

Cahier des Charges SESAM-Vitale 1.40

Addendum n° 4 avec Erratum

Mars 2009

Conformément à l'article L.122-4 du code de la propriété intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle), du présent ouvrage doit être soumise au **consentement du G.I.E. SESAM-Vitale**, quel que soit le média utilisé, y compris électronique. Il en est de même pour sa traduction, sa transformation ou son adaptation, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle

Addendum n° 4 avec Erratum

Cahier des Charges SESAM-Vitale 1.40

Référence de l'addendum

Version du document **2.14**

Date **03/03/2009**

Référence **PDT-CDC-053**

Vue générale

Professionnels concernés

Evolutions apportées par cet addendum

- | | |
|--|-----------------------------|
| • Liste d'Opposition Incrementale (LOI) | Pharmaciens |
| • Codes CIP à 13 caractères et N° de lot du médicament | Pharmaciens, Propharmaciens |
| • Date de référence complémentaire | Pharmaciens |
| • RPPS | Tous |
| • Points de Maintenance | Tous |

Légende

Texte surligné en jaune

Evolutions du CDC SESAM Vitale

~~Texte barré en bleu~~

Suppressions du CDC SESAM Vitale

Compatibilité avec les FSV

Package d'agrément

1.40.6

Package d'exploitation

Version 16 et suivantes

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	7
1.1	PRESENTATION GENERALE.....	7
1.2	GUIDE DE LECTURE.....	8
2	LISTE D'OPPOSITION INCREMENTALE – LOI –.....	9
3	CODES CIP 13 CARACTERES ET N° DE LOT DU MEDICAMENT	10
3.1	PRESENTATION DE LA MESURE	10
3.2	CORPS DU CDC	11
	§ 2.3.1 Les apports fonctionnels.....	11
	§ 3.2.4.4 Principes du motif de substitution pour les pharmaciens.....	11
	§ 3.2.4.5 Format des codes CIP.....	12
	§ 3.2.4.6 Facturation des médicaments déconditionnés.....	12
	§ 4.2.1.6 Acquisition des informations relatives à la prestation.....	12
3.3	ANNEXE1-A0 : « ZONE D'ÉCHANGE FACTURE ».....	12
	Groupes 161x	13
	Groupe 1720.....	14
	Groupe 1740.....	16
	Groupe 1741.....	18
	§2.5.2 Famille Prescripteurs.....	19
	§2.5.3 Famille Pharmaciens.....	19
3.4	ANNEXE1-D : « RECAPITULATIF DES GROUPES DE DONNEES ».....	19
3.5	ANNEXE 2 : « REGLEMENTATION - TARIFICATION ».....	20
4	DATE DE REFERENCE POUR LA PART COMPLEMENTAIRE.....	21
4.1	PRESENTATION DE LA MESURE	21
4.2	CORPS DU CDC	22
	§ 2.3.1 Les apports fonctionnels.....	22
	§ 3.2.2.6 Situations Particulières	22
	§ 3.2.6 Tarification de la part complémentaire.....	23
	§ 4.2.1.3.1.3 Détermination de la date de référence pour la prise en compte de la part complémentaire.....	23
	§ 4.2.1.3.2 Situations particulières du bénéficiaire des soins.....	24
	§ 6 Glossaire.....	24
5	RPPS.....	25
5.1	PRESENTATION DE LA MESURE	25
5.2	CORPS DU CDC	26
	§ 4.2.1.6 Acquisition des informations relatives à la prestation	26
	§ 2.3.1 Les apports fonctionnels.....	26
	§ 3.2.1 Acquisition des informations liées au Professionnel de Santé.....	26
	§ 3.2.1.7 Professionnel de Santé Prescripteur.....	27
	§ 3.2.8.3 Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier.....	27
	§ 4.1.1.4 Le lecteur de code à barres.....	28
	§ 4.2.1.6 Acquisition des informations relatives à la prestation	28
5.3	ANNEXE1-A : « FLUX ALLER DE FSE/DRE EMIS PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE ».....	29
	§ 2.1.1 Acquisition des informations relatives au Professionnel de Santé.....	29
5.4	ANNEXE 1-A0 : « ZONE D'ÉCHANGE FACTURE ».....	30
	Groupe 1120.....	31
	Groupe 1140.....	32
	Groupes 121x	33
	Groupe 1870.....	34
5.5	ANNEXE 2 : « REGLEMENTATION – TARIFICATION ».....	35
	R6 – Contrôle de la clé du numéro de prescripteur	35
6	INTEGRATION DES FICHES	36

6.1	FICHES REGLEMENTAIRES (FR).....	36
6.2	FICHES TECHNIQUES (FTI).....	38
6.3	FICHES PRATIQUES D'INFORMATION (FPI).....	38
7	MAINTENANCE TRANSVERSE	39
7.1	BORDEREAU ACCOMPAGNANT LES ORDONNANCES	39
	§ 3.2.8.4.1 Mise en œuvre par les Pharmaciens.....	39
	§ 3.2.8.4.1.1 Constitution des paquets d'ordonnances relatifs aux FSE	39
	§ 3.2.8.4.1 Constitution des paquets d'ordonnances relatifs au mode « SESAM-Vitale dégradé ».....	40
7.2	ACCES AU TIERS PAYANT SUR LA PART OBLIGATOIRE.....	41
	§ 4.2.1.4 Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire.....	41
	§ 2.1.3.2 La fonction « Lecture Droits Vitale »	42
7.3	RECHERCHE DE LA CONVENTION APPLICABLE	43
	§ 4.2.1.5.3.7 Schémas de la recherche de la convention applicable.....	43
7.4	CONTRATS RESPONSABLES	46
	§ 2.4 « groupe 3740 ».....	46
	§ 5 « groupe 3731 ».....	47
	§ 5 « groupe 3740 ».....	47
	§ 8.1 Interface en entrée	48
	§ 4 Zone d'échange STS	49
7.5	SPECIFICITE PHARMACIE « ANCIENNES REFERENCES » SANTE-PHARMA	50
	§ 2.4 « groupe 1321 ».....	50
7.6	LE LIBELLE « NOM PATRONYMIQUE » DEVIENT « NOM DE FAMILLE »	53
7.7	LE REGIME « AMPI » DEVIENT « RSI ».....	53
7.8	PRECISION CAISSE DE RATTACHEMENT / CAISSE GESTIONNAIRE	53
7.9	PRISE EN COMPTE DES PROFESSIONNELS DE SANTE BENEVOLES	54
	§ 3.2.8.3 Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier.....	54
	Groupes 121x	55
	Groupes 121x	56
7.10	SUPPRESSION SPECIFICITES REGIME BANQUE DE FRANCE.....	57
	§ 6 Glossaire.....	57
	§ 2.4 « groupe 1310 ».....	58
7.11	LE REGIME « CPR SNCF » DEVIENT « CPR PSNCF »	59
8	MAINTENANCE UNITAIRE	60
8.1	CORPS DU CDC SESAM-VITALE.....	60
8.2	ANNEXE 1-A : « FLUX ALLER DE FSE/DRE EMIS PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE » DU CDC SESAM-VITALE 61	
8.3	ANNEXE 1-A0 : « ZONE D'ECHANGE FACTURE »	62
8.4	ANNEXE 1-A2 : « PHASE PART COMPLEMENTAIRE ».....	64
8.5	ANNEXE 1-B : « PRINCIPE DE TRAITEMENT DES RETOURS ET GESTION DES ARL».....	65
8.6	ANNEXE 1-D : « RECAPITULATIF DES GROUPES DE DONNEES »	65
8.7	ANNEXE 1BIS : « UTILISATION D'UN TERMINAL LECTEUR APPLICATIF » DU CDC SESAM-VITALE	65
8.8	ANNEXE 2 : « REGLEMENTATION - TARIFICATION »	66
8.9	ANNEXE 3 : « FORMATS ET PROCEDURES D'ECHANGE DES FICHIERS DE CONVENTIONS ET DE REGROUPEMENTS NORMES ET FORMAT DU FICHIER DE CORRESPONDANCE NORME »	71
8.10	ANNEXE 4 : « TELECOMMUNICATIONS (SUR RESEAU IP) ET CHIFFREMENT DE TRANSPORT »	71

1 Introduction

Contexte

Les modifications du Cahier des Charges SESAM-Vitale sont réalisées sur la base de la version 1.40 intégrant l'addendum 2bis et son complément du 13 juillet 2006, et de l'addendum n°3 d'avril 2007.

Thèmes

Cet addendum au Cahier des Charges SESAM-Vitale introduit les évolutions suivantes :

- **Liste d'Opposition Incrementale (LOI)**
- **Codes CIP à 13 caractères et n° de lot du médicament (CIP13)**
- **Date de référence pour la part complémentaire**
- **RPPS**
- **Maintenance du CDC : Corrections et précisions diverses.**

Chacun de ces thèmes fait l'objet d'une partie spécifique du présent document.

1.1 Présentation générale

Thèmes

LOI

La liste d'opposition des cartes Vitale devient incrémentale et quotidienne.

Ces évolutions s'appuient sur la convention nationale de pharmaciens signée en mars 2006, approuvée par arrêté du 11 juillet 2006 et publiée au JO du 25/07/2006.

CIP13

La codification des médicaments passe sur 13 caractères.

Par ailleurs, de nouvelles informations de traçabilité, notamment le n° de lot du médicament, sont transmises dans la facture.

Date de référence pour la part complémentaire

Précisions pour la date de référence pour la part complémentaire.

RPPS

Transmission du n° RPPS dans les factures SESAM-Vitale.

Obligation

Cet addendum au Cahier des Charges SESAM-Vitale est obligatoire (évolutions réglementaires). Il est applicable à l'ensemble des éditeurs, bien que certaines parties ne concernent pas toutes les familles de Professionnels de Santé (cf. ci-dessous).

PS concernés

Ces thèmes concernent les éditeurs selon la famille du Professionnel de Santé :




THEME	FAMILLES DE PS CONCERNEES
<ul style="list-style-type: none"> • LOI 	Pharmaciens
<ul style="list-style-type: none"> • CIP13 	Pharmaciens, Propharmaciens
<ul style="list-style-type: none"> • Date de référence pour la part complémentaire 	Pharmaciens
<ul style="list-style-type: none"> • RPPS 	Tous PS
<ul style="list-style-type: none"> • Maintenance 	Tous PS

Consigne d'implémentation

Les éditeurs doivent implémenter dans le champ 'sujet' du message SMTP transmis à l'organisme d'assurance maladie, la référence « **SV140400** » (ou « **DR140400** ») fournie par les API SSV en sortie de la fonction « Formater_Lot » dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.

1.2 Guide de lecture

Indications dans la marge

-  Les éléments importants et les remarques sont indiqués par une main dans la marge.
-  Les questions importantes sont indiquées par un point d'interrogation dans la marge.
-  Renvoi au document et § des FSV

Codes couleur

Les codes couleur suivants sont utilisés dans ce document :

Texte surligné jaune = texte ajouté

~~Texte barré bleu~~ = texte supprimé

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

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

Pour l'erratum le texte est surligné en bleu turquoise

2 Liste d'opposition incrémentale – LOI –

Voir document référence PDT-CDC-052.

3 Codes CIP 13 caractères et n° de lot du médicament

3.1 Présentation de la mesure

Evolution du code CIP

Chaque médicament est identifié par un code dit « **code CIP** », c'est-à-dire un numéro correspondant à l'Autorisation de Mise sur le Marché (Ou numéro A.M.M.) publié au journal officiel et attribué à chaque présentation d'une spécialité pharmaceutique. Ce code est administré par le Club Inter Pharmaceutique.

À chaque code CIP correspond une présentation de spécialité pharmaceutique et une seule. Toute présentation de spécialité pharmaceutique a un code CIP et un seul.

Pour cause de saturation de la nomenclature CIP, le code CIP (Ou numéro d'AMM) comportant actuellement 7 chiffres passe à 13 caractères.

Evolution de la réglementation

Par ailleurs, le cadre réglementaire de la traçabilité et notamment l'article R5124-58 du Code de la Santé Publique relatif à la traçabilité des transactions pharmaceutiques doit évoluer.

La nouvelle rédaction de cet article prévoit que, pour chaque transaction d'entrée et de sortie de médicaments dans tous les établissements pharmaceutiques, **le numéro de lot et la date de péremption soient conservés.**

Impacts fonctionnels

A partir du 1^{er} janvier 2009, les médicaments disposant d'une AMM attribuée après le 1^{er} janvier 2009 seront identifiés sous un code CIP sur 13 caractères.

Les médicaments disposant d'une AMM antérieure au 1^{er} janvier 2009 restent identifiés sous un code CIP 7 caractères avec correspondance d'un code CIP 13 caractères.

A cette date, il existera sur le terrain à la fois des médicaments identifiés sous un code CIP 7 caractères avec correspondance de CIP 13 ainsi que des médicaments uniquement identifiés sous un code CIP 13 caractères.

A partir du 1^{er} janvier 2009, les Professionnels de Santé concernés par la mesure devront être équipés d'une solution logicielle leur permettant d'acquérir et de télétransmettre soit des CIP 7 caractères, soit des CIP 13 caractères. A noter que les médicaments identifiés sous un code CIP 7 caractères avec correspondance 13 caractères pourront être télétransmis, à la convenance du pharmacien, soit sous le code CIP 7 caractères soit sous le code CIP 13 caractères.

Obligations de traçabilité

Les informations « numéro de lot » et « date de péremption » font partie, entre autres, des informations permettant de répondre aux obligations de traçabilité. **A compter du 1^{er} janvier 2011** tous les médicaments mis sur le marché devront porter cette information.

L'assurance maladie souhaite que l'information « Numéro de Lot » soit véhiculée dans son système d'information.

En conséquence, cette information devra être transmise à l'assurance maladie dès que l'information sera disponible sur le médicament et dès que le professionnel de santé sera équipé d'une solution logicielle lui permettant de la véhiculer.

