

***Cahier des Charges***  
***SESAM-Vitale***  
***Ordonnance du 24/04/1996***

***Spécifications***  
***Externes***  
***des Modules***  
***SESAM-Vitale***

***Version 1.40***  
***Avril 2003***

***Intégrant l'addendum N°6 de juillet 2010***

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

Page 2 / 160	G.I.E. SESAM-VITALE	Réf. PDT-CDC-001
--------------	---------------------	------------------

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

## Avertissement au lecteur

### Support du Cahier des Charges SESAM-Vitale

Le G.I.E. SESAM-VITALE assure le support technique du présent document. Les lecteurs sont invités à adresser leurs commentaires ou leurs questions à :

Courrier : G.I.E. SESAM-VITALE  
(Cahier des charges)  
5, Boulevard Alexandre Oyon  
72019 Le Mans Cedex 2

Téléphone : 02 43 57 44 33

Télécopie : 02 43 57 45 42

E-mail : [support-cdc@sesam-vitale.fr](mailto:support-cdc@sesam-vitale.fr)

### Légende des couleurs et style du texte dans le document

<del>★</del> surligné jaune	Texte ajouté
<del>★</del> barré et non surligné	Texte supprimé
<del>★</del> non surligné non barré	Texte initial (version 3.30 intégrant l'addendum n°2bis de mai 2006+ complément à l'addendum de juillet 2006)
★ surligné vert	Question en interne
★ surligné rose	Texte ajouté et à valider par service juridique
★ surligné bleu	Question au membre

★ non surligné non barré	Texte initial (version 3.30 intégrant l'addendum n°4 avec erratum de mars 2009)
★ Texte surligné en vert	Texte ajouté pour l'évolution <b>Soins Médicaux Gratuits</b>
★ Texte surligné en bleu	Texte ajouté pour l'évolution <b>Intégration des fournisseurs</b>
★ Texte surligné en jaune	Texte ajouté pour les autres évolutions
★ Texte surligné en gris	Texte ajouté pour la partie correctrice
<del>★ Texte barré suivant la couleur</del>	Texte supprimé du CDC SESAM Vitale

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

## Préambule

Ce cahier des Charges s'inscrit dans la continuité du développement du programme SESAM-Vitale, en particulier défini par l'accord-cadre entre les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire relatif à SESAM-Vitale 2.

**La conception du cahier des charges permet de respecter le cadre technique actuel de la généralisation du système SESAM-Vitale tout en préservant les évolutions annoncées par l'ordonnance du 24 avril 1996 et par les décrets de 1998 et de 2003.**

L'architecture retenue dans le présent cahier des charges a été arrêtée à la suite d'études approfondies résultant d'une large concertation tant auprès de sociétés expertes qu'auprès d'éditeurs de logiciels médicaux. Elle permet de maintenir les solutions actuelles développées sur les cahiers des charges précédents.

Ce cahier des charges constitue donc une réponse adaptée aux besoins du Professionnel de Santé qui conserve la responsabilité de ses choix au niveau de son poste de travail (matériels, logiciels et modules associés).

Les travaux ont été conduits sur les aspects techniques de la mise en œuvre de SESAM-Vitale sans préjuger des dispositions de nature plus conventionnelles propres à chaque profession de santé.

Les organismes d'Assurance Maladie ne souhaitent pas intervenir dans les relations entre les Professionnels de Santé et les sociétés éditrices.

Néanmoins pour respecter les contraintes des organismes d'Assurance Maladie, l'agrément des logiciels est indispensable. Cette procédure garantit qu'un produit utilisé par des Professionnels de Santé a bien la capacité de fournir des factures électroniques ou tout autre document justificatif en conformité avec le présent Cahier des Charges. L'agrément porte sur cette seule fonctionnalité, à l'exclusion de toute autre.

L'agrément ne préjuge en aucun cas de la capacité de la société éditrice à apporter aux Professionnels de Santé des produits et une qualité de services répondant aux exigences d'une informatique professionnelle.

Les organismes d'Assurance Maladie, le CNPS. Et ses organisations membres veilleront à assurer une information précise et objective des Professionnels de Santé sur l'ensemble de ces éléments.

La volonté des organismes d'Assurance Maladie, du CNPS et de ses organisations membres est de poursuivre la démarche partenariale initiée pour l'élaboration de ce cahier des charges en s'attachant, plus particulièrement à accompagner la mise en place de ce dernier et à en suivre régulièrement toutes les évolutions. Pour ce faire, la rédaction du présent Cahier des Charges prend en compte les explications nécessaires à une bonne compréhension du système SESAM-Vitale par l'ensemble des acteurs.

# Sommaire

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>10</b>
1.1	OBJET DU DOCUMENT .....	10
1.2	CONTENU DU DOCUMENT .....	11
1.2.1	<i>Généralités</i> .....	11
1.2.2	<i>Corps du document</i> .....	12
1.2.3	<i>Annexes</i> .....	13
1.3	EVOLUTIONS DU DOCUMENT .....	14
<b>2</b>	<b>PRESENTATION DE SESAM-VITALE .....</b>	<b>15</b>
2.1	ACTEURS .....	15
2.1.1	<i>Les acteurs du projet SESAM-Vitale</i> .....	15
2.1.2	<i>Les acteurs du système SESAM-Vitale</i> .....	17
2.1.2.1	Les assurés sociaux .....	17
2.1.2.2	Les Professionnels de Santé .....	17
2.1.2.3	Les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire .....	18
2.1.2.4	Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire .....	18
2.2	ARCHITECTURE GENERALE DE SESAM-VITALE .....	19
2.2.1	<i>Les supports de SESAM-Vitale</i> .....	20
2.2.1.1	La carte Vitale .....	20
2.2.1.2	La Carte de Professionnel de Santé .....	23
2.2.1.3	Le support <b>de droit</b> AMC .....	24
2.2.2	<i>Le poste de travail du Professionnel de Santé</i> .....	25
2.2.3	<i>Les réseaux d'échange</i> .....	26
2.2.4	<i>Les flux</i> .....	27
2.2.4.1	Les flux SESAM-Vitale entre le poste de travail des Professionnels de Santé et les systèmes d'accueil des factures des organismes d'Assurance Maladie .....	27
2.2.4.2	Les flux d'administration du système SESAM-Vitale .....	28
2.3	LES APPORTS DE LA VERSION 1.40 DE SESAM-VITALE .....	29
2.3.1	<i>Les apports fonctionnels</i> .....	29
2.3.2	<i>Le dispositif Médecin Traitant et la gestion du parcours coordonné de soins</i> .....	30
2.3.3	<b>Les « Fournisseurs » dans SESAM-Vitale</b> .....	34
2.3.3.1	Contexte réglementaire .....	34
2.3.3.2	L'identification du fournisseur .....	34
2.3.3.3	Les professionnels concernés .....	34
2.3.3.4	Les activités du Professionnel Fournisseurs et son code spécialité .....	34
2.3.3.4.1	Liste des activités concernées .....	34
2.3.3.4.2	Des dispositifs LPP exclus du périmètre SESAM-Vitale .....	34
2.3.3.5	Les cartes CPx des Professionnels Fournisseurs .....	35
2.3.4	<i>Les Soins Médicaux Gratuits</i> .....	35
2.3.4.1	Contexte réglementaire .....	35
2.3.4.2	Population concernée .....	35
2.3.4.3	Professionnel de Santé concernés .....	36
2.3.4.4	Remboursement des soins .....	36
2.3.4.5	La procédure de Demande de Prise en charge SMG .....	36
2.3.4.6	La procédure d'Entente Préalable .....	37
2.3.5	<i>Les apports techniques</i> .....	37
2.4	LES EVOLUTIONS DU SYSTEME .....	38
<b>3</b>	<b>DESCRIPTION FONCTIONNELLE DE SESAM-VITALE .....</b>	<b>39</b>
3.1	LECTURE DE LA CARTE VITALE .....	40
3.2	FACTURATION D'UNE PRESTATION SUR LE POSTE DE TRAVAIL DU PROFESSIONNEL DE SANTE .....	40
3.2.1	<i>Acquisition des informations liées au Professionnel de Santé</i> .....	40
3.2.1.1	Médecin référent .....	41
3.2.1.2	Médecin pro pharmacien .....	41
3.2.1.3	Professionnel de Santé Remplaçant .....	41
3.2.1.4	Centre de Santé .....	42
3.2.1.5	Médecin traitant .....	42
3.2.1.6	Option de coordination .....	42
3.2.1.7	Professionnel de Santé Prescripteur .....	42
3.2.1.8	<b>Fournisseurs</b> .....	42

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

3.2.2	<i>Acquisition des informations liées au bénéficiaire des soins</i> .....	43
3.2.2.1	Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part obligatoire .....	43
3.2.2.2	Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part complémentaire .....	45
3.2.2.3	Parcours coordonné de soins .....	46
3.2.2.4	Règles d'application de la garantie de paiement .....	47
3.2.2.5	Elaboration d'une FSE dans le cadre de la délivrance du contraceptif d'urgence .....	47
3.2.2.6	Situations Particulières .....	48
3.2.2.6.1	Bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle .....	48
3.2.2.6.2	Sortants de CMU Complémentaire.....	49
3.2.2.6.3	Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire .....	49
3.2.2.6.4	Aide médicale d'Etat .....	50
3.2.2.6.5	Migrants de passage.....	50
3.2.3	<i>Conditions de génération des flux de FSE et DRE</i> .....	51
3.2.3.1	Les documents donnant lieu à dématérialisation .....	51
3.2.3.2	Principes d'élaboration des flux .....	51
3.2.3.3	Conditions d'élaboration des parts obligatoire et complémentaire.....	52
3.2.3.3.1	Conditions d'élaboration de la part obligatoire.....	52
3.2.3.3.2	Conditions d'élaboration de la part complémentaire .....	52
3.2.3.4	Les différents types des flux (FSE et DRE).....	52
3.2.3.5	Constitution des flux (FSE et DRE) .....	53
3.2.3.5.1	Constitution des FSE .....	53
3.2.3.5.1.1	Conditions de la création de la FSE.....	53
3.2.3.5.1.2	Principes de la création de la FSE.....	53
3.2.3.5.2	Constitution des DRE .....	54
3.2.3.5.2.1	Conditions de création de la DRE.....	54
3.2.3.5.2.2	Principes de la création de la DRE .....	54
3.2.3.5.3	Constitution de DRE rectificative et d'annulation .....	54
3.2.4	<i>Acquisition des informations liées à la prestation</i> .....	56
3.2.4.1	Informations pour la part complémentaire-AMC.....	56
3.2.4.1.1	« Réponse de prise en charge » sur la part complémentaire .....	56
3.2.4.2	Affection exonérante.....	56
3.2.4.3	Accidents de droit commun.....	56
3.2.4.4	Format des codes CIP.....	56
3.2.4.5	Facturation des médicaments déconditionnés.....	57
3.2.4.6	Soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné .....	57
3.2.4.7	Origine de la prescription .....	57
3.2.4.8	Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) .....	57
3.2.4.9	Prévention commune AMO/AMC.....	57
3.2.4.10	Cohabitation des actes sur une même facture.....	58
3.2.4.11	Actes en série .....	58
3.2.4.12	Soins Médicaux Gratuits .....	58
3.2.5	<i>Tarification de la part obligatoire</i> .....	59
3.2.6	<i>Tarification de la part complémentaire</i> .....	59
3.2.6.1	La « Réponse de prise en charge » de la part complémentaire .....	59
3.2.6.1.1	Vérification préalable des droits complémentaire .....	59
3.2.6.1.2	Contrôle de validité de la « réponse de prise en charge » .....	59
3.2.6.1.3	Cohérence entre les n° d'organisme complémentaire de la « réponse de prise en charge » et celui du support de droit .....	59
3.2.6.1.4	Déterminer le tiers payant ou HTP sur la part complémentaire .....	60
3.2.6.1.5	Valorisation de la part complémentaire .....	60
3.2.6.1.5.1	Valorisation de la part complémentaire en cas de CMU .....	60
3.2.6.2	Activation de la tarification complémentaire.....	60
3.2.6.3	Tarification de la part complémentaire pour les Soins Médicaux Gratuits .....	61
3.2.7	<i>Constitution des flux pour envoi aux organismes d'Assurance Maladie</i> .....	62
3.2.7.1	Identifiant des FSE et des DRE .....	62
3.2.7.2	Tableau récapitulatif des montants à renseigner .....	62
3.2.7.3	Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture.....	62
3.2.7.4	Copie des factures .....	62
3.2.8	<i>Finalisation de la facturation</i> .....	63
3.2.8.1	Quittance remise à l'assuré.....	63
3.2.8.2	Bon d'examen.....	64
3.2.8.3	Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier.....	65
3.2.8.4	Bordereau accompagnant les ordonnances .....	66
3.2.8.4.1	Mise en œuvre pour les Pharmaciens.....	66
3.2.8.4.1.1	Constitution des paquets d'ordonnances relatifs aux FSE .....	66
3.2.8.4.1.2	Constitution des paquets d'ordonnances relatifs au mode « SESAM-Vitale dégradé ».....	67

3.2.8.4.1.3	Présentation des bordereaux d'accompagnement pour le Pharmacien	67
3.2.8.4.2	Mise en œuvre pour les Auxiliaires Médicaux et les Fournisseurs	68
3.2.8.4.2.1	Présentation des bordereaux d'accompagnement	68
3.2.8.4.2.1.1	Masseurs kinésithérapeutes	68
3.2.8.4.2.1.2	Auxiliaires Médicaux - Fournisseurs	69
3.2.9	Sécurisation des flux SESAM-Vitale	70
3.2.9.1	Les différents modes de sécurisation des factures	70
3.2.9.2	Chiffrement des données sensibles de la facture	70
3.2.9.3	Signature des flux SESAM-Vitale	71
3.2.9.3.1	Signature des factures	71
3.2.9.3.1.1	Signature des FSE	71
3.2.9.3.1.2	Signature des DRE	72
3.2.9.3.2	Signatures des lots	72
3.2.9.3.2.1	Signature des lots de FSE et de DRE	72
3.2.9.4	Chiffrement de transport	73
3.2.10	Transmission des flux SESAM-Vitale aux organismes d'Assurance Maladie	74
3.2.10.1	Création des lots de factures électroniques	74
3.2.10.1.1	Mise en forme des lots de factures	74
3.2.10.1.2	Sauvegarde des lots de factures	75
3.2.10.2	La création des fichiers	75
3.2.10.3	La transmission des fichiers de factures électroniques	76
3.3	RECEPTION DES RETOURS SUR LE POSTE DU PROFESSIONNEL DE SANTE	77
3.3.1	Les accusés de réception logique (ARL)	77
3.3.1.1	Un ARL positif	77
3.3.1.2	Un ARL négatif	77
3.3.2	Les flux de rejet / signalement / paiement (RSP)	78
3.3.3	Messages de service	81
3.3.3.1	Message de service de l'Assurance Maladie	81
3.3.3.2	Message de service de l'opérateur de messagerie	81
3.4	CAS PARTICULIERS DE FONCTIONNEMENT	82
3.4.1	Cas de fonctionnement dégradé	82
3.4.1.1	Accident du travail	82
3.4.1.2	Dysfonctionnements	82
3.4.2	Feuille de soins papier pour la FSE dégradée	83
3.4.3	Contenu d'un duplicata papier pour la FSE	83
3.4.4	Mode test	83
3.4.5	Mode démonstration	83
3.5	RECAPITULATIF DES EMISSIONS / RECEPTIONS DU PROFESSIONNEL DE SANTE PAR MODES DE SECURISATION	84
3.6	L'ADMINISTRATION DU SYSTEME SESAM-VITALE	85
3.6.1	Suivi du Parc	85
3.6.2	Mise à jour du poste de travail du Professionnel de Santé	85
3.6.2.1	Objectifs	85
3.6.2.2	Les composants susceptibles de faire l'objet d'une mise à jour	85
3.6.2.3	Exigences	86
3.6.2.4	Circuit de mise à jour	86
3.6.3	Mise à jour des tables de conventions du Professionnel de Santé	86
<b>4</b>	<b>LE POSTE DE TRAVAIL DU PROFESSIONNEL DE SANTE</b>	<b>87</b>
4.1	PRESENTATION DU POSTE DE TRAVAIL	87
4.1.1	Architecture matérielle	87
4.1.2	Architecture logicielle	88
4.1.2.1	Les systèmes d'exploitation	89
4.1.2.2	Les progiciels du Professionnel de Santé	89
4.1.2.3	Les modules SESAM-Vitale	91
4.2	PARTICIPATION DU POSTE DE TRAVAIL AUX FONCTIONS SESAM-VITALE	92
4.2.1	Elaboration d'une FSE et/ou d'une DRE	92
4.2.1.1	Schéma d'élaboration de la FSE et/ou d'une DRE (fonctionnement nominal)	92
4.2.1.2	Acquisition des données relatives au Professionnel de Santé	94
4.2.1.2.1	Données issues de la carte CPS	94
4.2.1.2.2	Données paramétrées sur le poste de travail du Professionnel de Santé	94
4.2.1.3	Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins	94
4.2.1.3.1	Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins pour la complémentaire	96
4.2.1.3.1.1	Gestion séparée, gestion unique	96
4.2.1.3.1.2	Acquisition des informations	96

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

4.2.1.3.1.3	Détermination de la date de référence pour la prise en compte de la part complémentaire .....	97
4.2.1.3.1.4	Contrôle de l'ouverture des droits complémentaire avec possibilité de forçage .....	98
4.2.1.3.1.5	Acquisition de la référence de la réponse de prise en charge .....	98
4.2.1.3.2	Situations particulières du bénéficiaire des soins .....	99
4.2.1.3.2.1	CMU Complémentaire .....	99
4.2.1.3.2.2	Sortants de CMU Complémentaire .....	100
4.2.1.3.2.3	Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire .....	100
4.2.1.3.2.4	Aide Médicale d'Etat .....	100
4.2.1.3.2.5	Migrants de passage .....	100
4.2.1.4	Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire .....	101
4.2.1.5	Détermination du contexte conventionnel au regard de la complémentaire .....	103
4.2.1.5.1	Introduction .....	103
4.2.1.5.2	Détermination du service ouvert pour l'assuré par la complémentaire .....	105
4.2.1.5.3	Recherche de la convention applicable .....	106
4.2.1.5.3.1	Présentation des tables .....	106
4.2.1.5.3.2	Recherche dans la table de correspondance .....	109
4.2.1.5.3.3	Recherche dans la table des regroupements .....	110
4.2.1.5.3.4	Recherche dans la table des conventions .....	111
4.2.1.5.3.5	Choix d'une convention par le Professionnel de Santé .....	113
4.2.1.5.3.6	Conditions de mise à jour des tables .....	115
4.2.1.5.3.7	Schémas de la recherche de la convention applicable .....	116
4.2.1.6	Acquisition des informations relatives à la prestation .....	119
4.2.1.7	Détermination du contexte du Parcours coordonné de soins .....	121
4.2.1.8	Tarifification de la part obligatoire .....	122
4.2.1.9	Tarifification de la part complémentaire .....	123
4.2.1.9.1	Acquérir les montants de la « réponse de la prise en charge » .....	123
4.2.1.9.1.1	Acquérir les montants de chaque prestation de la « réponse de prise en charge » .....	123
4.2.1.9.1.2	Acquérir le montant total de la prise en charge et le ventiler .....	123
4.2.1.9.2	Tarifification de la part complémentaire par le module de tarification complémentaire .....	124
4.2.1.10	Forçage .....	126
4.2.1.11	Inscription des références du parcours coordonné de soins sur l'ordonnance .....	126
4.2.1.12	Préparation à la transmission des informations relatives à la complémentaire .....	127
4.2.1.12.1	Détermination des types de flux à transmettre .....	127
4.2.1.12.2	Détermination du destinataire des flux .....	128
4.2.1.12.2.1	Pour la FSE .....	128
4.2.1.12.2.2	Pour la DRE .....	128
4.2.1.13	Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale .....	130
4.2.1.14	DRE rectificative et d'annulation .....	130
4.2.1.14.1	DRE rectificative .....	130
4.2.1.14.2	DRE d'annulation .....	130
4.2.1.15	Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale avec désynchronisation .....	131
4.2.1.16	Transmission des flux aux organismes d'Assurance Maladie .....	132
4.2.1.16.1	Constitution et sécurisation des lots de Factures .....	132
4.2.1.16.2	Constitution des fichiers .....	134
4.2.2	Réception des retours sur le poste Professionnel de Santé .....	135
4.2.2.1	Traitement des Accusés de Réception Logiques .....	135
4.2.2.2	Traitement des flux de rejet / signalement / paiement .....	135
4.2.3	Fonctionnements dégradés .....	136
4.2.3.1	Mise en forme des factures électroniques en mode SESAM-Vitale dégradé .....	136
4.2.3.2	Mise en forme des lots de factures électroniques en mode SESAM-Vitale dégradé .....	136
4.2.4	Transmission des fichiers et réception des fichiers retour .....	138
4.2.5	Session du remplaçant .....	139
4.2.5.1	Préparation du poste de travail par le Professionnel de Santé remplacé .....	139
4.2.5.2	Utilisation du poste de travail par le Professionnel de Santé remplaçant .....	140
4.2.5.3	Suppression des données de remplacement par le Professionnel de Santé titulaire .....	141
4.2.6	L'administration du système SESAM-Vitale .....	142
4.2.6.1	Chargement de logiciel dans le lecteur SESAM-Vitale .....	142
4.2.6.2	Mise à jour du poste de travail du Professionnel de Santé .....	142
4.2.6.3	Administration de la liste d'opposition pour les catégories de Professionnel de Santé concernées .....	143
4.2.6.4	Recommandations .....	143
<b>5</b>	<b>PROCEDURE D'AGREMENT SESAM-VITALE .....</b>	<b>144</b>
5.1	QU'EST-CE QUE L'AGREMENT ? .....	144
5.2	POURQUOI AGREER ? .....	144
5.3	PROGICIELS SOUMIS A AGREMENT .....	144

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

5.4	ORGANISME D'AGREMENT.....	144
5.5	PROCEDURE D'AGREMENT.....	144
5.6	PROTOCOLE D'AGREMENT.....	145
5.7	PRIX .....	145
<b>6</b>	<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>146</b>
<b>7</b>	<b>REFERENCES.....</b>	<b>157</b>
7.1	ORDONNANCES, LOIS, DECRETS, CODES .....	157
7.2	CONVENTIONS .....	157
7.3	NORMES ET STANDARDS.....	159

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

# 1 INTRODUCTION

A l'origine un des projets de la branche maladie du régime général initié par la CNAMTS, le programme SESAM-Vitale est devenu l'objectif commun de l'ensemble des organismes d'Assurance Maladie (obligatoire et complémentaire). Il concerne tous les acteurs du secteur santé social : assurés, organismes de protection sociale obligatoire et complémentaire, Professionnels de Santé libéraux, établissements de soins.

L'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins aborde, dans le titre 4, les systèmes d'information de l'Assurance Maladie et la carte de santé. Le déploiement du système SESAM-Vitale est donc indissociable de l'informatisation des professions de santé.

Le système SESAM-Vitale a pour objectif la dématérialisation des documents papier nécessaires au remboursement des soins (feuilles de soins, volets de facturation, factures subrogatoires, décompte papier, vignettes pharmaceutiques, **étiquette LPP**, etc.). Il s'appuie sur les principes suivants :

- l'acquisition à la source, c'est-à-dire par le Professionnel de Santé, des informations permettant la dématérialisation des documents nécessaires au remboursement des soins à partir de la carte Vitale (et de tout autre support éventuel) et de la carte Professionnel de Santé (CPS),
- la mise en place d'échanges électroniques sécurisés entre les Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie.

Le système SESAM-Vitale participe à la mise en place d'un système d'information global permettant la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, la simplification des relations entre assurés, Professionnels de Santé et organismes d'Assurance Maladie ainsi que le remboursement rapide des assurés ou, dans le cadre du tiers payant, des Professionnels de Santé.

## 1.1 Objet du document

L'objet du présent document est de spécifier comment SESAM-Vitale s'intègre dans le poste de travail du Professionnel de Santé afin de créer et de transmettre les factures électroniques nécessaires au remboursement des soins par les organismes d'Assurances Maladie.

Un éditeur de progiciel destiné à des Professionnels de Santé trouvera dans ce document :

- la description des fonctions et des composants du système SESAM-Vitale,
- la spécification des règles de création et d'échange des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins qui doivent être implémentées dans son progiciel.

Ce document définit les règles applicables aux progiciels destinés à l'ensemble des Professionnels de Santé, à l'exception des :

- établissements (hors Centres de Santé pour lesquels ce document est applicable),
- transporteurs,
- ~~fournisseurs d'appareillages.~~

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

## **1.2 Contenu du document**

### **1.2.1 Généralités**

Sauf mention contraire, les articles législatifs ou réglementaires indiqués dans ce document sont issus du Code de la Sécurité Sociale.

Ce document ne contient aucune spécification relative aux éléments suivants :

- la carte Vitale,
- la carte Professionnel de Santé,
- les réseaux tiers d'accès au Réseau SESAM-Vitale,
- les protocoles d'accès au Réseau SESAM-Vitale ou à un réseau tiers d'accès au Réseau SESAM-Vitale,
- les protocoles de transmission utilisés entre les postes de travail des Professionnels de Santé et les Organismes Concentrateurs Techniques (des possibilités d'échanges entre le poste de travail du Professionnel de Santé et les Organismes Concentrateurs Techniques sont décrites à titre informatif dans l'annexe 5),
- les procédures de demande, d'attribution et de distribution des différentes cartes des Professionnels de Santé.

Les informations qui concernent ces éléments sont données ici à titre informatif.

Ce document est constitué de deux parties :

- le corps du document,
- les annexes de ce document.

Le corps du document a pour objectif de présenter les concepts généraux du système SESAM-Vitale (fonctions, composants, etc.) et plus spécifiquement en quoi et comment les fournitures SESAM-Vitale s'intègrent dans le poste de travail du Professionnel de Santé.

Le niveau de détail de cette présentation correspond à celui des spécifications fonctionnelles ou de conception générale d'un progiciel.

Les annexes contiennent les spécifications détaillées nécessaires aux sociétés développant des progiciels pour Professionnels de Santé intégrant les fournitures SESAM-Vitale.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

## 1.2.2 Corps du document

Le chapitre 2 a pour objet de familiariser le lecteur avec le programme SESAM-Vitale, c'est-à-dire ses missions, ses acteurs, ses composants et ses flux. Il introduit les différents concepts utilisés dans la suite du document et présente les étapes fonctionnelles du système.

Le chapitre 3 présente les fonctions de SESAM-Vitale :

- élaboration et transmission des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins (feuille de soins électronique, demande de remboursement électronique, etc.),
- administration du système.

Ces fonctions sont reprises en détail dans la suite du document, notamment dans le chapitre 4 dédié au poste de travail du Professionnel de Santé.

Le chapitre 4 est le cœur de ce document et traite des spécifications des règles à implémenter dans le poste de travail du Professionnel de Santé et décrit le rôle du poste de travail dans l'élaboration des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins :

- participation du poste de travail à la mise en œuvre des fonctionnalités de SESAM-Vitale,
- fonctions des modules SESAM-Vitale fournis par l'Assurance Maladie,
- spécifications de la réglementation et des règles de tarification que doit contenir le progiciel du Professionnel de Santé.

Le chapitre 5 contient les grands principes de la procédure d'agrément des progiciels des Professionnels de Santé par l'Assurance Maladie.

Le chapitre 6 contient le glossaire des termes et abréviations utilisés.


Le chapitre 7 contient la liste des références bibliographiques susceptibles d'intéresser le lecteur.


### 1.2.3 Annexes

Les annexes apportent les informations complémentaires nécessaires au développement d'un progiciel pour Professionnels de Santé intégrant les modules SESAM-Vitale.

Elles traitent les sujets suivants :

- **Annexe 1** : Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale fournies par l'Assurance Maladie dans l'ordre logique des traitements relatifs aux flux SESAM-Vitale. Cette annexe est structurée en sous-parties présentées dans le schéma suivant.

<b>Flux Allers de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé</b>		 Annexe 1-A
<b>Rappel de la cinématique générale de la facturation</b>		<i>Décrit l'utilisation des modules SESAM-Vitale dans l'objectif de constitution des flux chez le Professionnel de Santé</i>
<b>Constitution de la facture</b>		
Phase Identifications		
Zone d'échange Facture et règles associées	 Annexe 1-A0	
Phase part obligatoire	 Annexe 1-A1	
<b>Finalisation d'une facture SMG</b>	 <b>Annexe 1-A3</b>	
Phase part complémentaire	 Annexe 1-A2	
Phase Mise en forme facture		
<b>Cas particulier du forçage</b>		
<b>Préparation des fichiers à transmettre</b>		
<b>Compatibilité terrain</b>		
<b>Principes de Traitement des retours et Gestion des ARL</b>		 Annexe 1-B
		<i>Décrit la réception des flux retours chez le Professionnel de Santé</i>
<b>Fonctions d'administration</b>		 Annexe 1-C
<b>Administration de la configuration</b>		<i>Décrit les services hors traitement des flux.</i>
<b>Administration du lecteur</b>		
<b>Administration CCAM</b>		
<b>Récapitulatif</b>		 Annexe 1-D
		<i>Partie annexe technique à l'ensemble de l'annexe 1. Regroupe la description de tous les groupes de données manipulés par les modules SESAM-Vitale.</i>

 Référence au document de l'annexe 1

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

- **Annexe 1 bis** : Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif (TLA)
- **Annexe 2** : Fonctions SESAM-Vitale à introduire dans les progiciels destinés aux Professionnels de Santé :
  - Réglementation,
  - Tarification de l'Assurance Maladie Obligatoire.
- **Annexe 3** : Format et procédures d'échange des fichiers de conventions et de regroupements normés et format du fichier de correspondance normé
- **Annexe 4** : Télécommunications (sur Réseau IP) et Chiffrement de transport des messages SMTP
- **Annexe 5** : Transmission des flux SESAM-Vitale via les Organismes Concentrateurs Techniques (annexe informative)
- **Annexe 6** : Liste d'Opposition Incrémentale
- **Annexe 7** : Annexe architecture et sécurité.

Les annexes suivantes du Cahier des Charges 1.31 sont supprimées ou remplacées du Cahier des Charges 1.40 :

- **Annexe 3** : Présentation technique des modules SESAM-Vitale
- **Annexe 6** : Gestion de configuration
- **Annexe 6 bis** : Gestion consolidée du parc des postes de travail des Professionnels de Santé
- **Annexe 7** : Schémas fonctionnels de SESAM-Vitale
- **Annexe 7 bis** : Schémas fonctionnels de SESAM-Vitale pour la catégorie des laboratoires d'analyse de biologie médicale
- **Annexe 8** : Mode de fonctionnement de l'AMC dans le cadre de Vitale 1
- **Annexe 9** : Gestion de la monnaie européenne sur le poste de travail

### **1.3 Evolutions du document**

Des modifications de la réglementation ou des spécifications fonctionnelles du système sont susceptibles de faire évoluer ce document.

Les éditeurs de logiciel peuvent avoir accès à des dossiers relatifs à la version 1.40 sur la plate-forme de diffusion du GIE SESAM-Vitale.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

## 2 PRESENTATION DE SESAM-VITALE

Ce chapitre présente succinctement SESAM-Vitale en introduisant l'ensemble des concepts utilisés par la suite.

### 2.1 Acteurs

#### 2.1.1 Les acteurs du projet SESAM-Vitale

La mise en place du système SESAM-Vitale passe par la collaboration des différents acteurs du monde Santé Social :

- les assurés sociaux,
- les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et Complémentaire (AMC),
- les Professionnels de Santé, détenteurs et fournisseurs des informations liées aux soins et à leur remboursement.

Sa mise en œuvre technique est assurée par les différents organismes contribuant à l'informatisation de ce secteur :

- les fournisseurs de matériels et de progiciels,
- les directions informatiques, les centres de traitement informatique et les organismes d'Assurance Maladie,
- le Centre National de Dépôt et d'Agrément, chargé de l'agrément des progiciels de saisie à la source des Professionnels de Santé :

CNDA  
515, Chemin du Mas de Rochet  
34170 CASTELNAU-LE-LEZ  
☎ 04 67 02 30 00

E-mail : [logistique@cnda.cnamts.fr](mailto:logistique@cnda.cnamts.fr)

- le Centre National des Professionnels de Santé, chargé de représenter les organisations professionnelles dans les instances de pilotage du programme SESAM-Vitale (maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre) :

CNPS  
22, Avenue de Villiers  
75849 PARIS Cedex 17  
☎ 01 56 79 20 65

<http://cnps.netmedicom.com>

- les Organismes Concentrateurs Techniques (OCT),
- les fournisseurs d'accès à Internet (FAI),

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

- le Groupement d'Intérêt Public «CPS», chargé d'émettre la carte à microprocesseur des Professionnels de Santé :

G.I.P. « CPS »  
8 bis, rue de Chateaudun  
75009 PARIS  
☎ 01 44 53 36 53  
E-mail : [gip@gip-cps.fr](mailto:gip@gip-cps.fr)

- L'ASIP Santé, chargé de la production de la carte de Professionnel de Santé :

ASIP Santé  
9 rue Georges Pitard  
75015 Paris  
E-Mail : [editeurs@asip-sante.fr](mailto:editeurs@asip-sante.fr)

- le G.I.E. SESAM-VITALE, chargé de l'étude, de la réalisation, de la normalisation, de la mise en œuvre et de la promotion du système SESAM-Vitale et de la carte Vitale :

G.I.E. SESAM-VITALE  
5, bd Alexandre Oyon  
72019 LE MANS Cedex 2  
☎ 02 43 57 42 00  
E-Mail : [gie@sesam-vitale.fr](mailto:gie@sesam-vitale.fr)

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

## 2.1.2 Les acteurs du système SESAM-Vitale

### 2.1.2.1 Les assurés sociaux

Les assurés sociaux :

- disposent d'une carte Vitale dont la mise à jour leur incombe,
- n'ont plus à envoyer leurs feuilles de soins à leur régime d'affiliation. La feuille de soins papier est remplacée par une Feuille de Soins Electronique (FSE) créée par les Professionnels de Santé (prescripteur et exécutant), sur leur poste de travail, à l'aide des cartes Vitale et Professionnel de Santé (CPS).
- n'ont plus à envoyer de décompte papier AMO à leur AMC pour se faire rembourser des montants complémentaires. Ces documents sont remplacés :
  - soit par une Demande de Remboursement Electronique (DRE) créée sur le poste de travail du Professionnel de Santé simultanément à la FSE. Cette DRE permet à l'AMC d'effectuer directement le paiement aux Professionnels de Santé ou à ses assurés / adhérents en fonction du service mis en œuvre.
  - soit par une Feuille de Soins Electronique contenant les informations nécessaires à la part complémentaire dans les deux cas de figure suivants :
    - l'AMO a conclu un accord conventionnel avec l'AMC concerné :
      - pour effectuer un seul paiement (part obligatoire et part complémentaire),
      - ou pour transmettre un décompte à l'AMC qui procédera au remboursement de la part complémentaire,
    - le Professionnel de Santé utilise les services d'un OCT pour « éclater » la FSE et transmettre à l'AMC les informations lui permettant d'effectuer directement le paiement aux Professionnels de Santé ou à ses assurés / adhérents en fonction du service mis en œuvre.
- peuvent recevoir une quittance lors de l'élaboration d'une facture électronique,
- reçoivent toujours de leur organisme d'Assurance Maladie Obligatoire un décompte papier indiquant les montants remboursés.

### 2.1.2.2 Les Professionnels de Santé

Les Professionnels de Santé :

- disposent d'une CPS,
- élaborent la facturation des soins sur leur poste de travail,
- transmettent aux organismes d'Assurance Maladie les FSE et les DRE. Ces factures électroniques, regroupées en lots et en fichiers, sont transmises directement ou via un Organisme Concentrateur Technique aux Organismes d'Assurance Maladie. Les connexions sont toujours à l'initiative du Professionnel de Santé,
- collectent les ordonnances, les expédient ou les mettent à disposition de l'AMO (selon les conventions conclues entre les AMO et les Professionnels de Santé),
- reçoivent des retours électroniques.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

### **2.1.2.3 Les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire**

Les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) reçoivent des flux de données provenant des Professionnels de Santé :

- soit directement,
- soit des Organismes Concentrateurs Techniques.

