	Code type de contrat	C	388
		08	Code sens comptable	C	389
		09	Code application	C	390
		10	Code nature de la pièce justificative des droits complémentaires	C	393
		12	Code indicateur de forçage droit complémentaire	C	361
		13	Code activation d'un service de tarification complémentaire	C	375
		14	Code service de tarification complémentaire	C	382
		99	Code droit complémentaire ouvert	C	361
EF_CF04		01	Code accident de droit commun	C	307

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_CF
	Nature d'assurance Maladie	02	Date d'accident de droit commun	D	309
EF_CF05	Nature d'assurance Maternité	01	Date de maternité	D	R30
EF_CF06	Nature d'assurance AT	01	Numéro d'AT	N	R26
		02	Clé du numéro d'AT	K	R26
		03	Date d'AT	D	R26
		04	Organisme gestionnaire de l'AT	N	R25.0
		05	Code organisme gestionnaire de l'AT issu de la carte	C	R25.0
		06	Top contexte APIAS	T	350
		07	Montant total de prise en charge APIAS	M	351
		97	Organisme gestionnaire AT issu du support de droits AMO	N	R25.0
		98	Organisme gestionnaire issu d'un support AT	N	R25.0
		99	Origine de l'organisme gestionnaire de l'AT	C	R25.0
EF_CF07	Nature d'assurance Prévention	01	Code champ d'application du dispositif de prévention	C	Réservé pour Utilisation Future
		02	Date du dispositif de prévention	D	Réservé pour Utilisation Future
		03	Numéro d'accident lié au dispositif de prévention	N	Réservé pour Utilisation Future
		04	Clé du numéro d'accident lié au dispositif de prévention	K	Réservé pour Utilisation Future
EF_CF08	CONTEXTE Prestation AMO	01	Code qualificatif de la dépense	C	321
		02	Code conformité au protocole ALD	C	319
		03	Motif d'exonération	C	320
		04	Code remboursement exceptionnel CCAM	C	CC11
		05	Code qualificatif du remboursement AMO	C	332
		06	Code prestation à générer à suivre	C	R60
		07	Top dispositif de prévention	T	TC1
		95	Indicateur de forçage du code ALD	T	SP11
		96	Indicateur de forçage du code remboursement exceptionnel CCAM	T	SP11
		97	Indicateur de forçage du code qualificatif de la dépense	T	SP11
		98	Indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation non CCAM	T	SP11



N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_CF
		99	Indicateur de forçage de compatibilité pour une prestation CCAM	T	SP11
EF_CF09	CONTEXTE Prestation Entente préalable	01	Code accord de l'entente préalable	C	323
		02	Date d'envoi de la demande d'entente préalable	D	324
		03	Libellé identification de l'entente préalable	L	325
		99	Top Entente Préalable nécessaire	T	R8/Rc7
EF_CF10	CONTEXTE Prestation Prévention AMO/AMC	01	Code indication prévention commune assurance maladie	C	322
		02	Qualificatif dispositif prévention	L	322
EF_CF11	Contexte SMG	03	Code régime SMG	C	403
		04	Code caisse gestionnaire SMG	C	403
		05	Code centre gestionnaire SMG	C	403
		06	Montant total pris en charge au titre des SMG	M	404
		07	Montant total effectif pris en charge au titre des SMG	M	405
		08	Top prise en charge SMG pour SGS uniquement	T	406
EF_CF12	Contexte facture AMO bénéficiaire	01	Code régime pour la facture	C	310
		02	Code caisse gestionnaire pour la facture	C	310
		03	Code centre gestionnaire pour la facture	C	310
		04	Age du bénéficiaire à la date de référence AMO	N	311
		05	Nature de la pièce justificative AMO	C	313
		06	Date de validité de la pièce justificative AMO	D	336
		07	Origine de la pièce justificative pour l'AMO	C	337
EF_CF13	Contexte facture parcours de soins	01	Code existence d'une déclaration de médecin traitant	C	314
		02	Libellé situation au regard du parcours de soins	L	312
		03	Position par rapport au parcours de soins	C	315
		04	Nom du médecin ayant orienté	L	316
		05	Prénom du médecin ayant orienté	L	316