3.2 Corps du CDC

Paragraphe impactés

Liste des paragraphes du corps du CDC SESAM-Vitale abordant les codes CIP 13 caractères dans le Cahier des Charges SESAM-Vitale.

	Nature de l'impact
§ 2.3.1 Les apports fonctionnels	Modifié
§ 3.2.4.4 Principes du motif de substitution pour les pharmaciens	Supprimé
§ 3.2.4.4 Format des codes CIP	Nouveau
§ 3.2.4.5 Facturation des médicaments déconditionnés	Nouveau
§ 3.2.4.5 § 3.2.4.6 Soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné	Non modifié
§ 3.2.4.6 § 3.2.4.7 Origine de la prescription	Non modifié
§ 3.2.4.7 § 3.2.4.8 Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)	Non modifié
§ 3.2.4.8 § 3.2.4.9 Prévention commune AMO/AMC	Non modifié
§ 3.2.4.9 § 3.2.4.10 Cohabitation des actes sur une même facture	Non modifié
§ 3.2.4.10 § 3.2.4.11 Actes en série	Non modifié
§4.2.1.6 Acquisition des informations relatives à la prestation	Modifié

Contenu des Paragraphe

§ 2.3.1 Les apports fonctionnels

La version 1.40 de SESAM-Vitale comprend les évolutions fonctionnelles suivantes :

.../...

- la prise en compte de l'évolution du format des codes CIP (passage de 7 à 13 caractères) et du cadre réglementaire de la traçabilité en matière de médicaments.

.../...

~~§ 3.2.4.4 Principes du motif de substitution pour les pharmaciens~~

~~Si le Professionnel de Santé ne délivre pas les médicaments prescrits, celui-ci doit renseigner les médicaments délivrés et non les médicaments prescrits ainsi qu'un indicateur mentionnant le motif de substitution associé.~~

§ 3.2.4.5 Format des codes CIP

Les médicaments sont identifiés :

- soit par un **code CIP 13 caractères**
- soit par un **code CIP 7 caractères.**

Les médicaments identifiés sous un code CIP 7 caractères disposent tous d'une correspondance CIP 13 caractères.

Pour ces derniers médicaments, les professionnels de santé pharmaciens ou propharmaciens télétransmettent à l'assurance maladie soit le code CIP 7 caractères du produit délivré soit le code CIP 13 caractères correspondant.

Le choix de la codification (7 ou 13 caractères) est laissé à l'appréciation des Professionnels de Santé.

§ 3.2.4.6 Facturation des médicaments déconditionnés

Les pharmaciens titulaires d'officine sont amenés à déconditionner certains médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans la mesure où la réglementation impose leur délivrance fractionnée (cf. articles R.5132-30 et R. 5132-33 du code de la santé publique).

Dans ce contexte, le pharmacien délivre au patient le nombre d'unités (Comprimés, gélules ...) nécessaires au traitement.

.../...

§ 4.2.1.6 Acquisition des informations relatives à la prestation

.../...

Codage des médicaments

Pour les médicaments bénéficiant d'une double identification : CIP7 et CIP13, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de sélectionner le code CIP à transmettre dans les factures, soit le CIP7, soit le CIP13.

Cette sélection doit se présenter sous la forme d'un paramétrage du progiciel.

Indicateur du médicament délivré

Cette information n'est pas transmise dans un premier temps.

Il est recommandé au progiciel de permettre au professionnel de santé, à son choix, de transmettre ou pas cette information.

La transmission de la donnée « Indicateur du médicament délivré » est un choix du Professionnel de Santé conditionné par la valeur d'un paramètre du progiciel.

3.3 Annexe1-A0 : « Zone d'échange facture »**Paragraphes impactés**

Liste des paragraphes de l'annexe 1-A0 du CDC SESAM-Vitale abordant les codes CIP 13 caractères dans le Cahier des Charges SESAM-Vitale.

Nature de l'impact

161x	Modifié
1720 Groupe Prestation détaillée code CIP	Supprimé
1740 Groupe Prestation détaillée code CIP	Nouveau
1741 Groupe Prestation détaillée lot d'un code CIP	Nouveau
§ 2.5.2 Famille Prescripteurs	Modifié
§ 2.5.3 Famille Pharmaciens	Modifié

Contenu des Paragraphes

Groupes 161x

161x

Groupe PRESTATION

.../...

Spécificités : Pharmacie

Codage de la Pharmacie

Une prestation concernant la famille pharmaciens (groupe 1610) ne peut inclure à la fois des codes médicaments (groupes **1720** **1740** et **1741**) et des codes LPP (1730).

Pour les médicaments :

On établit un groupe *1610 Prestation* par code *aete* **prestation** PH4, PH7, PH1, **PH2...**

~~Ce groupe 1610 est suivi de 1 à 50 groupes 1720 Prestation détaillée. Chaque groupe 1720 rattaché à un groupe 1610 ne doit détailler que des produits ayant même code taux/labo (2, 4, 5, 6 ou 7).~~

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

~~Le prix unitaire du groupe 1610 est obtenu par l'addition des bases de remboursement (base de remboursement x nombre de boîtes) des produits identifiés dans le ou les groupes 1720 qui s'y rattachent.~~

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

- le prix unitaire de la boîte de médicament multiplié par le nombre de boîtes délivrées (multiplication du champ 1740-4 par le champ 1740-5)

- ou bien, en cas de déconditionnement, le prix de l'unité multiplié par le nombre d'unités délivrées. (multiplication du champ 1740-10 multiplié par le champ 1740-11)

La valeur du dénombrement du groupe 1610 demeure 1.

.../...

17xx

Groupe PRESTATION DETAILLEE

.../...

Groupe 1720

~~Gestion des prestations détaillées code CIP~~

~~Règles~~

~~Le nombre maximum de groupes Prestation Détaillée code CIP associés à un groupe Prestation est de 50. Ces groupes sont obligatoires dès lors qu'ils sont associés à un groupe prestation (1610) nécessitant du codage.~~

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

- ~~1. Pharmaciens~~
- ~~2. Prescripteurs (cas des ProPharmaciens)~~

~~Ce groupe est facultatif.~~

~~Lorsqu'il délivre un médicament autre que celui qui a été prescrit, le Professionnel de Santé pharmacien porte sur la feuille de soin un code permettant d'identifier le motif de substitution.~~

~~Lorsque la prescription est libellée en Dénomination Commune Internationale (DCI), le Professionnel de Santé Pharmacien se doit de compléter le code CIP du médicament délivré par la mention « prescription délivrée en DCI » dans le champ Indication de substitution.~~

~~Lorsque le Professionnel de Santé délivre un médicament autre que celui prescrit, le progiciel implémente deux groupes 1720, le premier pour le médicament prescrit, le second pour le médicament délivré.~~

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

1720 Groupe Prestation détaillée code CIP

- | | |
|--|--|
| • N° de la prestation (de rattachement) | Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation |
| • Code CIP | Code CIP du médicament |

● Prix unitaire du médicament	Base de Remboursement (en centimes d'Euros) du médicament A zéro s'il s'agit du médicament prescrit et non délivré
● Quantité (médicaments)	Nombre de boîtes délivrées ou prescrites (s'il s'agit du médicament prescrit)
● Code taux/labo	Code laboratoire ou Code taux du médicament :- <ul style="list-style-type: none"> ● valeur 2 : pharmacie allopathique à 35%, ● valeur 4 : pharmacie allopathique à 65%, ● valeur 5 : pharmacie allopathique à 100%, ● valeur 6 : code laboratoire grand prix à 35%, ● valeur 7 : code laboratoire petit prix à 35%, ● valeur 9 : pharmacie allopathique à 15% libre, ● valeur 0 (zéro) s'il s'agit du médicament prescrit.
● Indication de substitution	Indique le motif de substitution du médicament prescrit : <ul style="list-style-type: none"> ● valeur blanc : pas de substitution. ● valeur M : prescription libellée en DCI ● valeur P : Indique que le code est celui du médicament prescrit, non délivré, et que celui-ci est substitué. Le prescrit précède toujours le délivré. ● valeur D : médicament effectivement délivré

.../...

Groupe 1740**Gestion des prestations détaillées code CIP****Règles**

Un seul groupe Prestation Détaillée code CIP est associé à un groupe Prestation.

Ce groupe est obligatoire dès lors qu'il est associé à un groupe prestation (1610) nécessitant du codage.

~~Lorsqu'il délivre un médicament autre que celui qui a été prescrit, le Professionnel de Santé pharmacien porte éventuellement sur la feuille de soins un code permettant d'identifier le motif de substitution.~~

En cas de déconditionnement du médicament, conformément aux articles R.5132-30 et R. 5132-33 du code de la santé publique (stupéfiant), la facturation de ce médicament est entièrement effectuée en unités.

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

1. Pharmaciens
2. Prescripteurs (cas des ProPharmaciens)

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe **ne concerne pas** les centres de santé.

1740 Groupe Prestation détaillée code CIP

• N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
• Type de code CIP du médicament délivré	Indiquer le type de code CIP utilisé pour identifier le médicament délivré : <ul style="list-style-type: none"> • « A » : code CIP du médicament allopathique sur 7 caractères • « B » : code CIP du médicament sur 13 caractères • « 6 » : code CIP du médicament homéopathique sur 7 caractères « Petit labo. » • « 7 » : code CIP du médicament homéopathique sur 7 caractères « Grand labo. »
• Code CIP du médicament délivré	Code CIP du médicament délivré
• Prix unitaire du médicament délivré	Indiquer la base de remboursement d'un conditionnement (boîte de médicament) de médicament délivré. En cas de déconditionnement du médicament, cette information est obligatoirement à zéro .
• Quantité de médicament délivré	En nombre de conditionnement délivrés (ou utilisés cas du déconditionnement). <u>Remarque</u> : en cas de déconditionnement, cette quantité est égale au « nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement » (11 ^{ème} champ du présent groupe)

<ul style="list-style-type: none"> Indicateur du médicament délivré 	<ul style="list-style-type: none"> 0 : médicament n'appartenant pas à un groupe générique 1 : médicament générique non soumis à TFR 4 : référent du groupe générique non soumis à TFR 5 : référent du groupe générique soumis à TFR 7 : Générique soumis à TFR <p>Cette information est facultative</p>
<ul style="list-style-type: none"> Indicateur de substitution 	<p>Indique éventuellement le motif ou le refus de substitution du médicament prescrit :</p> <ul style="list-style-type: none"> valeur U : substitution pour Urgence ou Accord du médecin valeur N : refus de substitution <p>A blanc sinon.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Top déconditionnement 	<p>Indique si le médicament est déconditionné :</p> <ul style="list-style-type: none"> valeur D : le médicament est déconditionné valeur blanc : pas de déconditionnement.
<ul style="list-style-type: none"> Quantité d'unités délivrées dans le cadre du déconditionnement 	<p>En cas de déconditionnement du médicament, indiquer le nombre total d'unités délivrées.</p> <p>A zéro sinon</p>
<ul style="list-style-type: none"> Prix unitaire de l'unité délivrée dans le cadre du déconditionnement 	<p>En cas de déconditionnement du médicament, indiquer le prix unitaire de l'unité délivrée. Ce prix correspond au prix du conditionnement divisé par le nombre d'unité de ce conditionnement</p> <p><i>Exemple : Pour une boîte de 30 comprimés, ayant un prix à 15 €, le PU de l'unité délivrée est : 15 € divisé par 30 comprimés = 0.50 €</i></p> <p>Remarque : il y a lieu d'appliquer les règles d'arrondi habituelles. Cf. Groupe 1610-Séquence de calcul et Arrondis</p> <p>A zéro sinon.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement 	<p>En cas de déconditionnement du médicament, indiquer le nombre de conditionnements nécessaires pour la délivrance de la quantité d'unités prescrites.</p> <p><i>Exemple : 30 comprimés délivrés, issus de boîtes de 14 unités, le nombre de conditionnement utilisé est donc de 3.</i></p> <p>A zéro sinon.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Mode de prescription 	<p>Indique éventuellement le mode de prescription du médecin :</p> <ul style="list-style-type: none"> M : mention du Médecin sur la prescription « non substituable » <p>A blanc sinon.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Type de code CIP du médicament prescrit 	Zone réservée pour utilisation future
<ul style="list-style-type: none"> Code CIP du médicament prescrit 	Zone réservée pour utilisation future
<ul style="list-style-type: none"> Conditions particulières de prise en charge 	Zone réservée pour utilisation future

Groupe 1741**Règles**

La délivrance d'un médicament (identifié en groupe 1740) nécessite un ou plusieurs conditionnements.

Chaque conditionnement est identifié par un n° de lot et éventuellement un n° de série.

Les groupes « Prestation Détaillée lot d'un code CIP » permettent d'identifier les numéros de lot et éventuellement les numéros de série des conditionnements délivrés ou utilisés (cas du déconditionnement).

Le nombre maximum de groupes « Prestation Détaillée lot de code CIP » associés à un groupe « Prestation Détaillée code CIP » est de 30.

Le groupe « Prestation Détaillée lot d'un code CIP » est utilisé uniquement si un n° de lot est connu.

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

1. Pharmaciens
2. Prescripteurs (cas des ProPharmaciens)

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe ne concerne pas les centres de santé.

1741 Groupe Prestation détaillée lot d'un code CIP

• N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
• N° de rang du lot	De 1 à 30 lots différents pour la délivrance d'un même médicament.
• N° de lot du conditionnement	Indiquer le n° de lot du conditionnement délivré.
• Quantité de conditionnement appartenant au même lot	Si le numéro de série est renseigné, la quantité de conditionnement est nécessairement égale à 1. Dans le cas contraire, indiquer le nombre de conditionnement appartenant au même lot.
• Conditionnement déconditionné	Cette information est renseignée uniquement en cas de déconditionnement. Si le numéro de série est renseigné indiquer la valeur D si le conditionnement est déconditionné. Dans le cas contraire, indiquer la valeur D si au moins un des conditionnements appartenant au même lot est déconditionné.
• N° de série du conditionnement délivré	Dans le cas où un seul conditionnement correspond au n° du lot, indiquer le n° de série du conditionnement en question. Cette information est renseignée dans la mesure où elle figure sur la vignette du médicament.