#### *Convention de gestion*

Certains organismes d'Assurance Maladie Obligatoire traitent la part complémentaire dans le cadre d'une convention de gestion entre AMO et AMC.

### **2.1.2.4 Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire**

Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaires (AMC) reçoivent des flux de données provenant :

- soit directement du Professionnel de Santé,
- soit des Organismes Concentrateurs Techniques,
- soit des AMO avec lesquels ont été conclues des conventions de transmission des décomptes,
- soit des AMO avec lesquels ont été conclues des conventions de gestion (dans ce cas, l'AMO effectue l'avance de remboursement de la part complémentaire).

#### *Délégation de gestion*

Certains organismes d'Assurance Maladie Complémentaire traitent la part obligatoire dans le cadre d'une délégation de gestion légale ou d'une habilitation conventionnelle établie avec un AMO.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

## 2.2 Architecture générale de SESAM-Vitale

Le système SESAM-Vitale utilise deux supports :

- la carte Vitale du bénéficiaire, reflet de sa situation administrative, de sa situation d'assuré ou de bénéficiaire vis-à-vis des AMO et des AMC,
- la carte du Professionnel de Santé, carte d'habilitation et outil de sécurisation des échanges de flux électroniques.

D'autres éventuels supports peuvent être utilisés :

- le support AMC, reflet de la situation d'un assuré / bénéficiaire vis à vis d'un **AMC organisme d'assurance maladie complémentaire**,
- l'attestation papier justifiant des droits à la CMU complémentaire délivrée par l'AMO,
- l'attestation papier justifiant des droits des sortants de CMU complémentaire délivrée par l'AMO.
- l'attestation papier justifiant des droits au tiers payant sur la part obligatoire délivrée par l'AMO dans le cadre du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire,
- l'attestation papier justifiant d'une exonération du Ticket Modérateur (ALD,...),
- le protocole de soins ALD (remplace et étend le PIRES),
- l'attestation papier AME (~~notification d'aide médicale d'état~~),
- le Guide Maternité,
- le feuillet « Accident de Travail »,
- l'ordonnance,
- le bon d'examen,
- la réponse à une demande d'entente préalable,
- la réponse à la demande de prise en charge **complémentaire AMC** (ex : notamment pour les **fournisseurs en complément d'information du support de droit AMC**),
- **l'attestation de droits aux Soins Médicaux Gratuits**,
- **la fiche Descriptive des Infirmités donnant droit aux Soins Médicaux Gratuits**.

SESAM-Vitale repose sur l'acquisition « à la source », par le Professionnel de Santé (soit à son cabinet, soit au domicile de l'assuré), des informations utiles à la constitution des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins. Pour cela, chaque Professionnel de Santé informatisé utilise un poste de travail qui comprend :

- un équipement informatique (ordinateur, imprimante, modem, etc.),
- un progiciel d'élaboration des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins,
- un dispositif de lecture des cartes à microprocesseur et de sécurisation des factures électroniques nécessaires au remboursement des soins.

Les organismes d'Assurance Maladie mettent en œuvre des systèmes d'accueil qui reçoivent les flux de factures électroniques émis par les Professionnels de Santé et transmettent l'ensemble des flux retour SESAM-Vitale (flux d'Accusés de Réception Logique, messages de service et flux de Rejet / Signalement / Paiement).

SESAM-Vitale utilise des réseaux de transmission de données entre les Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie pour le transport des factures nécessaires au remboursement des soins.

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 19 / 160
------------------	---------------------	---------------

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

La mise à jour des informations contenues dans la carte Vitale est une autre fonction du système SESAM-Vitale (exemple : changement de la situation administrative d'un des bénéficiaires), non décrite dans ce document.

## 2.2.1 Les supports de SESAM-Vitale

### 2.2.1.1 La carte Vitale

Le présent document ne contient aucune spécification relative à la carte Vitale. Les caractéristiques de la carte Vitale sont données à titre informatif.

#### Généralités

La carte Vitale est personnalisée et diffusée par l'AMO qui couvre le risque maladie de l'assuré. La diffusion de la carte Vitale s'effectue au niveau national en plusieurs étapes depuis l'année 1997.

La carte Vitale est :

- soit familiale,
- soit personnelle pour les ayants droit de 16 ans et plus (~~cette dernière est dite « carte Vitale V1 bis »~~).

C'est une carte à microprocesseur conforme aux normes ISO 7816, dont l'utilisation n'est pas soumise à la présentation d'un code porteur.

#### Les informations contenues dans la carte Vitale V1Ter

La carte V1Ter est une carte Vitale actuelle (V1Bis) enrichie de nouvelles données de cinq types :

- des données supplémentaires AMO (nom de famille, adresse, ...),
- un volet AMC,
- des données relatives aux accidents du travail,
- une date de fin de validité du support carte Vitale,
- un volet intervenant pour répondre à la liberté de circulation des membres de la Communauté Economique Européenne.

Cette inscription de nouvelles données s'effectuera par télémise à jour.

La carte V1Ter permet d'utiliser l'ensemble des fonctionnalités du Package 1.40.

Données de la carte	V1 Bis	V1 Ter	Lecture	Ecriture
<b>Volet mapping</b>				
Version mapping : cette zone contient des informations techniques concernant la version du mapping	oui	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservee pour les AMO
<b>Volet Administration carte</b>				
Zone optionnelle contenant la date de fin de validité de la carte	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservee pour les AMO
<b>Volet Famille</b>				
Unique pour tous les bénéficiaires, elle contient les éléments de droits Assurance Maladie Obligatoire pour l'ensemble de la famille, notamment le matricule de l'assuré	oui	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservee pour les AMO
Nom de famille Zone adresse	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservee pour les AMO

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

Données de la carte	V1 Bis	V1 Ter	Lecture	Ecriture
Zone services AMO : zone optionnelle de niveau famille (dont les données sont valables pour l'ensemble des bénéficiaires portés sur la carte)	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservee pour les AMO
<b>Volet ETM famille</b>				
Zone optionnelle, elle contient les informations de couverture Assurance Maladie Obligatoire particulière (Exonération du Ticket Modérateur) dont bénéficie l'ensemble des membres de la famille	oui	oui	Réservee uniquement aux Professionnels de Santé, établissements de santé dispensant des soins au porteur de la carte et aux agents des organismes gérant un régime de base d'Assurance Maladie.	Protégée – Réservee pour les AMO
<b>Volet Bénéficiaire</b>				
Propre à chaque bénéficiaire, elle contient son identification, ainsi que des informations de couverture Assurance Maladie Obligatoire particulière dont il bénéficie.	Oui	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservee pour les AMO
Exonération du Ticket Modérateur	oui	oui	Réservee uniquement aux Professionnels de Santé, établissements de santé dispensant des soins au porteur de la carte et aux agents des organismes gérant un régime de base d'Assurance Maladie.	Protégée – Réservee pour les AMO
NIR certifié : zone optionnelle, propre à chaque bénéficiaire, contient le NIR certifié du bénéficiaire	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservee pour les AMO
Complément ETM : zone optionnelle, contient des précisions sur les ETM bénéficiaires. Cette zone complète la zone d'information ETM contenues dans la zone bénéficiaire	non	oui	Réservee uniquement aux Professionnels de Santé, établissements de santé dispensant des soins au porteur de la carte et aux agents des organismes gérant un régime de base d'Assurance Maladie.	Protégée – Réservee pour les AMO
Zone services AMO : zone optionnelle de niveau bénéficiaire (propre à un ayant-droit donné porté sur la carte)	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservee pour les AMO
<b>Volet Mutuelle (part complémentaire gérée par AMO)</b>				
Zone optionnelle, propre à chaque bénéficiaire, elle contient ses informations de couverture Assurance Maladie Complémentaire dans le cas d'une gestion unique.	Oui	oui	Libre pour tous	Protégée
<b>Volet AMC (part complémentaire gérée par un organisme d'assurance maladie complémentaire AMC)</b>				

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

Données de la carte	V1 Bis	V1 Ter	Lecture	Ecriture
Zone optionnelle propre à chaque bénéficiaire, contient les informations spécifiques au contrat d'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire.	Non	oui	Libre pour tous	Protégée
<b>Volet Complémentaire (en complément du Volet Mutuelle ou Volet AMC)</b>				
Zone commune complémentaire	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservee pour les AMO ou les AMC selon les cas
<b>Volet Transcard (par famille)</b>				
Zone optionnelle, zone spécifique pour expérimentation	oui	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservee pour les AMO
<b>Volet Netlink</b>				
Zone optionnelle, zone spécifique propre à chaque bénéficiaire pour expérimentation	oui	Oui	Libre pour tous	Protégée – Réservee pour les AMO
<b>Volet AT</b>				
Zone optionnelle portant les informations nécessaires pour gérer un accident du travail.	Non	oui	Libre pour tous	La zone AT peut être utilisée par un organisme gestionnaire des AT qui n'est pas forcément le gestionnaire maladie.
<b>Volet E 111</b>				
Zone optionnelle portant les informations nécessaires à l'édition d'un formulaire européen E 111.	Non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservee pour les AMO
<b>Volet E 112</b>				
Zone optionnelle portant les informations nécessaires à l'édition d'un formulaire européen E 112.	Non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservee pour les AMO
<b>Volet E 128</b>				
Zone optionnelle portant les informations nécessaires à l'édition d'un formulaire européen E 128	non	oui	Libre pour tous	Protégée – Réservee pour les AMO

### 2.2.1.2 La Carte de Professionnel de Santé

Le présent document ne contient aucune spécification relative aux cartes de Professionnels de Santé. Les caractéristiques des cartes de Professionnels de Santé sont données à titre informatif.

#### Généralités

Conformément aux textes réglementaires, l'ensemble des professionnels, organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'Assurance Maladie seront dotés d'une carte à microprocesseur.

Il existe différents types de Cartes du Professionnel de Santé :

Carte	Professionnel de Santé	Identifiant
CPS	Professionnel de Santé, avec Ordre ou sans Ordre	N° ADELI ou N° ADELI et FINESS
CPF	Professionnel de Santé en Formation	N° DRASS ou N° SIRIUS ou N° CDOM
CPE	Personnel d'Etablissement (cette carte peut être nominative ou non nominative selon l'organisation mise en place dans l'établissement)	N° FINESS + N° Registre de l'employé dans l'établissement
CDE	Directeur d'Etablissement	N° FINESS + N° Registre de l'employé dans l'établissement

La Carte du Professionnel de Santé permet à un Professionnel de Santé d'attester de sa qualité vis-à-vis d'un système informatique et de sécuriser ses transactions électroniques (exemples : sécurisation de l'accès au poste de travail ou à des applications télématiques).

Cette carte est un outil utilisable par plusieurs applications : SESAM-Vitale en est la première application majeure.

Chaque porteur d'une Carte Professionnel de Santé possède un code secret (également appelé code porteur).

#### Les informations contenues dans la Carte du Professionnel de Santé

La Carte du Professionnel de Santé comporte 2 volets d'information utilisés dans le contexte SESAM-Vitale :

Informations de la Carte du Professionnel de Santé	Lecture	Ecriture
Informations identifiant le Professionnel de Santé	Libre	Protégée (accès au domaine géré par le G.I.P. «CPS»)
DAM – Informations nécessaires à la facturation (situations d'exercices et de facturation)	Protégée par code porteur	Protégée

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

### **2.2.1.3 Le support **de droit** AMC**

Ce support est facultatif.

Il permet :

- soit d'attendre que la carte Vitale contienne toutes les données nécessaires à la gestion de la part complémentaire,
- soit de remplacer les données de gestion de la part complémentaire contenues dans la carte Vitale.

Il est propre à chaque organisme dans son contenu et sa présentation, et comporte l'ensemble des informations d'identification, de tarification, et d'adressage. Il fait apparaître la nature des traitements possibles notamment le service Tiers Payant (TP) ou Hors Tiers Payant (HTP), et éventuellement la nature du flux attendu (flux SESAM-Vitale ou flux hors SESAM-Vitale).

## 2.2.2 Le poste de travail du Professionnel de Santé

Le présent document explique comment et en quoi le système SESAM-Vitale s'intègre dans le poste de travail du Professionnel de Santé.

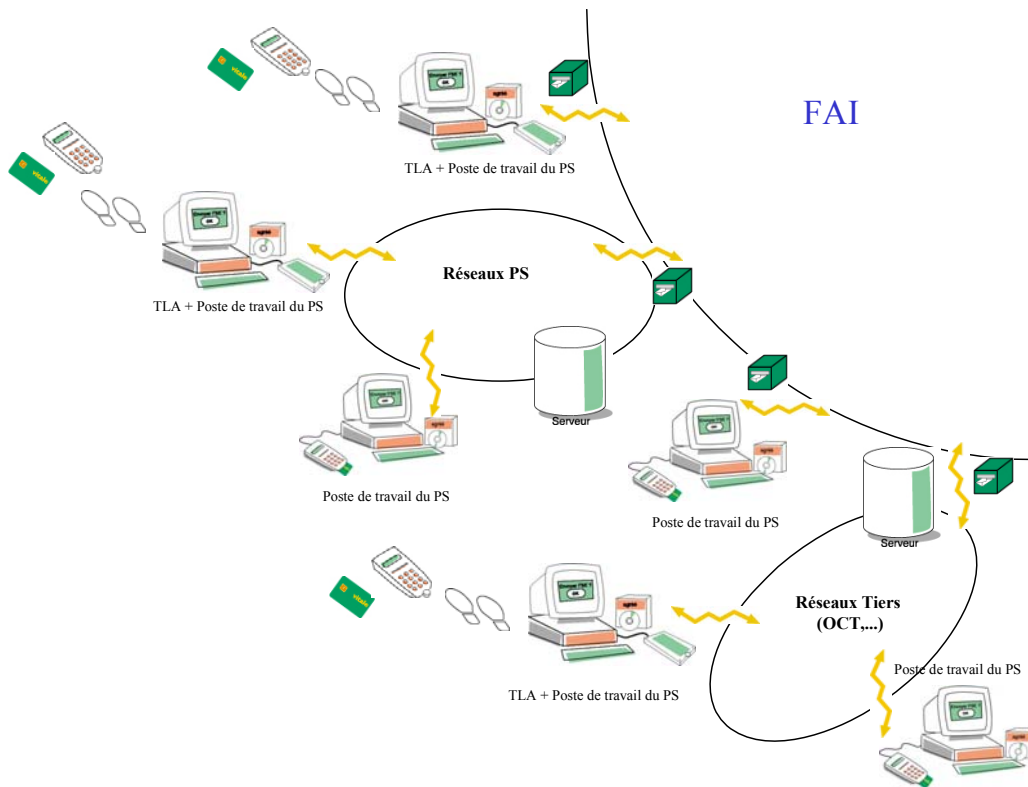
Cette version du présent document spécifie l'interface d'accès aux modules SESAM-Vitale pour un équipement informatique utilisant un dispositif externe de lecture de cartes à microprocesseur appelé lecteur SESAM-Vitale.

La saisie des informations nécessaires à la production des factures électroniques s'opère sur le poste de travail du Professionnel de Santé. Celui-ci garde son entière liberté et son indépendance dans le choix, l'acquisition, la propriété et l'utilisation de son équipement informatique (matériel et logiciel).

Les spécifications relatives au poste de travail du Professionnel de Santé et les schémas des différentes configurations matérielles compatibles avec le présent document sont décrits au chapitre 4.

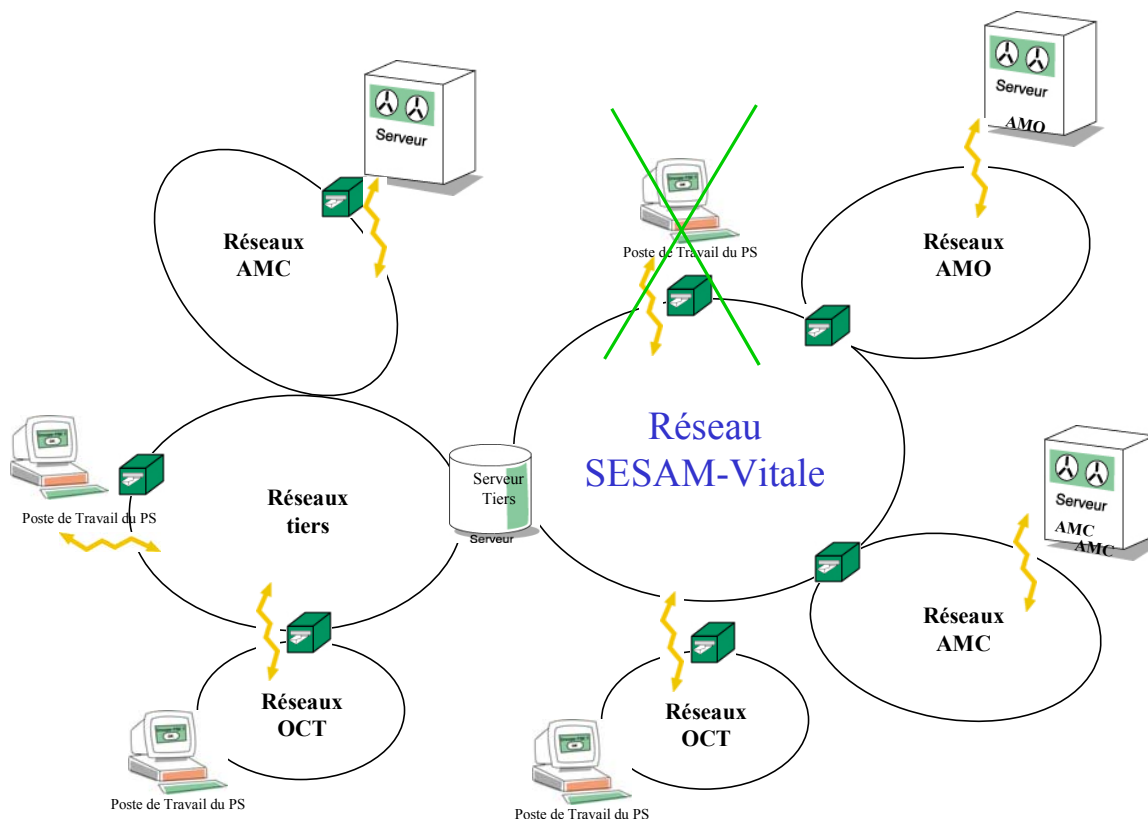
Les configurations matérielles et logicielles non couvertes par le présent document sont soumises à homologation par le G.I.E. SESAM-VITALE conformément aux spécifications fonctionnelles du système SESAM-Vitale.

Le schéma ci-dessous présente les environnements de poste de travail connectés à un réseau et autorisés par le Cahier des Charges SESAM-Vitale :



## 2.2.3 Les réseaux d'échange

Le schéma ci-dessous représente l'architecture des réseaux impliqués dans le système SESAM-Vitale :



Le Réseau SESAM-Vitale est le réseau d'échange des flux de production SESAM-Vitale. Il est basé sur les protocoles TCP/IP (transport et réseau) et SMTP (messagerie électronique) utilisés dans le monde « Internet ».

Le poste de travail du Professionnel de Santé n'est pas connecté directement au Réseau SESAM-Vitale. Il peut être connecté à un réseau de messagerie soit à Internet.

Les AMO ont l'obligation d'être connectés directement au Réseau SESAM-Vitale pour la réception des flux SESAM-Vitale conformément aux dispositions réglementaires. Les AMC utilisent les réseaux de leur choix.

Les messages SMTP sont décrits en fonction des flux de données électroniques échangés avec un organisme d'Assurance Maladie Les profils de ces messages sont décrits dans l'annexe 4.

En d'autres termes, un progiciel de Professionnel de Santé, pour obtenir l'agrément SESAM-Vitale, doit être capable d'émettre et de recevoir des flux de production SESAM-Vitale conformément aux spécifications contenues dans l'annexe 4 du présent document, via Internet ou via un réseau tiers utilisant les mêmes protocoles de télécommunication que le Réseau SESAM-Vitale (IP, TCP, SMTP, MIME, S/MIME).

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

## 2.2.4 Les flux

### 2.2.4.1 Les flux SESAM-Vitale entre le poste de travail des Professionnels de Santé et les systèmes d'accueil des factures des organismes d'Assurance Maladie

Le système SESAM-Vitale ne modifie pas les circuits financiers entre les différents acteurs.

Le réseau de messagerie véhicule plusieurs types de flux :

- **la Feuille de Soins Electronique (FSE)** : cette facture électronique dématérialise la feuille de soin papier. Elle permet à l'assuré de ne plus envoyer la feuille de soins papier pour obtenir le remboursement des prestations par son organisme d'Assurance Maladie Obligatoire. De plus, elle peut comporter les éléments nécessaires à un remboursement de la part complémentaire,
- **la Demande de Remboursement Electronique (DRE)** : cette facture électronique correspond à la demande de remboursement de la part complémentaire,

NB : Il est recommandé de conserver la génération des flux AMC existants entre les Professionnels de Santé et les AMC pour garantir la compatibilité ascendante et la continuité de service pour les Professionnels de Santé.

- **la Demande de Remboursement Electronique d'annulation** : lorsqu'un Professionnel de Santé souhaite annuler une DRE, il a la possibilité d'émettre une « DRE d'annulation »,
- **la Demande de Remboursement Electronique rectificative** : lorsqu'un Professionnel de Santé souhaite pour diverses raisons apporter un correctif à une DRE, il a la possibilité d'émettre une « DRE rectificative »,
- **les Accusés de Réception Logique (ARL)** : flux émis par les systèmes d'accueil des AMO et des AMC. Ces flux indiquent au Professionnel de Santé si le lot de factures qu'il a émis a bien été reçu par l'organisme d'Assurance Maladie escompté et donc transmis avec succès. Le Professionnel de Santé est déchargé de sa responsabilité de retransmettre les lots de factures après réception d'un ARL positif,
- **les Rejet/Signalement/Paiement (RSP)** : flux émis par les AMO et les AMC. Ces flux indiquent le traitement de la facture (paiement, rejet, ou signalement),
- **les messages de service** : flux émis par les systèmes d'accueil des AMO, des AMC ou par l'opérateur de messagerie du réseau d'échange SESAM-Vitale :
  - Les flux venant des systèmes d'accueil AMO ou AMC indiquent au Professionnel de Santé que le message SMTP qu'il a transmis comporte des irrégularités au niveau des en-têtes SMTP ou de l'enveloppe des fichiers contenant les lots de factures.
  - Les flux venant de l'opérateur de messagerie du réseau SESAM-Vitale indiquent l'indisponibilité momentanée du système de réception des organismes d'assurance maladie.

Par ailleurs, le Professionnel de Santé peut recevoir des flux émis par les réseaux de messagerie (Avis de remise ou de non remise du message par le réseau). Ces flux lui indiquent que le message SMTP qu'il a transmis a été délivré ou non délivré au destinataire.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

### **2.2.4.2 Les flux d'administration du système SESAM-Vitale**

Les flux d'administration du système SESAM-Vitale sont :

- **les données de suivi du parc** : ces données, émises par les postes de travail des Professionnels de Santé à destination du GIE SESAM-Vitale, permettent d'avoir un état du parc des progiciels agréés, des lecteurs, des fournitures SESAM-Vitale et des API du GIP-CPS ; elles sont véhiculées dans les FSE,
- **les flux de mise à jour du Poste de travail du Professionnel de Santé** : les flux sont émis par le GIE SESAM-Vitale et portent sur des évolutions entre deux versions de package SESAM-Vitale. Ces évolutions peuvent concerner des mises à jour de tables, ...
- **Les flux de mise à jour des tables de conventions et de regroupements** : les flux sont émis par les signataires de conventions et contiennent les fichiers de conventions et de regroupement normés.
- **les flux de mise à jour de la liste d'opposition incrémentale LOI** : les flux sont émis par le distributeur d'opposition (GIE SESAM-VITALE ou OCT) et contiennent les incréments (dLOI) applicables sur la liste d'opposition incrémentale (LOI).

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

## 2.3 Les apports de la version 1.40 de SESAM-Vitale

### 2.3.1 Les apports fonctionnels

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

- les flux de Demandes de Remboursement Electronique (DRE) à destination des AMC avec l'introduction du concept d'opérateur de règlement AMC et l'extension de l'identification de l'adhérent AMC,
- la maîtrise par le Professionnel de Santé des modalités de prise en compte de la part complémentaire au regard des conventions (TP ou HTP, flux électronique ou pas, type de flux électronique),
- les services de tarification de la part complémentaire (modules STS),
- les flux retour transmis par les AMC aux Professionnels de Santé (message de service, ARL, RSP), avec la création d'une nouvelle référence de retour (RSP) commune aux AMO et aux AMC,
- la prise en compte de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et des services de tarification associés (module SRT)<sup>1</sup>,
- l'acquisition des informations issues de la carte V1 ter, et de tout autre support éventuel,
- la désynchronisation des signatures des FSE et des DRE sur le poste de travail du Professionnel de Santé pour toutes les spécialités de **PS-Professionnel de Santé**,
- la modification de la sécurisation du mode dégradé (confidentialité et intégrité des données),
- la limite d'utilisation du mode de sécurisation SESAM sans Vitale,
- le signalement de tout forçage des données en carte ou des paramètres sur l'environnement de travail du Professionnel de Santé pour permettre une application éclairée de la garantie de paiement,
- le suivi du Parc des fournitures SESAM-Vitale,
- la gestion des bénéficiaires sortants du dispositif de CMU complémentaire,
- **la gestion des bénéficiaires disposant d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire**
- l'élaboration et la transmission d'une Feuille de Soins Electronique AT dans le cadre d'une gestion multi-organismes destinataires des risques Maladie et Accident du Travail à partir de la carte Vitale 1 ter,
- la création d'un nouveau message de service dit Accusé de Réception Provisoire,
- la prise en compte de la Réforme d'Assurance maladie : loi du 13 Août 2004 et de la convention médicale de janvier 2005 :
  - le dispositif Médecin Traitant et la gestion du parcours coordonné de soins,
  - le protocole de soins ALD,
  - de nouvelles majorations,
  - la réglementation concernant les soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné,
  - la mesure facturette du Pharmacien,
  - les données associées aux contrats AMC responsables (dits aussi contrats « aidés »).
- la gestion de la nature d'assurance maternité pour le régime RSI (cette gestion est maintenant identique aux autres régimes, cf. Annexe 2),

<sup>1</sup> La CCAM concerne au démarrage les éditeurs de progiciels à destination des médecins et des chirurgiens-dentistes.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

- la prise en compte des invalides civils ou militaires et des allocataires du Fond de Solidarité Vieillesse du régime RSI dans le cadre de l'alignement des taux de ce régime sur ceux du régime général,
- l'aide à la mise à jour des tables des conventions et des regroupements par la mise à disposition de fichiers normés,
- 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 des familles « Pharmaciens », et « Fournisseurs »
- l'identification dans la facture des Professionnels de santé par leur n° d'identification nationale RPPS,
- 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,
- **L'intégration d'une nouvelle famille de Professionnels appelée « Fournisseurs » délivrant des dispositifs médicaux de la Liste des Produits et Prestations remboursables (LPP), dans le système SESAM-Vitale, permettant à cette famille de professionnels de réaliser et d'émettre des Feuilles de Soins Electroniques (FSE) et des Demandes de Remboursement Electroniques (DRE),**
- **la gestion des Soins Médicaux Gratuits (SMG).**

La mise en œuvre de ces évolutions est facilitée notamment par la présence de données supplémentaires en carte Vitale 1 ter. Le même niveau fonctionnel peut être éventuellement obtenu à partir de l'utilisation d'une carte Vitale 1 bis et d'autres supports.

Le Professionnel de Santé doit disposer de l'ensemble des nouvelles fonctionnalités sur son poste de travail. Cependant, le Professionnel de Santé décide de l'activation ou non des services suivants :

- la saisie d'actes CCAM,
- les services de tarification complémentaire STS,
- la liste d'opposition,
- le chiffrage de transport.

### 2.3.2 Le dispositif Médecin Traitant et la gestion du parcours coordonné de soins

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

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

#### *Désignation du médecin traitant* ①

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005 les assurés et les ayants droit de 16 ans et plus sont tenus de choisir leur médecin traitant, généraliste ou spécialiste, pour respecter le parcours de soins.

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

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

- médecin traitant déclaré,
- nouveau médecin traitant,

ainsi que les situations de remplacement de ces médecins telles que définies au §3.2.1.3 Professionnel de Santé Remplaçant .

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

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

#### *Respect du parcours de soins*

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

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

- **Médecin traitant de substitution**, ②
- **Généraliste récemment installé** pour la première fois en libéral, ③
- **Médecin** nouvellement installé **en zone sous médicalisée**, ④
- **Accès direct spécifique**  
Pour certaines spécialités l'accès direct spécifique est prévu soit pour certains actes uniquement soit en fonction de l'âge du patient. ⑥  
En conséquence le Professionnel de Santé doit indiquer s'il s'agit de soins relevant de l'accès direct ou non. Pour cela il sélectionne soit le contexte « Accès Direct Spécifique », soit le contexte « Hors Accès Direct spécifique ». Dans ce dernier cas le bénéficiaire est hors parcours de soins. ⑫
- **Hors résidence** habituelle du patient ⑤
- Médecin du service des armées ⑪  
Remarque : le médecin du service des armées agit en tant que salarié et ne facture pas la consultation (cas hors SESAM-Vitale).

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

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

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

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

Sont non concernés par le parcours coordonné de soins, les cas d'**Urgence** ⑦ et les cas d'exclusion décrits ci-dessous :

Cas d'exclusion :

En premier lieu, les soins antérieurs au 01/07/2005 ne sont pas concernés par le parcours coordonné de soins.

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2005, plusieurs cas d'exclusion du parcours coordonné de soins sont prévus en lien avec :

- soit la spécialité du **PS-Professionnel de Santé**,  
Les professionnels de santé non médecin ne sont pas concernés par le parcours coordonné de soins. Dans le cadre de SESAM-Vitale, il s'agit des familles pharmaciens, laboratoires, auxiliaires médicaux, **fournisseurs** et des catégories dentistes, et sages-femmes.  
Cependant, les pharmaciens, laboratoires, peuvent renseigner dans la facture des informations en lien avec le parcours coordonné de soins.
- soit les caractéristiques du bénéficiaire,
- soit la nature des soins.

Ces différents cas sont décrits dans l'annexe 2- règle R37.

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 31 / 160
------------------	---------------------	---------------

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

### *Pénalités de remboursement*

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

### *Contrat responsable*

Le Contrat responsable est un contrat complémentaire (décret 2005-1226 du 29 septembre 2005) qui prévoit principalement :

- une interdiction de prise en charge
  - de la majoration de participation de l'assuré, et
  - des dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
- une obligation de prise en charge totale ou partielle de certaines prestations :
  - Consultations du médecin traitant, d'un pourcentage minimum du tarif opposable,
  - Médicaments prescrits par le médecin traitant et de ses médecins correspondants directs, d'un pourcentage minimum du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie
  - d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant, d'un pourcentage minimum du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie.
- une obligation de prise en charge totale de la participation de l'assuré pour un nb minimum de prestations de prévention.

A noter que le respect de ces dispositions conditionne le bénéfice d'exonérations sociales et fiscales mais n'a aucun aspect obligatoire. Cela ne concerne par la totalité des contrats complémentaires.



## 2.3.3 Les « Fournisseurs » dans SESAM-Vitale

### 2.3.3.1 Contexte règlementaire

Les prestataires délivrant des dispositifs médicaux et assurant des prestations appelés communément « fournisseurs » représentent une catégorie extrêmement diverse tant au niveau des métiers exercés que des statuts. En revanche le domaine d'intervention est commun et régi par les articles L165-1 à L165-9, R165-1 à R165-30 du Code de la Sécurité Sociale.

Les produits et prestations susceptibles d'être pris en charge par l'Assurance Maladie doivent figurer sur la liste mentionnée à l'article L165-1 et sont pris en charge dans les conditions fixées aux articles R165-1 à R165-30 du Code de la Sécurité Sociale

### 2.3.3.2 L'identification du fournisseur

Un numéro d'assurance maladie est attribué au fournisseur. Pour la famille Fournisseur ce numéro n'identifie pas l'individu mais la structure (Personne physique ou morale quel que soit le mode d'exercice : artisan, commerçant, société, association) qui facture à l'assurance maladie.

### 2.3.3.3 Les professionnels concernés

- **Les Professionnel de Santé** : opticiens – audioprothésistes - orthésistes – ocularistes – épithésistes – podo orthésistes – orthoprothésistes
- **Les non Professionnel de Santé** : personnels "compétents" (notamment commerces de matériel médical)
- A côté de ces professionnels il existe généralement dans chaque point de vente **du personnel administratif** lequel pourra être doté de cartes selon sa fonction et son niveau de responsabilité.

### 2.3.3.4 Les activités du Professionnel Fournisseurs et son code spécialité

#### 2.3.3.4.1 Liste des activités concernées

Suivant l'activité principale de la structure, un code spécialité est attribué au Fournisseurs. Les Titres et chapitres sont des informations venant de la LPP.

Type d'activité du Professionnel	Code spécialité
Société (Titre I, titre II chapitre 4, titre IV)	60
Artisan (Titre I, titre II chapitre 4, titre IV)	61
Association (Titre I, titre II chapitre 4, titre IV)	62
Orthèses (Titre II, chapitre 1)	63
Optique médicale (Titre II, chapitre 2)	64
Audioprothèses (Titre II, chapitre 3)	65
Prothèses oculaires et faciales (Titre II, chapitre 5)	66
Podo-orthèses (Titre II, chapitre 6)	67
Ortho prothèses (Titre II, chapitre 7)	68

#### 2.3.3.4.2 Des dispositifs LPP exclus du périmètre SESAM-Vitale

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

Pour l'intégration des fournisseurs dans SESAM-Vitale sont exclus du périmètre les produits des dispositifs médicaux du titre III (Dispositifs médicaux implantables) : Code prestation : PII et PME.

Pour information :

- Le code prestation PME n'est pas dans le périmètre actuel de SESAM-Vitale.
- Le code prestation PII est déjà dans SESAM-Vitale pour les spécialités pharmaciens, mais reste exclu pour les fournisseurs.

### 2.3.3.5 **Les cartes CPx des Professionnels Fournisseurs**

Les Fournisseurs **PS** ont des cartes **CPS**.

Les Fournisseurs **non PS** ont des **CPE nominatives ou anonymes ou des CDE** nominatives (Directeur)

Les cartes CPS, CPE, CDE peuvent signer les factures et/ou les lots suivant les habilitations en carte.

Remarque : les fournisseurs ne sont pas éligibles à la détention de carte de remplaçant. Ils sont donc hors cadre de la gestion des remplaçants dans le système SESAM-Vitale.

## 2.3.4 Les Soins Médicaux Gratuits

### 2.3.4.1 **Contexte réglementaire**

Depuis la fin de la première guerre mondiale, la France a mis en œuvre un dispositif d'intervention publique permettant d'exprimer la souveraineté nationale et de sauvegarder l'ensemble des intérêts matériels et moraux des anciens combattants et victimes de guerre.

Ce dispositif, fixé par le Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (CPMIVG), reconnaît un droit à réparation, par l'Etat, aux victimes atteintes d'une infirmité ou d'une maladie résultant de tous faits de guerre et de service.

L'article L115 du CPMIVG dispose que l'Etat doit gratuitement, aux titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du code susvisé, les soins médicaux nécessités par les infirmités qui donnent lieu à pension, en ce qui concerne exclusivement les accidents et complications résultant de la blessure ou de la maladie qui ouvre droit à pension.

L'article L128 du CPMIVG dispose que les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du code susvisé ont droit aux appareils nécessités par les infirmités qui ont motivé la pension. Les appareils et accessoires sont fournis, réparés et remplacés aux frais de l'Etat tant que l'infirmité en cause nécessite l'appareillage.