		06	Identifiant de facturation du médecin ayant orienté	N	316
		07	Clé de l'identifiant de facturation du médecin ayant orienté	K	316

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_CF
		08	IPS (Indicateur de Parcours de Soins)	C	328
		09	Top MT	T	328
EF_CF14	Convention applicable	01	Identifiant de l'organisme complémentaire de la convention	L	370
		02	Libellé de l'organisme signataire de la convention	L	370
		03	Code indicateur de convention groupée de la convention	C	370
		04	Type de convention de la convention	C	370
		05	Critère secondaire de la convention	C	370
		06	Type d'accord de la convention	C	370
		07	Numéro d'organisme complémentaire de la convention	L	370
		08	Libellé de l'organisme complémentaire de la convention	L	370
		09	Code indicateur de désactivation des STS de la convention	C	370
		10	Code aiguillage STS de la convention	C	370
		11	Code indicateur d'usage de l'attestation papier de la convention	C	370
		12	Code indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation de la convention	C	370
		13	Code indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification de la convention	C	370
		14	Numéro d'opérateur de règlement de la convention	L	370
		15	Code routage de la convention	C	370
		16	Identifiant de l'hôte de la convention	L	370
		17	Nom de domaine de la convention	L	370
		99	Code compatibilité convention	C	370
EF_CF15	droits situation particulière ouverts	01	Droits situation particulière ouverts	C	317
EF_CF16	informations administratives et de routage	01	N° opérateur de règlement		413
		02	Code routage		413
		03	Identifiant de l'hôte		413
		04	Nom de domaine		413
		05	Indicateur d'acceptation d'une DRE d'annulation		413

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_CF
		06	Code aiguillage de STS		413
		07	Indicateur d'acceptation d'une DRE de rectification		413
		08	Indicateur de désactivation des STS		413
		09	Critère secondaire		413
		10	Code type de convention		413
		11	Origine du contexte conventionnel		413
EF_CF96	convention (liste des conventions applicables signées en direct)				365/366
EF_CF97	convention (liste des conventions applicables signées par des signataires)				381/383
EF_CF98	convention (liste des conventions applicables)				367
EF_CF99	signataire de convention groupée (liste)				364

## 7 Liste des règles de gestion

<b>CF</b>	<b>Acquérir le contexte de facturation assurance maladie .....</b>	<b>10</b>
<b>CF01</b>	<b>Acquérir et contrôler le contexte de prise en charge AMO niveau facture.....</b>	<b>14</b>
<b>CF01.01</b>	<b>Déterminer la date de référence AMO .....</b>	<b>17</b>
[RG_CF301]	Déterminer la date de référence AMO (EF_CF02_01) pour les prestations NGAP et CCAM .....	18
	[CP1] Régime RSI hors soins dentaires prothétiques et ODF .....	19
	[CP2] Soins dentaires prothétiques et ODF .....	19
[RG_CF302]	Déterminer la date de référence AMO (EF_CF02_01) hors prestations NGAP et CCAM .....	19
	[CP1] Régime RSI .....	20
	[CP2] Réparation .....	20
[RG_CF311]	Déterminer l'âge du bénéficiaire des soins (EF_CF12_04) à la date de référence AMO (EF_CF02_01) .....	20
	[CP1] Mois lunaires .....	20
<b>CF01.02</b>	<b>Contrôler les droits AMO.....</b>	<b>21</b>
[RG_CF306]	Déterminer si les droits de base AMO sont ouverts (EF_CF02_05) .....	22
[RG_CF313]	Déterminer la nature de la pièce justificative AMO (EF_CF12_05) .....	22
	[CP1] Nature d'assurance SMG .....	22
	[CP3] Nature d'assurance AT .....	23
[RG_CF336]	Acquérir la date de validité de la pièce justificative AMO (EF_CF12_06) .....	23
[RG_CF337]	Acquérir l'origine de la pièce justificative pour l'AMO (EF_CF12_07) .....	23
[RG_CF317]	Déterminer si les droits à la situation particulière sont ouverts pour la facture (EF_CF15_01) .....	23