§2.5.2 Famille Prescripteurs**PRESCRIPTEURS**

.../...

n	→	1720	Groupe Prestation détaillée code CIP
	→	1740	Groupe Prestation détaillée code CIP
n	→	1741	Groupe Prestation détaillée lot d'un code CIP

.../...

§2.5.3 Famille Pharmaciens**PHARMACIENS**

.../...

n	→	1720	Groupe Prestation détaillée code CIP
	→	1740	Groupe Prestation détaillée code CIP
n	→	1741	Groupe Prestation détaillée lot d'un code CIP

.../...

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes **1720** **174x** ou 1730), ce type de prestation détaillée pouvant être répété :

- De 1 à 50 fois pour la prestation détaillée code CIP (groupes **1720** 1740) **suivi éventuellement de 1 à 30 prestation détaillée lot d'un code CIP (groupes 1741)**
- De 1 à 10 fois pour la prestation détaillées code LPP (groupes 1730)

3.4 Annexe1-D : « Récapitulatif des groupes de données »**Paragraphe
impactés**

Liste des paragraphes de l'annexe 1-D du CDC SESAM-Vitale abordant les codes CIP 13 caractères dans le Cahier des Charges SESAM-Vitale.

2 Zone d'échange de la facture

Nature de l'impact

Modifié

**Contenu des
Paragraphe**

Groupe		AUXILIAIRES-MEDICAUX	PRESCRIPTEURS	PHARMACIENS	LABORATOIRES
	.../...				
1710	Prestation détaillée NABM	non utilisé	Facultatif	non utilisé	Facultatif
1720	Prestation détaillée code CIP	non utilisé	Facultatif	Facultatif	non utilisé
1730	Prestation détaillée LPP	non utilisé	non utilisé	Facultatif	non utilisé
1740	Prestation détaillée code CIP	non utilisé	Facultatif	Facultatif	non utilisé
1741	Prestation détaillée lot d'un code CIP	non utilisé	Facultatif	Facultatif	non utilisé
	.../...				

3.5 Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »

Paragraphe impactés

Liste des paragraphes de l'annexe 2 du CDC SESAM-Vitale abordant les codes CIP 13 caractères dans le Cahier des Charges SESAM-Vitale.

Nature de l'impact

Règle S1 : Base de remboursement des frais pharmaceutiques

Modifié

Contenu des Paragraphes

S1 - Base de remboursement des frais pharmaceutiques

Description de la règle	Données utilisées
<p>Pour les médicaments :</p> <p>Le montant de la base de remboursement des frais pharmaceutiques correspond à la somme des bases de remboursement* donnée pour chaque code CIP.</p> <p>Ce calcul doit être effectué pour tous les codes CIP portant le même code taux/laboratoire.</p> <p>Le montant de la base de remboursement des frais pharmaceutiques correspond au prix unitaire du groupe 1610 à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> le prix unitaire de la boîte de médicament délivré multiplié par le nombre de boîtes délivrées ou bien, en cas de déconditionnement, le prix de l'unité multiplié par le nombre d'unités délivrées. <p>Pour les Dispositifs Médicaux (DM) de la LPP (ex TIPS):</p> <p>Le montant de la Base de Remboursement correspond au montant total LPP du dispositif médical.</p>	<p>Code du taux/labo : (1720) : Saisie par le PS</p> <p>Prix unitaire (base de remboursement): (1720) : Saisie par le PS</p> <p>Quantité Délivrée : (1720) Saisie par le PS</p> <p>Prix unitaire de la boîte de médicament délivré : (1740) : Saisie par le PS</p> <p>Nombre de boîtes délivrées: (1740) : Saisie par le PS</p> <p>Prix unitaire de l'unité délivrée dans le cadre du déconditionnement: (1740) Saisie par le PS</p> <p>Nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement: (1740) Saisie par le PS</p> <p>Montant total LPP (ex TIPS) : (1730) Saisie par le PS</p> <p>Base de remboursement : (1610)</p>

4 Date de référence pour la part complémentaire

4.1 Présentation de la mesure

Contexte

En SESAM-Vitale 1.40, la date de référence pour la part complémentaire est actuellement calquée sur la date de référence pour la part obligatoire (date de référence AMO).

Les règles de détermination de la date de référence AMO dépendent du régime de la caisse gestionnaire de l'assuré et de la nature des actes (exemple pour les médicaments : date de prescription).

Cependant, sur le terrain, pour la détermination de la date de référence complémentaire, l'organisme complémentaire destinataire de la facture n'applique pas forcément les mêmes règles que sur le poste de travail du Professionnel de Santé.

Nouvelles règles

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, 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 », peut sélectionner l'une ou l'autre. Cette sélection ne constitue pas un forçage (pas d'indicateur de forçage positionné dans la facture).

Cette règle s'applique aussi bien en Tiers Payant qu'en Hors Tiers Payant complémentaire.

4.2 Corps du CDC

Paragraphe impactés

La liste des paragraphes du corps du CDC SESAM-Vitale abordant la date de référence :

	<i>Nature de l'impact</i>
§ 2.3.1 Les apports fonctionnels	Modifié
§ 3.2.2.6 Situations Particulières	Modifié
§ 3.2.6 Tarification de la part complémentaire	Modifié
§ 4.2.1.3.1.3 Contrôle de l'ouverture des droits complémentaire avec possibilité de forçage	Décalé au § 4.2.1.3.1.4
§ 4.2.1.3.1.3 Détermination de la date de référence pour la prise en compte de la part complémentaire	Nouveau
§ 4.2.1.3.2 Situations particulières du bénéficiaire des soins	Modifié
§ 6 Glossaire	Modifié

Contenu des Paragraphe

§ 2.3.1 Les apports fonctionnels

.../...

- l'assouplissement de la date de référence pour la part complémentaire dans le cas d'une facture en gestion séparée élaborée par un Professionnel de Santé de la famille « Pharmaciens ».

.../...

§ 3.2.2.6 Situations Particulières

La date de référence prise en compte par le Professionnel de Santé pour déterminer une situation particulière est celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (les règles de détermination de la date de référence sont identiques à celles définies dans l'annexe 2 du cahier des charges servant à déterminer le taux de remboursement pour la part AMO).

3.2.2.6.1 Bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle

.../...

§ 3.2.6 Tarification de la part complémentaire

La date à prendre en compte pour déterminer ~~l'organisme gérant la complémentaire et~~ l'ouverture des droits est identique à celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (les règles de détermination de la date à prendre en compte pour la tarification AMC sont identiques à celles définies dans l'annexe 2 du cahier des charges servant à déterminer le taux de remboursement pour la part AMO).

Cas particulier des Professionnels de la Santé de la famille « Pharmaciens » :

Dans le cas où la part complémentaire est transmise directement à l'organisme complémentaire (par une DRE ou par une FSE pour éclatement par un OCT) :

- La date utilisée pour le contrôle de l'ouverture des droits sur 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).
- Le Professionnel de Santé de la famille « Pharmaciens » doit pouvoir sélectionner une autre date : la date de prescription ou la date de facturation. Cette sélection, peu fréquente, ne constitue pas un forçage (pas d'indicateur de forçage positionné dans la facture).

Ces règles s'appliquent pour les médicaments, la LPP et les actes de biologie autorisés aux officines pour les factures élaborées en Tiers Payant ou en hors Tiers Payant.

.../...

§ 4.2.1.3.1.3 Détermination de la date de référence pour la prise en compte de la part complémentaire

Le progiciel doit prendre la date utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO pour contrôler l'ouverture des droits sur la part complémentaire présents sur le support AMC (les règles de détermination de la date à prendre en compte pour la tarification complémentaire sont identiques à celle définie dans l'annexe 2 du cahier des charges servant à déterminer le taux de remboursement pour la part AMO).

Cas particulier d'une facture en gestion séparée élaborée par un Professionnel de Santé de la famille « Pharmaciens » :

Pour contrôler l'ouverture des droits sur la part complémentaire, le progiciel d'un Professionnel de Santé de la famille « Pharmaciens » doit :

- utiliser 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),
- permettre au Professionnel de Santé de sélectionner une autre date : la date de prescription ou la date de facturation. Cette sélection, peu fréquente, ne constitue pas un forçage (pas d'indicateur de forçage positionné dans la facture).

Ces règles s'appliquent pour les médicaments, la LPP et les actes de biologie autorisés aux officines pour les factures élaborées en Tiers Payant ou en hors Tiers Payant.

§ 4.2.1.3.2 Situations particulières du bénéficiaire des soins

Le Progiciel doit identifier la situation particulière à la date de référence identique à celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (les règles de détermination de la date de référence sont identiques à celles définies dans l'annexe 2 du cahier des charges servant à déterminer le taux de remboursement pour la part AMO).

.../...

§ 6 Glossaire

.../...

Date de délivrance

Notion Métier.

Elle correspond, dans le cas des médicaments et de la LPP, à la date d'exécution c'est-à-dire à la délivrance des médicaments.

.../...

5 RPPS

5.1 Présentation de la mesure

La création du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) concerne les professionnels de santé libéraux et salariés et vise à :

- simplifier les démarches administratives des Professionnels de Santé, avec un guichet unique,
- identifier les Professionnels de Santé d'une manière pérenne et nationale,
- identifier le rattachement du Professionnels de Santé à sa structure,
- améliorer la connaissance et le suivi de l'activité des prescripteurs

L'identifiant pérenne et unique est le n° RPPS, sur 10 caractères plus une clé de Luhn.

La mise en œuvre du RPPS concerne à terme tous les professionnels de santé.

Une part significative des praticiens hospitaliers devrait se voir attribuer un n°RPPS au cours de 2008.

Actuellement les praticiens salariés ne sont pas identifiés dans les fichiers de l'assurance maladie, seuls les établissements sont répertoriés (n°FINESS).

Il s'agit de connaître les prescripteurs (praticiens hospitaliers, libéraux, etc.) pour être capable de suivre leurs prescriptions exécutées en ville.

Le terme « prescription » doit être pris au sens large c'est-à-dire tous types de prescriptions : pharmacie mais aussi actes par auxiliaires médicaux, laboratoire, radios, articles de la LPP ...

L'exécutant de la prescription (hospitalière ou non) doit pouvoir renseigner dans sa facture, les informations d'identification du prescripteur.

Si le n° RPPS du Professionnels de Santé de ville qui exécute une prescription figure dans sa carte CPS, il est également transporté dans sa facture. Cependant, à ce jour, le Professionnels de Santé exécutant conserve son numéro d'identification de facturation fourni par l'Assurance Maladie, et ce numéro reste utilisé pour la facturation.

En conséquence, le système SESAM-Vitale évolue afin de recevoir non seulement le n°RPPS du prescripteur mais aussi de l'exécutant.

5.2 Corps du CDC

Paragraphe impactés

Liste des paragraphes du corps du CDC SESAM-Vitale abordant le RPPS dans le Cahier des Charges SESAM-Vitale.

	Nature de l'impact
§ 2.3.1 Les apports fonctionnels	Modifié
§ 3.2.1 Acquisition des informations liées au Professionnel de Santé	Modifié
§ 3.2.1.7 Professionnel de Santé Prescripteur	Modifié
§ 3.2.8.3 Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier	Modifié
§ 4.1.1.4 Le lecteur de code à barres	Modifié
§ 4.2.1.6 Acquisition des informations relatives à la prestation	Modifié

Contenu des Paragraphe

§ 2.3.1 Les apports fonctionnels

La version 1.40 de SESAM-Vitale comprend les évolutions fonctionnelles suivantes :

.../...

- l'identification dans la facture des Professionnels de Santé par leur n° d'identification nationale RPPS

.../...

§ 3.2.1 Acquisition des informations liées au Professionnel de Santé

.../...

RPPS

Le projet de Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) vise à créer un répertoire des professionnels de santé libéraux et salariés afin de :

- simplifier les démarches administratives des Professionnels de Santé, avec un guichet unique,
- identifier les Professionnels de Santé d'une manière pérenne et nationale,
- identifier le rattachement du Professionnel de Santé à sa structure,
- améliorer la connaissance et le suivi de l'activité des prescripteurs,

L'identifiant pérenne et unique est le N°RPPS, sur 10 caractères (plus une clé de Luhn).

Actuellement les praticiens salariés ne sont pas identifiés dans les fichiers de l'assurance maladie, seuls les établissements sont répertoriés (n°FINESS).

Si les praticiens hospitaliers constituent la cible prioritaire en terme d'identification au RPPS, il n'en demeure pas moins qu'à terme, tous les Professionnels de Santé seront identifiés au RPPS.

Le système SESAM-Vitale évolue donc afin d'être prêt à recevoir et transporter dans la facture, non seulement le n°RPPS du prescripteur, mais aussi de l'exécutant dès lors que cette information figurera dans sa carte CPS.

Cependant, à ce jour, le Professionnel de Santé exécutant conserve son numéro d'identification de facturation fourni par l'Assurance Maladie, et ce numéro reste utilisé pour la facturation.

§ 3.2.1.7 Professionnel de Santé Prescripteur

.../...

Un suivi des prescriptions exécutées en ville est mis en place, en particulier pour les prescriptions issues des prescripteurs salariés des hôpitaux publics, mais aussi pour celles de tout autre prescripteur dès lors que les informations nécessaires figurent sur l'ordonnance.

L'objectif est d'obtenir, à la source, lors de l'exécution de la prescription, les informations d'identification des professionnels prescripteurs et leur condition d'exercice.

Le terme « prescription » doit être pris au sens large c'est-à-dire tous types de prescriptions : pharmacie mais aussi actes par auxiliaires médicaux, laboratoire, radios, articles de la LPP ...

L'exécutant de la prescription (hospitalière ou non) doit pouvoir renseigner dans sa facture, les informations d'identification du prescripteur et ces données devront être véhiculées dans les flux SESAM-Vitale.

Le prescripteur est identifié par son n° RPPS, et éventuellement le n° de structure dans laquelle il exerce, i.e. dans laquelle la prescription a été établie.