L'appareillage est effectué sous le contrôle et par l'intermédiaire de l'Etat. Il est assuré par les centres d'appareillage du ministère des anciens combattants et victimes de guerre.

Le mutilé est comptable de ses appareils qui restent propriété de l'Etat.

Les modalités de l'appareillage sont fixées par instruction ministérielle.

### 2.3.4.2 **Population concernée**

Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du CPMIVG, résidant en France métropolitaine ou dans les départements et collectivités d'outre mer, bénéficient des soins médicaux gratuits.

La population est composée :

- d'anciens combattants y compris anciens appelés,
- de militaires ou anciens militaires, les étrangers ayant servi dans l'armée française,
- de supplétifs de l'armée ayant effectué leur service durant les conflits mondiaux ou coloniaux (tirailleurs marocains, algériens, tunisiens..) dans des unités régulières.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

- de victimes civiles de la guerre (exemple : déportés, internés), dont les victimes d'actes de terrorisme (VAT) commis depuis le 1er janvier 1982, auxquelles la loi N° 90-86 du 23 janvier 1990 confère la qualité de victime civile de guerre. Cela concerne les ressortissants français et étrangers victimes d'actes de terrorisme perpétrés sur le territoire français, ainsi que les ressortissants français victimes d'actes de terrorisme perpétrés à l'étranger. Pour les VAT, le bénéfice de la législation de l'article L115 résulte d'un choix.
- de militaires et réservistes en activité, dont le code constitue le dispositif du droit à réparation et de la prise en charge des soins nécessités par les blessures, infirmités, accidents et maladies imputables à l'activité de service

#### **2.3.4.3 Professionnel de Santé concernés**

Tous les professionnels de santé identifiés comme intégrés au périmètre du cahier des charges SESAM-Vitale (cf. Annexe 1-A0 § 2.2) sont émetteurs potentiels de flux en rapport avec les SMG, qu'ils exercent en centres de santé ou non.

#### **2.3.4.4 Remboursement des soins**

Le remboursement des SMG se fait sur la base du tarif conventionnel de l'assurance maladie obligatoire (AMO), sans application du ticket modérateur (100% du TRSS).

Les actes soumis à entente préalable en assurance maladie sont soumis à la procédure d'accord préalable au titre des SMG dans les mêmes conditions.

Il existe cependant des situations particulières qui impliquent un remboursement des prestations selon un mode différent de celui appliqué en assurance maladie.

Dans ces cas, le Professionnel de Santé adresse à la CNMSS une demande de prise en charge. Celle-ci est toujours requise avant la facturation.

#### **2.3.4.5 La procédure de Demande de Prise en charge SMG**

Cette procédure est réservée en principe aux cas suivants :

- **Prestations non remboursables ou déremboursées** et dans le cadre des Soins Médicaux Gratuits, tout acte **hors nomenclature ou non remboursable** ou tout médicament non remboursable ou déremboursé doit faire l'objet d'une demande de prise en charge.
- **Prestations pouvant être prises en charge à un tarif supérieur au TRSS.** L'accord préalable doit permettre une prise en charge AMO supérieure au TRSS assurance maladie. Le système de facturation devra donc permettre la prise en charge au titre des SMG de la différence entre le TRSS et le montant accordé par l'accord préalable SMG.

Ainsi, cette procédure est applicable :

- à tous les actes et prestations pour prise en charge d'un tarif supérieur au TRSS.
- aux prothèses dentaires réalisées par un chirurgien-dentiste ou un stomatologue dans le cadre des Soins Médicaux Gratuits.
- aux médicaments non remboursables ou déremboursés
- aux prestations jamais couverts par le régime de base mais pris en charge dans le cadre des SMG. (Exemples : couches, ostéopathie ...). Ce type de prestation est identifiée par le Professionnel de Santé dans la facture sous le code prestation SGS.

**La facturation correspondante est réalisée par le professionnel de santé uniquement après réception de l'accord de prise en charge.**

Cet accord de prise en charge mentionne un montant total de prise en charge que le Professionnel de Santé devra saisir lors de la facturation.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

*A un accord de prise en charge correspond une seule facture et inversement, une facture couvre une seule prise en charge. Il convient donc pour le professionnel de santé de facturer : d'une part les actes soumis à accord de prise en charge et d'autre part les actes non soumis à cet accord.*

### **Cas particulier des Propharmaciens**

Les Professionnels de Santé propharmaciens peuvent être amenés à dispenser à la fois des actes professionnels et à délivrer des prestations sanitaires ou médicaments.

Dans ce cas où un accord de prise en charge est nécessaire à la fois pour les actes professionnels et pour les médicaments, le propharmacien établit 2 demandes de prise en charge distinctes, l'une pour les actes professionnels, l'autre pour les médicaments.

#### **2.3.4.6 La procédure d'Entente Préalable**

Dans le cadre des SMG la procédure de demande d'accord préalable met en œuvre les mêmes règles de gestion que la procédure de l'entente préalable en assurance maladie

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

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

### **2.3.5 Les apports techniques**

La version 1.40 comprend les apports techniques suivants :

- le chiffrement optionnel des messages SMTP (chiffrement de transport),
- la compression et la décompression des messages,
- les consignes pour éviter les doublons de facture,
- la mise à jour des composants SESAM-Vitale.

Pour ce nouveau socle fonctionnel 1.40 addendum n°6, SESAM-Vitale garantit le fonctionnement uniquement sur des lecteurs 3.00 et supérieur.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

## 2.4 Les évolutions du système

Ce chapitre a pour objet de présenter aux éditeurs de logiciels d'une part les évolutions prévues à court terme et d'autre part d'informer les éditeurs sur les nouvelles orientations à venir modifiant la conception du système.

### Evolutions à court terme

La présente version du cahier des charges sera complétée ultérieurement par :

- l'extension de la liste d'opposition à tous les Professionnels de Santé et l'opposabilité de cette liste d'opposition à tous les Professionnels de Santé,
- la fourniture d'une boîte à outils permettant aux éditeurs de développer une solution autonome de mise à jour des fournitures SESAM-Vitale,
- l'utilisation de la carte Navette comme média de transmission des éléments de facturation entre le préleveur et le laboratoire d'analyses de biologie médicale,
- Le Projet de réforme consistant à remplacer les dates à prendre en compte pour déterminer la base et le taux de remboursement des soins effectués par un Professionnel de Santé par une seule et unique date de référence.

Ce projet de réforme exclut la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

Le Cahier des Charges précise dans l'annexe 2 que la date à prendre en compte est identifiée par l'une des règles T1, T3.1, T1 bis, T3.1bis, T1ter ou T3.1ter. Le projet de réforme permettra de simplifier ces règles.

A ce jour, la date « unique » n'est pas encore fixée. Cependant, il est nécessaire de prévoir cette évolution par un paramétrage de ces dates sur le poste de travail du Professionnel de Santé afin de faciliter la mise en œuvre de cette réforme sur le terrain.

### Evolutions à moyen terme

Dans le but notamment d'alléger le travail des éditeurs ainsi que d'accéder à des services en ligne, d'autres évolutions sont prévues à moyen terme.

Sont prévus :

- un module complet de tarification de la part obligatoire,
- un service permettant la consultation des droits en ligne,
- des modules de tarification complémentaire évoluant vers l'accès à des services distants (accès à des droits, calcul de tarifs).

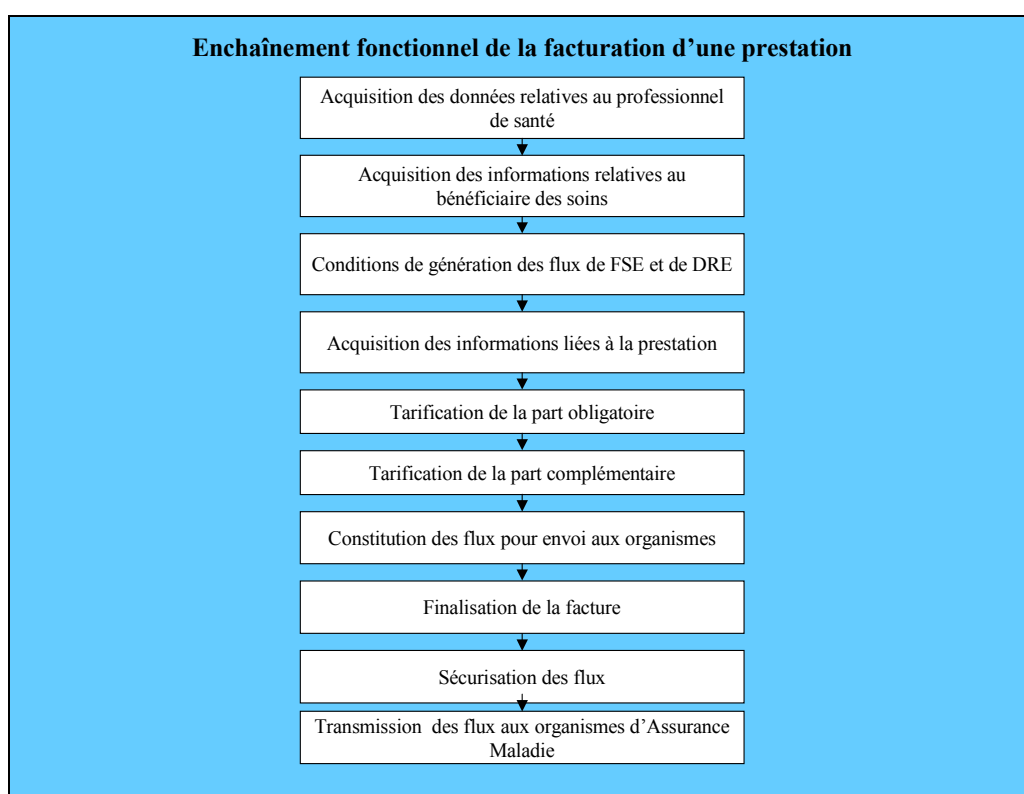
### 3 DESCRIPTION FONCTIONNELLE DE SESAM-VITALE

Ce chapitre décrit les fonctions de la version 1.40 du système de facturation du poste de travail du Professionnel de Santé.

Elles sont les suivantes :

- la consultation des données de la carte Vitale,
- la dématérialisation de la facture en tiers payant ou hors tiers payant chez le Professionnel de Santé tant pour la part obligatoire que pour la part complémentaire,
- le traitement des retours,
- l'administration du système SESAM-Vitale : suivi de parc et mise à jour du poste de travail ; la liste d'opposition.

La participation du poste de travail du Professionnel de Santé à ces fonctions est décrite dans le chapitre 4.



La dématérialisation des factures consiste à collecter l'ensemble des informations de facturation (acquisition des données relatives au Professionnel de Santé, au bénéficiaire des soins, des données liées à la prestation...) et à procéder au calcul des montants des parts obligatoire et/ou complémentaire. Lorsque la phase de tarification est terminée, les FSE et/ou DRE sont élaborées sur cette base commune.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

### **3.1 Lecture de la carte Vitale**

La lecture de la carte Vitale doit être permise aux professionnels de Santé indépendamment de la réalisation d'une facture.

### **3.2 Facturation d'une prestation sur le poste de travail du Professionnel de Santé**

#### **3.2.1 Acquisition des informations liées au Professionnel de Santé**

Les informations liées au Professionnel de Santé concernent :

- les informations d'identification du Professionnel de Santé,
- les situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé.

La Carte de Professionnel de Santé impose que le code porteur soit fourni pour la lecture des situations d'exercice et de facturation du 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.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### **3.2.1.1 Médecin référent**

Suivant l'arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes, il a été créé l'**option conventionnelle Médecin Référent**.

Les assurés ayant choisi un médecin référent peuvent bénéficier pour eux et leurs ayants-droit âgés de moins de seize ans et figurant sur la carte Vitale d'une procédure de dispense d'avance de frais pour les actes réalisés par ce médecin. Les ayants-droit de 16 ans et plus peuvent aussi choisir leur médecin référent.

Le dispositif du médecin référent ne doit pas être confondu avec celui du médecin traitant (cf. 3.2.1.5 Médecin traitant).

Pour un patient ayant désigné son médecin référent en tant que médecin traitant, les principes des deux dispositifs s'appliquent simultanément dans la limite du contrat médecin référent en cours (absence de modulation du ticket modérateur dans le cas où le parcours de soins est respecté et droit au Tiers Payant au titre de l'option Médecin Référent).

Par contre, un patient n'ayant pas déclaré de médecin traitant à sa caisse d'assurance maladie se trouve de fait hors parcours de soins chez son médecin référent (en dehors des cas d'urgence et de hors résidence habituelle du patient). En conséquence, un reste à charge sur la part obligatoire existe alors malgré le tiers payant coordonné possible.

Si un patient a désigné un autre médecin en tant que médecin traitant, son adhésion au dispositif médecin référent est annulée : il n'a, de fait, plus de médecin référent.

### **3.2.1.2 Médecin propharmacien**

L'implémentation par les éditeurs de la fonctionnalité « propharmacien » est optionnelle.

Les Professionnels de Santé propharmaciens peuvent, à partir de leur environnement de travail, indiquer dans la facture les actes servis et les médicaments délivrés.

Le Professionnel de Santé peut réaliser au domicile de l'assuré une facture comportant des actes pharmaceutiques (PH1, PH4, PH7, ...) sans renseigner le code affiné associé (code CIP).

Le renseignement du code affiné est obligatoire pour les médicaments délivrés au cabinet du Professionnel de Santé.

### **3.2.1.3 Professionnel de Santé Remplaçant**

La situation de remplacement fait l'objet d'un mode de fonctionnement spécifique.

La gestion des remplaçants est spécifiée dans ce Cahier des Charges uniquement pour les catégories de Professionnels de Santé Prescripteurs et Pharmaciens.

Les données du Domaine de l'Assurance Maladie (DAM) de la CPS du Professionnel de Santé remplacé doivent être copiées sur son poste de travail. Le Professionnel de Santé remplaçant dispose d'une CPS dotée d'un volet d'identification et d'un Domaine d'Assurance Maladie (DAM) banalisé.

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, le Professionnel de Santé remplaçant hérite de tous les paramètres du médecin remplacé.

Le Professionnel de Santé remplacé et le Professionnel de Santé remplaçant sont identifiés dans les flux électroniques créés par le remplaçant.

La facture est élaborée à partir des données de facturation du Professionnel de Santé remplacé et de la CPS du Professionnel de Santé remplaçant.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

### 3.2.1.4 Centre de Santé

Pour les Centres de Santé, les informations conventionnelles contenues dans le Domaine de l'Assurance Maladie (DAM) de la CPS sont banalisées. En conséquence, les informations conventionnelles à prendre en compte sont celles qui sont contenues sur le poste de travail ou sur des serveurs ce qui nécessite leur paramétrage préalable.

### 3.2.1.5 Médecin traitant

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

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

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

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

Dans le cas contraire, il est dit « hors parcours coordonné de soins ». Sauf exception (cf. Annexe 2), son remboursement par le régime obligatoire est alors réduit.

Si une prescription est faite par le médecin traitant ou son médecin correspondant, son exécution chez certains professionnels exécutants entraîne une prise en charge spécifique par les contrats complémentaires responsables (dits aussi « contrats aidés »).

### 3.2.1.6 Option de coordination

La convention médicale de janvier 2005 introduit l'option conventionnelle de coordination. Elle est ouverte aux médecins généralistes et spécialistes :

- du secteur I avec droit permanent au dépassement,
- du secteur II.

Le médecin s'engage alors, pour les patients qui lui sont adressés par le médecin traitant ou un médecin orienteur, à appliquer pour les actes cliniques, le tarif conventionnel et à limiter les dépassements sur les actes techniques.

### 3.2.1.7 Professionnel de Santé Prescripteur

Outre les Professionnel de Santé de la famille « Prescripteurs » (cf. Annexe1-A0), ~~certains spécialités de la famille « Auxiliaires Médicaux »~~ les autres familles de Professionnels de Santé peuvent également prescrire dans les limites de la réglementation en vigueur.

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.

### 3.2.1.8 Fournisseurs

Page 42 / 160	G.I.E. SESAM-VITALE	Réf. PDT-CDC-001
---------------	---------------------	------------------

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

Pour les professionnels de la famille Fournisseurs lors de l'élaboration d'une facture, le système de facturation doit utiliser les informations conventionnelles (informations relatives à la situation conventionnelle, à la spécialité, à la zone tarifaire et aux indemnités kilométriques) contenues sur le poste de travail.

En effet, en dehors du numéro de facturation et des habilitations de signature, les informations, dans le Domaine de l'Assurance Maladie (DAM) de la CPS restituées par la lecture de la carte CPx ne sont pas significatives.

### 3.2.2 Acquisition des informations liées au bénéficiaire des soins

Les informations liées au bénéficiaire des soins concernent les informations :

- de sa situation au regard du remboursement de la part obligatoire,
- de sa situation au regard du remboursement de la part complémentaire.

Ces informations sont acquises à partir des données de la carte Vitale, ou de tout autre support éventuel.

Si la date de fin de validité de la carte Vitale est dépassée, le Professionnel de Santé ne dispose d'aucune information issue de la carte.

#### 3.2.2.1 Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part obligatoire

##### Acquisition à partir de la carte Vitale

L'acquisition des informations du bénéficiaire s'effectue en fonction de la date de consultation des données de la carte Vitale (selon spécifications décrites dans les annexes 1 et 2).

Le Professionnel de Santé identifie le bénéficiaire des soins pour lequel la facture est élaborée.

##### Accident de travail

Le Professionnel de Santé peut réaliser une feuille de soins électronique sécurisée (sous certaines conditions, Cf. Annexe 2) lorsque les soins sont consécutifs à un accident de travail et que la victime fournit au Professionnel de santé la feuille d'Accident du Travail ou de Maladie Professionnelle (dénommée feuillet AT) et éventuellement les éléments permettant d'identifier l'organisme gérant le risque AT, éventuellement les éléments permettant d'identifier l'AT.

Le Professionnel de Santé peut donc réaliser une FSE sécurisée pour des soins consécutifs à un accident de travail avec le risque AT, à partir des informations de la carte Vitale, du feuillet AT complété éventuellement d'une attestation<sup>2</sup> d'affiliation/appartenance à une caisse gestionnaire de l'AT, d'un courrier de la caisse ou de la déclaration de la victime<sup>3</sup>.

Si plusieurs AT sont présents en carte Vitale, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de sélectionner l'AT concerné en fonction des éléments fournis par la victime.

A défaut d'informations précises fournies par la victime et si la caisse gestionnaire du risque AT est indiquée en carte Vitale, c'est cette dernière qui doit être prise en compte.

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

<sup>2</sup> ~~La possibilité par un Professionnel de Santé de saisir les informations présentes sur une attestation « d'affiliation/appartenance » doit être autorisée par le progiciel en fonction d'un régime à une date donnée. Particularité pour le code régime 02 (régime agricole) le paramétrage doit aller jusqu'à la caisse gestionnaire.~~

<sup>3</sup> ~~La possibilité par un Professionnel de Santé de saisir les informations fournies par la victime sur simple déclaration doit être autorisée par le progiciel en fonction d'un régime à une date donnée. Particularité pour le code régime 02 (régime agricole) le paramétrage doit aller jusqu'à la caisse gestionnaire.~~

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

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

Les données des tables 11.x de l'annexe 2 de ce cahier des charges sont susceptibles d'évoluer, l'éditeur doit rendre ces tables les plus évolutives possibles.

### *Les droits des bénéficiaires à l'assurance maladie obligatoire*

La lecture de la carte Vitale apporte au Professionnel de Santé les informations sur les droits de l'assuré et de ses ayants droit.

#### *Droits de base*

Suivant les dispositions législatives liées à la Couverture Maladie Universelle (loi n°99-641 ; Art 5) : « Une personne ne peut perdre le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité que si elle cesse de remplir la condition de résidence [...] ou si elle est présumée absente dans les conditions prévues par l'article 112 du code civil. ». Il n'y a plus lieu de tenir compte de l'information « date de fin de droits AMO » éventuellement inscrite en carte Vitale pour apprécier le droit aux prestations AMO.

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

#### *Accès au tiers payant*

Afin d'inciter les bénéficiaires à mettre à jour leur carte Vitale, l'accès au tiers payant AMO est limité en fonction de la date de fin de droits AMO ; la mise à jour de la carte Vitale a pour effet, notamment, la prolongation des droits AMO en carte.

Le Professionnel de Santé peut toutefois accorder le tiers payant au-delà de la date de fin de droits AMO, notamment en cas d'obligation réglementaire du tiers-payant (cf. Annexe2). Cet accord entraîne alors un forçage de la facture.

#### *Droits éventuels à exonération*

Les informations relatives à une exonération de ticket modérateur figurant en carte Vitale ne sont accessibles qu'aux Professionnels de Santé, aux établissements de santé et aux agents des organismes gérant un régime de base d'Assurance Maladie. Cet accès requiert l'emploi d'une Carte de Professionnel de Santé (CPS, CPE, CDE, CPF).

Les droits à exonération du ticket modérateur à prendre en compte sont nécessairement ceux figurant sur la carte Vitale et en vigueur à la date des soins ou à la date de prescription (cf. annexe 2).

Le Professionnel de Santé peut accepter de procéder au tiers payant et réaliser une FSE dans la limite :

- de validité des droits d'exonération contenus dans la carte Vitale du patient,
- de l'accès au tiers payant tel que défini plus haut.

L'AMO s'engage, sous des conditions définies par voie conventionnelle, à rembourser le Professionnel de Santé sur la base des droits inscrits dans la carte quelle que soit la situation réelle du bénéficiaire à cet égard.

#### *Protocole de Soins ALD*

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

Le Professionnel de Santé le consulte en complément de la carte Vitale.

Les bénéficiaires de ce protocole sont concernés par les dispositions liées au parcours de soins mais dispensés d'orientation explicite dès lors que les soins sont conformes au protocole et que le bénéficiaire a déclaré un médecin traitant.

### **Soins Médicaux Gratuits**

Page 44 / 160	G.I.E. SESAM-VITALE	Réf. PDT-CDC-001
---------------	---------------------	------------------

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### Supports justificatifs du bénéfice des SMG

#### Le bénéficiaire des soins fournit :

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

Aucune autre pièce ne doit être demandée à l'assuré dans le cadre de l'exécution de cette ordonnance.

A partir des informations contenues sur ces supports, le Professionnel de Santé identifie les droits aux SMG et établit la relation des soins avec les infirmités ayant donné lieu à pension.

#### Droits aux SMG

Dans le cadre des SMG, les droits aux SMG sont justifiés par la production soit de l'attestation et de la fiche descriptive des infirmités donnant droit aux SMG, soit de l'ordonnance mentionnant le rapport des soins avec les infirmités ayant donné lieu à pension.

Ainsi l'appréciation des droits aux SMG n'est pas réalisée par un contrôle des droits de base AMO en carte.

#### Accès au tiers payant AMO

L'accès au tiers payant est justifié par le choix du contexte SMG par le Professionnel de Santé.

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

Par ailleurs, la part remboursable AMO sera facturée par le Professionnel de Santé en tiers payant AMO à chaque fois que c'est possible.

### 3.2.2.2 Situation du bénéficiaire au regard du remboursement de la part complémentaire

Les informations nécessaires à la prise en compte de la part complémentaire (informations d'identification, de tarification et de routage) sont soit issues de la carte Vitale soit issues ou saisies par le Professionnel de Santé à partir d'un support de droit AMC.

En cas de présentation par l'assuré d'un autre support de droit AMC (attestation papier, carte AMC ou information permettant de se connecter à un serveur....) alors que des données complémentaires figurent dans la carte Vitale, le support AMC prévaut sur le contenu complémentaire (zone AMC ou Mutuelle) de la carte Vitale.

#### Date de référence part complémentaire pour le contrôle des droits

La date à prendre en compte pour déterminer l'ouverture des droits est identique à celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (les règles de détermination de la date à prendre en compte pour la tarification AMC de la part complémentaire 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 » ou « Fournisseurs » :

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 » ou « Fournisseurs » 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).

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 45 / 160
------------------	---------------------	---------------

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

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.

#### « Réponse de prise en charge » sur la part complémentaire

La « réponse de prise en charge » complémentaire ne constitue pas un support de droits, mais est une information supplémentaire. Lorsqu'elle est positive (accord de prise en charge), la « réponse de prise en charge » garantit le remboursement par un organisme d'assurance maladie complémentaire, sauf élément contraire dans la convention signée entre le Professionnel de Santé et l'organisme complémentaire.

En présence d'une « réponse de prise en charge » positive, le Professionnel de Santé renseigne la référence de la « réponse de prise en charge » présente sur ce support.

### 3.2.2.3 Parcours coordonné de soins

#### Saisie des informations liées au dispositif médecin traitant et parcours coordonné de soins

Les tarifications du régime obligatoire et du régime complémentaire sont liées au parcours coordonné de soins et utilisent des informations saisies par le Professionnel de Santé. Celles-ci sont selon le cas :

- Existence d'un médecin traitant,  
Cette information est notamment disponible, à titre informatif, sur la carte Vitale du patient.
- Facture élaborée
  - par le médecin traitant,
  - par le nouveau médecin traitant,
  - en accès direct spécifique,
  - en urgence,
  - hors résidence habituelle du patient,
  - par un généraliste récemment installé,
  - par un médecin installé en zone sous médicalisée,
  - par un médecin traitant de substitution (médecin traitant remplacé),
  - par un médecin correspondant,
  - par un médecin pour un bénéficiaire orienté (par un autre médecin que le médecin traitant),
  - en hors accès direct spécifique,
  - hors parcours de soins,
- Nom et prénom du médecin ayant orienté (cas d'orientation),
- Prescription établie
  - par le médecin traitant,
  - par le médecin correspondant,
  - dans le respect du parcours (autre que par le médecin traitant et le médecin correspondant),
  - hors parcours de soins.

#### Majorations de coordination

Un médecin consulté dans le respect du parcours coordonné de soins est autorisé sous certaines conditions à facturer une majoration de coordination, prise en charge par le régime obligatoire.(cf. Annexe 2)

#### Dépassements

Pour les actes techniques effectués dans les cas d'orientation, d'accès direct spécifique ou de hors résidence habituelle du patient, le médecin ayant signé l'option de coordination peut pratiquer le « Dépassement Maîtrisé » (DM). Ce dépassement n'est pas couvert par le régime obligatoire.

Le non respect du parcours coordonné de soins par le patient autorise les médecins spécialistes<sup>4</sup> de secteur I à pratiquer le « Dépassement Autorisé » (DA), qui n'est pas couvert par le régime obligatoire.

<sup>4</sup> Les médecins spécialistes sont définis dans le paragraphe 6 Glossaire

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### *Part obligatoire*

Le non respect du parcours coordonné de soins par le patient conduit à un remboursement réduit de la part de son régime obligatoire.

### *Part complémentaire*

D'une manière générale, un contrat d'assurance maladie complémentaire peut tenir compte du parcours de soins pour le calcul des remboursements.

Les contrats d'assurance maladie complémentaire qui relèvent du dispositif « contrats responsables » (dits aussi « contrats aidés») tiennent compte du dispositif du parcours coordonné de soins pour le calcul de la part complémentaire.

#### **3.2.2.4 Règles d'application de la garantie de paiement**

- Pour les AMO, cette notion est introduite dans la réglementation par le décret Vitale (Art. R 161.33.8) qui permet aux organismes servant des prestations au titre d'un régime de base d'assurance maladie, en cas de tiers payant, de calculer les sommes dues au Professionnel de Santé sur la base des informations figurant en carte et selon les modalités fixées par convention.

La garantie de paiement s'applique uniquement pour les factures sécurisées en mode SESAM-Vitale (cf chapitre sur la sécurisation des flux SESAM-Vitale).

La garantie de paiement s'applique lorsque le Professionnel de Santé utilise les données contenues dans la carte Vitale **sans les modifier**, et si la carte Vitale n'est pas en opposition dès lors que des conventions ont été conclues avec les Professionnels de Santé dans ce sens.

Ainsi, toute modification d'une des données de la carte Vitale par le Professionnel de Santé entraîne de fait la non application de la garantie de paiement. L'acte de modifier la valeur d'une des données de la carte Vitale est désigné par le terme de « forçage ».

Ce principe est susceptible de s'étendre selon les accords conventionnels aux référentiels de tarification.

- Pour les AMC, de manière générale, l'application de la garantie de paiement est fonction des conventions signées entre le Professionnel de Santé et l'AMC.

#### **3.2.2.5 Elaboration d'une FSE dans le cadre de la délivrance du contraceptif d'urgence**

Dans le cadre de la délivrance du contraceptif d'urgence à une mineure et pour assurer son anonymat, les pharmaciens peuvent utiliser le mode de sécurisation SESAM sans Vitale.

Lors de la délivrance du contraceptif d'urgence, le Professionnel de Santé réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- le code CIP du produit de contraception d'urgence,
- un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité du bénéficiaire : 2 55 55 55 xxx 041, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie,
- la clé du NIR, calculée à partir du NIR fictif,
- la date de naissance, renseignée soit avec la date de naissance du bénéficiaire (si elle accepte de la communiquer), soit avec la date de naissance fictive (09012002),
- un numéro fictif de prescripteur (yy199999 où yy représente le numéro du département du lieu d'implantation de la pharmacie),
- la clé du numéro d'identification du prescripteur calculée à partir du numéro fictif,
- une date de prescription correspondant à la date de délivrance du contraceptif d'urgence.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

Cette FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie.

Les éléments suivants sont contenus sur les postes de travail ou serveurs, ce qui nécessite un paramétrage préalable :

- le NIR fictif et sa clé,
- le numéro de prescripteur fictif et sa clé,
- la date de naissance fictive (modifiable si la mineure accepte de la communiquer),
- l'identifiant de la caisse de rattachement du **PS-Professionnel de Santé** (CPAM de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie).

### 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).

#### Cas particulier des prestations pharmaceutiques et des dispositifs de la LPP pour les droits à la CMU-C :

Pour la CMU-C en ce qui concerne les prestations pharmaceutiques et les dispositifs de la LPP, il convient de ~~considérer~~ retenir la date de délivrance comme date de référence (cf. § 4.2.1.3.2).

**Remarque :** Le contexte SMG est prioritaire sur toute situation particulière du bénéficiaire de soins..

#### 3.2.2.6.1 Bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle

Conformément aux dispositions législatives (loi n° 99-641) la Couverture Maladie Universelle (CMU) permet :

- d'affilier à un régime d'Assurance Maladie Obligatoire les personnes qui ne disposent d'aucune couverture de base (Cf. § - Les droits des bénéficiaires à l'Assurance Maladie Obligatoire) et,
- d'offrir aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un seuil déterminé par décret, une protection complémentaire sans contrepartie contributive, pendant un an renouvelable. A ce titre, la personne bénéficie en particulier de la dispense d'avance des frais.

Cette prestation complémentaire peut être servie à l'assuré soit par sa caisse d'Assurance Maladie Obligatoire, soit par un organisme complémentaire de son choix référencé sur une liste disponible auprès de sa caisse de rattachement.

Le Professionnel de Santé ne peut appliquer de dépassement tarifaire pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la CMU complémentaire, sauf en cas d'exigence particulière du patient (des dispositions spécifiques sont prévues pour les prothèses dentaires et les lunettes).

~~Pour les bénéficiaires du droit à la CMU complémentaire ne respectant pas le parcours coordonné de soins, les médecins spécialistes peuvent pratiquer le dépassement autorisé « DA ». Ce dépassement reste en totalité à la charge du bénéficiaire (il n'est pas pris en charge par la CMU complémentaire).~~

Les dépassements maîtrisé « DM » et autorisé « DA » ~~n'est~~ ne sont pas autorisés pour les patients bénéficiaires du droit à la CMU complémentaire.

**Le Professionnel de Santé doit :**

- identifier que le bénéficiaire des soins est couvert par un contrat de CMU Complémentaire (CMU-C),
- appliquer le tiers payant sur la part AMO et la part **AMC complémentaire**. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.
- saisir le tarif applicable dont il a été informé par les caisses (tarif de responsabilité, c'est-à-dire **sans dépassement**) sauf :
  - exigence particulière du patient,

Page 48 / 160	G.I.E. SESAM-VITALE	Réf. PDT-CDC-001
---------------	---------------------	------------------

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

- pour les médecins spécialistes, quand le parcours coordonné de soins n'est pas respecté,
- dans le cas de dispositions réglementaires particulières prévues pour les chirurgiens-dentistes et les opticiens notamment.

L'éditeur doit s'assurer que la prise en compte du tarif applicable et que la dispense d'avance de frais correspondante sont possibles (sans blocage par le progiciel).

#### **Accord sur devis pour les régimes obligatoires**

Dans le cadre de la CMU-C, des devis peuvent être établis (en optique notamment). Ces devis peuvent donner lieu à accord ou refus de prise en charge. Dans le cas d'un accord de prise en charge, le devis envoyé au bénéficiaire des soins, l'informe du montant pris en charge au titre de la CMU-C.

Les devis CMU-C ne comportent pas de référence de prise en charge.

Dans ce contexte le renseignement de la référence de la « réponse de prise en charge » est facultatif.

#### **« Réponse de prise en charge » sur la part complémentaire**

Le renseignement de la référence de la « réponse de prise en charge » est obligatoire.

#### **3.2.2.6.2 Sortants de CMU Complémentaire**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit dans son article 38 l'insertion suivante à l'article L 861-3 du code de la sécurité sociale :

« Les personnes dont le droit aux prestations définies aux cinq premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration du droit, de la procédure de dispense d'avance de frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité ».

La loi CMU (loi n°99-641 du 27/07/1999) prévoit au I de l'article 23 :

« Après l'article 6 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, il est inséré un article 6-1 ainsi rédigé :

*A l'expiration de son droit aux prestations définies à l'article L 861-3 du code de la Sécurité Sociale, toute personne ayant bénéficié de la prise en charge prévue au b de l'article L 861-4 de ce code reçoit de l'organisme auprès duquel elle bénéficiait de cette prise en charge la proposition de prolonger son adhésion ou son contrat pour une période d'un an, avec les mêmes prestations et pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté ».*

#### **Dans tous les cas, le Professionnel de Santé doit :**

- identifier le bénéficiaire comme « sortant de CMU Complémentaire » à partir des éléments fournis par celui-ci (carte Vitale, attestation AMO).
- appliquer le tiers payant sur la part obligatoire, le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

Le Professionnel de Santé peut appliquer un tiers payant sur la part complémentaire si le bénéficiaire des soins justifie des droits au tiers payant complémentaire et si une convention de tiers payant existe entre le Professionnel de Santé et l'Assurance Maladie Complémentaire. Le Professionnel de Santé doit pouvoir identifier les droits au regard de l'Assurance Maladie Complémentaire, à partir de tout support AMC, dans le cas où cet organisme n'est pas identifié en carte Vitale.

#### **3.2.2.6.3 Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire**

L'article 56 de la Loi du 13 août 2004 prévoit pour les personnes dont les revenus dépassent le plafond de la CMU-C de moins de 15% un droit à une aide à l'acquisition d'une complémentaire.

L'avenant n° 8 à la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signé le 12 janvier 2005 introduit une dispense d'avance de frais pour les personnes et leurs ayants-droits exonérés ou non du ticket modérateur, pouvant prétendre au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire.

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 49 / 160
------------------	---------------------	---------------

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

Cette dispense d'avance de frais est réalisée sur la seule part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire.

De plus, elle est possible à compter de la remise par la caisse de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire et ceci pour une durée de 18 mois que l'assuré choisisse ou non d'exercer ce droit auprès d'un organisme complémentaire.

La justification du droit à cette modalité de dispense d'avance de frais est fournie au médecin consulté par la carte Vitale de l'assuré et/ou par la présentation du document papier attestant du droit au tiers payant de l'assuré dans le cadre de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire.

Ce dispositif s'applique dès lors que le bénéficiaire n'est pas dans la situation « hors parcours de soins » .