	[SP03] Déterminer si les droits à la situation particulière sont ouverts pour la facture (EF_CF15_01) pour un bénéficiaire de la C2S .....	24
	[SP04] Déterminer si les droits à la situation particulière sont ouverts pour la facture (EF_CF15_01) pour un bénéficiaire sortant de la C2S .....	24
	[SP03][CP1] Bénéficiaire de la C2S / Prestations pharmaceutiques et dispositifs de la LPP .....	24
	[SP03][CE1] Bénéficiaire de la C2S / Droits non ouverts .....	24
	[SP04][CE1] Bénéficiaire sortant de la C2S / Droits non ouverts .....	24
[RG_CF330]	Contrôler les données du BS en facturation télémedecine .....	24
	[CE1] Le support de droits AMO n'est ni la carte vitale ni ADRI .....	25
<b>CF01.03</b>	<b>Acquérir et contrôler les données spécifiques à la nature d'assurance .....</b>	<b>26</b>
<b>CF01.03.01</b>	<b>Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maladie.....</b>	<b>27</b>
[RG_CF308]	Acquérir le code accident de droit commun (EF_CF04_01) .....	28
[RG_CF307]	Ne pas pré-renseigner le code accident de droit commun (EF_CF04_01) .....	29
[RG_CF_R35]	Contrôler l'élaboration d'une FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole .....	29
	[CE1] Caisse ne gérant pas les accidents de la vie privée .....	29
[RG_CF309]	Acquérir la date d'accident de droit commun (EF_CF04_02) .....	30
[RG_CF_R36]	Contrôler la date d'accident de droit commun (EF_CF04_02) .....	30

<b>CF01.03.02</b>	<b>Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance maternité .....</b>	<b>30</b>
[RG_CF_R30]	Acquérir la date de maternité (EF_CF05_01) .....	31
[RG_CF_R31]	Contrôler la date de maternité (EF_CF05_01) .....	31
<b>CF01.03.03</b>	<b>Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance Accident du Travail .....</b>	<b>32</b>
[RG_CF_R26]	Acquérir les informations identifiant l'accident du travail (EF_CF06_01 ; EF_CF06_02 ; EF_CF06_03) .....	39
[RG_CF_R27]	Contrôler la clé du numéro d'accident du travail (EF_CF06_02) .....	39
[RG_CF_R28]	Contrôler la date d'accident du travail (EF_CF06_03) .....	39
[RG_CF_R25.0]	Acquérir l'organisme gestionnaire de l'AT (EF_CF06_04) et son origine (EF_CF06_99) .....	39
	[CP1] Absence de support de droits AMO .....	41
	[CE1] Organisme gestionnaire de l'AT non identifié .....	41
[RG_CF_R25.1]	Contrôler l'existence d'une couverture au risque AT pour le régime .....	41
	[CE1] Nature d'assurance maladie .....	42
[RG_CF_R25.2]	Contrôler l'acceptation de FSE au risque AT par l'organisme gestionnaire de l'AT .....	42
	[CP1] Assuré affilié à l'ENIM (06) .....	42
	[CE1] Feuille de soins papier .....	43
[RG_CF_R25.4]	Contrôler l'élaboration d'une FSE AT en l'absence d'organisme sur le support AT .....	43
	[CE1] Feuille de soins papier .....	43
[RG_CF350]	Déterminer le contexte APIAS (EF_CF06_06) .....	44
[RG_CF351]	Acquérir le montant total de prise en charge au titre des APIAS (EF_CF06_07) .....	44
<b>CF01.03.04</b>	<b>Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance Prévention .....</b>	<b>44</b>
<b>CF01.03.05</b>	<b>Déterminer l'organisme gestionnaire pour la facture .....</b>	<b>44</b>
[RG_CF310]	Déterminer le code régime, le code caisse gestionnaire et le code centre gestionnaire pour la facture (EF_CF12_01, EF_CF12_02, EF_CF12_03) .....	45
	[CP1] Délivrance d'un contraceptif à la mineure .....	46
	[CP2] Anonymisation des examens pour contraception des mineures .....	46
[RG_CF407]	Contrôler le code régime, le code caisse gestionnaire et le code centre gestionnaire pour la facture par rapport à la nature d'assurance (EF_CF02_02) .....	47
	[CE1] Organisme gestionnaire incompatible avec la nature d'assurance .....	47