.../...

§ 3.2.8.3 Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier

.../...

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

- Les données prévues dans le Code de la Santé Publique et le Code de la Sécurité Sociale.
- Pour le prescripteur :
 - l'identification du prescripteur¹ réalisant les prestations et, s'il exerce en tant que salarié, l'identification de la structure²,
 - la date de la prescription,
 - l'identification du bénéficiaire des soins : le nom, le prénom et le NIR,

¹ L'identification du prescripteur correspond à l'identifiant de facturation du Professionnel de Santé complété le cas échéant de son n°RPPS si celui-ci est connu.

² Dans le cadre d'une session de remplacement, l'ordonnance devra comporter l'identifiant de facturation de Professionnel de Santé Remplacé ainsi que les identifiants de facturation du Professionnel de Santé remplaçant avec le libellé « remplaçant ».

- la condition d'exercice du prescripteur, à savoir : libéral, salarié ou bénévole,
- le cas échéant, le signalement d'une spécialité pharmaceutique en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'Assurance Maladie,
- le cas échéant, la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée.
- le cas échéant le contexte de parcours de soins dans lequel cette prescription a été établie (suite au décret des contrats responsables du 29 septembre 2005)

.../...

§ 4.1.1.4 Le lecteur de code à barres

.../...

Un lecteur de code à barres peut également s'avérer utile pour faciliter la saisie des codes structure et RPPS éventuellement présents sur les ordonnances.

.../...

§ 4.2.1.6 Acquisition des informations relatives à la prestation

.../...

Identification du prescripteur

Le logiciel permet au Professionnel de Santé de saisir les informations d'identification du prescripteur à partir de la prescription à savoir :

- le n° d'identification de facturation du prescripteur,
- le n° de RPPS du prescripteur,
- la condition d'exercice du prescripteur,
- la date de la prescription,
- le code spécialité du prescripteur (uniquement pour les prescripteurs salariés),
- l'identification de la structure dans laquelle le prescripteur exerce.

5.3 Annexe1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé »

Contexte

S'il est inscrit dans la carte du Professionnel de Santé, le n° RPPS est fourni par la fonction SSV_LireCartePS au niveau du champ « N° d'identification nationale » du groupe 1 « Titulaire carte PS ».

Paragraphes impactés

Liste des paragraphes de l'annexe 1-A du CDC SESAM-Vitale abordant le RPPS dans le Cahier des Charges SESAM-Vitale.

	Nature de l'impact
§ 2.1.1 Acquisition des informations relatives au Professionnel de Santé	Modifié

Contenu des Paragraphes

§ 2.1.1 Acquisition des informations relatives au Professionnel de Santé

.../...

Fonction à utiliser **SSV_LireCarte PS**

Les paramètres en entrée

Code porteur

Cette information peut être fournie par le progiciel du Professionnel de Santé.

Les paramètres en sortie

1 Groupe Titulaire carte PS

Type de carte PS

Cette information indique le type de carte lue (CPS, CPE, CPF).

Type d'identification nationale

N° ADELI, N° DRASS, Id Cabinet + N° employé, **RPPS**, etc.

N° d'identification nationale

Identification nationale du Professionnel de Santé.

Clé du n° d'identification nationale

.../...

5.4 Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture »

Contexte

Les groupes de données de la zone d'échange de la facture contenant l'identification d'un Professionnel de santé :

- soit le Professionnel de santé facturant,
- soit le Professionnel de santé exécutant (salarié ou sous-traitant),
- soit le Professionnel de santé prescripteur,

sont modifiés pour y ajouter les informations d'identification du Professionnel de santé suivantes :

- n° RPPS,
- clé du n° RPPS,
- n° de la structure,
- clé du n° de la structure,

hormis pour le groupe de données du Professionnel de santé facturant pour lequel seul le n° RPPS et sa clé sont ajoutés, le n° de structure et sa clé étant déjà présents dans le groupe « Identification Structure ».

Paragraphe impactés

Liste des paragraphes de l'annexe 1-A0 du CDC SESAM-Vitale abordant le RPPS dans le Cahier des Charges SESAM-Vitale.

	<i>Nature de l'impact</i>
Groupe 1120	Modifié
Groupe 1140	Modifié
Groupe 1211	Modifié
Groupe 1213	Modifié
Groupe 1870	Modifié

Contenu des Paragraphes

Groupe 1120

1120

Groupe IDENTIFICATION PROFESSIONNEL de SANTE

Règles

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

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

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

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

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

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

1. Prescripteurs
2. Auxiliaires-médicaux
3. Pharmaciens
4. Laboratoires d'analyse de biologie médicale

1120 Groupe Identification Professionnel de Santé

• N° d'identification de facturation du PS	N° d'Identification de facturation du Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
• Clé du n° d'identification de facturation du PS	Clé du N° identification de facturation. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
• Nom du PS	Nom du Professionnel de Santé (optionnel dans le cas d'un remplacement). Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
• Prénom du PS	Prénom du Professionnel de Santé (optionnel dans le cas d'un remplacement). Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
• Code conventionnel	Code conventionnel sous lequel exerce le Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
• Code spécialité	Code spécialité du Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
• Code zone tarifaire	Zone tarifaire du Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
• Code zone IK	Type d'indemnités kilométriques dont bénéficie le Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV

• Code agrément 1	Code agrément pour radiologue ou fournisseur. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
• Code agrément 2	Zone réservée pour utilisation future
• Code agrément 3	Zone réservée pour utilisation future
• Condition d'exercice	Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV (donnée « mode d'exercice ») Précise si le Professionnel de Santé agit en tant que <ul style="list-style-type: none"> • soit libéral « L » (mode d'exercice 00 ou 04) • soit ou que salarié « S » (mode d'exercice 01)
• N° RPPS du PS	A renseigner avec le n° RPPS du Professionnel de Santé facturant si ce n° est connu en carte CPS cf. fonction « lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
• Clé du N° RPPS du PS	A renseigner avec la clé du n° RPPS du Professionnel de Santé facturant si ce n° est connu en carte CPS cf. fonction « lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV

Groupe 1140

1140

Groupe Identification Structure

Règles

Ce groupe est facultatif pour toutes les familles (~~prévu pour utilisation future~~).

Ce groupe est utilisé pour identifier le numéro de structure du Professionnel de santé, si ce numéro est connu en carte CPS.

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

1. Prescripteurs
2. Auxiliaires-médicaux
3. Pharmaciens
4. Laboratoires d'analyse de biologie médicale

1140 Groupe Identification Structure

• Type d'identification structure	Type identification Structure. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
• N° d'identification structure	N° Identification de la structure dans laquelle le Professionnel de Santé exerce. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
• Clé du n° d'identification structure	Clé du N° Identification Structure. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
• Nom de la structure	Raison sociale de la structure. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV

Groupes 121x

121x**Groupes PRESCRIPTION**

.../...

1211 Groupe Prescription PS Libéral

• N° d'identification du PS libéral	N° d'identification du prescripteur (à prendre sur l'ordonnance) Dans le cas où la prescription a été établie par un Professionnel de Santé remplaçant, ce champ doit être renseigné avec le N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé remplacé.
• Clé du n° d'identification du PS libéral	Clé du N° d'identification du prescripteur (à prendre sur l'ordonnance) Dans le cas où la prescription a été établie par un Professionnel de Santé remplaçant, ce champ doit être renseigné avec le N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé remplacé.
• Date de prescription du PS libéral	Date à laquelle la prescription a été établie (à prendre sur l'ordonnance) (est inférieure ou égale à la date d'élaboration de la feuille de soins électronique du groupe 1110). Elle doit impérativement être antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne.
• Identification de la prescription du PS libéral	N° ordre de la prescription (à prendre sur l'ordonnance électronique). Zone réservée pour utilisation future
• N° RPPS du PS libéral	Identifiant RPPS du prescripteur libéral (à prendre sur l'ordonnance)
• Clé du n° RPPS du PS libéral	Clé de l'identifiant RPPS du prescripteur libéral (à prendre sur l'ordonnance)
• N° de la structure du PS libéral	N° de la structure (clé incluse) dans laquelle exerce le prescripteur libéral (à prendre sur l'ordonnance)

.../...

1213 Groupe Prescription PS salarié

• N° d'identification du PS salarié	N° du prescripteur salarié ou à défaut n° de l'établissement (à prendre sur l'ordonnance)
• Clé du n° d'identification du PS salarié	Clé du prescripteur salarié ou à défaut n° de l'établissement (à prendre sur l'ordonnance)
• Code spécialité du PS salarié	Code spécialité du prescripteur salarié ³

³ Ce code ne figure pas en clair sur l'ordonnance mais il est à déduire du libellé de la spécialité du prescripteur salarié qui figure sur l'ordonnance.

• Date de prescription du PS salarié	Date à laquelle la prescription a été établie (à prendre sur l'ordonnance) (est inférieure ou égale à la date d'élaboration de la feuille de soins électronique du groupe 1110). Elle doit impérativement être antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne.
• Identification de la prescription du PS salarié	N° ordre de la prescription (à prendre sur l'ordonnance électronique). Zone réservée pour utilisation future
• N° RPPS du PS salarié	Identifiant RPPS du prescripteur salarié (à prendre sur l'ordonnance)
• Clé du n° RPPS du PS salarié	Clé de l'identifiant RPPS du prescripteur salarié (à prendre sur l'ordonnance)
• N° de la structure du PS salarié	N° de la structure (clé incluse) dans laquelle exerce le prescripteur salarié (à prendre sur l'ordonnance)

Groupe 1870

1870

Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exécutant

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

1. Prescripteurs
2. Laboratoires d'analyses de biologie médicale

1870 Groupe Complément de prestation Exécutant

• N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'identification de l'exécutant
• N° d'identification de l'exécutant	Indiquer le N° d'identification de facturation de l'exécutant Saisi ou lu sur la carte CPE de l'exécutant
• Clé du n° d'identification de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPE de l'exécutant
• Code spécialité de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPE de l'exécutant
• Code zone tarifaire de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPE de l'exécutant
• Condition d'exercice de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPE de l'exécutant
• Code conventionnel de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPE de l'exécutant
• N° RPPS de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPE de l'exécutant.
• Clé du n° RPPS de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPE de l'exécutant.
• N° de la structure de l'exécutant	N° d'identification de structure (clé incluse) Saisi ou lu sur la carte CPE de l'exécutant

.../...

5.5 Annexe 2 : « Réglementation – Tarification »

Contexte

De même que pour la clé du numéro d'identification du prescripteur, la clé du n° RPPS du prescripteur doit être contrôlée par le progiciel.

Paragraphe(s) impacté(s)

Liste des paragraphes de l'annexe 2 du CDC SESAM-Vitale abordant le RPPS dans le Cahier des Charges SESAM-Vitale.

	Nature de l'impact
Règle R6	Modifié

Contenu des Paragraphes

R6 – Contrôle de la clé du numéro de prescripteur

Description de la règle	Données utilisées
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la clé du des numéros de prescripteur après saisie de ces numéros par l'exécutant.</p> <p>Ces numéros correspondent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • au numéro d'identification de facturation • au n° RPPS <p>Cette vérification est faite à partir de l'algorithme de calcul suivant :</p> <p>Sélectionner les 8 premiers chiffres du numéro du professionnel de santé prescripteur Numéroter les chiffres de cette sélection du numéro 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</p> <p>Cas particulier : Dans le cas des N° ADELI renfermant des lettres, le calcul de clé se réalise par transposition de la lettre par un chiffre de la manière suivante :</p> <p>A par 1, B par 2, C par 3, D par 4 etc...</p> <p>La clé ainsi calculée doit être égale à la clé saisie</p>	<p>Numéro d'identification de facturation (1211 ou 1213 ou 1214) : Saisie par le PS</p> <p>Clé du numéro d'identification de facturation : (1211 ou 1213 ou 1214) : Saisie par le PS</p> <p>Identifiant RPPS (1211 ou 1213 ou 1214) : Saisie par le PS</p> <p>Clé du RPPS : (1211 ou 1213 ou 1214) : Saisie par le PS</p>

6 Intégration des fiches

6.1 Fiches Réglementaires (FR)

Addendum n°3

Pour rappel : les Fiches Réglementaires suivantes sont parues après l'addendum 2bis et ont été intégrées à l'addendum n°3.

N°FR	Codes prestation concernés	Solution
38bis	PH4	Passage de 90 à 80% du PH4 pour l'Alsace-Moselle
39 v2 à v3	MTA, MCE, MGE	Avenant 12 : nouvelles majorations. ; Avenant 14 : ouverture de la MGE à la visite ; Décision UNCAM : correction des bornes de l'âge pour la MGE
40 v1 à v2	MNO, MNP, FPE	Correction de l'âge max pour MNO et MNP
42v2	FHV, FMV	Correction du type de prestation (support/secondaire)
43bis	BR2, BR4	Dispositif Bucco-Dentaire rénové : Mise à jour des libellés des codes prestation BR2 et BR4 et prise en compte à 100% pour les régimes SNCF et Banque de France
44	AMP	Code prestation AMP compatible avec les compléments Nuit/Urgence/Férieré (table 4)
46bis	TNS	Prise en charge des substituts nicotiniques

Addendum n°4

Les fiches réglementaires parues depuis l'addendum n° 3 (dernière version du CDC 1.40) sont à prendre en compte dans le présent addendum.

Le tableau ci-dessous présente ces Fiches Réglementaires.

Leur impact se situe dans la partie TABLES de l'Annexe 2 du CDC SESAM-Vitale. De façon générale, il convient de se reporter à chaque fiche pour avoir le détail des impacts sur les tables de l'annexe2.

Cependant, si l'impact porte sur une seule table de l'annexe2, cette table est précisée ci-dessous.