#### **Le Professionnel de Santé médecin doit :**

- identifier que le bénéficiaire des soins est bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire à partir des éléments fournis par celui-ci (carte Vitale, attestation AMO),
- appliquer le tiers payant sur la part obligatoire si les soins sont réalisés dans le respect du parcours coordonné de soins ou non concernés par le parcours. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

#### **3.2.2.6.4 Aide médicale d'Etat**

Le Professionnel de Santé peut élaborer une FSE dans le cadre de l'aide médicale d'Etat.

Il doit appliquer le tiers payant sur la part AMO et la part ~~AMC~~ complémentaire. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

##### **• AME de base**

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

Ces personnes ne possèdent pas de carte Vitale **mais uniquement** une attestation de droits AME (~~Notification d'Attestation d'admission à l'aide médicale de l'Etat~~). ~~Leur NIR (numéro d'immatriculation) est provisoire~~. La procédure dégradée doit donc être utilisée.

##### **• AME complémentaire**

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

Ces personnes possèdent une carte Vitale **et** une attestation de droits AME (~~Notification d'Attestation d'admission à l'aide médicale d'Etat~~ **pour la part Complémentaire**). ~~Ces personnes possèdent un NIR définitif~~. Il convient de réaliser une Feuille de Soins Electronique.

~~Le Professionnel de Santé doit appliquer le tiers payant sur la part AMO et la part AMC. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.~~

#### **3.2.2.6.5 Migrants de passage**

Il s'agit de ressortissants étrangers pris en charge par le régime général pendant un séjour temporaire et uniquement dans le cas où il existe une convention bilatérale entre la France et le pays d'origine.

Ces personnes sont identifiées par un NIR ayant une structure spécifique.

Elles ne sont pas détentrices d'une carte Vitale, la procédure dégradée doit donc être utilisée. De plus, les migrants dits de passage ne sont pas concernés par le dispositif Médecin traitant et le parcours coordonné de soins.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### 3.2.3 Conditions de génération des flux de FSE et DRE

#### 3.2.3.1 Les documents donnant lieu à dématérialisation

Le système SESAM-Vitale permet de dématérialiser les documents papier suivants :

- la feuille de soins médecin,
- la feuille de soins chirurgien-dentiste,
- la feuille de soins sage-femme,
- la feuille de soins pharmacien,
- la feuille d'honoraires d'actes de biologie médicale,
- la feuille de soins des auxiliaires médicaux,
- la feuille de soins fournisseurs,
- la facture subrogatoire,
- le feuillet Accident du Travail (sous certaines conditions ; cf. annexe 2),
- le guide de maternité (sous certaines conditions ; cf. annexe 2),
- le carnet de soins gratuits SMG.

Les principes de dématérialisation de ces documents sont conformes à la réglementation<sup>5</sup> et aux accords conventionnels.

#### 3.2.3.2 Principes d'élaboration des flux

Lorsque le Professionnel de Santé réalise une FSE et une DRE, les deux factures sont établies sur la base des mêmes informations ce qui en garantit la cohérence.

Les informations nécessaires au remboursement de la part obligatoire sont transmises dans la FSE.

Les informations nécessaires au remboursement d'une éventuelle part complémentaire sont transmises, en fonction des conditions de génération des flux, soit dans la DRE, soit dans la FSE.

La somme des montants des parts obligatoire et complémentaire doit être inférieure ou égale à la dépense réelle.

#### *Date de fin de validité de la carte Vitale*

Si la date de fin de validité de la carte Vitale est dépassée, le Professionnel de Santé ne peut pas réaliser de flux signé avec la carte Vitale (cf chapitre 3.4.1.2 – Dysfonctionnements).

#### *Carte Vitale en opposition*

Si la carte Vitale est en opposition, le Professionnel de Santé ne peut produire ni FSE ni DRE.

Ce chapitre concerne actuellement la catégorie des Professionnels de Santé dont la convention précise l'utilisation de cette liste (Pharmacien PH).

La mise en œuvre, éventuellement avec des procédures adaptées, de la liste d'opposition, pourra être étendue à terme à l'ensemble des Professionnels de Santé en fonction de conventions signées avec l'Assurance Maladie.

#### **Activation de la liste d'opposition :**

Le Professionnel de Santé décide de l'activation ou de la désactivation du service d'opposition sur son poste de travail.

Dès l'activation du service de la liste d'opposition par le Professionnel de Santé sur son poste de travail, celui-ci doit être alerté dans le cas de non réception. cf. *Annexe 6*.

<sup>5</sup> Il s'agit du décret relatif aux documents ouvrant droit aux prestations de l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique. Les articles mentionnés dans le présent document font référence à ce décret.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

### **3.2.3.3 Conditions d'élaboration des parts obligatoire et complémentaire**

#### **3.2.3.3.1 Conditions d'élaboration de la part obligatoire**

L'élaboration de la part obligatoire doit être conforme à la réglementation.

#### **3.2.3.3.2 Conditions d'élaboration de la part complémentaire**

Les conditions d'élaboration de la part complémentaire sont les suivantes :

- l'assuré a fourni les éléments nécessaires et suffisants à la prise en compte de la part complémentaire,
- le Professionnel de Santé a signé une convention avec un organisme gérant la part complémentaire,
- le Professionnel de Santé accepte de générer une part complémentaire en tiers payant ou en hors tiers payant à destination de l'organisme concerné,
- le Professionnel de Santé a réalisé un acte non remboursable AMO ou un acte non remboursé dans sa totalité par l'AMO.

#### **3.2.3.4 Les différents types des flux (FSE et DRE)**

Le Professionnel de Santé peut procéder à la constitution :

- **D'un flux « FSE sans DRE »** dans deux cas de figure :
  - Cas d'une FSE comportant uniquement les données nécessaires au remboursement de la part obligatoire, cas où :
    - les prestations n'ont pas de part complémentaire remboursable,
    - l'assuré ne cotise pas à un AMC ou ne fait pas état de son contrat avec la complémentaire,
    - les AMC ne peuvent pas recevoir de DRE ou ne souhaitent en recevoir que dans certaines configurations de traitement (indicateur de traitement AMC),
    - le Professionnel de Santé n'a pas de convention avec l'AMC,
    - le Professionnel de Santé ne souhaite pas envoyer de DRE.
  - Cas d'une FSE comportant les données nécessaires au remboursement de la part obligatoire et de la part complémentaire, cas où :
    - les AMO gèrent les parts obligatoire et complémentaire (en direct, par convention de gestion) et le Professionnel de Santé a signé une convention avec les organismes concernés,
    - les AMC gèrent les parts obligatoire et complémentaire (en direct, par délégation de gestion) et le Professionnel de Santé a signé une convention avec l'organisme concerné,
    - le Professionnel de Santé est lié contractuellement à un OCT qui se charge de l'éclatement des FSE et le Professionnel de Santé a signé une convention avec l'organisme couvrant la part complémentaire.

NB : la FSE peut éventuellement ne comporter que des données nécessaires au remboursement de la part complémentaire pour des actes qui ne sont remboursables que sur la part complémentaire.

- **De flux « FSE et DRE »** : c'est le cas d'une prestation dont la part obligatoire fait l'objet d'une FSE, et pour laquelle il reste une part complémentaire à rembourser par un AMC, et où les conditions sont remplies pour l'envoi d'une DRE. La DRE est adressée directement à l'AMC. Les deux flux peuvent également être adressés à un OCT qui les transmettra aux organismes concernés.

**Les AMO et les AMC sont respectivement informés de l'éclatement des flux.**

- **D'un flux « DRE sans FSE »** : lorsque le Professionnel de Santé réalise une prestation dont la part complémentaire est facturée seule ou lorsqu'une prestation est non remboursable par un AMO, mais prise en charge par un AMC.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

- **De flux « DRE rectificative ou d'annulation »** : lorsqu'un Professionnel de Santé annule sa DRE, ou quand il émet de nouveau une DRE, qui a été refusée pour diverses raisons, et qu'il souhaite apporter un correctif. La DRE rectificative ou d'annulation est toujours créée à l'initiative du Professionnel de Santé.

### **3.2.3.5 Constitution des flux (FSE et DRE)**

#### **3.2.3.5.1 Constitution des FSE**

##### **3.2.3.5.1.1 Conditions de la création de la FSE**

Les FSE sont élaborées conformément aux dispositions réglementaires.

Pour générer une FSE contenant une part complémentaire, les éléments suivants doivent être réunis :

- le Professionnel de Santé respecte les conditions d'élaboration de la part complémentaire décrites précédemment,
- le Professionnel de Santé accepte de générer une FSE (tiers payant ou hors tiers payant) contenant les informations relatives à la part complémentaire.

Le Professionnel de Santé peut réaliser une FSE contenant une part complémentaire dans deux situations :

- dans le cas où les données relatives aux parts obligatoire et complémentaire sont transmises au même organisme destinataire (convention de gestion ou délégation de gestion) et le Professionnel de Santé a signé une convention de transmission de FSE avec l'organisme concerné,
- dans le cas où le Professionnel de Santé délègue l'éclatement des FSE à un OCT et a signé une convention avec l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire concerné.

##### **3.2.3.5.1.2 Principes de la création de la FSE**

Les éléments constitutifs de la FSE sont créés sur le poste de travail du Professionnel de Santé à partir :

- d'informations définies réglementairement. Il s'agit :
  - des informations d'identification, de situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé contenues dans la Carte du Professionnel de Santé et/ou sur son poste de travail,
  - des informations contenues dans la carte Vitale identifiant le bénéficiaire,
  - des informations contenues dans la carte Vitale identifiant la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire dont dépend le bénéficiaire,
  - des droits à l'Assurance Maladie Obligatoire du bénéficiaire contenus dans la carte Vitale,
  - des informations saisies par le Professionnel de Santé,
  - des données relatives à l'Aide Médicale d'Etat présentes sur le poste de travail du Professionnel de Santé,
  - de l'application de la réglementation,
  - de l'application des règles de tarification de l'Assurance Maladie.
- d'informations définies conventionnellement. Il s'agit des données relatives à la (aux) convention(s) qui lie(nt) le Professionnel de Santé aux organismes d'Assurance Maladie Obligatoire.
- éventuellement d'informations liées à la part complémentaire. Il s'agit :
  - d'informations contenues dans la carte Vitale ou tout autre support AMC identifiant l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire,
  - des données relatives à la (aux) conventions qui li(ent) le Professionnel de Santé aux organismes gérant à la fois les parts obligatoire et complémentaire,

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

- lorsque le Professionnel de Santé utilise les services d'un OCT pour l'éclatement des FSE, des données relatives d'une part aux conventions qui li(ent) le Professionnel de Santé aux AMC et d'autre part aux accords contractuels avec l'OCT,
- des droits à l'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire,
- des conditions de constitution de la part complémentaire dans la FSE,
- de l'application des règles de la tarification des organismes d'Assurance Maladie Complémentaire en cas de tiers payant sur la part complémentaire.

### **3.2.3.5.2 Constitution des DRE**

#### **3.2.3.5.2.1 Conditions de création de la DRE**

Pour générer une DRE sur le poste de travail du Professionnel de Santé, tous les éléments suivants doivent être réunis :

- le Professionnel de santé respecte les conditions d'élaboration de la part complémentaire décrites précédemment,
- l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire concerné a opté pour l'éclatement des flux à la source pour le type de service retenu par le Professionnel de Santé (TP ou HTP, CMU),
- le Professionnel de Santé a signé une convention de transmission de DRE avec l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire concerné,
- le Professionnel de Santé accepte de générer une DRE en tiers payant ou en hors tiers payant à destination de l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire concerné,
- le Professionnel de Santé n'utilise pas les services d'un OCT pour l'éclatement des FSE.

#### **3.2.3.5.2.2 Principes de la création de la DRE**

Les éléments constitutifs de la DRE sont récupérés sur le poste de travail du Professionnel de Santé à partir :

- des informations d'identification, de situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé contenues dans la Carte du Professionnel de Santé et/ou sur son poste de travail,
- des informations identifiant le bénéficiaire contenues dans la carte Vitale et dans tout autre support AMC éventuel,
- d'informations contenues dans la carte Vitale ou tout autre support AMC identifiant l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire,
- des données relatives à la (aux) convention(s) qui lie(nt) le Professionnel de Santé aux organismes d'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire,
- des droits à l'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire,
- des conditions de réalisation de la DRE,
- d'informations saisies par le Professionnel de Santé,
- des informations de tarification de la part obligatoire,
- de l'application de la tarification des organismes d'Assurance Maladie Complémentaire en cas de tiers payant sur la part **AMC complémentaire**.

#### **3.2.3.5.3 Constitution de DRE rectificative et d'annulation**

L'annulation ou la rectification d'une DRE sont deux opérations réalisées au choix du Professionnel de Santé, indépendamment de la présence ou non d'un OCT.

Le processus d'annulation ou de rectification d'une DRE correspond à une génération de DRE seule ; il est indépendant de la génération de FSE.

Page 54 / 160	G.I.E. SESAM-VITALE	Réf. PDT-CDC-001
---------------	---------------------	------------------

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

La condition de génération d'une DRE d'annulation ou DRE rectificative est l'existence d'une DRE initiale, signée, envoyée à un organisme AMC.

En cas d'envoi d'une DRE rectificative à un même organisme AMC, celle-ci vaut annulation de la DRE initiale.

En aucun cas la création d'une DRE rectificative ne peut intervenir pour la création ou suppression d'un acte.

Les règles de création d'une « DRE d'annulation » sont les suivantes. Le Professionnel de Santé a la possibilité de créer une DRE d'annulation :

- si la DRE initiale n'a pas été transmise au bon destinataire,
- ou si en présence du bénéficiaire et après transmission de la DRE initiale, le Professionnel de Santé doit refaire une DRE en lieu et place de la DRE initiale (changement dans la prestation à l'initiative de l'assuré).

Les règles de création d'une « DRE rectificative » sont les suivantes. Le Professionnel de Santé a la possibilité de créer une DRE rectificative si :

- la DRE initiale n'a pas été transmise au bon destinataire et que le Professionnel de Santé a élaboré une DRE d'annulation,
- la DRE initiale a été transmise avec une erreur sur les données d'identification de l'assuré à l'AMC (numéro d'adhérent),
- un rejet a été émis par l'AMO concernant une FSE pour laquelle une DRE a été créée.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

### 3.2.4 Acquisition des informations liées à la prestation

#### 3.2.4.1 Informations pour la part complémentaire-AMC

Des informations relatives à la part complémentaire peuvent être renseignées par le Professionnel de Santé (exemple : numéro de prise en charge...).

##### 3.2.4.1.1 « Réponse de prise en charge » sur la part complémentaire

En présence d'une « réponse de prise en charge » positive sur la part complémentaire (c'est à-dire, accord de prise en charge) seuls les actes, produits ou prestations ayant donné lieu à accord de prise en charge doivent figurer sur la facture. Le cas échéant, les actes, produits ou prestations facturés en sus doivent faire l'objet d'une autre facturation.

Le Professionnel de Santé renseigne, en plus de la référence de la « réponse de prise en charge » :

- soit le montant total pris en charge par l'organisme complémentaire, au niveau facture,
- soit le montant de chaque acte, prestation ou produit de la « réponse de prise en charge » de la facture.

Il est à noter que le circuit de la demande de prise en charge n'est pas dans le périmètre du système de facturation SESAM-Vitale.

##### 3.2.4.2 Affection exonérante

En présence d'une ordonnance comportant des prescriptions en rapport et d'autres sans rapport avec l'affection exonérante (ordonnance bi-zone), le Professionnel de Santé exécutant établit une seule FSE et éventuellement la DRE associée qui peuvent contenir des exonérations différentes.

En présence d'un protocole de soins ALD, le Professionnel de Santé précise si la prestation est prévue dans le protocole de soins ALD.

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

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

Si le patient a déclaré un médecin traitant et que les soins sont prévus au protocole de soins, alors, le taux de remboursement AMO de la prestation n'est pas modulé, même si le patient se trouve hors parcours de soins. (cf. Annexe 2).

##### 3.2.4.3 Accidents de droit commun

Le Professionnel de Santé doit indiquer dans la FSE si la prestation est en rapport avec un accident de droit commun en fonction des informations fournies par le bénéficiaire, seul responsable de la véracité des éléments fournis au Professionnel de Santé.

##### 3.2.4.4 Format des codes CIP

Les médicaments sont identifiés :

- soit sous un **code CIP 13 caractères**
- soit sous 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 télétransmettront 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.**

Page 56 / 160	G.I.E. SESAM-VITALE	Réf. PDT-CDC-001
---------------	---------------------	------------------

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### **3.2.4.5 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.

### **3.2.4.6 Soins ou traitements susceptibles d'un usage détourné**

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

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

### **3.2.4.7 Origine de la prescription**

Dans le cas d'une prescription, le Professionnel de Santé pharmacien ou biologiste indique dans sa facture dans quel contexte de parcours de soins cette prescription a été établie (hormis les cas non concernés par le parcours de soins).

### **3.2.4.8 Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)**

Les dispositions législatives issues de la loi du 4 janvier 1993, précisées dans le décret du 6 mai 1995, confient aux Caisses Nationales d'Assurance Maladie la mise en place du codage des actes et prestations médicales ainsi que les moyens et les outils nécessaires à la maîtrise de l'évolution des dépenses.

C'est dans ce contexte législatif et réglementaire que s'inscrit, à la suite du codage des actes de biologie, de la pharmacie et de la LPP, le codage des actes médicaux.

L'objet de la CCAM est d'identifier chaque acte médical technique par un libellé spécifique et un code associé permettant de le repérer sans ambiguïté.

Elle se substitue progressivement à la NGAP. Par conséquent, le Professionnel de Santé utilise la CCAM pour facturer les actes techniques en remplacement des lettres clés correspondantes.

Les lettres clés concernées par la CCAM et entrant dans le système SESAM-Vitale sont les suivantes :

- pour les actes techniques : KA, KC, ~~KCC~~, KE, KMO, ~~PRA~~, Z, ~~ZN~~ ainsi que la plupart des K à l'exception des actes du chapitre 14 et 16 de la NGAP,
- pour les actes dentaires : D, DC, SC, SCM, SPR, ORT, PRO, TO.

Les catégories de Professionnels de Santé concernées sont les médecins (catégorie 1) et les chirurgiens dentistes (catégorie 4), qu'ils exercent à titre libéral, salarié ou remplaçant.

Ces catégories relèvent chacune d'une convention médicale avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Chacune de ces conventions fera l'objet d'une signature spécifique. Chacune de ces catégories démarrant donc en CCAM à des dates différentes.

L'ensemble des codes actes CCAM et les informations associées constituent une base de données nationale. Les données CCAM sur l'environnement de travail du Professionnel de Santé sont fournies par le GIE SESAM-Vitale qui assure le renseignement et l'actualisation de ces données à partir de la base nationale CCAM.

#### **Activation de la CCAM :**

Le Professionnel de Santé décide de l'activation ou de la désactivation de la saisie d'actes CCAM sur son poste de travail.

### **3.2.4.9 Prévention commune AMO/AMC**

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 57 / 160
------------------	---------------------	---------------

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

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

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

### **3.2.4.10 Cohabitation des actes sur une même facture**

Une même facture peut comporter des actes faisant référence à des nomenclatures différentes (NGAP, CCAM, LPP...).

### **3.2.4.11 Actes en série**

Le Professionnel de Santé peut réaliser une ou plusieurs FSE et éventuellement autant de DRE associées pour une même série d'actes.

La FSE et la DRE associée récapitulant plusieurs actes sont créées en une seule opération. Dans ce cas :

- la lecture de la carte Vitale et de tout autre support éventuel est conseillée lors de la réalisation de chaque acte.
- il peut y avoir plusieurs motifs de rupture de séquence de facturation lors d'actes en série (changement d'organisme complémentaire, périodes de validité des données qui ne couvrent pas toute la période de facturation, évolution du ticket modérateur...). La rupture d'une FSE ou d'une DRE entraîne la rupture de l'autre type de facture.

### **3.2.4.12 Soins Médicaux Gratuits**

#### *Rapport des soins avec les SMG*

Le professionnel de santé apprécie le rapport des soins qu'il prodigue avec les SMG à partir des informations contenues sur la fiche descriptive des infirmités ou bien à partir de la prescription médicale préalablement établie.

#### *Choix du contexte SMG*

Le Professionnel de Santé peut établir la facturation dans le contexte des SMG lorsqu'il dispose des supports justificatifs du bénéfice des SMG et qu'il établit que les soins sont bien en relation avec les SMG.

Il choisit alors la nature d'assurance « SMG ».

#### *Elaboration d'une facture SMG*

Après avoir :

- signalé que les actes ou prestations qu'il allait dispenser ou délivrer étaient en rapport avec les SMG
- renseigné le montant total pris en charge au titre des SMG s'il y a lieu

le Professionnel de Santé procède à la saisie du ou des actes dispensés (ou prestations délivrées) dans les conditions habituelles.

Dans le cas où un accord de prise en charge SMG a été délivré, le montant total pris en charge au titre des SMG est saisi par le Professionnel de Santé à partir de l'accord de prise en charge SMG.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### 3.2.5 Tarification de la part obligatoire

Les règles de tarification de l'AMO doivent être appliquées quel que soit le mode de tarification AMO (hors tiers payant ou tiers payant).

~~Les principes de tarification pour les actes NGAP et NABM restent inchangés.~~

### 3.2.6 Tarification de la part complémentaire

~~La date à prendre en compte pour déterminer l'ouverture des droits est identique à celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (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.~~

#### 3.2.6.1 La « Réponse de prise en charge » de la part complémentaire

##### 3.2.6.1.1 Vérification préalable des droits complémentaire

En présence d'une réponse de prise en charge, le Professionnel de Santé doit en premier lieu s'assurer que les droits pour cet assuré sont ouverts pour cette complémentaire, puis il doit vérifier la validité des dates de la réponse de prise en charge.

##### 3.2.6.1.2 Contrôle de validité de la « réponse de prise en charge »

Il appartient au Professionnel de Santé de vérifier la période de validité de la réponse de la prise en charge.

Aucun renseignement supplémentaire autre que le n° de référence de la « réponse de prise en charge » et le (ou les) montant(s) n'est demandé au Professionnel de Santé.

En cas d'une « réponse de prise en charge » valide à une date donnée, et de droits complémentaires non ouverts, il n'est pas possible pour le Professionnel de Santé de réaliser une facture électronique. Cependant, le Professionnel de Santé a toujours la possibilité de forcer la date de fin de droit à partir d'un autre support de droit valide présenté par le bénéficiaire des soins.

##### 3.2.6.1.3 Cohérence entre les n° d'organisme complémentaire de la « réponse de prise en charge » et celui du support de droit

Que ce soit en gestion unique ou en gestion séparée, lorsqu'il y a une « réponse de prise en charge » complémentaire, le Professionnel de Santé doit vérifier que la « réponse de prise en charge » complémentaire porte le numéro d'organisme complémentaire présenté sur le support de droit.

Il appartient au Professionnel de Santé de vérifier la cohérence au niveau de l'identification de l'organisme complémentaire.

Si les n° de l'organisme d'assurance maladie complémentaire sont identiques, le Professionnel de Santé conserve les données de l'organisme complémentaire déjà acquises.

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 59 / 160
------------------	---------------------	---------------

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

Si les n° de l'organisme d'assurance maladie complémentaire sont différents, le Professionnel de Santé efface les données acquises précédemment.

Le Professionnel de Santé demande au bénéficiaire de soins le support de droit correspondant à l'organisme complémentaire présent sur la « réponse de prise en charge »,

Si le bénéficiaire de soins présente le support de droit correspondant, le Professionnel de Santé reprend le processus d'acquisition des données complémentaires à partir de ce support de droit.

Si le bénéficiaire de soins ne présente pas le support de droit correspondant, le Professionnel de Santé élabore une facture papier à partir des données administratives reprises sur la « réponse de prise en charge ».

### **3.2.6.1.4 Déterminer le tiers payant ou HTP sur la part complémentaire**

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

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

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

Dans les autres cas, le Professionnel de Santé ne peut pas transmettre de part complémentaire dans un flux SESAM-Vitale (FSE ou DRE).

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

### **3.2.6.1.5 Valorisation de la part complémentaire**

En présence d'une « réponse de prise en charge » complémentaire, le Professionnel de Santé renseigne

- soit le montant total venant de la « réponse prise en charge »
- soit les montants de chaque acte, produit ou prestation contenus sur la « réponse de prise en charge ».

Dans ce dernier cas, le Professionnel de Santé contrôle que le montant total de la part complémentaire correspond bien au montant total inscrit dans la « réponse de prise en charge », si cette dernière information y figure.

#### **3.2.6.1.5.1 Valorisation de la part complémentaire en cas de CMU**

Pour la facturation CMU-C, en cas d'accord de prise en charge (Accord donné sur demande de prise en charge ou devis), le Professionnel de Santé renseigne si nécessaire, les paramètres de la formule proposée par le STS.

### **3.2.6.2 Activation de la tarification complémentaire**

#### **Activation de la tarification complémentaire :**

Le Professionnel de Santé décide de l'activation ou de la désactivation de la tarification complémentaire par les modules STS pour chaque convention.

#### *Cas particulier de la MFGAM, la MUTAME et la MGAT*

*Si la carte présentée par l'assuré est une carte Vitale V1 ou V1-Bis, le Professionnel de Santé n'a pas à tenir compte des dates de fin de droits complémentaires pour les régimes MFGAM, MUTAME et MGAT sauf pour les personnes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle et les patients de qualité enfant de 16 ans et plus.*

Page 60 / 160	G.I.E. SESAM-VITALE	Réf. PDT-CDC-001
---------------	---------------------	------------------

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### **3.2.6.3 Tarification de la part complémentaire pour les Soins Médicaux Gratuits**

Les Soins Médicaux Gratuits relèvent d'un droit à réparation de l'Etat et doivent à ce titre être gratuits.

Les facturations SMG incluant des dépassements non couverts au titre des SMG devraient ainsi être inexistantes ou, à tout le moins, exceptionnelles.

Dans ce contexte et dans cette première phase, la transmission de flux aux organismes complémentaires n'est pas prévue dans le système SESAM-Vitale.

En nature d'assurance SMG, la part complémentaire est donc nécessairement non renseignée et le type de facturation est nécessairement « FSE AMO seule ».

### 3.2.7 Constitution des flux pour envoi aux organismes d'Assurance Maladie

#### 3.2.7.1 Identifiant des FSE et des DRE

Les identifiants de la FSE et de la DRE élaborées dans le cadre de l'éclatement à la source sont différents.

Ils sont constitués d'une valeur numérique unique commune à la FSE et à la DRE (n° de facture) et différenciés par le type de facture (lettre distinguant FSE et DRE).

#### 3.2.7.2 Tableau récapitulatif des montants à renseigner

La présence dans le flux des montants des parts obligatoire et complémentaire varie en fonction des situations de facturation, résumées dans le tableau suivant :

	TP AMO	HTP AMO	TP AMO	HTP AMO
	HTP AMC	HTP AMC	TP AMC	TP AMC
<b>Montants AMO</b>				
• présents dans la FSE	OUI	OUI	OUI	OUI
• présents dans la DRE	OUI	OUI	OUI	OUI
<b>Montants de la part complémentaire AMC</b>				
• présents dans la FSE	NON	NON	OUI si convention de gestion ou délégation de gestion ou éclatement OCT	OUI si convention de gestion ou délégation de gestion ou éclatement OCT
• présents dans la DRE	NON	NON	OUI	OUI

#### 3.2.7.3 Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture

Conformément aux dispositions réglementaires (article R.161-47), le Professionnel de Santé conserve le double électronique des FSE transmises pendant une durée de quatre-vingt dix jours au moins.

Ce double électronique comprend les données constitutives de la facture qui sont fournies en entrée de l'interface d'accès aux Services SESAM-Vitale par le progiciel du Professionnel de Santé, le nom et le prénom du bénéficiaire des soins.

Les données constitutives de la facture comprennent aussi les éléments ayant permis de générer une DRE et notamment les informations utilisées pour la tarification complémentaire (ex : formules appliquées pour un acte,...).

#### 3.2.7.4 Copie des factures

Le Professionnel de Santé remet à la demande de l'assuré copie de la feuille de soins transmise, sauf modalités contraires prévues par convention<sup>6</sup>.

Cette copie n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'AMO.

Le Professionnel de Santé remet à la demande de l'assuré copie de la DRE transmise.

Cette copie n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'AMC.

<sup>6</sup> Les conventions ne prévoient aucune de ces modalités pour l'instant.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### 3.2.8 Finalisation de la facturation

#### 3.2.8.1 Quittance remise à l'assuré

Conformément aux dispositions législatives (article R.161-49) ou à la demande de l'assuré, le Professionnel de Santé réalise une quittance (imprimée ou manuscrite) en cas de paiement direct en espèces par l'assuré. Cette quittance n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'Assurance Maladie.

Le Professionnel de Santé peut inscrire sur la quittance toute information qu'il jugera utile de porter à la connaissance de son patient.

A titre indicatif, la quittance pourra contenir les informations suivantes :

- l'identification de l'émetteur,
- le nom de l'émetteur,
- la date de la facture,
- l'identifiant de la facture,
- le montant total de la prestation,
- le montant payé par l'assuré,
- le (ou les) organisme(s) d'Assurance Maladie destinataires de la (ou des) facture(s),
- l'identification du bénéficiaire.

Les Professionnels de Santé ont la possibilité d'inscrire les informations composant la quittance sur l'ordonnance papier.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

### 3.2.8.2 **Bon d'examen**

Des dispositions particulières suivantes s'appliquent aux actes et prestations effectués ou servis par les laboratoires d'analyses biologiques et les anatomo-cyto-pathologistes.

Les prélèvements qui leur sont adressés sont accompagnés d'un bon d'examen, comportant les informations, non mentionnées sur l'ordonnance, nécessaires pour compléter les rubriques de la feuille de soins, envoyée à l'assuré ou à l'AMO.

Le bon d'examen doit obligatoirement comporter les informations suivantes, définies réglementairement (Article R.161-46) :

- l'identifiant de l'assuré et, lorsque ce dernier n'est pas le bénéficiaire des actes ou prestations, de son ayant droit,
- s'il y a lieu, la mention du fait que les actes ou prestations sont effectués ou servis consécutivement à un accident, et des éléments permettant d'identifier cet accident,
- s'il y a lieu, la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée.

Et en complément,

- l'identifiant des organismes d'Assurance Maladie,
- les informations liées à l'AMC,
- l'adresse physique de l'assuré.

Il est recommandé que les progiciels des Professionnels de Santé **prescripteurs** inscrivent sur l'ordonnance ou sur la demande d'examen les éléments du bon d'examen suivi du code couverture issu de la lecture de la carte Vitale et valide à la date de prescription.

Les informations liées à l'AMC :

- le numéro d'AMC,
- le code aiguillage STS,
- le code routage,
- l'identification de l'hôte,
- le nom de domaine,
- l'indicateur de traitement,
- le niveau de garantie (pour application du Tiers payant sur la part complémentaire),
- le type de convention,
- le critère secondaire
- le NIR individuel,
- l'identifiant de l'assuré AMC.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### 3.2.8.3 **Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier**

L'inscription des références sur les ordonnances papier est définie réglementairement (article R.161-45).

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

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

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

- Les données prévues dans le Code de la Santé Publique et le Code de la Sécurité Sociale.
- Pour le prescripteur :
  - l'identification du prescripteur<sup>7</sup> réalisant les prestations et, s'il exerce en tant que salarié, l'identification de la structure<sup>8</sup>,
  - 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),
  - le cas échéant, le rapport des soins prescrits avec les Soins Médicaux Gratuits (SMG) : mention « en rapport avec les soins médicaux gratuits ». (l'ordonnance SMG devra permettre une identification claire et rapide du rapport des soins prescrits avec les SMG).

Si le progiciel n'effectue pas l'impression de l'ordonnance, il doit informer le Professionnel de Santé prescripteur du contexte SMG de sa facture, afin qu'il puisse reporter cette mention sur son ordonnance manuscrite.
- Pour l'exécutant :
  - l'identification de l'exécutant,
  - les références permettant le rapprochement de l'ordonnance avec la FSE de l'exécutant :
    - la date de l'exécution,
    - le nom et le prénom du bénéficiaire des soins,
    - l'identification de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire de l'assuré,
    - le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques de l'assuré ou, si celui-ci n'est pas le bénéficiaire des soins, le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques ou, à défaut, la date de naissance de ce dernier.
  - Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> 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 ».

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

- et suivant l'article L162-36 du code de la sécurité sociale, le montant de la somme effectivement payée par l'assuré pour l'achat de chacun des produits ou articles délivrés en mentionnant le montant ou le taux de la réduction accordée
- et suivant le décret 2004-1281, le montant total des produits délivrés ainsi que la part prise en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire du patient. (S'il n'y a pas de prise en charge le montant est indiqué à zéro).
- le nom du pharmacien chargé de la délivrance du produit en cas de prescription de soins ou traitement susceptibles d'un usage détourné.

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

### **3.2.8.4 Bordereau accompagnant les ordonnances**

~~Les ordonnances sont accompagnées d'un bordereau pour la catégorie des laboratoires d'analyses de biologie médicales et la catégorie des pharmaciens.~~

Les ordonnances sont accompagnées d'un bordereau pour toutes les professions prescrites tenues d'adresser les ordonnances aux organismes AMO.

Ce bordereau d'accompagnement récapitule l'ensemble des FSE correspondantes.

Le logiciel doit donc permettre l'édition de ce bordereau.

#### **3.2.8.4.1 Mise en œuvre pour les Pharmaciens**

L'arrêté du 11 juillet 2006 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 et précise en son article 49.1 "Tri 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.

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

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: 03** –

Pour les assurés qui dépendent de la caisse régionale compétente pour le lieu d'exercice du pharmacien, constituer un paquet par organisme conventionné.

Pour les autres assurés, trier les ordonnances par caisse régionale et par organisme conventionné.

**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.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### 3.2.8.4.1.2 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 cas de transmission de feuilles de soins SESAM « 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.

### 3.2.8.4.1.3 Présentation des bordereaux d'accompagnement pour le Pharmacien

Le pharmacien s'engage à éditer un bordereau récapitulatif accompagnant chacun des paquets d'ordonnances, selon leur destination, en fonction des critères de tri décrits plus haut.

Le logiciel du pharmacien doit donc éditer :

- un bordereau par régime pour les ordonnances correspondant aux FSE transmises à la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire de la circonscription du pharmacien,
- un bordereau par régime pour l'ensemble des ordonnances correspondant aux FSE destinées aux caisses d'Assurance Maladie Obligatoire hors circonscription,
- un bordereau par caisse d'Assurance Maladie Obligatoire d'affiliation et par procédure de règlement pour les ordonnances correspondant au mode dégradé.

Le modèle du bordereau est unique, seules les ruptures changent en fonction des critères de tri des paquets.

Les informations à éditer sont les suivantes :

#### Un en-tête :

- un titre : « *Bordereau récapitulatif des ordonnances pour le régime XXX* »,
- identification du partenaire de santé (Numéro de facturation),
- date de création de chaque lot constituant le bordereau,
- numéro de chaque lot constituant le bordereau.

#### Une ligne par facture par ordre croissant des numéros de facture

- renouvellement d'ordonnances (en cas de renouvellement, la mention « R » sera indiquée),
- n° de lot,
- n° de facture,
- n° d'immatriculation de l'assuré (NIR),
- nom de l'assuré,
- date de naissance du bénéficiaire,
- montant total de la facture,
- type de destinataire de règlement (partenaire de santé ou assuré),
- n° de l'organisme d'Assurance Maladie destinataire.

#### Une ligne « total général »

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 67 / 160
------------------	---------------------	---------------

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

- nombre total des FSE correspondant au bordereau,
- nombre total des ordonnances correspondant au bordereau.

### **Un récapitulatif des N° de FSE triées par caisse d'Assurance Maladie Obligatoire hors circonscription**

Le bordereau concernant les ordonnances destinées aux caisses d'Assurance Maladie Obligatoire hors circonscription récapitulera, à la suite et triées par numéro de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (mentionné) et par ordre croissant, les numéros de FSE concernées.