<b>CF01.03.06</b>	<b>Acquérir et contrôler les données en nature d'assurance SMG .....</b>	<b>47</b>
[RG_CF403]	Acquérir l'organisme gestionnaire SMG (EF_CF11_03, EF_CF11_04, EF_CF11_05) .....	48
[RG_CF404]	Acquérir le montant total pris en charge au titre des SMG (EF_CF11_06) .....	48
	[CP1] Auxiliaires Médicaux .....	48
[RG_CF405]	Déterminer le montant total effectif pris en charge au titre des SMG (EF_CF11_07) .....	48
[RG_CF406]	Déterminer le top prise en charge SMG pour SGS uniquement (EF_CF11_08) .....	49
<b>CF01.04</b>	<b>Acquérir et contrôler les données liées au parcours de soins .....</b>	<b>50</b>
[RG_CF_R37]	Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins .....	57
	[SP06] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins en AME .....	58
	[SP08.1] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins pour les migrants de passage .....	58
[RG_CF312]	Acquérir ou déterminer la situation au regard du parcours de soins (EF_CF13_02) .....	58
[RG_CF_R37ter]	Contrôler la situation du parcours de soins (EF_CF13_02) .....	59

[RG_CF_R38]	[CE1] situation sélectionnée interdite.....59	59
	Contrôler la Compatibilité de l'« Accès direct spécifique » .....59	59
	[CE1] Accès direct interdit.....60	60
[RG_CF314]	Acquérir le code existence d'une déclaration de Médecin Traitant (EF_CF13_01).....60	60
[RG_CF315]	Déterminer la position par rapport au parcours de soins (EF_CF13_03) .....60	60
[RG_CF316]	Acquérir les informations liées au médecin ayant orienté (EF_CF13_04 ; EF_CF13_05 ; EF_CF13_06 ; EF_CF13_07) .....62	62
[RG_CF328]	Déterminer l'IPS (EF_CF13_08) et le top MT (EF_CF13_09) .....62	62
<b>CF01.05</b>	<b>Déterminer le Tiers Payant AMO.....65</b>	<b>65</b>
[RG_CF_R29]	Déterminer le Tiers Payant AMO (EF_CF02_03).....67	67
	[CP1] Tiers payant AMO obligatoire .....67	67
	[CP1][SP03] Tiers payant AMO pour un bénéficiaire de la C2S .....69	69
	[CP1][SP04] Tiers payant AMO pour les bénéficiaires sortants de C2S .....69	69
	[CP1][SP06] Tiers payant AMO pour un bénéficiaire en AME .....69	69
	[CP1][SP18] Tiers payant AMO pour un bénéficiaire Victime d'Attentat .....69	69
	[CP2] Nature d'assurance SMG.....69	69
	[SP08.2] Bénéficiaire « autre situation de migrant » .....70	70
[RG_CF318]	Contrôler le tiers payant AMO en fonction des droits AMO pour les PS pharmaciens.....70	70
	[CP1] Droits permanents.....70	70
	[CP2] Dispositions réglementaires spécifiques.....70	70
[RG_CF408]	Contrôler le tiers payant AMO en fonction des droits AMO pour les PS hors pharmaciens.....71	71
	[CP1] Bénéficiaires de soins affiliés à la CFE .....71	71
	[SP08.2] Contrôler le tiers payant AMO en fonction des droits AMO pour les PS hors pharmaciens.....71	71
<b>CF01.06</b>	<b>Acquérir et contrôler la nature d'assurance .....72</b>	<b>72</b>
[RG_CF304]	Acquérir la nature d'assurance (EF_CF02_02).....72	72
	[CP1] Positionner par défaut la nature d'assurance Maternité .....73	73
	[CP2] Positionner par défaut la nature d'assurance Maladie.....73	73
[RG_CF_R4]	Contrôler la Compatibilité entre la nature d'assurance (EF_CF02_02) et la qualité du bénéficiaire (EF_BS09_02) .....74	74
	[CE1] Nature d'assurance incompatible avec la qualité du bénéficiaire .....74	74
<b>CF02</b>	<b>Acquérir le contexte de prise en charge AMO niveau prestation.....75</b>	<b>75</b>
<b>CF02.01</b>	<b>Acquérir les données générales de contexte prestation de prise en charge AMO. ....77</b>	<b>77</b>
[RG_CF_CC11]	Acquérir le « code remboursement exceptionnel CCAM » (EF_CF08_04) .....77	77
[RG_CF321]	Acquérir le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01) .....78	78
	[CP1] Soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné .....79	79