N°FR	Codes prestation concernés	Solution
39v3	MTA, MCE, MGE	Avenant 23 : ouverture de la MCE à la médecine interne
40v3	MNO, MNP, FPE	Décision UNCAM : majoration nourrisson facturable en visite (MNP compatible avec VS : table 12)
41 v1 à v5	PAV	Intégration de la participation assuré 18 €uros : mise en œuvre provisoire
43bis v2	BDC, BR2, BR4	Participation des médecins stomatologues au dispositif Bucco-Dentaire rénové.
49	PMH, PM2, PM4	Préparations magistrales homéopathiques CDC 1.40 Add2bis
50	VNP	Dans le cadre du parcours de soins la VNP peut être dispensée dans un contexte d'Urgence. (Table 5bis)
53 v1 à v4	PG7	Prise en charge à 100% des médicaments génériques en Alsace-Moselle
54	ID	Correction du taux du code prestation ID pour la CRPCEN (table 4)
55 v1 à v2	PDM	Gestion des Orthèses : Ajout du code prestation PDM
57 v1 à v4	MPF, MAF, MAS, MBB	Nouvelles majorations relatives à l'avenant 23
60	MM, TB	Prélèvements à domicile par technicien de laboratoire

6.2 Fiches Techniques (FTI)

n°FTI	Implantation		Solutions
59	Annexe 3	§ 2.3.1	Suppression de la possibilité d'avoir deux fichiers normés dans le même message SMTP : - soit un fichier de convention normé, - soit un fichier de regroupement normé.
	Annexe 4	§ 13	
61	Annexe 1-A0	§ 2.5.1 § 2.5.2 § 2.5.4	Rajouter un groupe 2020 après chaque prestation IFD (groupe 1620) et IK (groupe 1630)
66	Annexe 4	§ 7.2 § 10.1.1 § 11.1.1 § 11.2.1 § 11.3.2	Rajouter l'information que le champ relatif à l'identifiant original (« In-Reply-To ») contient le champ sujet du message initialement transmis par le Professionnel de Santé et éventuellement d'autres caractères. Il convient donc de rechercher la valeur du champ « subject » sans se limiter à une simple comparaison de leurs valeurs.

6.3 Fiches Pratiques d'Information (FPI)

n°FPI	Implantation		Solutions
15	Annexe 1-A0	Groupe 1230	Renouvellement par pharmaciens délivrant de l'optique. Ajout de la précision suivante : « Par ailleurs, ce groupe est également prévu pour les Pharmaciens, dans le cadre de la délivrance de l'optique (verres correcteurs), pour indiquer si le Professionnel de Santé délivre un renouvellement sans disposer d'une nouvelle ordonnance. » Ajout des valeurs A et I pour la donnée « Origine de la prescription » : A : Renouvellement Adapté (cas de l'optique) I : Renouvellement à l'Identique de la prescription Initiale (cas de l'optique).

7 Maintenance transverse

7.1 Bordereau accompagnant les ordonnances

7.1.1 Présentation de la maintenance

Contexte

Suite à l'arrêté du 11 juillet 2006, des précisions sont apportées sur la constitution des bordereaux accompagnant les ordonnances.

7.1.2 Corps du CDC

Paragraphe impactés

La liste des paragraphes modifiés est la suivante :

	Nature de l'impact
§ 3.2.8.4.1 Mise en œuvre par les Pharmaciens	Modifié
§ 3.2.8.4.1.1 Constitution des paquets d'ordonnances relatifs aux FSE	Modifié
§ 3.2.8.4.1.2 Constitution des paquets d'ordonnances relatifs au mode « SESAM-Vitale dégradé »	Modifié

Contenu des Paragraphes

§ 3.2.8.4.1 Mise en œuvre par les Pharmaciens

L'arrêté du 11 juillet 2006~~12 août 1999~~ portant approbation de la convention nationale **organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie** fixe les modalités de transmission des FSE entre les **régimes d'assurance maladie et les pharmaciens** ~~Caisses Nationales d'Assurance Maladie Obligatoire et les syndicats représentant les pharmaciens d'officine~~ et précise en son article 49.1 "Tri~~2-4~~ « tri et ramassage des ordonnances" les modalités de tri des ordonnances devant être adressées aux caisses

Le format d'édition du « **bordereau d'accompagnement** » des paquets d'ordonnances ainsi établis, est décrit ci-après.

§ 3.2.8.4.1.1 Constitution des paquets d'ordonnances relatifs aux FSE

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

~~Afin de permettre un traitement plus rapide des dossiers par les caisses d'Assurance Maladie Obligatoire, le pharmacien s'est engagé à mettre à disposition des caisses d'Assurance Maladie Obligatoire les ordonnances papier en constituant, pour chaque régime, un paquet d'ordonnances concernant les assurés relevant de l'organisme dans la circonscription où exerce le pharmacien et un autre paquet d'ordonnances concernant les assurés relevant des organismes hors circonscription.~~

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

~~Ces paquets contiennent aussi bien des ordonnances correspondant à des FSE établies en procédure de dispense d'avance des frais (tiers payant) et des ordonnances correspondant à des FSE établies en procédure de paiement par l'assuré (hors tiers payant).~~

A savoir, exemple de tri :

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

Régimes Agricoles : 02 – Distinction des régimes MSA, GAMEX, puis pour chaque régime, distinction des assurés de la circonscription de ceux hors circonscription.

Régime RSI AMPI : 03 –

Pour les assurés qui dépendent de la caisse régionale compétente pour le lieu d'exercice du pharmacien, constituer un paquet par organisme conventionné, ~~et l'adresser à chacun des organismes conventionnés (ou ramassage selon les accords locaux).~~

Pour les autres assurés, trier les ordonnances par caisse régionale et par organisme conventionné ~~et adresser le tout à la Caisse Régionale compétente pour le lieu d'exercice du pharmacien (En Ile de France, adresser à la Caisse Régionale des Commerçants Ile de France).~~

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

§ 3.2.8.4.1 Constitution des paquets d'ordonnances relatifs au mode « SESAM-Vitale dégradé »

Le Professionnel de Santé pharmacien transmet la feuille de soins SESAM « dégradé » correspondant à sa facturation à la caisse d'affiliation de l'assuré bénéficiant de la dispense d'avance de frais. Parallèlement à l'envoi de la feuille de soins « dégradé », le pharmacien adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives papier (feuille de soins sous forme papier, duplicata de l'ordonnance hors cas de renouvellement).

En ~~Dans le~~ cas de transmission de feuilles de soins ~~des modes~~ SESAM « ~~Vitale~~ dégradé » (mode SESAM-Vitale dégradé selon chapitre sur les Cas particuliers de fonctionnement), le pharmacien bénéficie du dispositif de ramassage visé à l'article 49 de l'arrête du 11 juillet 2006 pour la seule transmission des pièces justificatives papier concernant les assurés affiliés à la caisse du même ressort géographique que lui. ~~(Cf. chapitre sur les Cas particuliers de fonctionnement), le pharmacien constitue un paquet d'ordonnances par caisse d'Assurance Maladie Obligatoire d'affiliation de l'assuré.~~

~~Cela concerne les factures en procédure de dispense d'avance des frais (tiers payant).~~

~~Cela peut concerner exceptionnellement des factures en procédure de paiement direct par l'assuré. Dans ce cas, il convient de constituer un paquet à part par caisse d'Assurance Maladie Obligatoire d'affiliation.~~

7.2 Accès au tiers payant sur la part obligatoire

7.2.1 Présentation de la maintenance

Rappel

La correction consiste :

- à préciser la règle concernant l'accès au tiers payant sur la part obligatoire,
- à modifier le nombre de périodes de droits AMO restitué lors de la lecture de la carte Vitale.

7.2.2 Corps du CDC

Paragraphe impactés

La liste des paragraphes modifiés est la suivante :

	Nature de l'impact
§ 4.2.1.4 Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire	modifié

Contenu des Paragraphe

§ 4.2.1.4 Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire
.../...

Accès au tiers payant conditionné par la mise à jour de la carte

L'accès au tiers payant est interprété en fonction de l'information « date de fin droits AMO ».

La date à prendre en compte pour examiner le droit au tiers payant est celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (définie dans l'annexe 2 du Cahier des Charges - Partie Détermination du taux de remboursement).

Si cette date est strictement supérieure à la date de fin de la période de droits AMO présente en carte ou s'il n'y a pas de période de droits AMO remontée de la lecture de la carte ~~Dès lors que cette « date de fin de droit AMO » est dépassée à la date de référence (cf. annexe 1 - Lecture Droits Vitale)~~, le progiciel doit informer le Professionnel de Santé que la carte n'est pas à jour. Dans ce cas le tiers payant ne peut pas s'appliquer sans forçage. Pour bénéficier à nouveau du tiers payant sans forçage, le bénéficiaire doit effectuer la mise à jour de sa carte (cf annexe 1-A § Forçage de l'accès au tiers payant)

Ce principe s'applique pour toutes les situations d'accès au tiers payant y compris les situations particulières décrites ci-après.

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

.../...

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

Paragraphe impactés

La liste des paragraphes modifiés de l'annexe 1-A est la suivante :

	Nature de l'impact
§ 2.1.3.2 La fonction « Lecture Droits Vitale »	Modifié

Contenu des Paragraphe

§ 2.1.3.2 La fonction « Lecture Droits Vitale »

.../...

41 **Groupe** *Données Bénéficiaire et périodes de droits* 1 à 19 occurrences

.../...

Nombre de périodes de droits AMO

Il y a de **0+** à 3 occurrences de périodes de droits AMO.

Date de début de droits AMO

Date de début de la période

Date de fin de droits AMO

Date de fin de la période

Cette date peut ne pas être renseignée. Cela signifie que l'intervalle est non borné, i.e. les droits sont permanents à partir de la date de début.

.../...

.../...

105 **Groupe** *Période de droits AMO* **0+** à 3 occurrences par bénéficiaire

Date de début droits AMO

Date de début de la période

Date de fin droits AMO

Date de fin de la période

.../...

7.3 Recherche de la convention applicable

7.3.1 Présentation de la maintenance

Rappel

Refonte des schémas de recherche de la convention applicable en gestion séparée et en gestion unique.

7.3.2 Corps du CDC

Paragraphe impactés

La liste des paragraphes modifiés est la suivante :

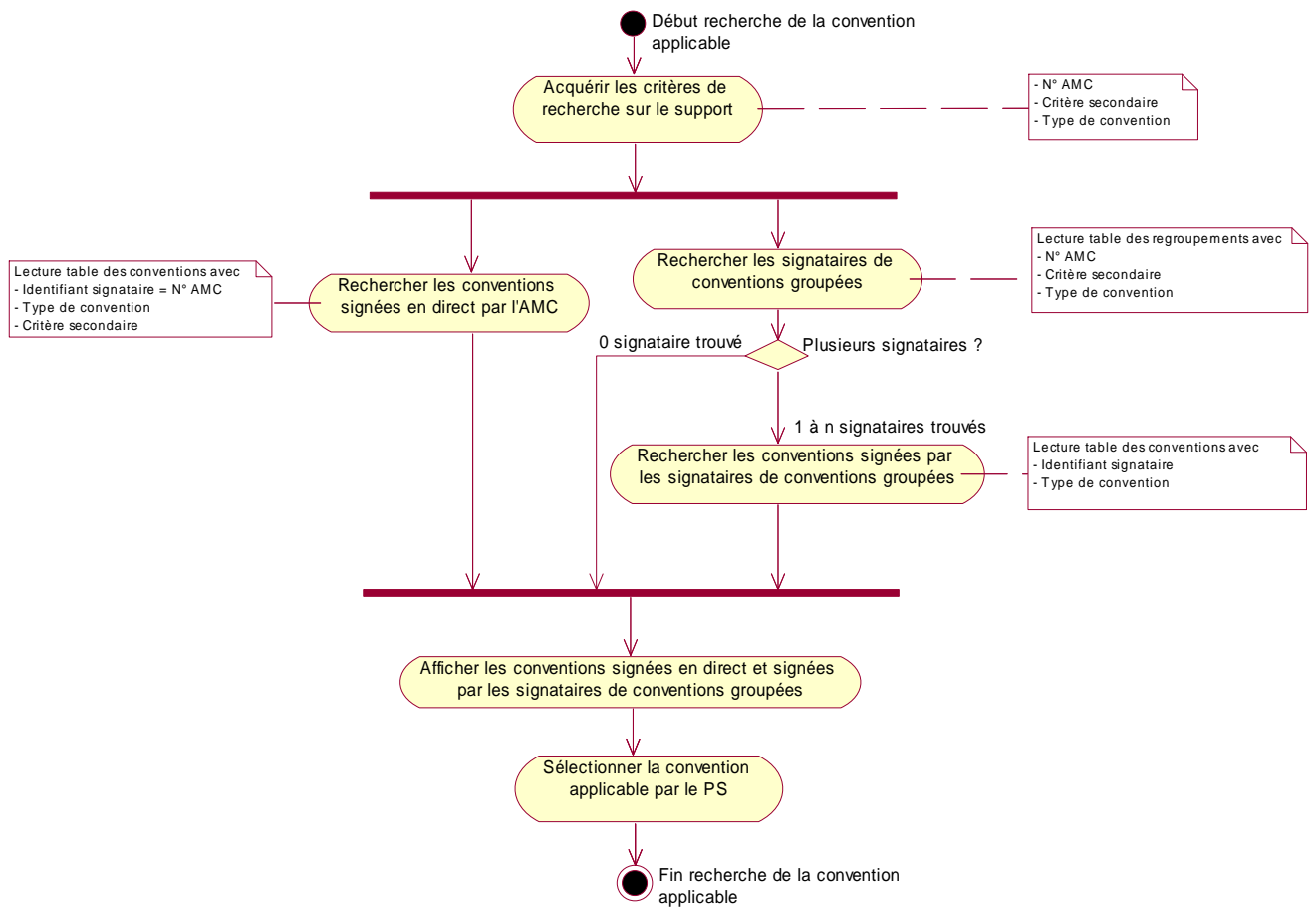
	<i>Nature de l'impact</i>
§ 4.2.1.5.3.7 Schémas de la recherche de la convention applicable	modifié