#### **3.2.8.4.2 Mise en œuvre pour les Auxiliaires Médicaux et les Fournisseurs**

##### **3.2.8.4.2.1 Présentation des bordereaux d'accompagnement**

###### **3.2.8.4.2.1.1 Masseurs kinésithérapeutes**

Les masseurs kinésithérapeutes s'engagent à éditer un bordereau **mensuel** récapitulatif accompagnant chacun des paquets d'ordonnances, selon leur destination, en fonction des critères de tri cités ci après. Le progiciel des masseurs kinésithérapeutes doit donc éditer un bordereau récapitulant les FSE transmises, quelle que soit la caisse d'affiliation de l'assuré, selon le tri suivant :

- Régime général,
- Régime agricole :: distinction des régimes CCMSA, GAMEX,
- RSI
- Sections Locales Mutualistes (91 à 99)
- Autres

L'ensemble des ordonnances correspondant aux FSE est transmis à la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire de rattachement du masseur kinésithérapeute.

Le modèle du bordereau est unique. Les informations à éditer sont les suivantes :

#### **Un en-tête :**

- un titre : « Bordereau récapitulatif des ordonnances pour le régime XX »,
- identification du partenaire de santé (Numéro de facturation),

Les régimes « Autres » sont réunis sur un bordereau unique. Il convient alors de reproduire cet en-tête autant de fois que de régimes concernés.

**Sur l'ensemble des bordereaux, le classement se décline par organisme sur la base d'un classement numérique croissant, puis par lots à l'intérieur de l'organisme. Les lots sont classés par ordre chronologique.**

**Les numéros de lot et date de création du lot précèdent le détail de niveau ligne décrit infra.**

**Une ligne par facture par ordre croissant des numéros de facture.**

**Pour chaque facture du lot écrire une ligne indiquant les éléments suivants :**

- n° de facture,
- n° d'immatriculation de l'assuré (NIR),
- nom et prénom du bénéficiaire,
- date de naissance du bénéficiaire,
- montant total de la facture,
- type de destinataire de règlement (Information codée sur 3 caractères au plus),

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

**Valeurs possibles du type de destinataire de règlement :** « A » pour paiement à l'assuré, « TP » pour tiers payant sur les parts obligatoire et complémentaire, « TPO » pour tiers payant sur la part AMO seule, « TPC » pour tiers payant sur la part complémentaire seule. Ces valeurs s'appuient sur le cadre de remboursement donné dans l'annexe 1-A0 (groupe 1410) comme indiqué dans le tableau de correspondance ci-après.

Valeur à imprimer sur le bordereau	Signification	A partir du Cadre de remboursement des FSE
« A »	paiement à l'assuré	1
« TP »	tiers payant sur les parts obligatoire et complémentaire	3
« TPO »	tiers payant sur la part obligatoire seule	2 ou 5
« TPC »	tiers payant sur la part complémentaire seule	4

**Remarque :** pour la profession des masseurs kinésithérapeutes seules les ordonnances correspondant aux FSE élaborées en tiers payant sur la part obligatoire ou en tiers payant sur les parts obligatoire et complémentaire doivent être adressées par le Professionnel de Santé à l'AMO.

- Motif de l'absence de l'ordonnance (Information codée sur 3 caractères au plus),

**Valeurs possible du motif de l'absence de l'ordonnance :** "PFR" pour paiement fractionné; « AP », en cas d'ordonnance transmise avec une demande d'accord préalable. Cette liste est évolutive, elle doit être adaptée aux besoins de la profession.

#### Une ligne « total général »

- nombre total des FSE correspondant au bordereau,
- nombre total des ordonnances correspondant au bordereau.

#### 3.2.8.4.2.1.2 Auxiliaires Médicaux - Fournisseurs

Ces dispositions sont applicables à toute les spécialités des Auxiliaires Médicaux ainsi qu'à la famille des Fournisseurs. Toutefois et s'agissant de la famille Fournisseurs, la fréquence d'édition des bordereaux est définie conventionnellement.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

### 3.2.9 Sécurisation des flux SESAM-Vitale

#### 3.2.9.1 Les différents modes de sécurisation des factures

Il existe ~~quatre~~ **trois** modes de sécurisation :

1. Le mode de sécurisation **SESAM-Vitale** qui nécessite :
  - a. soit la présence simultanée des cartes CPS et Vitale dans le lecteur,
  - b. soit une sécurisation en 2 temps : (la sécurisation **désynchronisée**) la première sécurisation est réalisée en présence de la carte Vitale seule et la deuxième en présence de la carte CPS seule.

Les données sensibles sont chiffrées et les factures signées.

2. Le mode de sécurisation **SESAM sans Vitale** qui nécessite uniquement la présence de la carte CPS dans le lecteur. Les données sensibles sont chiffrées et les factures signées.
3. Le mode de sécurisation **SESAM-Vitale dégradé**, dans lequel, la carte Vitale étant absente, la sécurisation est réalisée par la CPS seule. Les données sensibles contenues dans le flux sont chiffrées et les factures sont signées par la CPS.

- ~~• Le mode de sécurisation **SESAM-Vitale** qui nécessite la présence simultanée des cartes CPS et Vitale dans le lecteur. Les données sensibles sont chiffrées et les factures signées.~~
- ~~• Le mode de sécurisation **SESAM sans Vitale** qui nécessite uniquement la présence de la carte CPS dans le lecteur. Les données sensibles sont chiffrées et les factures signées.~~
- ~~• Le mode de sécurisation **désynchronisé** qui permet une sécurisation en 2 temps : la première sécurisation est réalisée en présence de la carte Vitale seule et la deuxième en présence de la carte CPS seule. Les données sensibles sont chiffrées et les factures signées.~~
- ~~• Le mode de sécurisation **SESAM-Vitale dégradé**, dans lequel, la carte Vitale étant absente, la sécurisation est réalisée par la CPS seule. Les données sensibles contenues dans le flux sont chiffrées et les factures sont signées par la CPS.~~

Pour les AMO, la pièce justificative est la FSE pour les ~~trois~~ **deux** premiers modes et la feuille de soins papier ~~habituelle~~ pour le dernier mode. Dans ce dernier cas, il n'a pas lieu de porter de mention spécifique du mode.

#### 3.2.9.2 Chiffrement des données sensibles de la facture

SESAM-Vitale permet de chiffrer les données sensibles des factures lorsqu'elles sont véhiculées dans un flux électronique.

Conformément aux actuelles dispositions réglementaires et législatives, il est rappelé que les Organismes Complémentaires ne doivent pas avoir connaissance des informations relatives au codage (codes affinés, modificateurs signifiants pour la CCAM,...).

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### 3.2.9.3 Signature des flux SESAM-Vitale

#### 3.2.9.3.1 Signature des factures

##### 3.2.9.3.1.1 Signature des FSE

Les mécanismes de sécurité obligatoires pour la dématérialisation des documents nécessaires au remboursement des soins sont définis réglementairement (article R.161-43).

*Signature pour toutes les catégories de Professionnel de Santé (Mode SESAM-Vitale ~~ou mode désynchronisé~~)*

Une FSE ne peut être créée sans la carte Vitale du patient ou sans la Carte du Professionnel de Santé qui sont des composants essentiels de la sécurité du système SESAM-Vitale. La sécurisation des FSE peut être réalisée lorsque ces deux cartes sont présentes simultanément (~~mode SESAM-Vitale~~) ou pas (~~mode désynchronisé~~).

*Signature pour les laboratoires d'analyse, médecins en anatomo-cyto-pathologie, directeurs de laboratoire médecin, pharmaciens, fournisseurs (Mode SESAM sans Vitale)*

La présence de la carte Vitale n'est pas obligatoire pour sécuriser la FSE pour la catégorie des laboratoires d'analyse de biologie médicale, les médecins spécialisés en anatomo-cyto-pathologie, les directeurs de laboratoire médecin (hors Centre de Santé), ~~et la catégorie pharmaciens (lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à une mineure)~~ et les familles « pharmaciens », « fournisseurs » ~~ou de~~ (pour certains produits de la LPP destinés à la location ainsi que les prestations délivrées au long cours inscrites au TITRE I ~~et au TITRE II~~ de la LPP).

##### *Règles de saisie du code porteur*

SESAM-Vitale impose que le code porteur de la Carte Professionnel de Santé soit saisi pour la signature des FSE.

La Carte Professionnel de Santé impose que le code porteur soit fourni pour la lecture des situations d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé. Ce principe s'applique selon les règles suivantes :

- Lorsqu'une Carte Professionnel de Santé est insérée dans le lecteur et que le code porteur n'a pas encore été saisi par le Professionnel de Santé, alors la première lecture nécessite de fournir ce code porteur.
- Tant que cette même Carte Professionnel de Santé n'est ni retirée du lecteur ni mise hors tension, toute lecture supplémentaire ne nécessite pas une nouvelle saisie du code porteur.
- Le code porteur de la CPS ne doit pas être mémorisé par le progiciel (disque dur, mémoire...).

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

## Habilitations des Professionnels de Santé

La signature des FSE est soumise aux règles suivantes :

- Les cartes CPS, CPF et CDE habilitées peuvent signer des FSE<sup>9</sup>.
- En ce qui concerne les CPE :
  - Pour la catégorie des Pharmaciens, **et des Fournisseurs** les cartes CPE sont habilitées à signer des FSE, en fonction de la demande d'attribution de la carte formulée par le Pharmacien **ou le Fournisseur** et des règles déontologiques de cette profession.
  - Pour les autres catégories de Professionnels de Santé, les cartes CPE ne sont pas actuellement habilitées à signer des FSE.

### 3.2.9.3.1.2 Signature des DRE

La signature des DRE est définie conventionnellement.

Le mode de sécurisation d'une DRE (DRE réalisée avec une FSE ou DRE réalisée seule) est identique au mode de sécurisation de la FSE.

Pour une DRE rectificative ou DRE d'annulation, le mode de sécurisation SESAM-Vitale dégradé peut avoir, dans le respect des accords conventionnels, la même valeur que le mode SESAM-Vitale.

### 3.2.9.3.2 Signatures des lots

#### 3.2.9.3.2.1 Signature des lots de FSE et de DRE

Un lot de FSE ou un lot de DRE ne peut être créé sans la Carte du Professionnel de Santé qui est un des composants essentiels de la sécurité du système SESAM-Vitale.

#### *Règles de saisie du code porteur*

SESAM-Vitale impose que le code porteur de la Carte Professionnel de Santé soit saisi pour la signature des lots de FSE. Ce principe s'applique selon les règles suivantes :

- les lots peuvent être signés en série,
- la signature du premier lot de FSE ou DRE de la série nécessite la saisie du code porteur,
- la saisie du code porteur n'est pas obligatoire pour la signature des autres lots de la série (sauf retrait ou mise hors tension de la carte).

## Habilitations des Professionnels de Santé

La signature des lots de FSE et de DRE sont soumises aux règles suivantes :

- Les cartes CPS, CPF et CDE habilitées peuvent signer des lots de FSE ou DRE<sup>10</sup>.
- En ce qui concerne les CPE :
  - Pour la catégorie des Pharmaciens, les cartes CPE ne sont pas habilitées à signer des lots de FSE ou DRE.
  - Pour les autres catégories de Professionnels de Santé, les cartes CPE peuvent être habilitées à signer des lots de FSE ou DRE, en fonction de la demande d'attribution de la carte formulée par le Professionnel de Santé et des règles déontologiques de sa profession. La CPE d'un employé de cabinet de groupe peut signer les lots de FSE ou DRE élaborées par l'ensemble des Professionnels de Santé du cabinet. Pour les centres de santé polyvalents, le logiciel devra contrôler que le numéro de

<sup>9</sup> ~~Tout Professionnel de Santé d'un directoire de laboratoire peut signer des factures pour le compte de ce même laboratoire.~~

<sup>10</sup> ~~Tout PS d'un directoire de laboratoire peut signer des Lots pour le compte de ce même laboratoire ; quel que soit le PS qui a signé les factures.~~

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

facturation porté en carte CPE ou CDE est bien l'un des numéros attribués à ce centre (les postes de travail ou serveurs ayant été paramétrés préalablement).

Le présent document ne spécifie pas les procédures de demande, d'attribution et de distribution des différentes cartes de Professionnels de Santé.

#### **3.2.9.4 Chiffrement de transport**

La version 1.40 assure intrinsèquement la confidentialité des données sensibles dès lors que le professionnel de santé est équipé d'un logiciel lecteur SESAM-Vitale en version 3 ou supérieure (Cf. Socle Technique de référence lié à cette version de cahier des charges).

La version 1.40 permet l'utilisation des outils de chiffrement dit de transport, au sens où l'ensemble du message SMTP contenant des factures est chiffré (Cf. description à l'annexe 4).

Les flux retours des organismes d'Assurance Maladie ne sont pas chiffrés.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

### **3.2.10 Transmission des flux SESAM-Vitale aux organismes d'Assurance Maladie**

#### **3.2.10.1 Création des lots de factures électroniques**

##### **3.2.10.1.1 Mise en forme des lots de factures**

Les factures électroniques sont regroupées en lots en vue de leur transmission aux organismes d'Assurance Maladie.

Le critère de regroupement des FSE utilisé pour la mise en lot est constitué des éléments suivants fournis ci-après à titre indicatif<sup>11</sup> :

- numéro d'identification de facturation du Professionnel de Santé,
- type de norme d'échange,
- régime d'Assurance Maladie (code régime contenu dans la carte Vitale),
- organisme destinataire,
- destinataire de règlement (tiers payant, hors tiers payant),
- mode de sécurisation (dégradé, SESAM-Vitale ou SESAM sans Vitale),
- unité monétaire (EUR),
- type de flux (test, démonstration, réel),
- version de norme,
- numéro de Certificat de Conformité du TLA,
- type de facture (« F » pour Feuille de Soins Electronique),

Le critère de regroupement des DRE utilisé pour la mise en lot est constitué des éléments suivants fournis ci-après à titre indicatif<sup>11</sup> :

- numéro d'identification de facturation du Professionnel de Santé,
- numéro d'AMC ou numéro d'opérateur de règlement,
- mode de sécurisation (dégradé, SESAM-Vitale ou SESAM sans Vitale),
- unité monétaire (EUR),
- version de norme,
- numéro de Certificat de Conformité du TLA,
- type de facture (« D » pour Demande de Remboursement Electronique),
- code Norme,
- type de flux (test, démonstration, réel),
- code application,
- type de service AMC,
- code routage,
- identifiant de l'hôte,
- domaine.

Le Professionnel de Santé doit disposer d'une fonction de visualisation de l'ensemble des factures contenues dans un lot, avant sa signature.

<sup>11</sup> Ces critères de regroupement sont susceptibles d'évoluer dans le temps. Ces évolutions sont rendues transparentes par les Services SESAM-Vitale. Il est fortement déconseillé d'utiliser ces critères de regroupement à des fins autres que celles prévues au Cahier des Charges.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### **3.2.10.1.2 Sauvegarde des lots de factures**

Les lots de factures, mis en forme et sécurisés grâce aux modules SESAM-Vitale et à la Carte Professionnel de Santé, sont archivés sur le poste de travail du Professionnel de Santé.

Ces lots de factures doivent être conservés au moins tant que les ARL positifs correspondants n'ont pas été reçus afin de permettre une éventuelle réémission (cf. chapitre concernant les cas particuliers de fonctionnement).

Par ailleurs, il est recommandé au Professionnel de Santé de conserver sur son poste de travail les références des lots de factures. Celles-ci peuvent s'avérer utiles en cas de dysfonctionnement du système SESAM-Vitale.

### **3.2.10.2 La création des fichiers**

Les lots de factures électroniques sont regroupés en fichiers en vue de leur transmission à l'Assurance Maladie.

Le critère de regroupement des lots de FSE en fichier est constitué des éléments suivants fournis à titre indicatif<sup>12</sup> :

- type d'émetteur,
- numéro d'émetteur,
- régime d'Assurance Maladie (code régime contenu dans la carte Vitale),
- code norme,
- organisme destinataire (pour les flux véhiculés par le Réseau Sesam-vitale ),
- type de flux (test, démonstration, réel).

Le critère de regroupement des lots de DRE en fichier est constitué des éléments suivants fournis à titre indicatif<sup>12</sup> :

- type émetteur,
- n° émetteur,
- n° destinataire fichier,
- type destinataire fichier,
- nom du domaine de l'adresse du destinataire,
- type de facture,
- code application,
- code norme,
- type de flux,
- version de norme DRE.

Les fichiers sont conservés sur le poste de travail du Professionnel de Santé en prévision des cas de réémission possibles.

La création d'un fichier ne nécessite pas la présence de la Carte Professionnel de Santé.

<sup>12</sup> Ces critères de regroupement sont susceptibles d'évoluer dans le temps. Ces évolutions sont rendues transparentes par les Services SESAM-Vitale. Il est fortement déconseillé d'utiliser ces critères de regroupement à des fins autres que celles prévues au Cahier des Charges.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

Il est recommandé que la mise en forme des fichiers de lots de DRE soit effectuée consécutivement à la mise en forme des fichiers de lots de FSE.

Cette opération peut être réalisée sur le poste du Professionnel de Santé mais aussi par un Organisme Concentrateur Technique en cas de délégation de transmission.

### **3.2.10.3 La transmission des fichiers de factures électroniques**

La procédure de transmission des FSE doit être conforme aux dispositions législatives (article R.161-47). Le Professionnel de Santé ayant dispensé les actes ou prestations remboursables par l'Assurance Maladie transmet les FSE dans un délai de trois jours ouvrés en cas de paiement direct par l'assuré, ou, en cas de dispense d'avance de frais, dans un délai de huit jours ouvrés à compter de la date d'élaboration de la feuille de soins.

Bien qu'il n'existe pas de dispositions législatives pour le Professionnel de Santé et pour l'AMC, la procédure de transmission des DRE est définie conventionnellement et est identique à la procédure appliquée pour les FSE.

La transmission des factures électroniques nécessite l'envoi de fichiers à l'organisme d'Assurance Maladie via un réseau de télécommunication de données (cf Annexe 4).

La transmission de ces fichiers peut se réaliser :

- soit directement entre le poste de travail des Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie via un réseau de messageries,
- soit entre le poste de travail des Professionnels de Santé et les organismes d'Assurance Maladie via un Organisme Concentrateur Technique ou un réseau tiers.

La transmission des messages peut être décorrélée de la mise en forme des lots et des fichiers.

Le poste de travail du Professionnel de Santé doit demander à recevoir de la part du réseau les avis de non-remise pour les messages SMTP envoyés.

La confidentialité des données est assurée selon les règles décrites dans le chapitre relatif à la sécurité des flux SESAM-Vitale.

Pour optimiser la volumétrie des données transportées, la compression des messages à partir d'un outil spécifique peut être utilisée sur le poste de travail du Professionnel de Santé (cf. Annexe 4 – chapitre 5).

#### **Adressage des flux de factures**

La constitution de l'adresse électronique est fonction du type de BAL destinataire (BAL dédiée à un AMC ou à un AMO ; BAL commune à des AMC, connue ou non du poste Professionnel de Santé). Cette adresse est définie par les données en carte, et sur un autre support AMC éventuel, ainsi que par les tables conventionnelles pour les flux de DRE tiers payant.

#### **Routage des flux SMG**

A partir du moment où le Professionnel de Santé choisit le contexte de facturation SMG, la facture est transmise à la CNMSS chargée de la gestion des flux SMG ( cf. § 4.2.1.12.2).

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### 3.3 Réception des retours sur le poste du Professionnel de Santé

#### 3.3.1 Les accusés de réception logique (ARL)

L'organisme d'Assurance Maladie crée un accusé de réception logique (ARL) par :

- lot de FSE reçu, uniquement **sécurisé** en mode SESAM-Vitale ou en mode SESAM sans Vitale ~~ou en mode désynchronisé~~,
- lot de DRE reçu, quel que soit le mode de sécurisation.

##### 3.3.1.1 Un ARL positif

Un ARL positif signifie que la transmission de ce lot s'est bien déroulée, c'est-à-dire :

- le lot de factures électroniques est intègre et l'organisme d'Assurance Maladie reconnaît son origine. Cela ne signifie pas que le contenu du lot est accepté par cet organisme d'Assurance Maladie (les factures n'ont pas encore été « liquidées »),
- l'assurance au Professionnel de Santé que le lot de factures électroniques a bien été reçu par le destinataire escompté<sup>13</sup>,
- le Professionnel de Santé est déchargé de sa responsabilité de transmettre ce lot.

#### Sauvegarde

Pour la FSE, conformément aux dispositions réglementaires (R161-47), le progiciel doit sauvegarder l'ARL positif associé, pendant 90 jours au moins.

Les principes de sauvegarde énoncés pour les ARL positifs émis par les AMO s'appliquent aux ARL positifs émis par les AMC.

##### 3.3.1.2 Un ARL négatif

###### Signification d'un ARL négatif

Un ARL négatif signifie que le lot de factures électroniques n'a pas été transmis avec succès, c'est-à-dire que le Professionnel de Santé n'est pas déchargé de sa responsabilité de transmettre ce lot. Un ARL négatif peut éventuellement indiquer la première facture électronique incorrecte contenue dans le lot traité.

Son traitement sur le poste de travail du Professionnel de Santé est décrit au chapitre relatif aux cas particuliers de fonctionnement.

###### Origine d'un ARL négatif

L'origine de l'ARL négatif peut être :

- le Professionnel de Santé émetteur n'est pas reconnu (la Carte Professionnel de Santé utilisée pour signer le lot de factures électroniques est invalide),
- la syntaxe des lots de factures électroniques reçus est incorrecte (exemple de cause possible : dysfonctionnement matériel ou logiciel),
- les lots de factures électroniques reçus ne sont pas intègres (exemples de causes possibles : erreur de transmission, dysfonctionnement du matériel informatique du Professionnel de Santé),
- le numéro d'agrément du progiciel du Professionnel de Santé n'est plus ou pas valide.

<sup>13</sup> L'assurance maladie obligatoire assure l'archivage des flux dématérialisés (lots de feuilles de soin électroniques et accusés de réception logiques) conformément à la réglementation.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

### **Traitement de l'ARL négatif par le Professionnel de Santé**

Après transmission des lots de factures électroniques, le Professionnel de Santé reçoit, lors d'une connexion ultérieure, un ARL négatif émis par l'organisme d'Assurance Maladie destinataire du lot. Le traitement de l'ARL négatif est fait par le Professionnel de Santé à l'aide des informations transmises dans l'ARL négatif.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit être capable de retransmettre un lot de factures électroniques tel que précédemment émis, débarrassé éventuellement des factures électroniques incriminées dans le rejet du lot. Dans ce dernier cas, les numéros des deux lots doivent être différents et le nouveau lot doit être sécurisé.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit être capable, à des fins d'analyse, de sauvegarder dans un fichier (tel que défini par le système d'exploitation de l'équipement informatique) un lot de factures électroniques qui posent un problème.

Pour la FSE, les éléments qui suivent sont définis réglementairement (article R.161-47). Lorsque le Professionnel de Santé reçoit un ARL négatif, il dispose de deux jours ouvrés pour réémettre les lots de factures électroniques et prévenir l'organisme destinataire, ou, au plus tard, jusqu'à la transmission d'une nouvelle facture. Ce délai ne court pas durant les périodes d'absence du Professionnel de Santé d'une durée supérieure à deux jours ouvrés.

Sauf dispositions conventionnelles spécifiques, cette disposition est applicable à la DRE.

En cas de réception d'un ARL négatif pour des lots créés depuis plus de 90 jours ou post datés de plus de 2 jours, il est inutile de réémettre le lot dans les 48 heures. Il convient d'adopter la procédure de remise du duplicata sur support papier.

### **3.3.2 Les flux de rejet / signalement / paiement (RSP)**

#### **Normes utilisées**

La référence NOEMIE-PS 580 a été choisie comme référence unique de retour par tous les Organismes d'Assurance Maladie.

Elle doit à terme remplacer les retours existants :

- les références 576 et 900 de la norme NOEMIE pour les AMO,
- les flux de paiement et de rejet en provenance des AMC actuellement transmis

Le progiciel du Professionnel de Santé doit être capable de traiter les données constituant la référence 580 de la Norme NOEMIE, ainsi que les références 576 et 900. Par ailleurs, il est recommandé que la gestion des flux de paiement et de rejet en provenance des AMC actuellement transmis soit maintenue pour les progiciels qui offriraient cette fonctionnalité.

#### **Rapprochement**

Quelle que soit la référence traitée par le progiciel, le Professionnel de Santé doit pouvoir effectuer :

- le rapprochement entre les flux aller (émis par le Professionnel de Santé) et les flux retours (émis par les organismes d'assurance maladie),
- les rapprochements comptable et bancaire.

#### **Informations présentes**

Le progiciel doit au minimum présenter au Professionnel de Santé les informations suivantes :

Identification de l'organisme AMO ou AMC

- Organisme émetteur
- Organisme payeur

Page 78 / 160	G.I.E. SESAM-VITALE	Réf. PDT-CDC-001
---------------	---------------------	------------------

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

#### Identification de la facture

- numéro de facture
- date de facturation
- numéro de lot
- NIR + date et rang de naissance

#### Le résultat du traitement des factures

- état de la facture (payé, différé, rejeté), calculé à partir du retour AMO s'il gère les 2 parts ou des retours AMO et AMC.
- libellés des rejets
- montant de la part AMO
- montant de la part **AMC complémentaire**
- montant total de la facture

#### Identification du virement bancaire associé au RSP

- Date de journée comptable
- Libellé 1 du virement
- Libellé 2 du virement

#### Identification du destinataire de règlement

- Destinataire de règlement

#### Les informations non liées directement aux factures

- indus
- paiements ponctuels
- aide pérenne
- forfait médecins référents
- autre forfait...

### **Réception d'un flux de rejet / signalement sur une facture**

Après transmission des lots de factures électroniques, le Professionnel de Santé reçoit, lors d'une connexion ultérieure, un flux de RSP (rejet / signalement / paiement) émis par l'organisme d'Assurance Maladie destinataire.

Les flux de rejet / signalement / paiement sont créés dans les cas suivants :

- systématiquement en tiers payant,
- occasionnellement en hors tiers payant. Certains organismes d'Assurance Maladie génèrent des retours en cas de rejet ou signalement,
- conventionnellement pour retours d'information relatifs à l'aide pérenne aux Professionnels de Santé.

Le flux de rejet / signalement / paiement indique pour chaque facture électronique traitée :

- soit le motif du non traitement (indication de rejet),
- soit les caractéristiques du traitement (paiement ou signalement), accompagnées du montant remboursé après liquidation

En cas de rejet d'une FSE, il est alors nécessaire :

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 79 / 160
------------------	---------------------	---------------

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

- soit de revenir au circuit papier traditionnel ; le Professionnel de Santé remet un duplicata (sur support papier) à l'assuré ou à l'organisme servant à ce dernier les prestations de base de l'Assurance Maladie. Ce duplicata comprend les données constitutives de la facture électronique, ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire des soins.
- soit de réaliser une nouvelle facture électronique si l'assuré peut se représenter chez le Professionnel de Santé. Dans ce cas, un nouveau numéro doit être attribué à cette facture.

Pour la DRE, le traitement des rejets relève des accords conventionnels.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### 3.3.3 Messages de service

Suite à la télétransmission par le Professionnel de Santé de messages contenant des factures, le poste de travail du Professionnel de Santé est susceptible de recevoir des messages dits de « service ».

#### 3.3.3.1 Message de service de l'Assurance Maladie

Les messages de service sont envoyés par les régimes d'Assurance Maladie en réponse à des erreurs détectées au niveau des en-têtes SMTP, de l'enveloppe des fichiers contenant les lots, lors de la détection ou d'une erreur du chiffrement.

Les Professionnels de Santé peuvent recevoir par les régimes d'Assurance Maladie obligatoire ou complémentaire, suite à la transmission de fichier vers les organismes d'Assurance Maladie :

- un message de service de rejet SMTP en réponse à des erreurs détectées au niveau des en-têtes SMTP,
- ou un message de service de rejet de fichier en réponse à des erreurs détectées au niveau de l'enveloppe des fichiers contenant les lots,
- ou un message de service de rejet de chiffrement en réponse à des erreurs détectées au niveau du chiffrement.

#### 3.3.3.2 Message de service de l'opérateur de messagerie

Les Professionnels de Santé peuvent recevoir par l'opérateur de messagerie, suite à la transmission de fichier vers les organismes d'Assurance Maladie :

- un message de service d'accusé de réception provisoire (AR\_P) en cas d'indisponibilité d'un site d'exploitation de l'assurance maladie,

Le lecteur peut se référer à l'annexe 1-B et à l'annexe 4 pour information complémentaire.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

### **3.4 Cas particuliers de fonctionnement**

#### **3.4.1 Cas de fonctionnement dégradé**

##### **3.4.1.1 Accident du travail**

Dans le cas où les informations relatives à l'AT ou celles relatives à l'identification de la caisse gestionnaire du risque AT, fournies par la victime différeraient des informations contenues en carte Vitale, le Professionnel de Santé peut réaliser une feuille de soins en mode SESAM Vitale dégradé.

##### **3.4.1.2 Dysfonctionnements**

Ce paragraphe indique les modes de fonctionnement prévus en cas de dysfonctionnement du système SESAM-Vitale ou d'un de ses composants.

##### ***Dysfonctionnement ou absence de la carte Vitale ou carte Vitale périmée***

Si la carte est absente ou ne fonctionne pas ou si sa date de validité est dépassée, il est nécessaire :

- soit de revenir au circuit papier traditionnel,
- soit de réaliser un flux électronique en mode SESAM-Vitale dégradé.  
Les données sont alors chiffrées en l'absence de la carte Vitale (*dans la précédente version du cahier des charges VI.3I, le mode non sécurisé était proposé dans ce cas*).

##### ***Dysfonctionnement du terminal lecteur ou absence de la carte CPS***

Si le terminal lecteur (lecteur mono-applicatif ou multi-applicatif, ou TLA) du Professionnel de Santé ne fonctionne pas ou que sa CPS est absente ou ne fonctionne pas, il est nécessaire de revenir au circuit traditionnel.

##### ***Dysfonctionnement du poste de travail du Professionnel de Santé***

Si le poste de travail du Professionnel de Santé ne fonctionne pas, l'élaboration de la facture ne peut avoir lieu. Pour les AMO, il est alors nécessaire de revenir au circuit papier conformément aux dispositions législatives et pour les AMC aux dispositions conventionnelles.

##### ***Dysfonctionnement du réseau de télécommunication***

Si le réseau de télécommunication n'est pas accessible ou ne fonctionne pas, le progiciel du Professionnel de Santé effectue plusieurs tentatives de connexion ou de transmission.

Suite à la réception d'un avis de non remise du réseau de messagerie signifiant que le message SMTP n'a pu être transmis à l'organisme d'Assurance Maladie et qu'il est perdu, le Professionnel de Santé renvoie à l'identique les données initialement émises.

Il est recommandé au progiciel du Professionnel de Santé d'alerter le Professionnel de Santé dès lors que plusieurs avis de non-remise sont reçus successivement concernant l'envoi d'un ou plusieurs messages à un ou plusieurs destinataires.

##### ***Perte de la facture électronique***

En cas de dysfonctionnement grave du système entraînant la perte définitive soit de la FSE soit de la DRE (par exemple, panne de disque dur), il est alors nécessaire :

- soit de revenir au circuit papier traditionnel sous la forme d'un duplicata pour la FSE,

Page 82 / 160	G.I.E. SESAM-VITALE	Réf. PDT-CDC-001
---------------	---------------------	------------------

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

Bien qu'il n'existe pas de dispositions législatives pour le Professionnel de Santé et pour l'AMC, le Professionnel de Santé transmet une facture papier à l'AMC (dans le cas de tiers-payant sur la part complémentaire),

- soit de réaliser la (ou les) factures électronique(s) en mode SESAM-Vitale dégradé,
- soit de réaliser une nouvelle FSE, ou une DRE, si l'assuré peut se représenter chez le Professionnel de Santé.

### **Absence d'ARL**

Les éléments qui suivent sont définis réglementairement (article R.161-47) pour la FSE. Lorsque le Professionnel de Santé n'a pas pu obtenir d'ARL dans les deux jours ouvrés suivant l'émission des lots de factures électroniques, il dispose de deux jours ouvrés pour les réémettre et prévenir l'organisme destinataire, ou, au plus tard, jusqu'à la transmission d'une nouvelle facture. Ce délai ne court pas durant les périodes d'absence du Professionnel de Santé d'une durée supérieure à deux jours ouvrés.

Les principes cités ci-dessus pour la FSE s'appliquent à la DRE.

### **Echec de la réémission d'une facture électronique**

En cas d'échec de la réémission d'une FSE, le Professionnel de Santé remet un duplicata sur support papier à l'assuré ou à l'AMO.

En cas d'échec de la réémission d'une DRE, les dispositions conventionnelles s'appliquent.

## **3.4.2 Feuille de soins papier pour la FSE dégradée**

Parallèlement à la transmission du flux à l'AMO, le Professionnel de Santé adresse à la caisse du régime obligatoire les pièces justificatives papier, à savoir la feuille de soins sur support papier établie sur l'imprimé conforme au modèle CERFA.

Pour tous les cas de dysfonctionnement et dans le cas d'accident de travail, lorsqu'il y a utilisation du mode SESAM-Vitale dégradé, la mention « Télétransmission dégradée » doit figurer sur la feuille de soins papier, pour toutes les familles.

## **3.4.3 Contenu d'un duplicata papier pour la FSE**

Conformément aux dispositions législatives (article R.161-47), si le Professionnel de Santé n'est pas en mesure de transmettre la FSE, il remet un duplicata sur support papier à l'assuré ou à l'organisme servant à ce dernier les prestations de base de l'Assurance Maladie selon des modalités fixées par convention. Ce duplicata comprend les données constitutives de la FSE, ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire des soins.

Le duplicata doit être rédigé ou imprimé sur un feuillet normalisé CERFA sur lequel est indiquée la mention « DUPLICATA ».

## **3.4.4 Mode test**

Le mode test correspond à l'élaboration de FSE ou de DRE à partir de cartes Vitale de test et CPS de test et à leur transmission vers les AMO et les AMC conformément aux spécifications de l'annexe 4.

Par conséquent le progiciel doit prévoir un mode de configuration test spécifique.

## **3.4.5 Mode démonstration**

Lors de l'utilisation d'une carte Vitale de démonstration avec une CPS réelle, le progiciel du Professionnel de Santé doit reconnaître la carte Vitale de démonstration sur la base des informations « code régime » et « code caisse » (01 et 999) et doit afficher au Professionnel de Santé qu'il est en train d'effectuer un flux de démonstration.

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 83 / 160
------------------	---------------------	---------------

### 3.5 Récapitulatif des émissions / réceptions du Professionnel de Santé par modes de sécurisation

Le tableau ci-dessous récapitule en fonctionnement nominal ou dégradé les émissions et les réceptions du Professionnel de Santé par mode de sécurisation de la facture.

Mode de sécurisation	Émission / Réception du Professionnel de Santé	
	Flux AMO	Flux AMC
<b>SESAM-Vitale</b> <b>SESAM-Vitale désynchronisé</b>  Pour toutes catégories  Facture électronique chiffrée et signée en présence de la carte Vitale et CPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FSE sans papier en parallèle</li> <li>• Réception d'ARL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DRE sans papier en parallèle</li> <li>• Réception d'ARL</li> </ul>
<b>SESAM sans Vitale</b>  Uniquement pour la catégorie des laboratoires d'analyse, médecins en anatomo-cyto-pathologie, et des pharmaciens et des fournisseurs (sous certaines restrictions)  Facture électronique chiffrée et signée en présence uniquement de la carte CPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FSE sans papier en parallèle</li> <li>• Réception d'ARL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DRE sans papier en parallèle</li> <li>• Réception d'ARL</li> </ul>
<b>Dégradé</b>  Pour toutes catégories, uniquement en cas d'absence ou de dysfonctionnement de la carte Vitale, ou FSE AT lorsque l'organisme de la facture est différent de celui de la carte Vitale  Facture électronique chiffrée en présence uniquement de la carte CPS et non signée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• facture électronique en mode «dégradé» avec papier en parallèle</li> <li>• Pas de réception d'ARL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DRE sans papier en parallèle</li> <li>• Réception d'ARL</li> </ul>

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### **3.6 L'administration du système SESAM-Vitale**

L'administration du système SESAM-Vitale est une fonction essentielle pour assurer un fonctionnement conforme aux objectifs de qualité fixés.