	[CP2] Nature d'assurance SMG.....79	79
	[CP3] Honoraire de Dispensation simple .....79	79
	[CP4] Honoraire de Dispensation global.....80	80
	[CP5] Prestation de type complément AT.....80	80
	[CP6] Dépassement pour Victime d'Attentat.....80	80
	[SP03.1] Acquérir le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01) en cas de forfait dentaire CMU-C .....80	80
	[SP06] Acquérir le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01) dans le cadre de l'AME.....80	80
[RG_CF332]	Déterminer le code qualificatif du remboursement AMO (EF_CF08_05).....81	81
[RG_CF319]	Acquérir le « code conformité au Protocole ALD » (EF_CF08_02) .....81	81
	[CP1] Honoraire de Dispensation simple .....81	81
	[CP2] Honoraire de Dispensation global.....81	81

[RG_CF320]	[CP3] Prestations de type secondaire.....82	
	Acquérir le motif médical d'exonération (EF_CF08_03).....82	
	[CP1] Délivrance du Contraceptif d'urgence à la mineure.....83	
	[CP2] Honoraire de Dispensation simple.....83	
	[CP3] Honoraire de Dispensation complexe.....83	
	[CP4] Examens relatifs à la contraception des mineures.....83	
	[CP5] Honoraire de Dispensation HDA, HDR ou HDE.....83	
<b>CF02.02</b>	<b>Acquérir les données spécifiques du contexte prestation de prise en charge AMO.....85</b>	
[RG_CF_R8]	Déterminer la nécessité d'une entente préalable (EF_CF09_99) pour une prestation non CCAM.....86	
	[CP1] Actes de Biologie (EF_IP05_02).....86	
	[CP2] Produits de la LPP (EF_IP05_02).....87	
[RG_CF_RC7]	Déterminer la nécessité d'une entente préalable (EF_CF09_99) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02).....87	
[RG_CF335]	Contrôler le code accord de l'entente préalable (EF_CF09_01) en cas de nécessité d'une entente préalable (EF_CF09_99) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02).....87	
[RG_CF323]	Acquérir le code accord de l'entente préalable (EF_CF09_01).....87	
	[CP1] Renseignement par le système de facturation.....88	
	[CP2] Nature d'assurance Soins Médicaux Gratuits.....88	
[RG_CF324]	Acquérir la Date d'envoi de l'entente préalable (EF_CF09_02).....88	
	[CP1] Renseignement par le système de facturation.....88	
	[CP2] Traitement LPP d'oxygénothérapie.....88	
[RG_CF343]	Contrôler la date d'envoi de l'entente préalable (EF_CF09_02).....88	
[RG_CF325]	Acquérir l'identification de l'entente préalable (EF_CF09_03).....89	
	[CP1] Renseignement par le système de facturation.....89	
[RG_CF322]	Acquérir les informations Prévention commune AMO/AMC (EF_CF10).....89	
	[CP1] Honoraire de Dispensation généré.....89	
	[CP2] Prestations de type secondaire.....89	
<b>CF03</b>	<b>Contrôler les données de contexte AMO et les données de la prestation.....91</b>	
<b>CF03.01</b>	<b>Contrôler le contexte commun AMO en fonction de la prestation.....93</b>	
[RG_CF_R3]	Contrôler la nature d'assurance (EF_CF02_02) pour une prestation non CCAM (EF_IP05_02).....93	
[RG_CF_RC8]	Contrôler la Nature d'assurance (EF_CF02_02) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02).....93	
<b>CF03.02</b>	<b>Contrôler le contexte prestation AMO.....94</b>	
[RG_CF_R17]	Contrôler le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01).....94	
[RG_CF_TC1]	Contrôler le motif médical d'exonération (EF_CF08_03).....95	
	[CE1] Acte CCAM facturable uniquement en prévention.....95	
	[CE2] Acte CCAM non facturable en prévention.....95	
[RG_CF326]	Contrôler les dépassements liés au parcours de soins.....95	
	[SP03] Dépassements liés au parcours de soins pour la C2S.....97	
<b>CF03.03</b>	<b>Contrôler la prestation par rapport aux contextes de prise en charge AMO.....99</b>	
[RG_CF_R39]	Contrôler la facturation d'une majoration de coordination.....99	