Contenu des Paragraphe

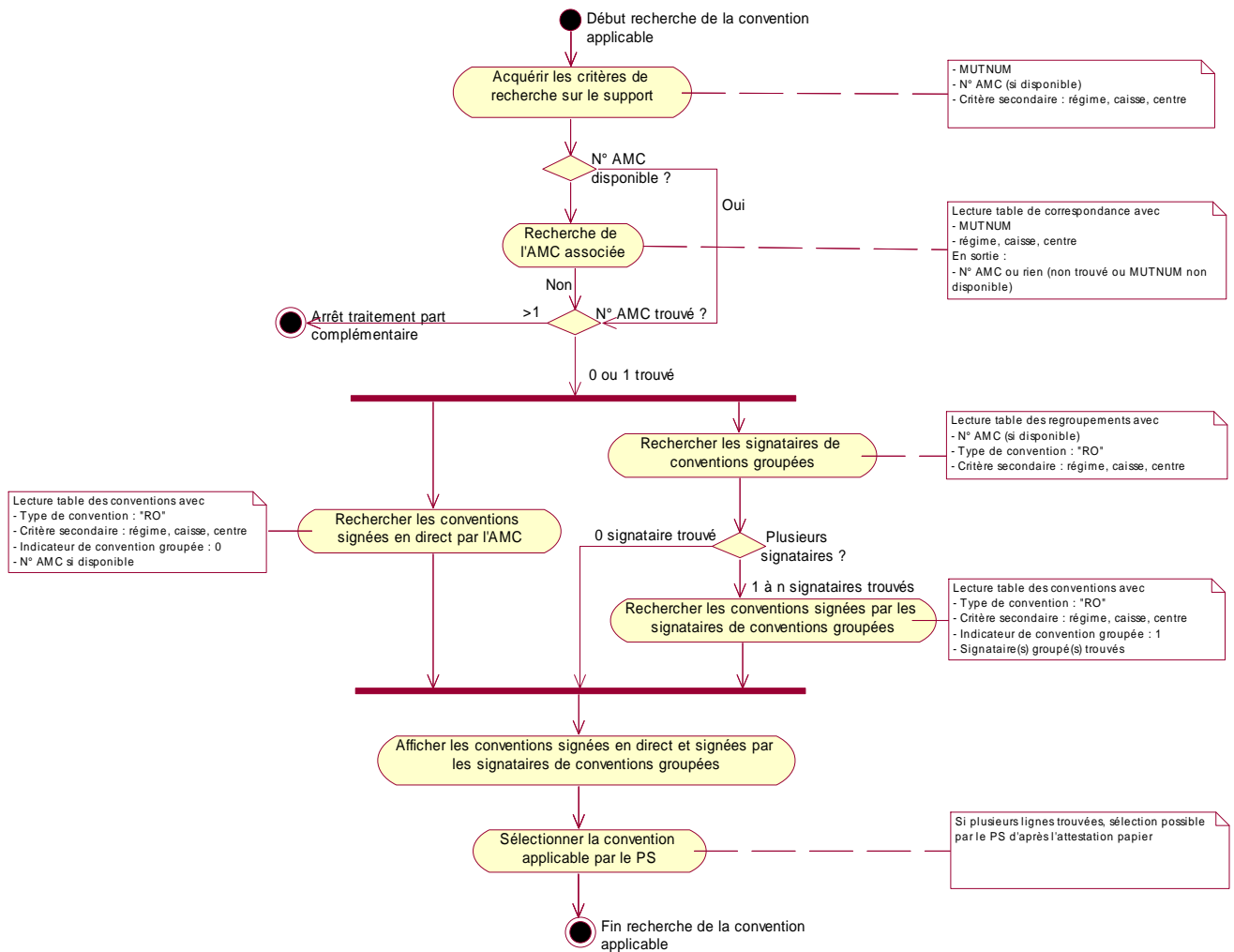
§ 4.2.1.5.3.7 *Schémas de la recherche de la convention applicable*

.../...

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

Gestion séparée

Gestion unique



7.4 Contrats responsables

7.4.1 Présentation de la maintenance

Rappel

La correction consiste à :

- ajouter un groupe « 3731 Participation assuré » en interface d'entrée des STS,
- apporter les modifications suivantes pour le groupe « 3740 Paramètres de calcul contrats responsables » :
 - Groupe obligatoire pour la famille prescripteur sauf les sages femmes et les chirurgiens dentiste.
 - Utilisation de l'information « Caisse de rattachement du professionnel de santé » en remplacement du « lieu d'exercice ».
 - Reformulation de la phrase sur le changement des valeurs d'un des paramètres de calcul des contrats responsables.
 - Modification du terme « Taux conventionnel du DM » en « Taux conventionnel maximum du DM ».

7.4.2 Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture »

Paragraphe impactés

La liste des paragraphes modifiés de l'annexe 1-A0 est la suivante :

	Nature de l'impact
§2.4 « groupe 3740 »	Ajout

Contenu des Paragraphes

§ 2.4 « groupe 3740 »

.../...

3740

Groupe Paramètres de calcul contrats responsables

Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

.../...

7.4.3 Annexe 1-A2 : « Phase Part Complémentaire »

Paragraphe impactés

La liste des paragraphes modifiés de l'annexe 1-A2 est la suivante :

	Nature de l'impact
3731 Participation assuré	Ajout
3740 Paramètres de calcul contrats responsables	Modifié
8.1 Interface en entrée	Modifié

Contenu des Paragraphe

§ 5 « groupe 3731 »

3731

Groupe PARTICIPATION ASSURE

Ce groupe est facultatif. Il est renseigné lorsque la facture a fait l'objet d'une participation assuré « 18 euros ».

3731 Groupe Participation Assuré

• Montant de la participation assuré	Montant de la Participation Assuré « 18 euros » fixé par décret.	Obligatoire
--------------------------------------	---	-------------

§ 5 « groupe 3740 »

Ce groupe est obligatoire pour la famille prescripteur **sauf sages femmes et chirurgiens dentistes** ~~uniquement pour la catégorie médecins.~~

Dans le cadre de la réforme d'assurance Maladie sur le dispositif du parcours de soins et des contrats responsables qui en découlent, de nouvelles données sont nécessaires en entrée de la tarification complémentaire.

Ces données doivent être gérées par le progiciel sous forme d'un paramétrage afin d'éviter une saisie systématique par le Professionnel de Santé. Ces données sont :

- Le taux conventionnel du dépassement autorisé : cette valeur est fixée dans la convention entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. Elle est mise à jour par décret. Ce taux permet de calculer le dépassement autorisé maximum pour les actes effectués hors parcours de soins coordonnés.
- Le taux conventionnel du dépassement maîtrisé : cette valeur est fixée dans la convention entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. Elle est mise à jour par décret. Ce taux permet de calculer le dépassement maîtrisé maximum pour les actes effectués en parcours de soins coordonnés pour les médecins signataires de l'option de coordination.

- La valeur de la CS (consultation de spécialiste) en métropole (indépendamment de la localisation géographique du Professionnel de Santé).
- La valeur de la MPC (Majoration provisoire cliniciens) en métropole (indépendamment de la localisation géographique du Professionnel de Santé).
- La valeur de la MCS (Majoration de coordination pour les spécialistes) en métropole (indépendamment de la localisation géographique du Professionnel de Santé).
- La valeur de la MCC (Majoration de coordination pour les cardiologues) en métropole (indépendamment de la localisation géographique du Professionnel de Santé). Cette donnée n'est obligatoire que pour les spécialités concernées.

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

- La valeur de la MPC (Majoration provisoire cliniciens) de la caisse de rattachement du lieu d'exercice du Professionnel de Santé.
- La valeur de la MCS (Majoration de coordination pour les spécialistes) de la caisse de rattachement du lieu d'exercice du Professionnel de Santé.
- La valeur de la MCC (Majoration de coordination pour les cardiologues) de la caisse de rattachement du lieu d'exercice du Professionnel de Santé. Cette donnée n'est obligatoire que pour les spécialités concernées.

Si le tarif conventionné de l'une de ces valeurs change au cours de la période de tarification complémentaire de la facture, il convient alors d'effectuer une rupture de facture.

3740 Groupe Paramètres de calcul Contrats Responsables

• Taux conventionnel du DA	Indiquer le taux conventionnel du Dépassement Autorisé	Obligatoire
• Taux conventionnel maximum du DM	Indiquer le taux conventionnel maximum du Dépassement Maîtrisé	Obligatoire
• CS en métropole	Indiquer la valeur de la CS en métropole	Obligatoire

.../...

§ 8.1 Interface en entrée

.../...

- Données liées aux STS

3700 Groupe Contexte tarification AMC

3710 Groupe Formule AMC appliquée au niveau acte

3720 Groupe Formule AMC appliquée au niveau facture

3730 Groupe Paramètres de calcul STS

3731 Groupe Participation Assuré**3740** Groupe Paramètres de calcul contrats responsables**3770** Groupe Zone tampon AMC

7.4.4 Annexe 1-D : « Récapitulatif des groupes de données »

Paragraphe impactés

La liste des paragraphes de l'annexe 1-D abordant les contrats responsables est la suivante :

	Nature de l'impact
4 Zone d'échange STS	modifié

Contenu des Paragraphe

§ 4 Zone d'échange STS

Groupe	Libellé
3700	Contexte tarification AMC
3710	Formule AMC appliquée au niveau acte
3715	Libellé de la formule AMC appliquée au niveau acte
3720	Formule AMC appliquée au niveau facture
3725	Libellé de la formule AMC appliquée au niveau facture
3730	Paramètres de calcul STS
3731	Participation Assuré
3740	Paramètres de calcul Contrats Responsables
3750	Diagnostic STS
3760	Description formule de calcul AMC
3770	Zone tampon AMC
3780	Version des STS
3790	Tops Affichage et Modification

7.5 Spécificité pharmacie « anciennes références » Santé-Pharma

7.5.1 Présentation de la mesure

Contexte

Les « anciennes références » Santé Pharma ne sont plus utilisées.

7.5.2 Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture »

Paragraphe impactés

La liste des paragraphes de l'annexe 1-A0 abordant la spécificité pharmacie « anciennes références » Santé-Pharma est la suivante :

	Nature de l'impact
1321 Groupe Organisme AMC	modifié

Contenu des Paragraphes

§ 2.4 « groupe 1321 »

.../...

1321 Groupe Organisme AMC

• .../...	
• Code application	Renseigné à 99 par défaut, ou à 98.
• .../...	

.../...

Gestion de la spécificité pharmacie « anciennes références » Santé-Pharma

La valeur du « code application » permet de différencier ces deux structures de zones réservées :

- valeur 99 pour structure DRE (qui sera utilisée par l'AMC ayant assuré sa migration SESAM Vitale 1.40)
- valeur 98 pour structure antérieure à la norme DRE lorsque les anciennes références sont encore utilisées.

Phase 1 : Identification par le progiciel de la spécificité Santé-Pharma

La spécificité Santé Pharma lors de l'utilisation des anciennes références est identifiée dès le renseignement des informations complémentaires et se matérialise par :

- Le N° AMC doit être sur 10 positions.
- La valorisation à « 4 » par le progiciel de l'indicateur d'aiguillage STS
- La valorisation par le progiciel du code application à « 98 »

La saisie du N° contrat Santé Pharma : cette information n'est pas portée immédiatement par le progiciel dans le groupe de travail 1321 (première zone réservée) pour assurer un bon fonctionnement des STS FFSA.

Phase 2 : Etape 1 de valorisation des zones réservées

Tout le déroulement du processus de facturation est élaboré conformément à la nouvelle structure de zones réservées (ce qui permet de conserver identiques les règles de gestion liées au type de service AMC, à la nature de pièces justificatives AMC, au numéro de prise en charge). Le progiciel valorise alors les zones réservées du groupe 1321 de la manière suivante :

	INFORMATIONS	POSITIONS	PRESENCE	CONSIGNES DE SAISIE DES RUBRIQUES
Données AMC zone 1	Contexte de déroulement procédure de facturation	1321-4	Facultative	Non renseigné
Données AMC zone 2	Nature pièce justificative des droits Complémentaire	1321-5 pos. 1	Obligatoire	2— L'adhérent/assuré a présenté son support de droits AMC autre que la carte Vitale
	Situation accord préalable AMO	1321-5 pos. 2	Facultative	Non renseigné
	Type de service AMC	1321-5 pos. 3	Obligatoire	T pour tiers payant
	Sens comptable	1321-5 pos. 4	Obligatoire	Non renseigné

Phase 3 : Etape 2 de valorisation des zones réservées

Avant l'appel aux services SESAM Vitale, les zones réservées sont structurées par le progiciel conformément aux structures et règles existantes de zones réservées pour Santé Pharma utilisant des anciennes références, ceci étant identifié par le code application (98).

	INFORMATIONS	POSITIONS	PRESENCE	CONSIGNES DE SAISIE DES RUBRIQUES
Données AMC zone 1	Contexte de déroulement procédure de facturation	1321-4	Facultative	N° contrat Santé Pharma
Données AMC zone 2	Nature pièce- justificative des droits- Complémentaire	1321-5 pos. 1	Obligatoire	Taux de remboursement : 095 ou 100 comme les systèmes existants.
	Situation accord- préalable AMO	1321-5 pos. 2	Facultative	
	Type de service- AMC	1321-5 pos. 3	Obligatoire	
	Sens comptable	1321-5 pos. 4	Obligatoire	1=facture normale RO+RC 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

.../...

7.6 Le libellé « Nom patronymique » devient « Nom de famille »

Le terme « Nom de famille » est utilisé à la place du terme « Nom patronymique »

Cette modification apparaît dans les documents suivants :

- Corps du CdC SESAM-Vitale
- Annexe 1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé » du CDC SESAM-Vitale : **groupes 41 et 104**
- Annexe 1-Bis : « Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif » du CDC SESAM-Vitale : les paramètres en sortie de la fonction « Déchargement bénéficiaire »

7.7 Le régime « AMPI » devient « RSI »

Cette modification apparaît dans les documents suivants :

- Corps du CdC SESAM-Vitale
- Annexe 1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé » du CDC SESAM-Vitale
- Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture » du CDC SESAM-Vitale
- Annexe 2 : « Réglementation – Tarification » du CDC SESAM-Vitale

7.8 Précision caisse de rattachement / caisse gestionnaire

Contexte

Le terme « caisse de rattachement » est utilisé pour le Professionnel de Santé et correspond à la caisse à laquelle est rattaché le Professionnel de Santé pour sa situation d'exercice et de facturation.