En tant qu'organisme spécificateur et fournisseur de matériel et logiciel, le G.I.E. SESAM-VITALE est partie prenante dans le fonctionnement et l'évolution de l'équipement du Professionnel de Santé.

#### **3.6.1 Suivi du Parc**

Le Suivi de Parc a pour but de fournir des informations sur l'état du parc des postes des Professionnels de Santé au GIE SESAM-Vitale. Il permet :

- de connaître les différentes versions des fournitures SESAM-Vitale installées sur le terrain, notamment pour évaluer l'état d'avancement des migrations,
- de repérer les postes du Professionnel de Santé qui nécessitent une action ciblée de la part des correspondants SESAM-Vitale, notamment lorsque certains composants sont incompatibles ou lorsqu'un composant nécessite une mise à jour réglementaire,
- d'élaborer des statistiques sur l'état du parc.

Le Suivi de Parc concerne les postes de travail suivants :

- les postes qui élaborent des factures électroniques,
- les postes qui mettent en forme des lots de FSE.

Le Suivi de parc concerne les éléments suivants (liste non limitative) :

- le numéro d'agrément,
- les composants ou produits homologués (terminal lecteur ou intégrés) par le GIE SESAM-Vitale,
- les fournitures SESAM-Vitale,
- certaines fournitures du GIP CPS.

Ces informations sont transmises périodiquement avec les FSE.

#### **3.6.2 Mise à jour du poste de travail du Professionnel de Santé**

##### **3.6.2.1 Objectifs**

Le système de mise à jour des composants SESAM-Vitale du Poste du Professionnel de Santé a pour objectif de définir, caractériser et mettre en place les services nécessaires à la mise à jour de l'équipement des Professionnels de Santé afin d'offrir au système l'évolutivité en particulier du fait de l'introduction de la CCAM, de la tarification de la part complémentaire.

##### **3.6.2.2 Les composants susceptibles de faire l'objet d'une mise à jour**

Parmi les composants présents sur l'équipement du Professionnel de Santé et constituant une version donnée, il convient de distinguer sur le poste de travail :

- les tables de données (tarification CCAM et complémentaire),
- les fichiers de paramétrage des modules de traitement,
- les bibliothèques ou exécutables (certaines bibliothèques exploitent ces tables ou fichiers),

et sur le terminal lecteur :

- les composantes système (noyau, superviseur, ...),
- les applications (ex : EI96, TLA).

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 85 / 160
------------------	---------------------	---------------

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

### 3.6.2.3 Exigences

Pour que le Professionnel de Santé puisse élaborer des flux de production corrects au niveau de son progiciel, le système de mise à jour doit permettre de mettre à jour les composants SESAM-Vitale présents sur son poste de travail avec les éléments les plus récents disponibles.

### 3.6.2.4 Circuit de mise à jour

Le système de mise à jour peut être utilisé pour mettre à jour des fichiers de paramétrage ou des « bibliothèques de fonctions » dans le cas où l'évolution a un impact limité au périmètre du composant lui-même (ex : correction du code d'un module, évolution d'un module associée à une version de table de données).

Les évolutions de composants ne peuvent porter que sur celles qui interviennent entre deux versions du cahier des charges et du package SESAM-Vitale associé. Sont essentiellement concernées les évolutions de composants qui n'impactent pas le progiciel (interfaces technique et fonctionnelle constantes vis à vis du progiciel).

### 3.6.3 Mise à jour des tables de conventions du Professionnel de Santé

Les tables de conventions peuvent être mises à jour par le Professionnel de Santé soit par saisie manuelle, soit par récupération de fichiers normés. Ces fichiers de Conventions et de Regroupements normés sont transmis ou mis à disposition soit :

- directement par les organismes signataires de conventions,
- via les OCT ou les éditeurs de logiciels qui le souhaiteraient,
- par le GIE SESAM-VITALE dans le cas des conventions en gestion unique.

Plusieurs circuits de diffusion des fichiers normés sont possibles :

- Envoi des fichiers de conventions et de regroupements normés dans une BAL et plus particulièrement la BAL SESAM-Vitale du Professionnel de Santé (la procédure de récupération des fichiers normés est détaillée dans les annexes 3 et 4 du présent cahier des charges SESAM-Vitale),
- Chargement des fichiers de conventions et de regroupements normés par le Professionnel de Santé à partir de support de l'Assurance Maladie (serveurs, CD, etc ...) (*procédure non décrite dans ce document*),
- Mise à disposition de ces fichiers via les éditeurs ou les OCT (*procédure non décrite dans ce document*).

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

## **4 LE POSTE DE TRAVAIL DU PROFESSIONNEL DE SANTE**

Ce chapitre décrit la participation du poste de travail du Professionnel de Santé à la mise en œuvre des fonctionnalités de SESAM-Vitale définies au chapitre 3.

Il spécifie les accès aux Fournitures SESAM-Vitale pour un équipement informatique.

### ***4.1 Présentation du poste de travail***

#### **4.1.1 Architecture matérielle**

La description de l'architecture matérielle ainsi que les exigences en terme d'architecture et de sécurité qui lui sont attachées sont fournies dans une nouvelle annexe : 'L'annexe 7 – Architecture et sécurité'.

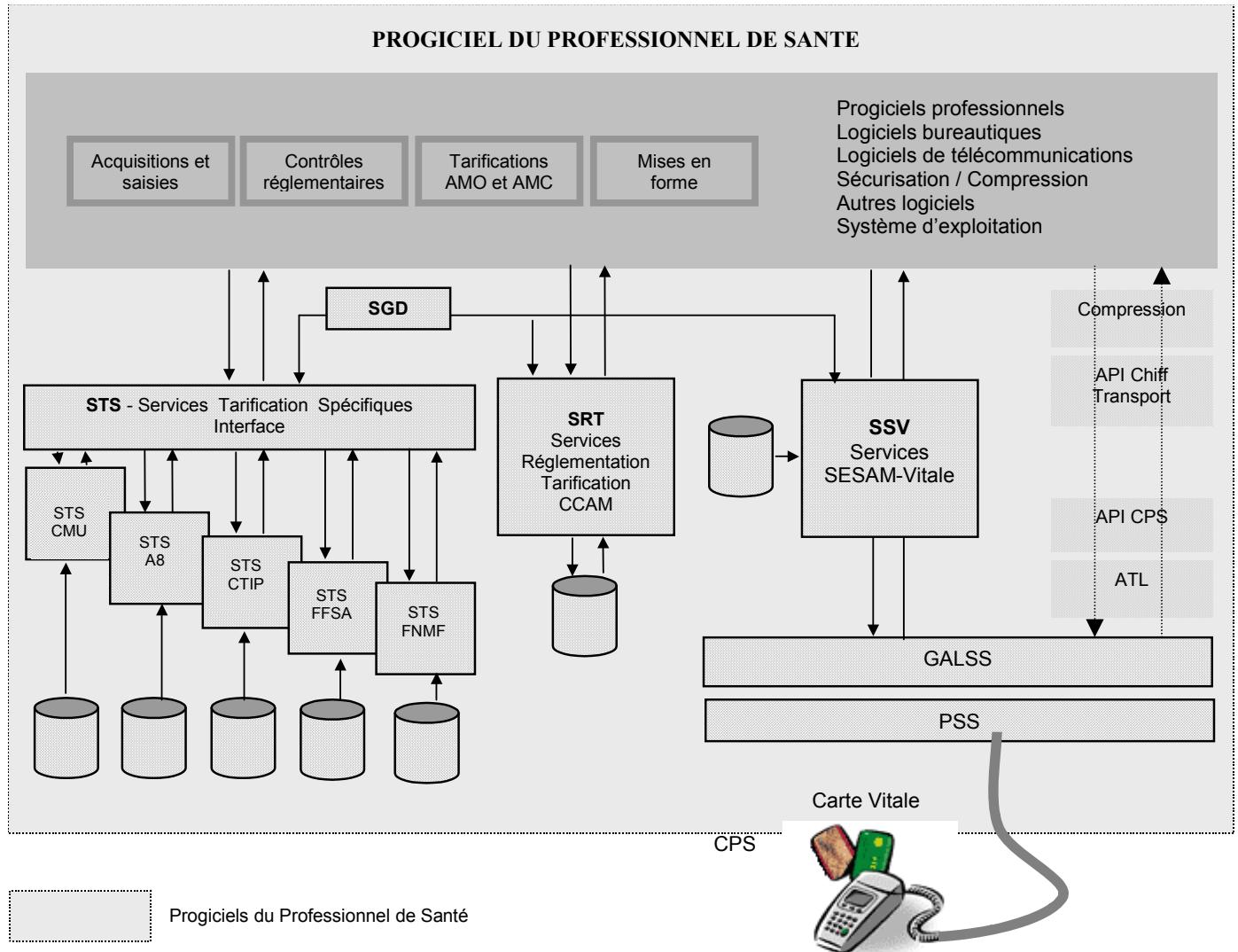
### 4.1.2 Architecture logicielle

Ce chapitre décrit l'architecture logicielle globale de l'équipement informatique du Professionnel de Santé.

Les configurations matérielles et logicielles non couvertes par le présent document sont soumises à homologation par le G.I.E. SESAM-VITALE conformément aux spécifications fonctionnelles du système SESAM-Vitale.

Les progiciels agréés par l'Assurance Maladie, permettant au Professionnel de Santé de gérer son activité, intègrent des fonctions spécifiées dans le présent document liées à l'application de la réglementation et de la tarification des organismes d'Assurance Maladie ainsi que les modules SESAM-Vitale fournis par l'Assurance Maladie.

L'architecture logicielle de l'équipement informatique du Professionnel de Santé est la suivante :



- Progiciels du Professionnel de Santé
- Spécifications fonctionnelles fournies par le CDC Sesam-Vitale
- Fournitures GIE SESAM-Vitale
- Autres Kits



Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

Le schéma précédent présente l'ensemble des fournitures utilisable par le progiciel de santé :

- Les SGD (Service de Gestion de Données), offrent une interface simplifiée au progiciel pour les différents modules SESAM-Vitale.
- Les SSV et le terminal lecteur servent à la facturation (entre autres, acquisition des données cartes CPS et Vitale et mise en forme et sécurisation de la FSE et de la DRE).
- Les SRT servent à la réglementation et à la tarification de la nomenclature CCAM. Ils sont composés d'une partie logicielle et d'un fichier des données CCAM dénommé référentiel électronique.

Le référentiel électronique contient des données de la nomenclature CCAM. Il est constitué à partir de la base nationale de la CCAM, la référence électronique de la nomenclature. Ces données sont utilisées par la partie logicielle pour la mise en œuvre des services SRT.

- Les STS gèrent les règles spécifiques de calcul des AMC et permettent le calcul du montant de la part complémentaire pour chaque acte de la facture. Ils comportent également des services d'assistance à la tarification.

Le mode d'utilisation d'un module STS par le progiciel de santé est identique pour tous les STS. Les fonctions, l'interface, la cinématique d'appel sont identiques.

La répartition des modules STS est la suivante :

- une interface STS unique, entre le progiciel et les différents modules de tarification STS qui suivent,
- les services de tarification de la part complémentaire spécifiques par famille ou groupe de familles de complémentaires :
  - CTIP (STS-CTIP),
  - FFSA (STS-FFSA),
  - FNMF (STS-FNMF),
  - AMO (STS-A8) en convention de gestion et AMC délégataires de gestion,
- le service de tarification complémentaire pour la CMU-C. Ce STS-CMU est unique et gère la tarification de la même façon pour tous les bénéficiaires de la CMU-C. Les garanties et les forfaits sont définis par l'Etat.

Par ailleurs, au sein du poste de travail, le Gestionnaire d'Accès au Lecteur Santé Social (GALSS) gère les accès de tout logiciel implanté sur l'équipement informatique à une même ressource (lecteur SESAM-Vitale, carte Vitale, CPS,...). Dans toutes les configurations, lorsqu'une application accède à une ressource donnée, toutes les ressources connectées via la même connexion (c'est-à-dire le même canal) deviennent inaccessibles à toute autre application.

#### **Remarque**

Certaines tables ou listes (table des tarifs, Liste des Produits et Prestations remboursables, table des actes de biologie...) sont nécessaires au bon fonctionnement du logiciel et à son utilisation par le Professionnel de santé.

Pour autant, ces tables et/ou listes sont hors du périmètre SESAM-Vitale et ne sont donc pas décrites dans le présent Cahier des charges ou mises à disposition par le GIE-SESAM-Vitale.

Pour se les procurer, l'éditeur de logiciel peut consulter les différents sites internet publics utiles.

#### **4.1.2.1 Les systèmes d'exploitation**

La liste des environnements possibles acceptant les fournitures SESAM-Vitale est susceptible d'évoluer, elle est de ce fait disponible sur le site du GIE SESAM Vitale <http://www.sesam-vitale.fr>.

Les sociétés désirant disposer des Fournitures SESAM-Vitale dans d'autres environnements que ceux indiqués dans cette liste sont invitées à prendre contact avec le G.I.E. SESAM-VITALE.

#### **4.1.2.2 Les progiciels du Professionnel de Santé**

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 89 / 160
------------------	---------------------	---------------

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

Le poste de travail comprend les applications nécessaires au Professionnel de Santé pour exercer son activité :

- gestion de cabinet,
- gestion des dossiers patients,
- accès à des bases de données médicales,
- etc.

Le présent document ne contient aucune spécification des progiciels du Professionnel de Santé ne participant pas à la création ou à la transmission de FSE et de DRE.

Les progiciels présents sur le poste de travail du Professionnel de Santé qui permettent de créer et de transmettre des FSE et des DRE doivent être conformes aux règles décrites dans le présent document.

Le packaging du progiciel de santé est sous la responsabilité de l'éditeur.

Ce document ne contient aucune spécification relative :

- à l'implémentation des règles du Cahier des Charges dans le progiciel du Professionnel de Santé,
- à l'interface utilisateur du poste de travail du Professionnel de Santé et de ses progiciels<sup>14</sup>,
- aux fonctions de traçabilité des échanges de données électroniques (lots de FSE, etc.) dans le progiciel du Professionnel de Santé.

Il est recommandé que le Professionnel de Santé puisse vérifier que la date système de son poste de travail corresponde à la date du jour, afin d'éviter la lecture des droits en carte d'un bénéficiaire ou l'élaboration de FSE et/ou DRE, et de lots à des dates antérieures ou postérieures à la date du jour (sources de rejet).

Les progiciels présents sur le poste de travail du Professionnel de Santé permettant de créer et de transmettre des FSE et/ou des DRE sont soumis à agrément par les organismes d'Assurance Maladie.

Le progiciel doit offrir au Professionnel de Santé, la visualisation :

- du numéro de version du cahier des charges SESAM-Vitale pour lequel le progiciel a obtenu l'agrément,
- du nom de sa « **boîte aux lettres SESAM-Vitale** »,
- du nom du « **répertoire de stockage des fichiers de conventions et de regroupements normés** », (cf Annexe 3)
- des données remontées par la fonction « Lecture Configuration » (cf Annexe 1-C).

Le progiciel doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé d'activer ou de désactiver la saisie de prestations CCAM, se cumulant avec la saisie de prestations NGAP.

Le progiciel doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé d'activer ou de désactiver globalement les services de tarification complémentaire et de la liste d'opposition.

Si la liste d'opposition est activée, le progiciel doit offrir au Professionnel de Santé, la visualisation du nom de sa « **boîte aux lettres Opposition** » si différente de la « boîte aux lettres SESAM-Vitale » de facturation.

<sup>14</sup> Il est recommandé que les sociétés éditrices utilisent les termes définis dans le lexique du présent document.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

#### 4.1.2.3 Les modules SESAM-Vitale

Les progiciels agréés par l'Assurance Maladie intègrent les modules SESAM-Vitale fournis par les organismes d'Assurance Maladie.

Les modules SESAM-Vitale :

- sont mis gratuitement à disposition des sociétés éditrices de progiciels pour Professionnels de Santé par l'Assurance Maladie.
- proposent une interface d'accès afin d'isoler au maximum les progiciels des Professionnels de Santé des évolutions de SESAM-Vitale (changement du masque de la carte Vitale, modification de la norme d'échange ou des mécanismes de sécurité, etc.).
- ne sont pas autonomes. Ils s'exécutent sous le contrôle du progiciel du Professionnel de Santé qui est l'application maître.
- regroupent les modules de facturation (constitution et sécurisation de la facture), et les modules de tarification :
- les modules de facturation regroupent le module SSV : Services SESAM-Vitale et le logiciel lecteur. Ils permettent l'accès aux cartes Vitale et Professionnel de Santé pour la création et la sécurisation des factures électroniques. Les SSV doivent être utilisés par tous les progiciels élaborant des flux SESAM-Vitale,
- les modules de tarification regroupent le module SRT : Services de Réglementation et Tarification pour la tarification des actes CCAM. Les SRT doivent être utilisés par tous les progiciels des éditeurs de la famille des prescripteurs,
- les modules de tarification regroupent les modules STS : Services de Tarification Spécifiques pour la part complémentaire. Les STS doivent être utilisés par tous les progiciels élaborant des flux SESAM-Vitale.

Le présent document contient les spécifications d'utilisation des Services SESAM-Vitale (SSV), des Services de Réglementation et Tarification (SRT) et des Services de Tarification Spécifiques (STS).

Les modules SESAM-Vitale sont accompagnés chacun d'un manuel de programmation. Ce manuel de programmation est un document de référence pour la mise en œuvre du module et donne par rapport au cahier des charges des précisions techniques complémentaires pour faciliter l'intégration des Fournitures SESAM-Vitale au sein du progiciel du Professionnel de Santé.

Par ailleurs, les progiciels du Professionnel de Santé peuvent accéder aux services de la Carte de Professionnel de Santé via les modules « Services génériques CPS » fournis par le G.I.P. «CPS». Le présent document ne contient aucune spécification des « Services génériques CPS ».

## 4.2 Participation du poste de travail aux fonctions SESAM-Vitale

Cette section spécifie la participation du poste de travail du Professionnel de Santé (dans son ensemble) aux fonctions SESAM-Vitale définies au chapitre 3.

### 4.2.1 Elaboration d'une FSE et/ou d'une DRE

#### 4.2.1.1 Schéma d'élaboration de la FSE et/ou d'une DRE (fonctionnement nominal)

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

Progiciel du PS		Modules SESAM-Vitale	Périphériques
<b>Acquisition des données relatives au Professionnel de Santé</b>	→ ←	SSV – Lecture carte du PS (optionnelle pour chaque facture)	CPS
Sélection de la situation d'exercice et de facturation du Professionnel de Santé (optionnelle)			
<b>Acquisition des données relatives au bénéficiaire des soins à partir de la carte Vitale et d'un autre support éventuel<sup>15</sup></b>	→ ←	SSV – Lecture droits Vitale	Carte VITALE et CPS dans le même terminal lecteur
Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire (sélection du code couverture)			
Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part complémentaire			
<b>Acquisition des informations relatives aux prestations<sup>16</sup></b> <b>Détermination du contexte du parcours coordonné de soins</b>	→ ←	SRT – Consultation et Contrôles CCAM (conditionnels) <sup>18</sup> STS <sup>17</sup> – Assistance à la tarification AMC complémentaire (optionnelle)	
<b>Tarifification de la part obligatoire</b>	→ ←	SRT- Règles de tarification CCAM (conditionnelles) <sup>18</sup>	
Contrôle complet CCAM	→ ←	SRT <sup>18</sup> - Contrôle complet CCAM (conditionnel)	
<b>Tarifification de la part complémentaire</b>	→ ←	STS – Tarification complémentaire (conditionnelle)	
<b>Constitution et sécurisation des FSE et DRE</b>			
Attribution d'un N° facture <sup>19</sup>			
Contrôle de cohérence des données d'identification			
Sauvegarde des données de la facture			
Mise en forme et sécurisation facture	→ ←	SSV- Mise en forme et sécurisation Facture	Carte VITALE et CPS dans le même terminal lecteur

<sup>15</sup> Cette fonctionnalité peut être exécutée plus en amont dans le processus d'élaboration de la facture.

<sup>16</sup> Pour chaque prestation, le progiciel du Professionnel de Santé doit permettre systématiquement au Professionnel de Santé d'indiquer si les soins sont liés à un accident de droit commun. Le progiciel du Professionnel de Santé ne doit pas renseigner préalablement la zone prévue à cet effet.

<sup>17</sup> Ce service peut être appelé par le Professionnel de Santé dès que le numéro de Mutuelle ou le numéro d'AMC est connu ou que le patient bénéficie d'une CMU complémentaire.

<sup>18</sup> Uniquement si un acte CCAM est présent dans la facture.

<sup>19</sup> Le numéro de la facture doit être unique, quel que soit le mode de sécurisation (sécurisé ou non sécurisé). Le numéro de facture est une partie de l'identifiant facture.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

Progiciel du PS
Limitation des doublons
Sauvegarde des factures sécurisées
<b>Finalisation de la facture</b>
Quittance pour l'assuré (optionnel)
Bon d'examen <sup>20</sup>
Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier (cf. 3.2.8.3)
Bordereau récapitulatif des ordonnances <sup>21</sup>

Modules SESAM-Vitale	Périphériques
	<b>Imprimante</b> (optionnel)

### Changement des éléments de facturation

Un changement fondamental tel qu'une modification des données relatives au Professionnel de Santé, au bénéficiaire, entraîne une reprise complète du processus de facturation.

Une modification de la prestation ou des données de tarification AMO doit conduire le progiciel à reprendre le processus au niveau de l'acquisition des données de prestation et de tarification AMO, notamment le contrôle complet CCAM.

Exception à cette règle : en cas de forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'un acte le progiciel ne doit pas reprendre le processus au niveau de l'acquisition des données de prestations et de tarification AMO.

Remarque : Le forçage du « **montant remboursable par l'AMO** » d'un acte peut avoir un impact sur le « montant théorique remboursable de la part complémentaire par l'AMC » et peut éventuellement nécessiter le forçage de ce montant.

Un changement d'organisme complémentaire ou un changement d'identification AMC du bénéficiaire des soins, après la tarification complémentaire, doit conduire le progiciel à refaire l'enrichissement des données de la facture sur la partie complémentaire.

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

En gestion unique, un passage de TP AMC en HTP AMC doit entraîner une mise en forme de la facture sans informations relatives à la part complémentaire. Un passage de HTP AMC en TP AMC doit conduire le progiciel à faire la recherche de la convention applicable.

### Actes en série

Lorsque le Professionnel de Santé crée une facture récapitulant plusieurs actes, le schéma général décrit précédemment s'applique en renseignant dans la facture tous les actes réalisés pour la série.

<sup>20</sup> Pour les laboratoires d'analyses biologiques et les anatomo-cyto-pathologistes

<sup>21</sup> Pour les pharmaciens, les laboratoires d'analyse de biologie médicale, les auxiliaires médicaux et les fournisseurs

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

#### **4.2.1.2 Acquisition des données relatives au Professionnel de Santé**

##### **4.2.1.2.1 Données issues de la carte CPS**

Le progiciel du Professionnel de Santé a besoin de collecter des informations relatives au Professionnel de Santé contenues dans sa carte :

- son identification,
- sa (ses) situation(s) d'exercice et de facturation au regard de l'AMO. Pour les centres de santé, **et les fournisseurs** les informations conventionnelles sont contenues sur les postes de travail ou serveurs.

Dans le cas où la Carte de Professionnel de Santé posséderait plusieurs situations d'exercice et de facturation, le progiciel doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé de sélectionner la situation d'exercice et de facturation appropriée.

Dans l'annexe 1-A, il est décrit dans quelle mesure le progiciel du Professionnel de Santé peut obtenir ces informations par lecture de la Carte de Professionnel de Santé.

Il n'est pas imposé une lecture systématique (c'est-à-dire pour chaque facture électronique) de la Carte de Professionnel de Santé ; en d'autres termes, le progiciel du Professionnel de Santé peut, par exemple, lire une première fois la carte et réutiliser l'information autant de fois que désiré.

Les principes de saisie du code porteur sont les suivants :

- lorsqu'une Carte de Professionnel de Santé est insérée dans le lecteur et que le code porteur n'a pas encore été saisi par le Professionnel de Santé, alors la première lecture nécessite de fournir ce code porteur,
- tant que cette même Carte de Professionnel de Santé n'est ni retirée du lecteur ni mise hors tension, toute lecture supplémentaire ne nécessite pas une nouvelle saisie du code porteur.

Le code porteur de la Carte Professionnel de Santé est fourni aux modules SESAM-Vitale :

- soit par le progiciel du Professionnel de Santé<sup>22</sup>,
- soit par saisie sur le clavier du lecteur SESAM-Vitale dans le cas où le progiciel du Professionnel de Santé ne le fournit pas.

Les données de la carte CPS sont acquises par le lecteur et transmises au progiciel par les Services SESAM-Vitale. Les spécifications d'appel au module de lecture de la carte du Professionnel de Santé sont décrites dans l'annexe 1-A.

##### **4.2.1.2.2 Données paramétrées sur le poste de travail du Professionnel de Santé**

Certaines données relatives au Professionnel de Santé nécessaires à l'élaboration de la facture non présentes en CPS doivent être renseignées par le professionnel de santé au minimum une fois au préalable de la constitution des factures (ces données peuvent être mémorisées sur le poste).(Cf. Annexe 1 –A)

##### **4.2.1.3 Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins**

Le progiciel du Professionnel de Santé collecte les informations dans la carte Vitale. Le Professionnel de Santé sélectionne le bénéficiaire des soins si nécessaire (cas d'une carte familiale comportant plusieurs bénéficiaires).

Les informations collectées sont :

- identification du bénéficiaire,
- régime d'appartenance et Organisme d'Assurance Maladie Obligatoire dont dépend le bénéficiaire,
- droits du bénéficiaire<sup>23</sup> à l'Assurance Maladie Obligatoire,

<sup>22</sup> Le progiciel du Professionnel de Santé ne doit pas mémoriser le code porteur de la Carte Professionnel de Santé.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

- organisme d'Assurance Maladie Complémentaire du bénéficiaire,
- droits du bénéficiaire à l'Assurance Maladie Complémentaire.

Dans l'annexe 1-A, il est décrit comment le progiciel du Professionnel de Santé obtient ces informations par la lecture de la carte Vitale.

Après lecture de la carte Vitale, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de visualiser le contenu de la carte Vitale. L'affichage des données en zone Mutuelle et des données en zone AMC de la carte Vitale n'est effectué que si aucune information en provenance d'un autre support AMC n'a été acquise auparavant, hors base patient (cf. § 4.2.1.3.1 décrivant les règles d'acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins pour la complémentaire).

Le progiciel doit permettre l'acquisition des données de tout autre support présenté par l'assuré.

### **Date de validité de la carte Vitale**

Lorsque la date de fin de validité de la carte Vitale est dépassée, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé l'élaboration de facture uniquement en mode de sécurisation SESAM Vitale dégradé. Le lecteur SESAM-Vitale interdit la lecture de la carte Vitale et la sécurisation des factures.

### **Carte Vitale en opposition**

Le progiciel, pour les spécialités concernées, doit avertir le Professionnel de Santé dès lors que la carte est présente dans la liste d'opposition et empêcher la création de flux vers les organismes d'Assurance Maladie.

### **Déclaration du Médecin Traitant**

L'information de la déclaration d'un Médecin traitant par le bénéficiaire des soins est éventuellement présente sur la carte Vitale.

Dès lors que cette information est connue en carte, le Progiciel doit l'afficher au Professionnel de Santé.

Cet affichage concerne tout type de progiciel, indépendamment de la ou des familles de Professionnel de Santé auxquelles il s'adresse.

### **Droits aux Soins Médicaux Gratuits**

Les droits aux SMG ne sont pas contrôlés par le progiciel. Ils sont induits par le choix du Professionnel de Santé de la nature d'assurance SMG.

<sup>23</sup> Les informations relatives à une exonération de ticket modérateur figurant en carte Vitale ne sont accessibles qu'aux professionnels, établissements de santé. Cet accès nécessite l'emploi d'une carte de Professionnel de Santé (CPS ; CPE, CDE, CPF).

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

#### **4.2.1.3.1 Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins pour la complémentaire**

##### **4.2.1.3.1.1 Gestion séparée, gestion unique**

Les organismes gérant uniquement la part complémentaire pour un assuré sont appelés dans ce document organismes en mode de gestion séparée.

Les organismes gérant à la fois les parts obligatoire et complémentaire pour un assuré sont appelés dans ce document *organismes en mode de gestion unique*.

##### **4.2.1.3.1.2 Acquisition des informations**

Le progiciel du Professionnel de Santé permet la saisie et/ou l'acquisition des informations relatives à l'Assurance Maladie Complémentaire à partir des informations contenues dans la carte Vitale ou sur tout autre support éventuel présenté par l'assuré. Les données complémentaires peuvent aussi être récupérées à partir d'un fichier patient du poste du Professionnel de Santé. Tout support AMC prévaut sur le contenu complémentaire (zone AMC ou Mutuelle) de la carte Vitale.

Dans ce cadre,

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

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

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

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

##### **Acquisition à partir d'une carte Vitale**

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

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

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### **Acquisition à partir d'une attestation papier AMC**

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

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

Le Professionnel de Santé identifie que la complémentaire est en gestion unique si l'attestation papier délivrée par l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire comporte au moins l'une des mentions suivantes :

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

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

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

### **Acquisition à partir d'une attestation papier AMO**

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

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

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

Un « MUTNUM » comporte toujours 8 caractères.

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

### **Acquisition à partir d'un fichier patient**

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

#### **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 celles définies 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 » ou « Fournisseurs » :

Pour contrôler l'ouverture des droits sur la part complémentaire, le progiciel d'un Professionnel de Santé de la famille « Pharmaciens » ou « Fournisseurs » 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).

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

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.

#### 4.2.1.3.1.4 Contrôle de l'ouverture des droits complémentaire avec possibilité de forçage

Le progiciel du Professionnel de Santé vérifie l'ouverture des droits du bénéficiaire à partir des données lues sur le support :

- Dans le cadre d'une gestion unique :
  - garanties effectives,
  - date de début droits Mutuelle,
  - date de fin droits Mutuelle.
- Dans le cadre gestion séparée :
  - date de début de validité des données,
  - date de fin de validité des données.

Si les droits ne sont pas ouverts, le Professionnel de Santé a la possibilité soit de forcer les dates d'ouverture des droits soit d'abandonner la transmission des informations relatives à la complémentaire.

#### 4.2.1.3.1.5 Acquisition de la référence de la réponse de prise en charge

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'acquiescer la référence de la « réponse de prise en charge » inscrite sur la « réponse de prise en charge » sur la part complémentaire.

#### ~~Cas particulier de la MFGAM, la MUTAME et la MGAT~~

~~Pour la MFGAM, la MUTAME et la MGAT, la présence en carte Vitale V1 ou Vitale V1Bis des données « numéro de mutuelle » et « garanties effectives » ouvre au bénéficiaire le droit aux prestations complémentaires.~~

~~Elle permet ainsi aux Professionnels de Santé de faire bénéficier l'adhérent du tiers payant sur la part complémentaire en application des dispositions contractuelles passées avec l'organisme complémentaire identifié en carte, **quelles que soient les dates de fin de droits contenues en carte.**~~

~~Cette règle s'applique à l'ensemble des bénéficiaires :~~

~~— des codes régimes 91 à 96 (MGEN, MG, MGP, MFP, MNH, MNAM),~~

~~— du régime 99 et de centre gestionnaire 0609 (MNT),~~

~~— du régime 99, de caisse gestionnaire 281 et de centre gestionnaire 0613 (MGAT), et du régime 99, de caisse gestionnaire 441 et de centre gestionnaire 0613 (MUTAME),~~

~~Toutefois, pour les personnes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle et les patients de qualité enfant de 16 ans et plus, le droit aux prestations complémentaires ne peut s'exercer qu'après contrôle de la période de droits complémentaires inscrite en carte.~~

~~Pour les personnes sortants de la CMU-C, le droit au tiers payant ne peut s'exercer qu'après un contrôle de la période de droits complémentaires inscrite en carte.~~

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

#### 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).

##### Cas particulier des prestations pharmaceutiques et des dispositifs de la LPP pour les droits à la CMU-C :

Pour la CMU-C, en ce qui concerne les prestations pharmaceutiques (type de nomenclature = « Frais PH » cf. Annexe2 – Table 1) et les dispositifs de la LPP (type de nomenclature = « LPP » cf. Annexe2 – Table 1), il convient de retenir la date de délivrance comme date de référence.

**Remarque :** En cas de nature d'assurance SMG, il y a lieu d'ignorer toute situation particulière du bénéficiaire de soins.

#### 4.2.1.3.2.1 CMU Complémentaire

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits du bénéficiaire des soins au regard de la CMU-C.

Le progiciel informe le Professionnel de Santé si le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de la CMU Complémentaire gérée par :

- un AMO (gestion unique) ; dans ce cas, le progiciel affiche à l'écran la mention « CMU complémentaire gérée par le régime obligatoire ».
- un AMC en convention de gestion avec un AMO (gestion unique), dans ce cas, le progiciel affiche à l'écran la mention « CMU complémentaire gérée par un organisme en gestion unique ».
- un AMC (gestion séparée) ; dans ce cas le progiciel affiche à l'écran la mention « CMU complémentaire – transmission directe possible » si des données sont présentes dans la zone AMC, sinon, le progiciel affiche à l'écran « CMU complémentaire – éventuelle attestation complémentaire pour transmission directe ».

Les règles d'identification et de détermination des différentes situations sont décrites dans l'annexe 1-A « Lecture Droits Vitale » du Cahier des Charges.

L'indicateur de traitement AMC ne permet pas, pour le progiciel, l'identification d'un bénéficiaire de la CMU-C. Cette identification s'effectue à partir de l'attestation CMU-C délivré par l'AMO, ou des données de la carte Vitale (code service AMO bénéficiaire ou zone mutuelle).

Si une situation de CMU-C est identifiée à partir des informations en carte Vitale, en priorité selon le « code service AMO bénéficiaire ». La période de validité des droits est alors déterminée à partir des dates « début et fin service AMO bénéficiaire ».

En l'absence de « code service AMO bénéficiaire », la situation est identifiée à partir des informations contenues dans la zone mutuelle. La période de validité des droits est déterminée à partir des dates mentionnées dans cette zone.

Dans le cas d'une gestion séparée, les dates de validité de la zone AMC ou du support AMC doivent être utilisées uniquement pour déterminer la période de télétransmission directe possible vers l'AMC (Cf Annexe 1-A Fonction lecture Droits Vitale).

Pendant cette période, le progiciel doit proposer la télétransmission directe vers l'AMC.

En dehors de cette période ou si le Professionnel de Santé refuse la transmission directe, il doit proposer le Tiers Payant Coordonné que l'on peut assimiler à un mode de gestion unique.

##### Cas particulier pour la « réponse de prise en charge » complémentaire

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 99 / 160
------------------	---------------------	---------------

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

En CMU-Complémentaire, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de renseigner la référence de la réponse de prise en charge de façon facultative : elle est présente sur la « réponse de prise en charge » envoyée par l'organisme complémentaire, elle n'existe pas sur l'accord de devis renvoyé par l'AMO.

#### **4.2.1.3.2.2 Sortants de CMU Complémentaire**

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits du bénéficiaire des soins au regard du dispositif de sortant de CMU-C.

Le progiciel affiche alors à l'écran la mention « Sortant de CMU complémentaire ».

Les règles d'identification et de détermination des différentes situations sont décrites dans l'annexe 1-A « Lecture Droits Vitale » du Cahier des Charges.