	[CP1] Bénéficiaire de soins de moins de 16 ans.....100	



[RG_CF_R16]	Contrôler le montant PS des honoraires (EF_IP04_06) par rapport au qualificatif de la dépense (EF_CF08_01) « acte gratuit » .....	100
<b>CF04</b>	<b>Finaliser le contexte commun de prise en charge AMO .....</b>	<b>101</b>
[RG_CF333]	Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins en fonction des prestations .....	103
[CP1]	Actes associés .....	103
[RG_CF_R37bis]	Déterminer le Contexte d'Urgence du parcours de soins en fonction des prestations .....	103
[CP1]	Actes associés .....	104
[RG_CF334]	Facturer les prestations sur des factures différentes dans le cadre du parcours de soins .....	104
<b>CF05</b>	<b>Contrôler les prestations de déplacement.....</b>	<b>105</b>
[RG_CF327]	Contrôler la facturation des déplacements .....	105
<b>CF06</b>	<b>Générer les prestations LPS .....</b>	<b>106</b>
[RG_CF_R60]	Déterminer l'honoraire de dispensation simple à générer (EF_CF08_06) .....	109
[RG_CF_R61]	Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire complexe (EF_CF02_06) ..	109
[RG_CF_R62]	Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire pour médicament remboursable (EF_CF02_07) .....	110
[RG_CF_R63]	Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire lié à l'âge (EF_CF02_08) ..	110
[RG_CF_R64]	Déterminer la nécessité d'une prestation d'honoraire pour médicament spécifique (EF_CF02_09) .....	110
<b>CF06.01</b>	<b>Générer une prestation d'honoraire .....</b>	<b>112</b>
[RG_CF340]	Positionner une prestation d'honoraire générée .....	114
[RG_CF341]	Interdire la modification de la prestation d'honoraire générée .....	114
<b>CF11</b>	<b>Acquérir le contexte de la part complémentaire niveau facture .....</b>	<b>116</b>
<b>CF11.01</b>	<b>Déterminer la date de référence part complémentaire .....</b>	<b>119</b>
[RG_CF360]	Déterminer la date de référence complémentaire (EF_CF03_01) .....	120
[RG_CF380]	Acquérir la date de référence part complémentaire en gestion séparée pour les familles « Pharmaciens », « Fournisseurs » et « Auxiliaires-médicaux » (EF_CF03_01) .....	120
<b>CF11.02</b>	<b>Contrôler les droits complémentaires.....</b>	<b>121</b>
[RG_CF361]	Contrôler l'ouverture des droits complémentaires (EF_CF03_99) .....	121
[CP1]	Traitements en série effectués par un Professionnel de Santé de la famille Auxiliaire Médicaux en gestion séparée .....	122
[SP03]	Contrôler l'ouverture des droits complémentaires .....	122
[CE1]	Droits non ouverts .....	122
[CE1][SP03]	Droits non ouverts .....	123
[RG_CF393]	Acquérir la nature de la pièce justificative des droits complémentaires (EF_CF03_10) .....	123
[CP1]	Droits issus d'un fichier patient (indépendamment de la présence ou pas de la carte Vitale ou d'une attestation) .....	124
[CP2]	Droits issus du service ADRI .....	124
<b>CF11.03</b>	<b>Rechercher la convention complémentaire applicable .....</b>	<b>125</b>
[RG_CF378]	Rechercher la convention complémentaire applicable .....	127
[SP03]	Rechercher la convention complémentaire applicable .....	128



[SP06]	Rechercher la convention complémentaire applicable en gestion unique .....	128
[CR1]	Continuité avec flux AMC existants .....	128
<b>CF11.03.01</b>	<b>Rechercher les signataires de convention groupée .....</b>	<b>128</b>
[RG_CF362]	Rechercher les signataires de conventions groupées en gestion séparée .....	129
[RG_CF363]	Rechercher les signataires de conventions groupées en gestion unique .....	130
[RG_CF364]	Restituer la liste des signataires de conventions groupées (EF_CF99) .....	130
<b>CF11.03.02</b>	<b>Rechercher les conventions signées en direct par l'organisme complémentaire.....</b>	<b>131</b>