Le terme « Caisse gestionnaire » est utilisé pour le bénéficiaire des soins et correspond à la caisse à laquelle est affilié ce bénéficiaire.

Documents et paragraphes impactés

Cette modification apparaît dans les documents suivants :

- Corps du CdC SESAM-Vitale : §3.2.2.5 et § 6
- Annexe 1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé » du CDC SESAM-Vitale
- Annexe 1-A1 : « Phase Part Obligatoire »
- Annexe 1-A2 : « Phase Part Complémentaire »
- Annexe 2 : « Réglementation – Tarification » du CDC SESAM-Vitale – Règle R33

7.9 Prise en compte des Professionnels de santé Bénévoles

7.9.1 Présentation de la mesure

Contexte

Les professionnels de santé peuvent exercer à titre de Bénévoles (exemple : praticiens qui exercent en tant que médecin du monde). Cette condition d'exercice est connue principalement en établissements.

Le professionnel de santé bénévole n'effectue pas de facture, mais il peut être amené à effectuer une prescription.

Donc, dans le Cahier des Charges, ils apparaissent uniquement en tant que prescripteur.

7.9.2 Corps du CDC

Paragraphe impactés

La liste des paragraphes modifiés est la suivante :

	Nature de l'impact
§ 3.2.8.3 Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier	Modifié

Contenu des Paragraphes

§ 3.2.8.3 Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier

.../...

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

- Les données prévues dans le Code de la Santé Publique et le Code de la Sécurité Sociale.
- Pour le prescripteur :
 - l'identification du prescripteur⁴ réalisant les prestations et, s'il exerce en tant que salarié, l'identification de la structure⁵,
 - la date de la prescription,
 - l'identification du bénéficiaire des soins : le nom, le prénom et le NIR,
 - la condition d'exercice du prescripteur, à savoir : libéral, salarié ou bénévole,
 - le cas échéant, le signalement d'une spécialité pharmaceutique en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'Assurance Maladie,
 - le cas échéant, la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée.
 - le cas échéant le contexte de parcours de soins dans lequel cette prescription a été établie (suite au décret des contrats responsables du 29 septembre 2005)

⁴ L'identification du prescripteur correspond à l'identifiant de facturation du Professionnel de Santé complété le cas échéant de son n°RPPS si celui-ci est connu.

⁵ Dans le cadre d'une session de remplacement, l'ordonnance devra comporter l'identifiant de facturation de Professionnel de Santé Remplacé ainsi que les identifiants de facturation du Professionnel de Santé remplaçant avec le libellé « remplaçant ».

7.9.3 Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture »

Paragraphe impactés

La liste des paragraphes modifiés de l'annexe 1-A0 est la suivante :

	Nature de l'impact
Groupe 1214	Ajout

Contenu des Paragraphe

Groupes 121x

121x	Groupes PRESCRIPTION
------	----------------------

.../...

Règles

Le groupe 1214 doit être renseigné lorsque la prescription est élaborée par un prescripteur bénévole.

Le groupe 1214 est facultatif pour toutes les familles suivantes :

1. Auxiliaires-médicaux
2. Pharmaciens
3. Laboratoires d'analyse de biologie médicale

1214 Groupe Prescription PS bénévole

• N° d'identification du PS bénévole	N° du prescripteur bénévole ou à défaut n° de l'établissement (à prendre sur l'ordonnance)
• Clé du n° d'identification du PS bénévole	Clé du n° de prescripteur bénévole ou à défaut n° de l'établissement (à prendre sur l'ordonnance)
• Code spécialité du PS bénévole	Code spécialité du prescripteur bénévole ⁶
• Date de prescription du PS bénévole	Date à laquelle la prescription a été établie (à prendre sur l'ordonnance) (est inférieure ou égale à la date d'élaboration de la feuille de soins électronique du groupe 1110). Elle doit impérativement être antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne.
• Identification de la prescription du PS bénévole	N° ordre de la prescription (à prendre sur l'ordonnance électronique). Zone réservée pour utilisation future
• N° RPPS du PS bénévole	Identifiant RPPS du prescripteur bénévole (à prendre sur l'ordonnance)
• Clé du n° RPPS du PS salarié	Clé de l'identifiant RPPS du prescripteur bénévole (à prendre sur l'ordonnance)
• N° de la structure du PS bénévole	N° de la structure (clé incluse) dans laquelle exerce le prescripteur bénévole (à prendre sur l'ordonnance)

.../...

⁶ Ce code ne figure pas en clair sur l'ordonnance mais il est à déduire du libellé de la spécialité du prescripteur bénévole qui figure sur l'ordonnance.

7.9.4 Annexe 1-D : « Récapitulatif des groupes de données »

Paragraphe impactés

La liste des paragraphes modifiés de l'annexe 1-D est la suivante :

	Nature de l'impact
2. Zone d'échange de la facture	Modifié

Contenu des Paragraphe

Groupes 121x

Groupes	AUXILIAIRES-MEDICAUX	PRESCRIPTEURS	PHARMACIENS	LABORATOIRES
...				
1211 Prescription PS libéral	Obligatoire (hors groupe 1212 non utilisé)	Facultatif	Obligatoire (hors groupe 1212 non utilisé)	Obligatoire (hors groupe 1212 non utilisé)
1212 Prescription Chirugiens Dentistes/Stomatologues				
1213 Prescription PS salarié				
1214 Prescription PS bénévole				
...				

7.10 Suppression spécificités régime Banque de France

Contexte

Suite à disparition au 1er janvier 2008 du régime spécial de Sécurité Social de la Banque de France (code régime 09), les spécificités inhérentes à ce régime ont été supprimées du Cahier des Charges.

7.10.1 Corps du CDC

Paragraphe impactés

La liste des paragraphes modifiés est la suivante :

	Nature de l'impact
§ 6 Glossaire	Modifié

Contenu des Paragraphes

§ 6 Glossaire

.../...

UNRS

Union Nationale des Régimes Spéciaux

Composée de :

Caisses de Prévoyance et de Retraite de la SNCF

Unité Décentralisée de Protection Sociale de la RATP

Etablissement National des Invalides de la Marine

Caisse Autonome de Sécurité Sociale dans les Mines

Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale

~~Caisse de Prévoyance Maladie de la Banque de France~~

Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaire

Caisse Autonome de la Chambre de Commerce et d'industrie de Paris

Caisse Autonome de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale

Caisse de Prévoyance du Port Autonome de Bordeaux

Caisses Autonomes de Sécurité Sociale du Sénat

.../...

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

Paragraphe impactés

La liste des paragraphes modifiés de l'annexe 1-A0 est la suivante :

	Nature de l'impact
§2.3.2.6 Schémas ST4 et ST4bis → Suppression de mention code régime 09	Modifiés

7.10.3 Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture »

Paragraphe impactés

La liste des paragraphes modifiés est la suivante :

	<i>Nature de l'impact</i>
§ 2.4 Groupe 1310	Modifié

Contenu des Paragraphe

§ 2.4 « groupe 1310 »

1310

Groupe ORGANISME AMO

.../...

➤ Détermination de l'organisme destinataire

.../...

Régimes	Code régime	Règle de détermination de l'organisme destinataire
.../...		Le code <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i>
CNMSS	08	
CPM Banque de France	09	
CRPCEN	10	
.../...		

.../...

7.10.4 Annexe 2 : « Réglementation – Tarification »

Paragraphe impactés

La liste des paragraphes modifiés est la suivante :

	<i>Nature de l'impact</i>
Règles T2 T2bis, T2ter et T2quater → Suppression de la spécificité Banque de France	Modifiées
Tables 8.x → Suppression des codes situation 09xx	Modifiées
Tables 11.1 et 11.2 → Suppression de la ligne code régime 09	Modifiées
Tables 20.3, 20.4, 20.5	Supprimées
Tables <ul style="list-style-type: none"> • 21.4, 21.5, 21.6, 21.7 • 21.9, 21.10 • 21.16 	Supprimées
Table 50.3	Supprimée

7.11 Le régime « CPR SNCF » devient « CPR SNCF »

Cette modification apparaît dans les documents suivants :

- Corps du CdC SESAM-Vitale : §6 Glossaire
- Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture » du CDC SESAM-Vitale : Table des organismes destinataires (groupe 1310)
- Annexe 2 : « Réglementation – Tarification » du CDC SESAM-Vitale : Intitulé de la table 50.1

8 Maintenance unitaire

Les points de maintenance ci-dessous sont expliqués, mais les modifications du CDC ne sont pas reprises dans le présent document.

8.1 Corps du CDC SESAM-Vitale

<i>Description</i>	<i>§ impacté</i>
Remplacement du terme « système SESAM » par « système SESAM-Vitale »	2.1.1
Le TP ne concerne que l'AME complémentaire et pas l'AME de base. La phrase sur le TP est déplacée dans le paragraphe dédié à l'AME complémentaire.	3.2.2.6.4
Précision pour les critères de regroupement en lot des DRE : le numéro d'AMC ou le numéro d'opérateur de règlement constitue un critère de regroupement en lot.	3.2.10.1.1
Gestion séparée : suppression de « quand il est renseigné » de la 1 ^{ère} phrase de ce paragraphe.	4.2.1.5.2
Ajout de la CAVIMAC parmi la liste des caisses composant l'UNRS	6
<ul style="list-style-type: none"> • Ajout du terme « Taux UNCAM » • Ajouter du terme « MTM » • Ajouter du terme « CANSSM » 	6
Ajout de la référence de l'arrêté concernant les 4 nouvelles spécialités de médecin (addendum 3)	7.1

8.2 Annexe 1-A : « Flux Aller de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé » du CDC SESAM-Vitale

Description	§ impacté
La valeur du « code zone IK » est égale à « 09 » en carte pour les Professionnels de Santé salariés d'un centre de santé.	§ 2.1.1
Reformulation de l'acquisition de la date de consultation des droits	§ 2.1.3.2
Groupe 107 : indiqué que seules les 10 premières positions sont utilisées pour la donnée « services associés au contrat ».	§ 2.1.3.2
La colonne « Mode de gestion à partir de la carte Vitale » est complétée par « Pas de déduction possible » pour les cases non renseignées.	§ 2.1.3.4
<ul style="list-style-type: none"> Ajout de la remarque suivante : « Remarque : L'éditeur peut fournir aussi les groupes 37xx en entrée de la fonction « Formater facture ». La fourniture de ces groupes n'aura pas d'impact sur le traitement de la fonction. » 	§ 2.5
<ul style="list-style-type: none"> Les principes énoncés ne s'appliquent pas seulement au regard du tiers payant AMO : suppression dans le titre de la mention « au regard du tiers payant AMO ». Selon la situation particulière, l'attestation présentée est une attestation justifiant des droits à la CMU-C ou une attestation justifiant des droits de sortant de la CMU-C : extension au sortant de CMU-C. 	§ 3.2.2.3
<ul style="list-style-type: none"> Ajout dans la table des données forçables en NGAP la possibilité de forcer l'âge du bénéficiaire (nouvelle donnée de la table 3 de l'annexe2) 	§ 3.3.1
<ul style="list-style-type: none"> La donnée « Existence d'une déclaration de Médecin Traitant » est renommée « Code existence d'une déclaration de Médecin Traitant » 	Groupe 104

8.3 Annexe 1-A0 : « Zone d'échange facture »

Description	§ impacté
<ul style="list-style-type: none"> La condition d'exercice est remontée de la carte PS dans le champ « mode d'exercice » → Précision pour le champ la condition d'exercice comme suit : Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV (donnée « mode d'exercice ») Précise si le Professionnel de Santé agit en tant que <ul style="list-style-type: none"> soit libéral « L » (mode d'exercice 00 ou 04) soit ou que salarié « S » (mode d'exercice 01) 	§2.4 « groupe 1120 »
<ul style="list-style-type: none"> Ajouter une consigne consécutive à l'introduction du BDD, à savoir : en cas de soins consécutifs à un bilan Bucco-dentaire, cette date doit être obligatoirement renseignée avec la date du BDD. Et pour la règle d'antériorité par rapport à la date de prestation la plus ancienne ajouter un renvoi à la règle R31. 	1212
<ul style="list-style-type: none"> Pour des raisons de compréhension, le paragraphe « Rappel » au niveau de la puce <i>Information en carte et présentation d'une attestation émise par le même organisme</i> du chapitre Valorisation de la nature de pièce justificative de droits Complémentaire a été supprimé et mis en continu avec le paragraphe « Remarque ». La « Situation accord préalable AMO » est obligatoire (« D » ou blanc). Le « N° organisme complémentaire EDI » est issu uniquement de la carte. « L'identifiant de l'assuré AMC » n'est jamais présent en carte. Il ne peut donc pas en être issu. 	§ 2.4 « groupe 1321 »
<ul style="list-style-type: none"> Afin de renforcer l'information qu'En gestion séparée c'est le n° AMC qui sera mis dans ce groupe et pas le MUTNUM, en gestion unique, le paragraphe a été modifié pour indiquer comment renseigner le n°AMC à partir des différents supports. Et précision que seules les 10 premières positions du champ service associé au contrat sont à récupérer pour le n°AMC. Ajout des informations contenue dans la fiche d'information référencée PDT-CDC-0045 : description du champ « contexte conventionnel AMC » et de deux exemples de remplissage. 	§ 2.4 « groupe 1330 »
<ul style="list-style-type: none"> Cadre de remboursement : valeur 5 : Cette valeur ne concerne plus le régime des mines mais uniquement la CPRPSNCF. → Modification comme suit : «valeur 5 : pour « le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant intégral pour le compte des du régimes SNCF, ou Mines ». 	§ 2.4 « groupe 1410 »
<ul style="list-style-type: none"> Ajout de la précision au niveau du 1730 : ce groupe est obligatoire que la prestation LPP soit ou non codée. <i>Impact également dans l'annexe1-D :</i> <i>cf. §8.6 Annexe 1-D : « Récapitulatif des groupes de données »</i> 	Groupe 1730
<ul style="list-style-type: none"> Suppression de la liste des groupes 37xx en 2.5.1... 	§ 2.5