L'indicateur de traitement AMC ne permet pas, pour le progiciel, l'identification d'un bénéficiaire sortant de la CMU-C. Cette identification s'effectue à partir de l'attestation sortant de CMU-C délivré par l'AMO, ou des données de la carte Vitale (code service AMO bénéficiaire ou zone mutuelle).

Si une situation de sortant de CMU-C est identifiée à partir des informations en carte Vitale : en priorité selon le « code service AMO bénéficiaire ». La période de validité des droits est alors déterminée à partir des dates « début et fin service AMO bénéficiaire ».

En l'absence de « code service AMO bénéficiaire », la situation est identifiée à partir des informations contenues dans la zone mutuelle. La période de validité des droits est déterminée à partir des dates mentionnées dans cette zone.

#### **4.2.1.3.2.3 Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire**

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits du bénéficiaire des soins au regard du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire alors le progiciel affiche à l'écran la mention « Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire ».

Les règles d'identification sont décrites dans l'annexe 1-A « Lecture Droits Vitale » du Cahier des Charges.

Si le bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire est identifié à partir des informations en carte Vitale, la période de validité des droits est déterminée à partir des dates début et fin service AMO bénéficiaire.

#### **4.2.1.3.2.4 Aide Médicale d'Etat**

Les règles d'identification sont décrites dans l'annexe 1-A « Lecture Droits Vitale » du Cahier des Charges.

Dans ce cas, c'est un mode de gestion unique qui est appliqué.

#### **4.2.1.3.2.5 Migrants de passage**

Les règles d'identification sont décrites dans l'annexe 1-A « Lecture Droits Vitale » du Cahier des Charges.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

#### **4.2.1.4 Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire**

##### **Restitution de plusieurs codes situations**

Dans ce contexte, lorsque l'application de la règle T1x (Cf. annexe 2) conduit à identifier plusieurs codes situations pour une même facturation traitement, alors il convient d'élaborer une FSE et une DRE par code situation différent.

Ce principe de rupture des factures électroniques est valable dans les quatre deux situations suivantes :

- lorsque l'évolution de la situation du bénéficiaire des soins est favorable,
- en cas de succession d'actes isolés facturés en fin de traitement par un prescripteur (exemples : séance de désensibilisation, succession d'actes dentaires isolés facturés sur une même FSE).
- en cas de réparation d'appareils relevant de la LPP et de délivrance en même temps de produit LPP ou de médicaments.
- pour les pédicures podologues en cas de facture comprenant des soins de pédicuries et des orthèses plantaires.

##### **Date de fin de droits**

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

##### **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 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, 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-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 droits AMO » est non renseignée (la date de début étant renseignée) l'accès au tiers payant n'est pas limité dans le temps.

Cette règle ne concerne pas les factures en nature d'assurance SMG : dans le cadre des soins Médicaux Gratuits, le professionnel de santé a la possibilité d'accorder à l'assuré le tiers payant sur la part obligatoire, indépendamment des droits AMO inscrits en carte.

##### **Accès au tiers payant en nature d'assurance SMG**

Le tiers payant sur la part obligatoire est fortement recommandée au Professionnel de Santé. A ce titre, le progiciel doit considérer par défaut la facture en « Tiers Payant AMO », le Professionnel de Santé pouvant toujours modifier cette information.

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 101 / 160
------------------	---------------------	----------------

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

### **Situation particulières du bénéficiaire au regard de l'accès au tiers payant**

- **CMU**

Dans le cas où le progiciel identifierait un bénéficiaire de la CMU Complémentaire, il doit proposer au Professionnel de Santé l'application du tiers payant sur la part obligatoire.

- **Sortants de CMU-C**

Dans le cas où le progiciel identifierait un sortant de CMU-C, il doit proposer au Professionnel de Santé l'application du tiers payant sur la part obligatoire.

**La situation du bénéficiaire permet** application du tiers payant sur la part obligatoire qui est conditionnée aux dates de validité lues en zone service AMO bénéficiaire, ou en zone mutuelle de la carte Vitale ou lues sur l'attestation AMO.

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

Dans le cas où le progiciel identifierait un bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire, il doit proposer au Professionnel de Santé l'application du tiers payant sur la part obligatoire.

**La situation du bénéficiaire permet** application du tiers payant sur la part obligatoire qui est conditionnée par :

- les dates de validité lues en zone service AMO bénéficiaire de la carte Vitale ou lues sur l'attestation AMO ;
- le contexte de la prestation : celle-ci doit être réalisée dans le cadre du parcours coordonné de soins.

- **AME**

Dans le cas où le progiciel identifie un bénéficiaire de l'AME (de base ou complémentaire), le progiciel doit proposer au Professionnel de Santé l'application du tiers payant sur les parts AMO et AMC.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

#### **4.2.1.5 Détermination du contexte conventionnel au regard de la complémentaire**

##### **4.2.1.5.1 Introduction**

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

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

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

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

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

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

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

Par ailleurs, dans le cas des cabinets de groupes (ex : cabinet de radiologie), où le progiciel SESAM-Vitale est partagé par plusieurs Professionnels de Santé, il est toléré qu'il soit installé une seule table de convention communes à plusieurs Professionnels de Santé si et seulement si ceux-ci ont la même spécialité.

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

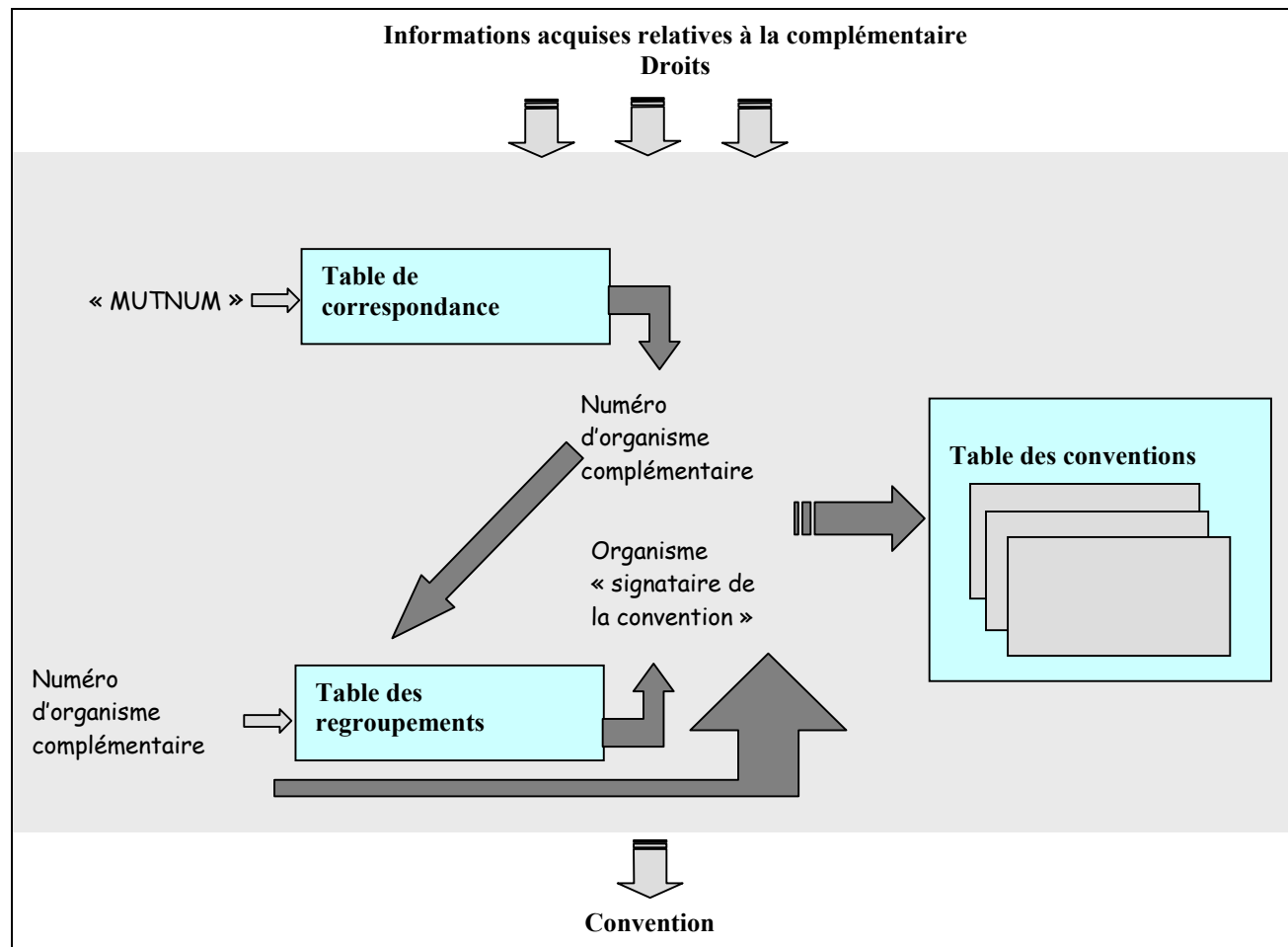
- en gestion séparée, les conventions de télétransmission en tiers payant ou en hors tiers payant,
- en gestion unique, les conventions de tiers payant (la télétransmission des informations relatives à la complémentaire est couverte par la télétransmission de la FSE).

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

Les tables fournies sont les suivantes :

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

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



### **CMU-C ou situation médecin référent**

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

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

### **AME**

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

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

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

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

- **Gestion séparée**

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

Valeur de la première position de l'indicateur de traitement	Service ouvert pour l'assuré
1	Hors tiers payant
2, 6, 7	Tiers Payant
3	Tiers Payant ou Hors tiers payant
0	<del>Pas de service SESAM Vitale proposé</del> Pas de DRE possible

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

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

- **Gestion unique**

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

Valeur de l'indicateur de traitement	Service ouvert pour l'assuré
00	<del>Hors tiers payant</del> Pas de transmission d'information complémentaire
01,02, 62, 71	Tiers Payant

Dans l'hypothèse où l'indicateur de traitement n'est pas restitué lors de la lecture de la carte Vitale, le progiciel doit proposer un tiers payant sur la part complémentaire et valoriser l'indicateur de traitement à 01.

#### CMU-C

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

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

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

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

#### **4.2.1.5.3 Recherche de la convention applicable**

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

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

##### **4.2.1.5.3.1 Présentation des tables**

La recherche de la convention applicable sur le poste de travail du professionnel de santé nécessite :

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

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

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

#### **Données de la table des conventions et critères d'accès**

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

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

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

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

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

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

En gestion séparée :

- L'indicateur d'usage de l'attestation papier : cet indicateur n'est pertinent que dans le cas de l'utilisation d'une attestation papier,
  - une valeur « 0 » signifie que l'attestation papier est indispensable avec la table des conventions pour obtenir les informations relatives à SESAM-Vitale (code aiguillage, indicateur de traitement...) et déterminer le type de flux et le destinataire,
  - une valeur « 1 » signifie que les informations relatives à SESAM-Vitale sont issues de la table des conventions et que l'attestation papier est un complément à la table des conventions pour déterminer le type de flux et le destinataire.
- L'indicateur d'acceptation de DRE de rectification (accord conventionnel)
- L'indicateur d'acceptation de DRE d'annulation (accord conventionnel)
- En tiers payant, l'identifiant de l'opérateur de règlement<sup>24</sup>. Cette donnée est utilisée dans les critères de regroupement des DRE en lots
- En tiers payant, les données d'adressage du destinataire des flux<sup>25</sup> (code routage, identifiant de l'hôte, nom de domaine). Ces données d'adressage peuvent aussi être renseignées en hors tiers payant.

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

- L'identifiant de l'organisme signataire de la convention,
- L'indicateur de convention « groupée »,
- Le type de convention pour la gestion de la complémentaire,
- Le critère secondaire précisant le périmètre de la convention,

<sup>24</sup> L' « opérateur de règlement » est l'opérateur qui rembourse au Professionnel de Santé les prestations complémentaires en tiers payant pour le compte de l'organisme complémentaire.

<sup>25</sup> L' « opérateur destinataire des flux complémentaires » est l'opérateur qui reçoit les flux contenant la part complémentaire pour le compte de l'organisme complémentaire.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

- Le numéro d'organisme complémentaire (n° AMC).

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

### **Données de la table de correspondance et critères d'accès**

Les données contenues dans la table de correspondance sont :

- Le MUTNUM,  
Cette donnée peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec la donnée issue de la carte Vitale ou d'un autre support éventuel.
- Le code organisme obligatoire associé (code régime, caisse, centre),  
Cette donnée peut être exprimée à l'aide de caractères génériques. Le progiciel utilise ces caractères génériques lors de la comparaison avec les données issues de la carte Vitale ou d'un autre support éventuel. Le code régime est toujours renseigné.
- Le numéro d'organisme complémentaire,
- Le libellé de l'organisme complémentaire,
- Eventuellement d'autres données utiles, mises à disposition du Professionnel de Santé pour lui permettre de mettre à jour, au fil de l'eau, sa table des conventions. Ces données seront fournies dans le fichier de correspondance normé.

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

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

### **Données de la table des regroupements et critères d'accès**

Les données contenues dans la table des regroupements sont :

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

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

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

- Le numéro d'organisme complémentaire,
- Le type de convention,

Page 108 / 160	G.I.E. SESAM-VITALE	Réf. PDT-CDC-001
----------------	---------------------	------------------

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

- Le critère secondaire permettant de sectoriser une population d'assurés.

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

#### **4.2.1.5.3.2 Recherche dans la table de correspondance**

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

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

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

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

#### **Détermination du numéro d'organisme complémentaire**

Le progiciel récupère une ligne de correspondance contenant :

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

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

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

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

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

#### 4.2.1.5.3.3 Recherche dans la table des regroupements

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

#### **Valorisation des critères d'accès à la table des regroupements**

Le progiciel valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises. Le tableau suivant récapitule les cas possibles.

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

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

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### Détermination du n° d'organisme signataire de la convention

La liste restituée peut contenir :

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

#### 4.2.1.5.3.4 Recherche dans la table des conventions

##### Valorisation des critères d'accès à la table des conventions

Le progiciel valorise les critères d'accès en fonction du contexte de facturation et des données acquises. Le tableau suivant récapitule les cas possibles.

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

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

	En gestion séparée, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée et critère secondaire présent sur le support	A partir du support
	En gestion séparée, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée et critère secondaire absent ou à blanc sur le support	Critère non utilisé
Organisme signataire de la convention	Si la complémentaire fait l'objet d'une convention groupée	A partir de l'organisme signataire issu de la table des regroupements.
	En gestion séparée, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée	Numéro d'organisme complémentaire issu du support
	Autres situations	Critère non utilisé
Numéro d'organisme complémentaire	En gestion unique, si la complémentaire ne fait pas l'objet d'une convention groupée et si le numéro d'organisme complémentaire est issu du support ou acquis à partir de la table de correspondance	A partir du support ou de la table de correspondance
	Autres situations	Critère non utilisé

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

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

### **Restitution des conventions**

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

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

#### **Gestion unique**

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

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

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

### **Gestion séparée**

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

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

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

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

#### **4.2.1.5.3.5 Choix d'une convention par le Professionnel de Santé**

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

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

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

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

La convention sélectionnée doit être applicable à la complémentaire identifiée.

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

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 113 / 160
------------------	---------------------	----------------

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

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

### **CMU-C**

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

### **Situation médecin référent**

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

### **Modalités de choix du Professionnel de Santé**

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

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

### **Détermination du code aiguillage STS**

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

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

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

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

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

#### 4.2.1.5.3.6 Conditions de mise à jour des tables

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

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

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

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

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

- la **récupération des fichiers normés** transmis par les organismes émetteurs sur le poste du Professionnel de Santé,
- le **filtrage des fichiers normés** par le progiciel pour remonter uniquement les conventions et regroupements qui correspondent au Professionnel de Santé,
- **l'importation des fichiers normés filtrés** dans les tables déjà installées sur le poste du Professionnel de Santé.

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

#### **Mise à jour de la Table des conventions**

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

##### Mise à jour par saisie directe (manuelle)

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

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

##### Mise à jour par fichier de conventions normé

Le Progiciel doit réaliser les actions suivantes :

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

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

### ***Mise à jour de la Table des regroupements***

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

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

#### Mise à jour par saisie directe (manuelle)

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

#### Mise à jour par fichier de regroupements normé

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

Le Progiciel doit réaliser les actions suivantes :

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

### ***Mise à jour de la Table de correspondance***

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

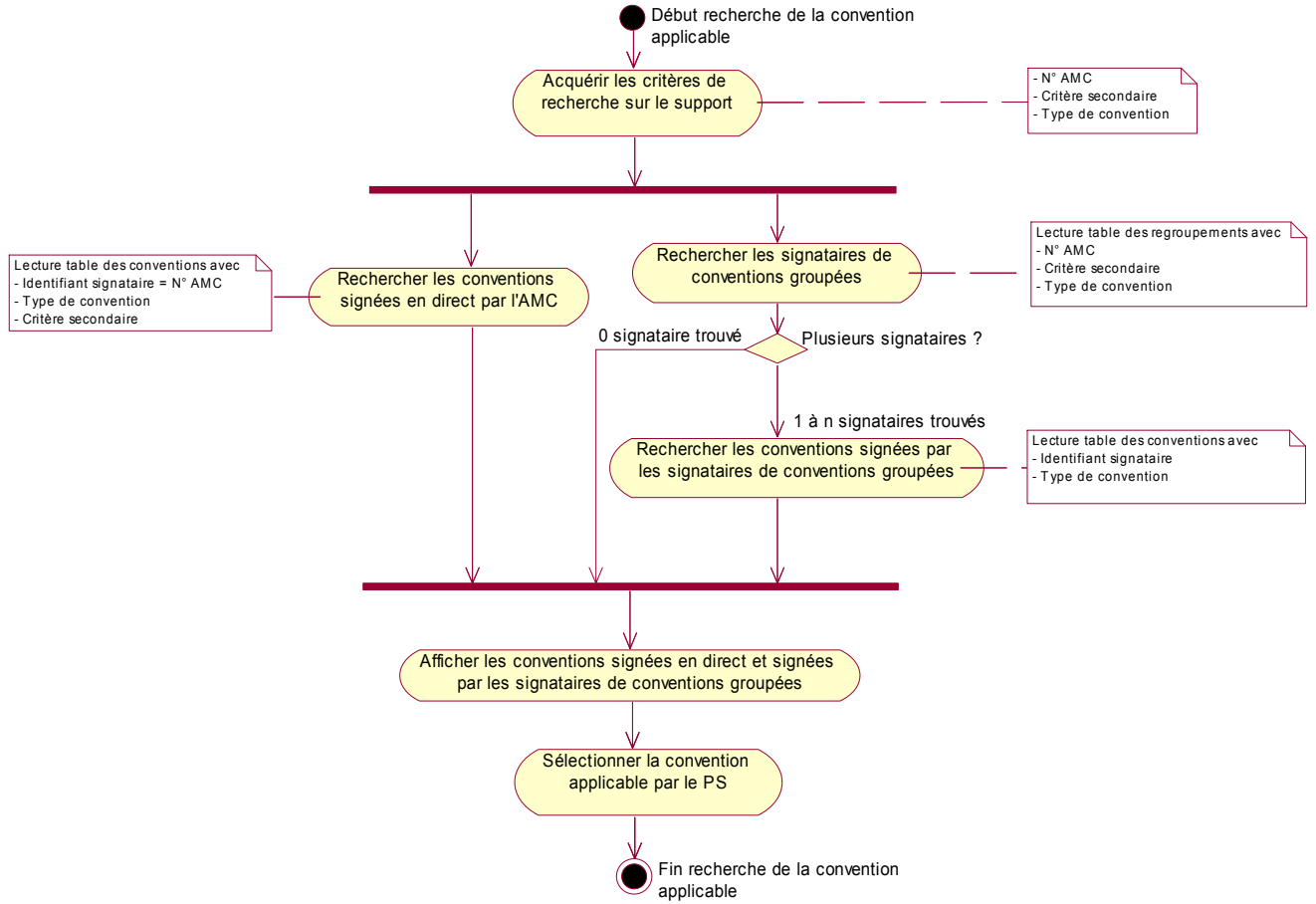
Le Professionnel de Santé peut visualiser la table de correspondance mais ne peut pas la modifier.

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

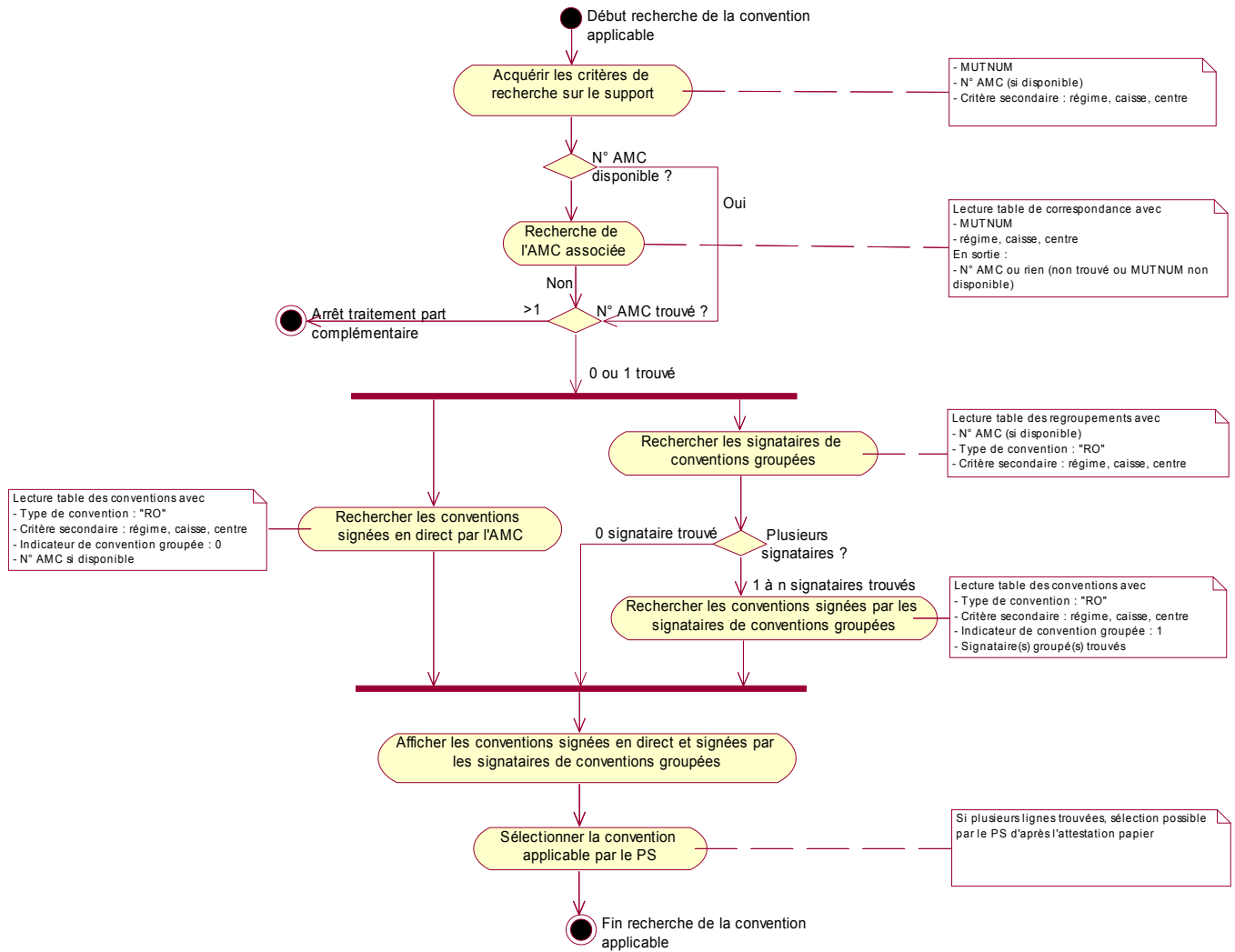
Les schémas ci-dessous illustrent les paragraphes précédents en présentant des cinématiques possibles de recherche de la convention applicable. On distingue la recherche dans le cadre d'une gestion unique ou d'une gestion séparée.

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

**Gestion séparée**



**Gestion unique**



Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

#### 4.2.1.6 Acquisition des informations relatives à la prestation

Le progiciel du Professionnel de Santé permet la saisie et l'acquisition des informations relatives aux prestations effectuées, au type de facturation applicable, etc.

Pour chaque prestation, le progiciel du Professionnel de Santé doit permettre systématiquement au Professionnel de Santé d'indiquer si les soins sont liés à un accident de droit commun et ne doit pas remplir préalablement la zone prévue à cet effet (cf. annexe 1-A1).

Le progiciel du Professionnel de Santé applique les contrôles sur les actes relevant de la NGAP, de la CCAM ainsi que d'autres liés à l'application de la réglementation AMO (NABM). Ces contrôles ont pour but d'assurer la validité des informations créées sur le poste de travail du Professionnel de Santé. Ils portent sur les aspects réglementaires, la cohérence et les valeurs des données.

⇒ Actes **non CCAM** **NGAP et NABM**

En premier lieu, pour toute lettre clé saisie par un Professionnel de Santé de la famille prescripteur, il convient d'appliquer systématiquement le contrôle de validité des lettres clé obligatoirement automatisé par le service SRT et spécifié dans l'annexe 1-A (cf. schéma SR1, règle CC6).

Les spécifications des contrôles réglementaires de l'AMO sont décrites dans l'annexe 2 du cahier des charges SESAM-Vitale.

⇒ Actes **CCAM**

Les spécifications des règles CCAM sont décrites dans l'annexe 1-A1. Le progiciel s'appuie obligatoirement sur l'utilisation des services SRT telle que spécifiée dans l'annexe 1-A1.

Dans une même facture peuvent être présents à la fois des prestations **NGAP non CCAM** et des prestations CCAM.

#### Origine de la prescription pour les exécutants

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé des familles Pharmaciens et Laboratoires de renseigner dans sa facture l'origine de la prescription, à savoir : prescription établie

- par le médecin traitant,
- par un médecin correspondant,
- par un autre médecin dans le respect du parcours de soins,
- hors parcours de soins.

Cette information est lue, le cas échéant, par le Professionnel de Santé exécutant sur l'ordonnance. (Cf. §4.2.1.11 Inscription des références du parcours coordonné de soins sur l'ordonnance).

#### Origine de la prescription pour la délivrance d'optique

Le progiciel doit permettre aux Professionnels de Santé des familles Pharmaciens et Fournisseurs de renseigner dans sa facture l'origine de la prescription lors de la délivrance d'optique, à savoir :

- renouvellement à l'identique de la prescription médicale,
- renouvellement adapté de la prescription médicale,

#### Prévention commune AMO/AMC

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

- un « Top Prévention commune AMO/AMC »,
- un qualifiant de dispositif de prévention en saisie libre.

Ces deux informations de niveau acte sont renseignées par le progiciel et placées dans la facture.

#### Identification du prescripteur

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 119 / 160
------------------	---------------------	----------------

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

Le progiciel 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.

### **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 logiciel.

### **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.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

#### **4.2.1.7 Détermination du contexte du Parcours coordonné de soins**

Le progiciel examine tous les cas d'exclusion et détermine si la facture est concernée par le parcours de soins.

Dans le cas où la facture est concernée par le parcours de soins, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de saisir les deux informations suivantes :

- L'existence d'un médecin traitant déclaré par le patient,  
Cette information est notamment disponible par lecture de la carte Vitale et est affichée au Professionnel de Santé. Cependant le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de confirmer ou modifier cette information.
- La réponse du Professionnel de Santé sur le contexte du parcours de soins à savoir si la facture est élaborée :
  - par le Médecin traitant déclaré,
  - par le Nouveau médecin traitant,
  - par un Médecin correspondant (cas d'orientation par le médecin traitant),
  - par un médecin pour un bénéficiaire orienté par un autre médecin que le médecin traitant (autres cas d'orientation),
  - par le généraliste récemment installé en exercice libéral,
  - par le médecin installé en zone sous médicalisée,
  - en Urgence,
  - en Accès direct spécifique,
  - par le médecin traitant de substitution,
  - hors résidence habituelle du patient,
  - hors Accès direct spécifique,
  - hors parcours de soins.

Le progiciel détermine, à partir de ces 2 informations, l'indicateur du parcours de soins transmis dans la facture (cf. Annexe1-A0).

Pour une facture élaborée par le médecin correspondant ou un médecin pour un bénéficiaire orienté par un médecin autre que le médecin traitant (médecin orienté), le progiciel oblige la saisie des nom et prénom du médecin qui a orienté le patient.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

#### **4.2.1.8 Tarification de la part obligatoire**

Le progiciel du Professionnel de Santé applique également les règles de tarification qui représentent un ensemble de règles de calcul de remboursement pour l'Assurance Maladie des différentes prestations en fonction de critères liés à la catégorie professionnelle, à l'acte, à la date, aux droits de paiement, etc.

Les règles de tarification des AMO doivent être appliquées quel que soit le mode de tarification AMO (hors tiers payant ou tiers payant).

Ces règles permettent de déterminer :

- la base de remboursement des actes médicaux ou paramédicaux,
- la base de remboursement des frais de déplacement,
- le taux de remboursement,
- le montant remboursable par l'AMO.

Le progiciel devra comporter des modules capables de traiter l'intégralité des règles de tarification applicables à une profession.

Les spécifications des règles de tarification de l'AMO sont décrites dans les annexes 1 et 2.

Dans un but de clarification de la présentation, les calculs nécessaires à la tarification ont été découpés en règles simples. De ce fait, ces règles possèdent un enchaînement logique qui est traduit par les schémas figurant dans l'annexe 1-A.

##### *⇒ Base de Remboursement*

Pour la détermination de la base de remboursement des prestations CCAM, le progiciel utilise les services SRT de calcul du Prix Unitaire (PU) et de la Base de Remboursement (BR). Les spécifications d'appel aux services élémentaires des SRT sont décrites dans l'annexe 1-A1.

##### *⇒ Taux de Remboursement et Montant remboursable AMO*

Pour la détermination du taux de remboursement ainsi que du montant remboursable par l'AMO, le progiciel s'appuie sur les règles décrites dans l'annexe 2.

Dans le cas de prestations CCAM, la détermination du taux de remboursement peut nécessiter l'utilisation de services SRT dont l'appel est précisé dans l'annexe 2 et l'implémentation est décrite dans l'annexe 1-A1.

#### **Contrôle complet CCAM**

Une fois que le Progiciel de Santé a terminé la tarification AMO, il est obligatoire d'appeler le service SRT de contrôle complet CCAM pour effectuer un contrôle complet vis-à-vis de la réglementation et de la tarification CCAM si la facture comporte au moins un acte CCAM.

En entrée, le progiciel fournit au service contrôle complet CCAM les données d'entrée de constitution de la facture à contrôler. Tous les actes de la facture doivent être saisis.

En sortie, les SRT retournent une liste de diagnostics détaillant les erreurs détectées par rapport aux règles CCAM. Le progiciel doit alors présenter ces diagnostics au Professionnel de Santé pour que ce dernier effectue les corrections nécessaires.

En cas de correction apportée par le Professionnel de Santé, le contrôle complet CCAM doit alors être appelé à nouveau, et ce jusqu'à ce qu'aucun diagnostic d'erreur ne soit plus détecté (hors cas de forçage spécifiés dans l'annexe 1-A).

En mode nominal, le contrôle complet CCAM est terminé quand aucun diagnostic d'erreur n'est plus remonté.

Les spécifications d'appel au service « contrôle complet » des SRT sont décrites dans l'annexe 1-A1.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

#### 4.2.1.9 Tarification de la part complémentaire

Pour la tarification de la part complémentaire le Professionnel de Santé peut renseigner des montants et utiliser les modules de tarifications STS.

Cas particulier : en nature d'assurance SMG, la part complémentaire est nécessairement non renseignée : le progiciel ne détermine pas la part complémentaire, ce chapitre ne s'applique pas.

Dans le cadre de l'AME de base ou de l'AME complémentaire, le progiciel ne doit pas faire appel aux modules de tarification STS pour la tarification complémentaire.

##### 4.2.1.9.1 Acquérir les montants de la « réponse de la prise en charge »

En présence d'une référence de « réponse de prise en charge », le progiciel doit offrir au Professionnel de Santé deux modes d'acquisition des montants de la « réponse de prise en charge » :

- Mode 1 : Acquérir les montants pour chaque prestation de la facture,
- Mode 2 : Acquérir le montant total de la « réponse de prise en charge » et le ventiler

Définition du mode 1 : La « réponse de prise en charge » détaille les montants de la part complémentaire pour chaque code de prestation et il y a stricte adéquation entre les codes « prestation » de la facture et ceux figurant sur la « réponse de la prise en charge »,

Définition du mode 2 : Tous les autres cas.

Exemples :

- Divergence entre les codes « prestation » de la facture et ceux figurant sur la « réponse de la prise en charge » (utilisation par l'organisme complémentaire d'un référentiel différent de celui de l'AMO, ...)
- la réponse contient uniquement le montant total de la prise en charge,
- ...

Les accords passés entre le Professionnel de Santé et l'organisme complémentaire peuvent éventuellement indiquer le mode d'acquisition à privilégier.

##### Recommandation

Le progiciel peut indiquer le cas échant, une information au Professionnel de Santé, stipulant que seuls les produits et prestations de la « réponse de prise en charge » doivent figurer sur cette facture ; les produits en sus doivent faire l'objet d'une autre facturation.

##### 4.2.1.9.1.1 Acquérir les montants de chaque prestation de la « réponse de prise en charge »

Dans le mode 1, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'acquérir le montant complémentaire de chaque prestation à partir de la « réponse de la prise en charge » et calcule le montant total de la part complémentaire qu'il affiche au Professionnel de Santé.

Le progiciel positionne un indicateur de forçage de niveau acte pour chaque acte renseigné.

##### 4.2.1.9.1.2 Acquérir le montant total de la prise en charge et le ventiler

Dans le mode 2, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'acquérir le montant global de la « réponse de prise en charge ».

Le progiciel doit ventiler le montant total complémentaire inscrit sur la « réponse de prise en charge » en commençant par la première prestation, et selon les principes suivants.

Pour chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé, le progiciel doit :

- déterminer le montant restant, du montant global de la « réponse de prise en charge » complémentaire, à ventiler sur les lignes d'actes suivantes.

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 123 / 160
------------------	---------------------	----------------

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

Pour toutes les autres lignes d'actes (i) différentes de la première ligne, le montant restant à ventiler est égal au montant restant à ventiler de la ligne précédente diminué du montant théorique remboursable de la part complémentaire de la prestation de la ligne précédente (i-1). (C'est-à-dire celui calculé pour la ligne précédente.)

Le montant restant à ventiler  $(i) = \text{Montant restant à ventiler } (i-1) - \text{montant théorique remboursable de la part complémentaire de la prestation } (i-1)$

Pour la première ligne d'acte, le montant restant à ventiler est égal au montant global de la « réponse de prise en charge ».

- calculer le montant théorique remboursable de la part complémentaire pour chaque prestation (i).

Ce montant pour chaque prestation (i) correspond au minimum entre le montant des honoraires de la prestation (i) déduit du montant remboursable AMO de la prestation (i) et le montant restant à ventiler (i) de la « réponse de la prise en charge ».

Le montant théorique remboursable de la part complémentaire de la prestation  $(i) = \text{MIN} [\text{le montant des honoraires de la prestation } (i) - \text{montant remboursable AMO } (i); \text{Montant restant à ventiler } (i)]$

Le progiciel positionne un indicateur de forçage de niveau acte pour chaque acte.

Le progiciel renseigne le montant total théorique remboursable de la part complémentaire par le montant global de la « réponse de prise en charge » complémentaire renseigné par le Professionnel de Santé.

#### **4.2.1.9.2 Tarification de la part complémentaire par le module de tarification complémentaire**

Le progiciel doit faire appel aux modules de tarification STS pour la tarification complémentaire via l'interface unique d'appel aux STS sauf si, pour la convention sélectionnée, l'indicateur de désactivation des STS est positionné. L'interface est complétée avec toutes les données connues du progiciel (informations issues de la lecture de la CPS, de la carte Vitale, facture tarifée AMO, code aiguillage STS...).