[RG_CF365]	Rechercher les conventions signées en direct en gestion séparée .....	131
[RG_CF366]	Rechercher les conventions signées en direct en gestion unique .....	132
<b>CF11.03.03</b>	<b>Rechercher les conventions signées par les signataires de convention groupée.....</b>	<b>133</b>
[RG_CF381]	Rechercher les conventions signées par un signataire de convention groupée en gestion séparée .....	134
[RG_CF383]	Rechercher les conventions signées par un signataire de convention groupée en gestion unique .....	135
<b>CF11.03.04</b>	<b>Restituer la liste des conventions applicables.....</b>	<b>136</b>
[RG_CF367]	Restituer la liste des conventions applicables (EF_CF98) .....	136
[CP1]	Recherche infructueuse en gestion unique .....	137
[CP2]	Plusieurs PS utilisateurs d'un même poste et conventions signées entre un PS et un organisme complémentaire .....	137
[CP3]	Conventions signées pour tout ou partie des spécialités entre un centre de santé et un organisme complémentaire.....	137
[CR1]	Conservation de la liste des conventions .....	137
[RG_CF368]	Afficher les données des conventions applicables.....	137
<b>CF11.03.05</b>	<b>Sélectionner la convention applicable .....</b>	<b>137</b>
[RG_CF369]	Constituer la demande de sélection d'une convention applicable .....	138
[CP1]	Aucune convention.....	138
[RG_CF370]	Sélectionner la convention applicable .....	139
[CP1]	Pas de sélection de convention par le Professionnel de Santé .....	139
[RG_CF373]	Modifier le mode de gestion dans un contexte C2S (EF_BS16_01) .....	139
[SP03]	Modifier le mode de gestion dans un contexte C2S .....	139
[RG_CF329]	Contrôler la convention applicable avec l'organisme complémentaire identifié (EF_CF14_99) .....	139
<b>CF11.04</b>	<b>Déterminer le tiers payant complémentaire.....</b>	<b>140</b>
[RG_CF385]	Acquérir le choix de tiers payant du PS (EF_CF03_03) .....	140
[CP1]	Changement de type de service ouvert en gestion séparée et convention applicable .....	140
[CP2]	Changement de type de service ouvert en gestion unique .....	141
[CP3]	Changement de type de service ouvert en gestion séparée et réponse Annuaire AMC .....	141
[SP03]	Déterminer le code tiers payant complémentaire (EF_CF03_03) ....	141
<b>CF11.05</b>	<b>Rechercher dans l'Annuaire AMC les informations administratives et de routage .....</b>	<b>142</b>
[RG_CF410]	Déterminer le domaine AMC du PS facturant (EF_CF95_01) .....	142
[CP1]	Centre de santé.....	142

	[CP2] Plusieurs domaines.....	142
	[CR1] choix du domaine souhaité .....	142
[RG_CF411]	Appeler l'Annuaire AMC .....	143
[RG_CF412]	Acquérir la réponse du service de l'Annuaire AMC.....	143
	[CP1] Plusieurs réponses sont retournées par l'Annuaire AMC .....	145
	[CP2] Un nombre important de réponses est détecté par l'Annuaire AMC .....	145
	[CP3] Type de convention inconnu dans l'Annuaire AMC .....	145
	[CE1] Autres cas d'erreurs .....	145
<b>CF11.06</b>	<b>Acquérir les autres informations relatives au contexte de la part complémentaire.....</b>	<b>146</b>
[RG_CF376]	Acquérir la référence de la réponse de prise en charge complémentaire (EF_CF03_05) .....	146
	[SP03] Acquérir la référence de la réponse de prise en charge complémentaire (EF_CF03_05).....	146
[RG_CF388]	Acquérir le code type de contrat (EF_CF03_07) .....	146
	[SP03] Acquérir le code type de contrat (EF_CF03_07) .....	147
	[SP04] Acquérir le code type de contrat (EF_CF03_07) .....	147
[RG_CF389]	Déterminer le code sens comptable (EF_CF03_08) .....	147
[RG_CF390]	Acquérir le code application (EF_CF03_09) .....	147
<b>CF11.08</b>	<b>Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler .....</b>	<b>148</b>