<ul style="list-style-type: none">• Les kinés ont la possibilité de salarier un autre professionnel de santé. Donc il est nécessaire d'ajouter au niveau du CDC SESAM-Vitale la possibilité de gestion des salariés dans une facture d'auxiliaire médical → ouverture du groupe 1870 à la famille « Auxiliaires Médicaux » <i>Impact également dans l'annexe1-D :</i> <i>cf. §8.6 Annexe 1-D : « Récapitulatif des groupes de données »</i>	§2.5.1 « groupe 1870 »
---	------------------------------

8.4 Annexe 1-A2 : « Phase Part Complémentaire »

Description	§ impacté
<p>Ajout des précisions suivantes :</p> <p>"Le progiciel doit restituer au Professionnel de Santé les résultats des fonctions activées, en fonction du top affichage transmis avec les données. "</p> <p>"Le progiciel doit permettre de forcer les données restituées en fonction du top Modification transmis avec les données"</p>	§4
<p>Ajout de la mention « affiché par le progiciel au PS » pour la donnée « n° de formule AMC »</p>	§ 5 « groupe 3760 »
<p>Ajout de la mention suivante pour l'appel à la fonction « Assistance à la tarification »</p> <p>« Le progiciel doit permettre l'accès à la fonction « Assistance », mais son utilisation par le Professionnel de Santé n'est pas obligatoire. »</p>	§6
<p>Ajout de la précision suivante : Une complémentaire est choisie par le Professionnel de Santé (et la recherche de la convention applicable a été effectuée),</p>	§7
<p>Ajout d'un § « Forçage des montants remboursables par l'AMC » indiquant que le Professionnel de Santé peut saisir un montant AMC avant appel aux STS.</p>	§8.1
<ul style="list-style-type: none"> Ajout d'un 8.2.1 introductif « Synthèse des informations fournies par les STS au progiciel en retour de la fonction « Assistance à la Tarification » et de la fonction « Tarification », et ajout d'un sous-titre 8.2.2 « Détail des informations retournées par les STS » 	Générale § 8.2
<ul style="list-style-type: none"> Puce « diagnostic », sous-puce « avertissement » : modification et ajout de texte. Puce « diagnostic », sous-puce « erreur (diagnostic de niveau 3) » : modification du texte. 	§ 8.2
<p>Ajout de précisions dans le § « forçage » selon le top modification.</p>	§8.2

8.5 Annexe 1-B : « Principe de Traitement des retours et Gestion des ARL »

<i>Description</i>	<i>§ impacté</i>
Modification du n° d'annexe car la structure des messages RSP est décrite en annexe 4 et pas en annexe 3.	§ 2

8.6 Annexe 1-D : « Récapitulatif des groupes de données »

<i>Description</i>	<i>§ impacté</i>
Le groupe 1730 devient obligatoire.	2
Le groupe 1870 est ouvert à la famille « Auxiliaires Médicaux »	2

8.7 Annexe 1bis : « Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif » du CDC SESAM-Vitale

<i>Description</i>	<i>§ impacté</i>
Remplacement du terme « catégorie » par le terme « famille » et du terme « médecin » en « prescripteur »	2.1.12
Correction : suppression du groupe 1720 qui ne peut apparaître dans la zone d'échange FSE réalisée sur le TLA	3.5.1
Suppression de la description détaillée des groupes de données car cette description est déjà présentée dans le dictionnaire des données	3.5.1
Correction du renvoi	3.8

8.8 Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »

Tableaux de synthèse

<i>Description</i>	<i>Partie impactée</i>
Evolution du libellé de la spécialité 27 comme suit : « Pédicure Podologue »	Tableaux de synthèse
La règle B6bis ne s'applique plus aux Laboratoires d'analyses médicales car les majorations Nuit, Dimanche et Jour férié ne sont plus indiquées dans le complément prestation du 1610 mais dans le codage affiné (cf. A1-A0 groupe 161x). → Suppression des spécialités 30,39, 40 pour la B6bis et modification du titre de la règle	Tableaux de synthèse B6bis
Mise en cohérence de la règle B12, non prévue pour les sages-femmes (spé21), avec les règles B10 et B11 qui le sont. → Ajout de la spécialité 21 pour la règle B12	Tableaux de synthèse
Oubli des règles P1bis et F2 dans les tableaux de synthèse → Ajout des règles P0bis et F2 aux tableaux de synthèse. <ul style="list-style-type: none"> • La règle P1bis concerne uniquement les médecins car elle est utilisée dans le cadre du parcours de soins. (Médecins = spé 1-18;31-35;37-38;41-49;70-80) • la règle F2 concerne toutes les spécialités pouvant facturer ce code prestation, à savoir 19, 21 et 36 (cf. table 2) 	Tableaux de synthèse

1^{ère} Partie Réglementation

Description	Règle impactée
<p>Précision dans la partie « observation exemple » sur les salariés agricoles :</p> <p>« 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. »</p>	R4
<p>Suppression de la mention explicite des codes prestation et utilisation du terme générique « forfaits dentaires ».</p>	R11bis
<p>La précision : « Dans le cadre du parcours de soins... » (dernier § de la règle) concerne toutes les associations d'actes (support/secondaire). Or sa localisation dans la R17bis laisse penser qu'elle ne concerne que ceux associés par la table 12.</p> <p>→ Externalisation de cette remarque sous forme d'une règle à part entière : création de la règle R17ter</p>	R17ter R17bis Tableaux de synthèse
<p>Précision : remplacement de « égal à 20 » par « supérieur ou égal à 20 »</p>	R23
<p>Précision pour la partie « Dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire » comme suit :</p> <p>« Si le patient bénéficie du dispositif d'aide à l'acquisition d'une Complémentaire ; la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé médecin sur la part AMO hormis si le bénéficiaire est hors parcours de soins (le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais), dans la limite du tarif de responsabilité⁽¹⁾. »</p>	R29
<p>Cette règle ne fait état que des pharmaciens autorisés à faire de SESAM-sans Vitale et ne parle pas des labos, médecins directeurs de labos et anapaths, autorisés également à faire du SESAM sans Vitale.</p> <p>→ Evolution de la règle comme suit :</p> <p>Le mode de sécurisation SESAM sans Vitale est ouvert :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aux laboratoires d'analyse de biologie médicale, • aux médecins spécialisés en anatomo-cyto-pathologie, • aux directeurs de laboratoire médecins (hors Centre de Santé), • ainsi qu'aux pharmaciens dans la limite des cas cités ci-dessous : 	R33

2^{ème} Partie Tarification

Taux de remboursement

Description	Règle impactée
<p>Correction de la règle T3.1 comme suit :</p> <p>« Le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable à la date d'exécution même en cas d'actes en série (exemple : date du dernier acte) »</p> <p>Le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à la date d'exécution de l'acte s'il s'agit d'un acte isolé, • à la date d'exécution du dernier acte de la série s'il s'agit d'un traitement en série. 	T3.1
<p>Pour la CRPCEN, les actes TO et ORT sont valorisés par nature avec un taux à 100% (cf. table 4) et doivent être transmis avec un code justificatif d'exonération à 0 et on pas à 3.</p> <p>→ Précision apportée dans la règle T4 comme suit :</p> <p>« Pour les soins d'orthopédie dento faciale (le code prestation est " ORT " ou " TO ") dont le coefficient est supérieur à 20, le taux de remboursement est égal à 100 %.</p> <p>Le libellé du code justificatif d'exonération ou de modulation du ticket modérateur sera " soins particuliers exonérés " hormis pour le régime CRPCEN pour lequel les soins d'orthopédie dento faciale sont déjà exonérés par nature. »</p>	T4
<p>Correction sur la règle T13 : suppression de la puce du milieu, car il convient de choisir uniquement entre le taux issu de T8 ou Tc8 et le taux issu de C-ExoFacture.</p>	T13
<p>Correction sur la règle Tc8 : remplacement de C-exoFacture par C-ExoActe dans la colonne « données utilisées ».</p>	TC8
<p>Correction du nom de la table utilisée : il s'agit de la « table 9 » et non pas de la « table T9 »</p>	TC9

Calcul du montant remboursable par l'AMO

Description	Règle impactée
<p>Correction d'une coquille :</p> <p>dans la colonne « Données utilisées », la donnée « position par rapport au parcours » proviennent de la règle R37quater et non pas de la règle R37 bis.</p>	P0

ANNEXE :
TABLES

Description	Table impactée
Suite à l'avenant 14 à la convention médicale des médecins, le code prestation MDE n'est plus utilisé. → Ajout de la date de fin 10/02/07 pour le code prestation MDE	Table 1
Correction du libellé du code prestation MD comme suit : « Majoration de déplacement critères médicaux »	Table 1
Les codes prestation VRD, VRN et VRM sont non compatibles avec la spécialité 78 car la Visite est non compatible avec cette spécialité. → Suppression des ces 3 codes prestation pour la spécialité 78	Table 2
Ajout du code prestation PH2 pour généralistes (cas des pharmaciens)	Table 2
Le code prestation KFD est compatible avec les spécialités 70 et 77. Il est donc logique qu'il le soit également avec la spécialité 79 (oubli de l'addendum 3). → Ajout du code prestation KFD pour la spécialité 79	Table 2
Ajout du code prestation PA pour la spécialité 27	Table 2
Correction d'une coquille : → Suppression des codes prestation CRM et VRM en double et remplacement par CRN et VRN qui n'apparaissent pas.	Table 3
Correction du coefficient max pour le code prestation AMO (30 au lieu de 16)	Table 4
Amélioration de la présentation de la table 4 : → Suppression des renvois (N* remplacés par N) en colonne « Nécessité d'un coefficient » et renvoi général mentionné en entête de colonne. → Revue des mentions N** dans les colonnes "compatibilités avec ID" par rapport aux FR (ID, IF...) → Modification de l'entête de l'avant dernière colonne comme suit : " Tous régimes sauf SNCF, CRPCEN, BDE "	Table 4
Evolution souhaitée : pouvoir gérer de façon indépendante la compatibilité des codes prestation avec chacun des compléments de prestation Nuit, Urgence et Férié. → Scission en 3 colonnes distinctes de la colonne « compatibilité avec N/U/F »	Table 4

Correction d'une coquille : → remplacement de VCM par VRM	Table 5
Correction d'une coquille : le code prestation OPT relève de la nomenclature LPP et est à ce titre non concerné par le parcours de soins et donc par les dépassements qui y sont spécifiques. → Suppression compatibilité OPT avec DA et DM	Table 7
Code situation 0401 dans les tables 8.2, 8.3 et 8.4 pour précision du justificatif d'exonération à transmettre (3 cas pour ce code situation) → Scission de la cellule en 3 parties	Tables 8.2, 8.3, 8.4
Code situation 0401 : précision : il s'agit de la spécialité du PS prescripteur	Tables 8.2, 8.3, 8.4
Code situation 9004 : suppression par erreur dans l'addendum 2bis de la mention « autres 80% » → ajout de « Autres = 80% »	Table 8.3
Code situation 0700 : correction d'une coquille sur le libellé comme suit : « Soins non conformes au protocole ALD : 100% »	Table 8.3
Code situation 0401 : la question "Prescription établie par un médecin SNCF" qui figure dans les tables 8.2 et 8.3, n'apparaît pas dans la table 8.4. → Ajout de ce point.	Tables 8.4
La majoration MCS est compatible avec les actes VA, VS et VNP (cf. FR24v3). Cela a été oublié dans la table 12 du CDC addendum 2bis → Ajout dans la table 12	Table 12
La majoration MNP est compatible avec l'acte VS (cf. FR 40v3) → Ajout dans la table 12	Table 12
Ajout des forfaits dentaires CMU, à savoir les codes prestation FDA, FDC, FDO, FDR qui ne peuvent être facturés seuls (actes secondaires).	Table 12
Les lignes en italiques de la table 15.3 sont des commentaires et ne constituent pas des éléments à implémenter : aucun contrôle n'est à prévoir dans cette table par rapport à la spécialité du Professionnel de Santé. → Modification du 5 ^{ème} commentaire comme suit : « <i>Actes de dentisterie effectués par un stomatologue</i> »	Table 15.3
Correction d'une coquille : → déplacement au dessous de la table 18 du renvoi positionné par erreur sous la table 19	Tables 18, 19
Ajout du code MHU oublié dans ces tables	Tables 50.2, 50.4
Ajout d'une ligne pointillée de séparation	Table 50.4

8.9 **Annexe 3: « Formats et procédures d'échange des fichiers de conventions et de regroupements normés et format du fichier de correspondance normé »**

<i>Description</i>	<i>§ impacté</i>
Différenciation du fichier de convention et de regroupement	§ 2.3.1 puce n°4
Ajout : « Les fichiers normés ont un séparateur de ligne en CR + LF »	§ 3.1
Suppression du paragraphe consécutif au tableau car ce paragraphe fait doublon avec les clés composites.	§ 4.4.2

8.10 **Annexe 4 : « Télécommunications (sur Réseau IP) et chiffrement de transport »**

<i>Description</i>	<i>§ impacté</i>
Les règles de compression s'appliquant aux messages échangés entre le poste de travail d'un Professionnel de Santé et les régimes d'Assurance Maladie Obligatoire sont élargies aux messages échangés entre le poste de travail d'un Professionnel de Santé et les régimes d'Assurance Maladie Complémentaire.	§ 5
Mise à jour de libellés de code rejet « 1010 ; 1066 » et création du rejet « 2124 »	§ 11.1.2 § 11.2.2