[RG_CF375]	Déterminer l'activation d'un service de tarification complémentaire (EF_CF03_13) .....	149
[RG_CF379]	Déterminer le code aiguillage du service de tarification complémentaire (EF_CF03_14) .....	149
	[CP1] Gestion unique - Code aiguillage du support de droits différent du code aiguillage de la convention .....	150
	[CP2] Code aiguillage absent .....	150
[RG_CF382]	Déterminer le service de l'organisme complémentaire à appeler (EF_CF03_14) .....	150
<b>CF11.09</b>	<b>Déterminer le service ouvert au bénéficiaire de soins .....</b>	<b>151</b>
[RG_CF303]	Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion séparée (EF_CF03_02) .....	151
	[CP1] Présentation d'une attestation papier .....	151
[RG_CF371]	Déterminer le service ouvert en gestion séparée (EF_CF03_04) .....	151
[RG_CF305]	Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion unique (EF_CF03_02) .....	152
	[CP1] Absence de l'information dans la réponse ADRI ou en carte Vitale .....	152
	[SP03] Déterminer l'indicateur de traitement applicable pour la facture en gestion unique en cas de tiers payant coordonné .....	152
[RG_CF372]	Déterminer le service ouvert en gestion unique (EF_CF03_04) .....	152
[RG_CF409]	Contrôler le choix de tiers payant avec le service ouvert au bénéficiaire de soins .....	153
<b>CF11.10</b>	<b>Déterminer les informations administratives et de routage pour élaborer la facture .....</b>	<b>154</b>
[RG_CF413]	Interpréter les informations administratives et de routage selon leur origine (EF_CF16) .....	154
[RG_CF_R35]	[SP11] Contrôler l'élaboration d'une FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole .....	159
[RG_CF_R25.2]	[SP11] Contrôler l'acceptation de FSE au risque AT par l'organisme gestionnaire de l'AT .....	160
[RG_CF_R37]	[SP11] Déterminer les cas d'exclusion du parcours de soins .....	160
[RG_CF_R37ter]	[SP11] Contrôler la situation du parcours de soins (EF_CF13_02) .....	160

[RG_CF_R38]	[SP11] Contrôler la Compatibilité de l'« Accès direct spécifique ».....	160
[RG_CF318]	[CP2][SP11] Contrôler le tiers payant AMO (EF_CF02_03) en fonction des droits AMO chez les PS pharmaciens. Dispositions réglementaires spécifiques .....	161
[RG_CF408]	[SP08.2][SP11] Contrôler le tiers payant AMO (EF_CF02_03) en fonction des droits AMO chez les PS hors pharmaciens.....	161
[RG_CF_CC11]	[SP11] Acquérir le code remboursement exceptionnel CCAM (EF_CF08_04) ....	161
[RG_CF319]	[SP11] Acquérir le « code conformité au Protocole ALD » (EF_CF08_02) .....	161
[RG_CF_RC8]	[SP11] Contrôler la Nature d'assurance (EF_CF02_02) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02) .....	162
[RG_CF_R3]	[SP11] Contrôler la nature d'assurance (EF_CF02_02) pour une prestation non CCAM (EF_IP05_02).....	162
[RG_CF335]	[SP11] Contrôler le code accord de l'entente préalable (EF_CF09_01) en cas de nécessité d'une entente préalable (EF_CF09_99) pour une prestation CCAM (EF_IP05_02) .....	162
[RG_CF_R17]	[CP1][SP11] Contrôler le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01).....	163
[RG_CF_R8]	[SP11] Contrôler la nécessité d'une entente préalable (EF_IP09_01) en fonction de la spécialité du PS (EF_PS03_14) .....	163
[RG_CF_R17]	[SP11] Contrôler le code qualificatif de la dépense (EF_CF08_01).....	163
[RG_CF_R39]	[SP11] Contrôler la facturation d'une majoration de coordination .....	163
[RG_CF_R37bis]	[SP11] Déterminer le Contexte d'Urgence du parcours de soins en fonction des prestations .....	164
[RG_CF361]	[SP11] Contrôler l'ouverture des droits complémentaires .....	164
	[SP11][CP1] Modification d'autres données de droit .....	164
[RG_CF393]	[SP11] Acquérir la nature de la pièce justificative des droits complémentaires (EF_CF03_10) .....	164