Le progiciel valorise systématiquement le Top CMU avant l'appel aux STS (cf. annexe 1 – A2 – groupe 3700).

Le progiciel valorise le Top Médecin Référent avant l'appel aux STS (cf. annexe 1 – A2 – groupe 3700).

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé un appel optionnel à la fonction « Assistance à la Tarification » pour obtenir des informations liées à la tarification complémentaire de la facture. Le progiciel peut appeler la fonction « Assistance à la tarification » dès lors que l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire a été identifié.

Le progiciel doit effectuer un appel systématique à la fonction « Tarification » (en Tiers-Payant ou hors Tiers-Payant) pour calculer le montant de la part complémentaire au niveau acte et au niveau facture. Le progiciel peut appeler la fonction « Tarification » dès lors que l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire a été identifié, que le service (Tiers Payant ou Hors Tiers Payant) est sélectionné par le Professionnel de Santé par le choix d'une convention et que la tarification de la part obligatoire et le contrôle complet des données CCAM sont terminés.

Une facture n'est pas valide tant que les STS retournent un diagnostic bloquant en tarification (niveau de diagnostic supérieur ou égal à 3). Dans ce cas de figure, le Professionnel de Santé doit intervenir sur la facture avant sa mise en forme (corriger, passer en hors tiers payant par choix d'une autre convention, modifier les montants, abandonner la transmission de la part complémentaire...). Un diagnostic de niveau supérieur ou égal à 3 nécessite un nouvel appel à la fonction « Tarification » des STS si le Professionnel de Santé maintient la transmission des informations relatives à la complémentaire. Pour les actes ayant fait l'objet d'un diagnostic bloquant (niveau supérieur ou égal à 3), le progiciel doit ignorer l'éventuel montant de la part complémentaire calculé par les STS.

A l'issue de la tarification complémentaire, le progiciel réalise la sauvegarde des informations de tarification utilisées ou restituées par les modules STS dans le but de pouvoir les réafficher au Professionnel de Santé.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

- Cas particulier pour la « réponse de prise en charge »

L'appel au service de tarification de la part complémentaire (STS) doit être réalisé **après** la réalisation du calcul par le progiciel du mode 1 ou du mode 2.

- Cas particulier pour la tarification de la part complémentaire en cas de CMU-C

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'appeler le STS-CMU et éventuellement, de renseigner le paramètre associé à chaque prestation de la facture.

- Information au Professionnel de Santé

En fin de Tarification SESAM-Vitale, c'est-à-dire après valorisation de la part obligatoire et de la part complémentaire si les conditions suivantes sont réunies :

- la facture est en Tiers Payant sur la part complémentaire,
- les STS sont débrayés,
- les données complémentaires sont issues de la carte Vitale,

alors le progiciel doit informer le professionnel de santé selon les termes suivants :

**"Attention, les montants de la part complémentaires proposés ne sont pas issus des moteurs de tarification SESAM-Vitale "**

Il est à noter que cette information ne nécessite pas une validation de la part du Professionnel de Santé.

Ce message ne doit pas être affiché dans un contexte de CMU-C.

- Recommandations seulement en cas d'échec à la tarification

Lorsque la tarification ne peut pas être réalisée automatiquement, le progiciel peut :

- soit faire appel à la fonction « Assistance à la tarification » pour que le Professionnel de Santé choisisse la formule (par son numéro et son libellé) correspondant au support AMC, et valoriser les paramètres associés pour les transmettre à la fonction de tarification ;
- soit « traduire » des éléments de tarification du fichier patient existant en formule et paramètres associés pour les transmettre à la fonction « Tarification » ;
- soit faire appel à son logiciel métier pour renseigner le montant de la part complémentaire.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

#### 4.2.1.10 Forçage

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de modifier les éléments constitutifs de la facture dans la limite des données de l'annexe 1-A1 et sans modification de leur définition fonctionnelle.

Ce forçage des données par le Professionnel de Santé est matérialisé par des indicateurs de forçage au niveau acte ou au niveau facture.

Les spécifications liées au forçage sont décrites dans l'annexe 1-A.

#### 4.2.1.11 Inscription des références du parcours coordonné de soins sur l'ordonnance

La mention portée sur l'ordonnance par le prescripteur est fonction du contexte du parcours de soins dans lequel sa facture a été établie. Cette mention est reportée par l'exécutant (familles Pharmacien et Laboratoire d'analyse de biologie médicale) dans sa facture dans l'information « origine de la prescription ».

Cette mention correspond aux situations suivantes :

Pour une facture élaborée :	Inscription sur l'ordonnance :
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ par le Médecin traitant déclaré</li> <li>▪ le nouveau médecin traitant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prescription établie par le médecin traitant</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ par un Médecin pour un bénéficiaire orienté par le médecin traitant,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prescription établie par un médecin pour un bénéficiaire orienté par le médecin traitant</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ par un médecin pour un bénéficiaire orienté par un autre médecin que le médecin traitant</li> <li>▪ par le médecin traitant de substitution</li> <li>▪ en Accès direct spécifique</li> <li>▪ hors résidence habituelle du patient</li> <li>▪ par un généraliste récemment installé (et le patient a déclaré un médecin traitant)</li> <li>▪ par un médecin installé en zone sous médicalisée (et le patient a déclaré un médecin traitant)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prescription établie par un autre médecin dans le respect du parcours de soins</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hors parcours de soins.</li> <li>▪ hors accès direct spécifique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prescription établie hors parcours de soins</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ en Urgence</li> <li>▪ dans un cas d'exclusion du parcours de soins</li> </ul>	Blanc

#### 4.2.1.12 Préparation à la transmission des informations relatives à la complémentaire

##### 4.2.1.12.1 Détermination des types de flux à transmettre

La détermination des types de flux à transmettre (FSE seule, DRE seule, FSE+DRE) est réalisée par le progiciel, en fonction de différentes situations décrites dans le tableau ci-dessous.

Les informations relatives à l'Assurance Maladie Complémentaire sont :

- soit à transmettre dans une DRE, pour un mode de gestion séparée et si le Professionnel de Santé n'utilise pas les services d'un OCT pour l'éclatement de FSE
- soit à inscrire dans la FSE,
  - pour un mode de gestion unique,
  - ou, pour un mode de gestion séparée, lorsque le Professionnel de Santé utilise les services d'un OCT pour l'éclatement de FSE.

Le progiciel doit pouvoir paramétrer l'existence ou non de l'utilisation par le Professionnel de Santé d'un service d'éclatement de FSE proposé par un OCT.

Le tableau ci-dessous récapitule les types de flux à émettre selon les situations.

AMO	AMC	Mode gestion	OCT éclateur facture	FSE	DRE	Remarques
Il existe au moins un acte à transmettre à l'AMO	Pas de convention SESAM-Vitale		Sans OCT	X		Possibilité d'avoir un flux AMC actuel.
			Avec OCT	X		Part AMC complémentaire dans FSE pour éclatement (actuel pour AMC). FSE enrichie sans données d'adressage AMC.
	Convention SESAM-Vitale existante	Gestion séparée	Sans OCT	X	X	
			Avec OCT	X		Part AMC complémentaire dans FSE pour éclatement. FSE enrichie avec données d'adressage AMC
		Gestion unique		X		
Il n'existe pas d'acte à transmettre à l'AMO	Convention SESAM-Vitale existante	Gestion séparée	Sans OCT		X	
			Avec OCT	X		FSE enrichie avec données d'adressage AMC
		Gestion unique		X		
	Pas de convention SESAM-Vitale		Sans OCT			Possibilité d'avoir un flux AMC actuel.
			Avec OCT	X		Part AMC complémentaire dans FSE pour éclatement, FSE enrichie sans données d'adressage AMC.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

#### 4.2.1.12.2 Détermination du destinataire des flux

##### 4.2.1.12.2.1 Pour la FSE

La détermination de l'organisme destinataire des flux est décrite dans l'annexe 1-A0 (groupe 1310).

##### *Routage des flux SMG*

A partir du moment où le Professionnel de Santé choisit le contexte de facturation SMG, le progiciel ignore l'organisme gestionnaire de la carte Vitale et utilise dans tous les cas celui de la caisse dédiée à la gestion des flux SMG à savoir l'organisme gestionnaire suivant :

- Code régime **08**
- Code caisse gestionnaire **835**
- Code centre gestionnaire **0300**

##### 4.2.1.12.2.2 Pour la DRE

En plus du numéro d'organisme complémentaire (issu du support AMC) ou du numéro de l'opérateur de règlement (issu de la table des conventions), les informations nécessaires à l'adressage des DRE sont :

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

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

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

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

- dans le contexte hors tiers payant de la part complémentaire AMC, ces informations dépendent du support présenté et de l'indicateur d'usage de l'attestation pour la convention choisie :
  - si le support présenté est la carte Vitale (ou un autre support électronique), les informations d'adressage utilisées sont celles issues du support présenté par l'assuré ; en cas d'absence d'une des trois données d'adressage, les informations d'adressage utilisées sont celles de la table des conventions ;
  - si le support présenté est une attestation papier et que l'indicateur d'usage de l'attestation est égal à « 0 », les informations d'adressage utilisées sont celles issues de l'attestation<sup>26</sup> ; en cas d'absence d'une des trois données d'adressage, les informations d'adressage utilisées sont celles de la table des conventions ;
  - si le support présenté est une attestation papier et que l'indicateur est égal à « 1 », les informations d'adressage utilisées sont celles de la table des conventions ; en cas d'absence

<sup>26</sup> Afin de faciliter la saisie des informations d'adressage par le Professionnel de Santé, le progiciel peut pré-remplir l'écran de saisie avec les données d'adressage présentes en table des conventions.

d'une des trois données d'adressage, le Professionnel de Santé ne peut pas transmettre les informations de la complémentaire dans une DRE (il s'agit d'une erreur dans la table des conventions ; le Professionnel de Santé doit la corriger en contactant le cas échéant le signataire de la convention).

- dans le contexte tiers payant de la part complémentaire AMC, les informations d'adressage utilisées sont celles de la table des conventions.

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

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

Présence de l'adresse sur le support <sup>27</sup>	TP	HTP
Carte Vitale et table des conventions	Adresse issue de la table des conventions	Adresse issue de la carte Vitale
Carte Vitale seulement	Pas de DRE possible	Adresse issue de la carte Vitale
Table des conventions seulement	Adresse issue de la table des conventions	Adresse issue de la table des conventions
Table des conventions et Attestation, avec indicateur d'usage attestation à 0	Adresse issue de la table des conventions	Adresse issue de l'attestation (écran de saisie avec pré-remplissage avec l'adresse présente dans la table des conventions)
Table des conventions et Attestation, avec indicateur d'usage attestation à 1	Adresse issue de la table des conventions	Adresse issue de la table des conventions
Attestation seulement	Pas de DRE possible	Si l'indicateur d'usage est égal à 0, l'adresse est issue de l'attestation (écran de saisie sans pré-remplissage) Si l'indicateur d'usage est égale à 1 il n'y a pas de DRE possible.

#### 4.2.1.12.2.2 – Pour la FSE

##### Données de la part complémentaires dans la FSE

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

<sup>27</sup> L'adresse est présente sur le support si les trois données sont effectivement présentes sur le support.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

#### **4.2.1.13 Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode SESAM-Vitale**

Les informations nécessaires au remboursement des soins (identification du Professionnel de Santé, de l'assuré, code prestation, montant payé, etc.) sont fournies par le progiciel du Professionnel de Santé aux Services SESAM-Vitale. Le progiciel du Professionnel de Santé doit fournir systématiquement les éléments issus des calculs.

La lecture de la carte Vitale par le progiciel est imposée au moins une fois lors de l'élaboration de la facture. Le progiciel réalise un contrôle de cohérence sur les données d'identification du bénéficiaire présentes à la fois **lors de la lecture de dans** la carte Vitale **sécurisant la facture** et dans la facture (date de naissance, rang de naissance, **code couverture**, code régime, code caisse gestionnaire et code centre gestionnaire). La facture ne peut pas être sécurisée en mode SESAM-Vitale si une incohérence est détectée sauf cas particulier prévu par le forçage (cf annexe 1-A).

**Cas particulier** : Dans le cadre des risques AT et SMG, cette cohérence porte uniquement sur l'identification du bénéficiaire (la date de naissance et le rang de naissance) et ne porte pas sur les codes régime, caisse et centre inscrits en carte.

Les données obligatoirement fournies par le progiciel du Professionnel de Santé sont définies dans l'annexe 1-A1 du présent document.

Une fois les informations constitutives de la FSE et de la DRE collectées et sauvegardées avec les informations relatives au calcul de la part complémentaire, le progiciel du Professionnel de Santé utilise les SSV afin de procéder :

- à la vérification des données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé (format des données, présence des données),
- à la mise en forme des données conformément aux normes d'échanges utilisées par les organismes d'Assurance Maladie,
- à la sécurisation des factures électroniques en faisant appel au lecteur SESAM-Vitale et aux cartes Vitale et Professionnel de Santé,
- à la génération des Critères de Regroupement en Lots.

Les Services SESAM-Vitale rendent au progiciel du Professionnel de Santé, si tout se déroule correctement, les factures électroniques mises en forme et sécurisées, prêtes à être intégrées dans des lots. Les Services SESAM-Vitale rendent également un critère, pour chaque type de facture, qui permet le regroupement des factures électroniques en lots.

#### **Consignes pour éviter les doublons**

Afin d'éviter la création d'une deuxième facture identique à la précédente (au numéro de facture près) le progiciel du Professionnel de Santé doit, dès la sécurisation des factures effectuées, réinitialiser l'ensemble des groupes d'entrée de la fonction permettant la mise en forme et la sécurisation des factures. Le progiciel du Professionnel de Santé doit également réinitialiser les zones de saisie à l'écran.

#### **4.2.1.14 DRE rectificative et d'annulation**

##### **4.2.1.14.1 DRE rectificative**

###### *Schéma d'élaboration de la DRE rectificative*

Le Schéma d'élaboration de la DRE rectificative est identique au schéma d'élaboration de la facture. Le Professionnel de Santé doit renseigner le numéro de DRE initiale dans la DRE rectificative.

##### **4.2.1.14.2 DRE d'annulation**

###### *Schéma d'élaboration de la DRE d'annulation*

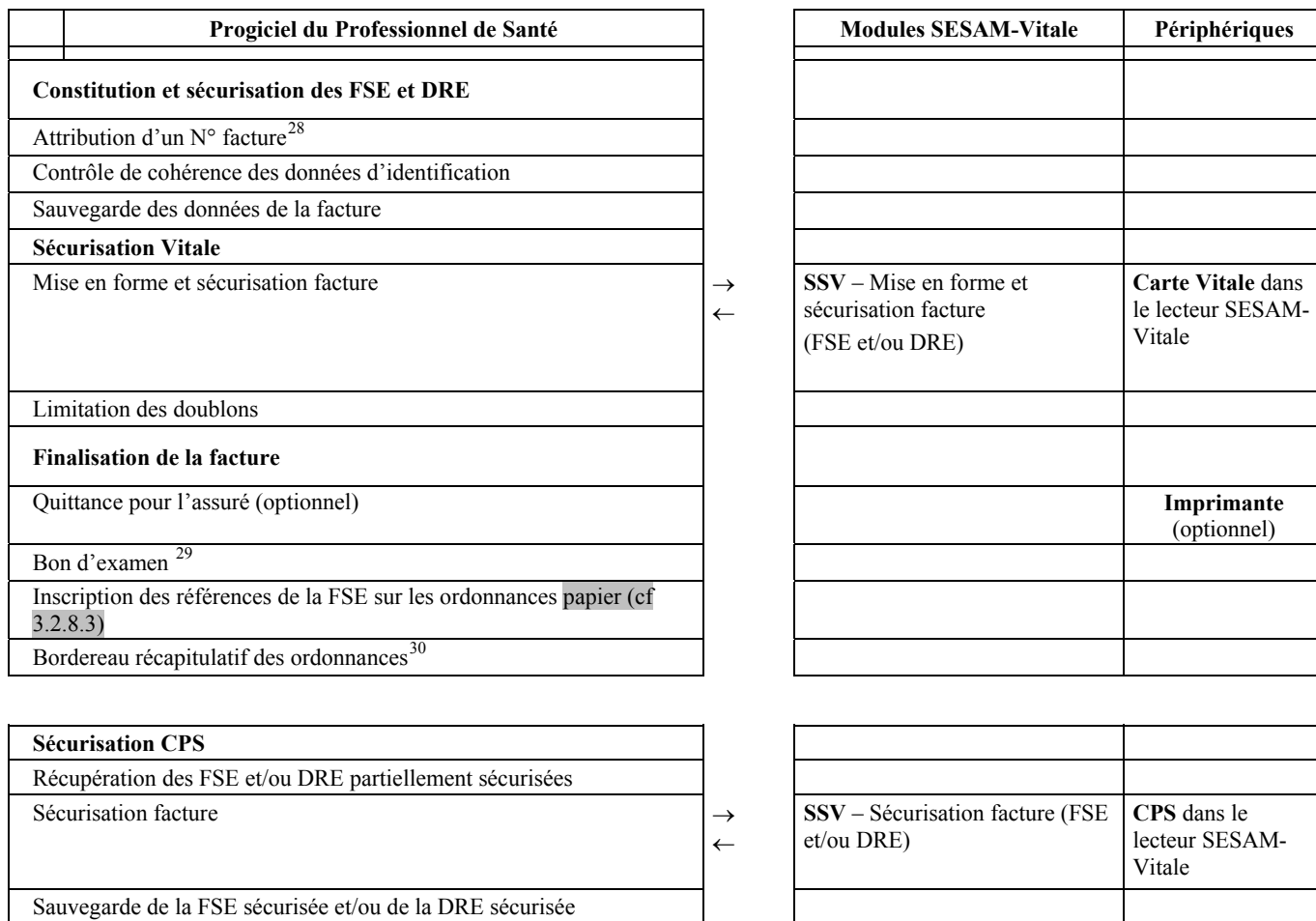
Le Professionnel de Santé doit indiquer la DRE à annuler avant la mise en forme et sécurisation de la facture.

Page 130 / 160	G.I.E. SESAM-VITALE	Réf. PDT-CDC-001
----------------	---------------------	------------------

#### 4.2.1.15 Constitution et sécurisation des FSE et des DRE en mode **SESAM-Vitale** avec **désynchronisation**

Les opérations d'acquisition et de tarification sur le poste de travail du Professionnel de Santé sont identiques à celles spécifiées pour la création des factures électroniques en mode SESAM-Vitale, à l'exception de la règle suivante : une facture électronique **en mode** désynchronisée est signée dans un premier temps en présence de la carte Vitale puis dans un second par la carte CPS.

La sécurisation en mode **SESAM-Vitale** désynchronisé est présentée de la façon suivante dans le schéma de sécurisation des factures électroniques :



La cinématique de la signature en mode **SESAM-Vitale** désynchronisé est la suivante :

- Dans un premier temps, lors de l'élaboration de la facture, le progiciel appelle la fonction de mise en forme et sécurisation facture avec **le mode de** la sécurisation désynchronisée, carte Vitale présente uniquement. Au retour, les Services SESAM-Vitale retournent une facture partiellement sécurisée accompagnée de données supplémentaires qui vont permettre la deuxième sécurisation.

<sup>28</sup> Le numéro de la facture doit être unique, quel que soit le mode de sécurisation (sécurisé ou non sécurisé). Le numéro de facture est une partie de l'identifiant facture.

<sup>29</sup> Pour les laboratoires d'analyses biologiques et les anatomo-cyto-pathologistes

<sup>30</sup> Pour les pharmaciens, les laboratoires d'analyse de biologie médicale, les auxiliaires médicaux et les fournisseurs

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

- Dans un second temps, la CPS présente, le progiciel donne, en entrée de la fonction de deuxième signature, la facture accompagnée de ses données complémentaires. A l'issue du traitement de sécurisation, les Services SESAM-Vitale retournent au progiciel la facture sécurisée ainsi que son critère de regroupement en lot.

#### **4.2.1.16 Transmission des flux aux organismes d'Assurance Maladie**

##### **4.2.1.16.1 Constitution et sécurisation des lots de Factures**

###### *Schéma d'élaboration du lot de Factures*

Le schéma global d'élaboration des lots de FSE est résumé ci-dessous

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphérique
Regroupement des FSE selon le critère de regroupement			
<b>Pour chaque lot constitué</b>			
Attribution d'une référence de lot			
Appel aux Services SESAM-Vitale	→	SSV – Mise en forme et sécurisation lot	CPS dans le lecteur SESAM-Vitale
Sauvegarde du lot de FSE	←		

Le schéma global d'élaboration des lots de DRE est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphérique
Regroupement des DRE selon le critère de regroupement			
<b>Pour chaque lot constitué</b>			
Attribution d'une référence de lot			
Appel aux Services SESAM-Vitale	→	SSV – Mise en forme et sécurisation lot	CPS dans le lecteur SESAM-Vitale
Sauvegarde du lot de DRE et de l'adresse du destinataire du flux	←		

#### **Le regroupement des factures électroniques**

Les factures électroniques sont regroupées en lots en vue de leur transmission à l'Assurance Maladie.

Le regroupement des factures électroniques en lots est simplifié grâce aux Services SESAM-Vitale : le progiciel du Professionnel de Santé effectue le regroupement des factures électroniques à partir du critère rendu par la fonction de création des factures électroniques. Toute évolution des critères de regroupement des factures électroniques en lots est ainsi rendue transparente par les Services SESAM-Vitale.

Pour chaque lot, le progiciel du Professionnel de Santé doit trier les factures électroniques par ordre croissant de numéro de facture.

#### **Attribution d'une référence de lot**

La référence d'un lot caractérise l'ensemble des factures transmises à un destinataire.

La référence doit être impérativement différente d'un lot à l'autre et évolutive de 001 à 999 pour la FSE et de AAA à ZZZ pour la DRE.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### ***L'appel aux Services SESAM-Vitale***

Une fois les factures regroupées en lots, le progiciel du Professionnel de Santé utilise les Services SESAM-Vitale afin que ceux-ci procèdent :

- à la vérification des données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé (format des données, présence des données),
- à la mise en forme des données conformément à la norme d'échange utilisée par l'Assurance Maladie,
- à la sécurisation du lot en faisant appel au lecteur SESAM-Vitale et à la Carte Professionnel de Santé,
- à la génération des Critères de Regroupement en Fichiers.

Un lot de factures électroniques dont les factures sont sécurisées ne peut être créé sans utiliser le lecteur SESAM-Vitale et sans la Carte Professionnel de Santé. Le code porteur de la Carte Professionnel de Santé peut être fourni au module SESAM-Vitale :

- soit par saisie sur le clavier du lecteur SESAM-Vitale,
- soit par le progiciel du Professionnel de Santé.

Les lots peuvent être créés en série (enchaînement d'appels à la fonction « Mise en forme et sécurisation lot ») afin d'éviter la multiplication des saisies de code porteur. Pour chaque série de lots, le code porteur n'est requis qu'au premier lot de la série. Une série de lots peut comprendre à la fois des lots de FSE et des lots de DRE. Il est recommandé que la mise en forme des lots de DRE soit effectuée par le progiciel consécutivement à la mise en forme des lots de FSE.

Un lot de DRE peut comprendre des DRE, des DRE rectificatives ou des DRE d'annulation.

Au cours de la sécurisation d'une même série de lots, le progiciel de santé empêche l'accès à une carte Vitale et à la carte Professionnel de Santé, ainsi, aucun appel à une de ces deux cartes ne peut aboutir tant que le dernier appel aux Services SESAM-Vitale n'a pas été effectué.

Si tout se déroule correctement, les Services SESAM-Vitale rendent au progiciel du Professionnel de Santé, un lot de factures électroniques mis en forme et sécurisé, prêt à être intégré dans un fichier. Les Services SESAM-Vitale rendent également un critère qui permet le regroupement des lots en fichiers et les éléments d'adressage.

#### 4.2.1.16.2 Constitution des fichiers

##### Schéma d'élaboration du fichier

Le schéma global d'élaboration des fichiers de lots de FSE est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé	Modules SESAM-Vitale	Périphérique
Regroupement des lots en attente de transmission selon le type de norme d'échange et le critère de regroupement		
<b>Pour chaque critère fichier</b>		
Attribution du N° de fichier à transmettre		
Appel aux Services SESAM-Vitale	→ SSV – Mise en forme en-tête et fin de fichier	
Encadrement des lots de FSE constituant le fichier	←	
Stockage du fichier		

Le schéma global d'élaboration des fichiers de lots de DRE est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé	Modules SESAM-Vitale	Périphérique
Regroupement des lots de DRE en attente de transmission selon le critère de regroupement		
<b>Pour chaque critère fichier</b>		
Attribution du N° de fichier à transmettre		
Appel aux Services SESAM-Vitale	→ SSV – Mise en forme en-tête et fin du fichier	
Encadrement des lots de DRE constituant le fichier	←	
Stockage du fichier		

#### Le regroupement des lots de factures électroniques

Les lots non encore transmis sont regroupés en fichiers en vue de leur transmission à l'Assurance Maladie.

Le regroupement des lots en fichiers est simplifié grâce aux Services SESAM-Vitale : le progiciel du Professionnel de Santé effectue le tri des lots à partir du critère restitué par la fonction de création du lot. Toute évolution des critères de regroupement des lots en fichiers est ainsi rendue transparente par les Services SESAM-Vitale.

#### L'appel aux Services SESAM-Vitale

Une fois les lots regroupés dans des fichiers, le progiciel du Professionnel de Santé appelle, pour chaque fichier, les Services SESAM-Vitale qui procèdent :

- à la vérification des données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé (format des données, présence des données) ;
- à la mise en forme des en-têtes et fins de fichier qui doivent encadrer les lots dans le fichier.

#### Stockage

Les fichiers sont conservés par le progiciel du Professionnel de Santé sur le poste de travail jusqu'au 1<sup>er</sup> ARL positif d'un lot contenu dans le fichier, afin de prévoir les cas possibles de réémission.

## 4.2.2 Réception des retours sur le poste Professionnel de Santé

### 4.2.2.1 Traitement des Accusés de Réception Logiques

#### Schéma global de traitement

Le schéma global de traitement des fichiers retours est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé		Modules SESAM-Vitale	Périphérique
<b>Pour chaque fichier retour reçu</b>			
Demande de traduction du fichier retour			
Appel aux Services SESAM-Vitale	→	SSV – Traduction ARL	
Prise en compte des comptes rendus contenus dans l'ARL	←		
Rapprochement de chaque ARL avec le lot associé.			
Sauvegarde des ARL positifs			

#### L'appel aux Services SESAM-Vitale

Le progiciel du Professionnel de Santé appelle les Services SESAM-Vitale afin que ceux-ci procèdent :

- à la vérification des données fournies par le progiciel du Professionnel de Santé (format des données, présence des données),
- à la restitution des informations relatives aux accusés de réception logiques contenus dans le fichier retour.

Le progiciel du Professionnel de Santé utilise les informations rendues par les Services SESAM-Vitale afin de procéder à la corrélation des informations contenues dans les accusés de réception logiques avec celles relatives aux lots précédemment émis (références du lot acquitté, type d'acquiescement, éventuellement code rejet).

### 4.2.2.2 Traitement des flux de rejet / signalement / paiement

Le progiciel du Professionnel de Santé procède à l'interprétation du flux de rejet / signalement / paiement conformément aux normes de l'Assurance Maladie :

- norme NOEMIE-PS pour les AMO et les organismes complémentaires,
- normes actuelles propriétaires pour les organismes complémentaires AMC, le cas échéant.

Les Services SESAM-Vitale ne fournissent pas de fonction d'interprétation des flux de rejet / signalement / paiement.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

## 4.2.3 Fonctionnements dégradés

### 4.2.3.1 Mise en forme des factures électroniques en mode SESAM-Vitale dégradé

Les opérations d'acquisition et de tarification sur le poste de travail du Professionnel de Santé sont identiques à celles spécifiées pour la création des factures électroniques en mode SESAM-Vitale, à l'exception de la règle suivante : une facture électronique en mode dégradé est créée et sécurisée uniquement en présence de la carte CPS.

Progiciel du Professionnel de Santé	Modules SESAM-Vitale	Périphériques
<b>Constitution et sécurisation des FSE et DRE</b>		
Attribution d'un N° facture <sup>31</sup>		
Contrôle de cohérence des données d'identification		
Sauvegarde des données de la facture		
Mise en forme et sécurisation facture	SSV- Mise en forme et sécurisation Facture	CPS seule
Limitation des doublons		
Sauvegarde des factures sécurisées		
<b>Finalisation de la facture</b>		
Quittance pour l'assuré (optionnel)		Imprimante (optionnel)
Bon d'examen <sup>32</sup>		
Inscription des références de la FSE sur les ordonnances papier (cf 3.2.8.3)		
Bordereau récapitulatif des ordonnances <sup>33</sup>		
Mention de « Télétransmission dégradée » sur la Feuille de soins papier <sup>34</sup>		

La FSE sécurisée en mode SESAM-Vitale dégradé doit être accompagnée d'un flux papier.

En cas d'impression de la feuille de soins papier, il est demandé au progiciel de faire figurer la mention « Télétransmission dégradée » sur la feuille de soins papier, quelle que soit la famille de Professionnel de Santé.

La DRE sécurisée en mode SESAM-Vitale dégradé n'a pas besoin de flux papier.

### 4.2.3.2 Mise en forme des lots de factures électroniques en mode SESAM-Vitale dégradé

Le schéma global d'élaboration des lots en mode dégradé est identique au schéma d'élaboration des lots en mode SESAM-Vitale.

<sup>31</sup> Le numéro de la facture doit être unique, quel que soit le mode de sécurisation (sécurisé ou non sécurisé). Le numéro de facture est une partie de l'identifiant facture.

<sup>32</sup> Pour les laboratoires d'analyses biologiques et les anatomo-cyto-pathologistes.

<sup>33</sup> Pour les pharmaciens, les laboratoires d'analyse de biologie médicale, les auxiliaires médicaux et les fournisseurs

<sup>34</sup> Pour tous les Professionnels de Santé les pharmaciens

L'utilisation de cette fonction nécessite la saisie du code porteur de la Carte du Professionnel de Santé.

Le schéma global d'élaboration des lots de FSE en mode dégradé est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé	Modules SESAM-Vitale	Périphérique
Regroupement des FSE selon le critère de regroupement		
<b>Pour chaque lot constitué</b>		
Attribution d'une référence de lot		
Appel aux Services SESAM-Vitale	→ SSV – Mise en forme lot	CPS seule
Sauvegarde du lot de FSE	←	

Dans le cas de lots contenant des FSE en mode SESAM-Vitale dégradé, le Poste de Travail ne reçoit pas d'ARL correspondant. Ces lots doivent être directement archivés après transmission.

Le schéma global d'élaboration des lots de DRE en mode dégradé est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé	Modules SESAM-Vitale	Périphérique
Regroupement des DRE selon le critère de regroupement		
<b>Pour chaque lot constitué</b>		
Attribution d'une référence de lot		
Appel aux Services SESAM-Vitale	→ SSV – Mise en forme lot	CPS seule
Sauvegarde du lot de DRE et adresse du destinataire du flux	←	

Dans le cas de lots de DRE en mode SESAM-Vitale dégradé, le Poste de Travail reçoit les ARL correspondants. Ces lots doivent donc être directement archivés après transmission au moins jusqu'à la réception de l'ARL positif.

#### 4.2.4 Transmission des fichiers et réception des fichiers retour

Le schéma global de transmission des fichiers et de réception des fichiers retours est résumé ci-dessous :

Progiciel du Professionnel de Santé	Modules SESAM-Vitale	Périphérique
<b>Pour chaque fichier à émettre</b>		
Détermination de l'adresse du destinataire.		
Constitution de l'enveloppe MIME		
Constitution de l'enveloppe S/MIME (facultatif)		
Formatage du message SMTP		
Réception des fichiers retour		modem
Transmission des fichiers constitués vers les différents organismes		
		modem
Traitement des comptes rendus des transmissions		

Pour l'échange des factures électroniques, le progiciel du Professionnel de Santé doit faire appel aux logiciels de gestion des protocoles de communication.

Les Services SESAM-Vitale ne fournissent pas de fonction de télétransmission.

Le progiciel peut implémenter une solution de chiffrement des messages homologuée par le GIP-CPS pour l'envoi des factures électroniques.

Les retours reçus par le poste de travail du Professionnel de Santé ne sont pas chiffrés.

Les certificats des boîtes aux lettres des organismes destinataires sont stockés sur le poste de travail du Professionnel de Santé et doivent pouvoir être mis à jour dans leur annuaire des certificats.

##### **Adressage des flux de FSE :**

La constitution de l'adresse électronique est fonction :

- du code régime,
- et du numéro de l'organisme destinataire (déduit à partir de la table de correspondance fournie dans l'Annexe 1-A et les données contenues en carte Vitale).

##### **Adressage des flux de DRE**

Les éléments d'adressage AMC sont fournis en sortie de la fonction « mise en lot » des Services SESAM-Vitale conformément aux règles d'adressage.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

## 4.2.5 Session du remplaçant

La gestion du remplacement s'organise autour de trois phases :

- la préparation du poste de travail par le Professionnel de Santé remplacé,
- l'utilisation du Poste de Travail par le Professionnel de Santé remplaçant,
- la suppression des données de remplacement par le Professionnel de Santé remplacé.

### 4.2.5.1 Préparation du poste de travail par le Professionnel de Santé remplacé

Il est nécessaire, avant la création d'une session de remplacement, que :

- le Professionnel de Santé, qui souhaite se faire remplacer, connaisse au préalable l'identifiant de facturation du Professionnel de Santé remplaçant.
- si nécessaire, le Professionnel de Santé remplacé, fournisse à son remplaçant les éléments nécessaires à l'accès à sa (ses) boîte(s) aux lettres électroniques et/ou demande le (les) autorisation(s) d'accès à son fournisseur d'accès. Le Professionnel de Santé remplaçant utilisera la (les) boîte(s) aux lettres du remplacé pour la transmission des fichiers de FSE et de DRE.

Le progiciel de santé doit permettre au Professionnel de Santé remplacé :

- la copie sur le poste de travail de l'ensemble des informations de facturation du Professionnel de Santé remplacé, contenues dans le Domaine d'Assurance Maladie de sa Carte de Professionnel de Santé, pour toutes les situations de facturation du Professionnel de Santé remplacé :
  - le mode d'exercice,
  - le type d'identification de la structure,
  - le numéro d'identification de la structure et sa clé,
  - la raison sociale de la structure,
  - le numéro d'identification de facturation et sa clé,
  - le code conventionnel,
  - le code spécialité,
  - le code zone tarifaire,
  - le code zone IK,
  - le code agrément 1, 2 et 3.
- la saisie de la situation de facturation du Professionnel de Santé remplaçant :
  - le numéro logique de la situation du Professionnel de Santé,
  - le numéro d'identification de facturation et sa clé.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

#### **4.2.5.2 Utilisation du poste de travail par le Professionnel de Santé remplaçant**

Pour permettre l'activation de la session de remplacement, le progiciel vérifie lors de la lecture de la Carte du Professionnel de Santé remplaçant que **la situation de facturation sélectionnée par le Professionnel de Santé remplaçant** correspond à celle que le Professionnel de Santé remplacé a mémorisé sur le poste de travail lors de l'initialisation de la session.

En cas de remplacement pour plusieurs situations de facturation, le Professionnel de Santé remplaçant sélectionne, sur le poste de travail, l'une des situations de facturation du Professionnel de Santé titulaire (remplacé) pour laquelle le remplacement doit être effectué.

Le Professionnel de Santé remplaçant établit ses factures avec l'identifiant de facturation du Professionnel de Santé titulaire, renseigne dans celles-ci son propre identifiant de facturation en tant que remplaçant. La tarification sera établie avec l'ensemble des informations du Professionnel de Santé titulaire. Le Progiciel assure l'incrémentation de la numérotation des factures élaborées par le Professionnel de santé remplaçant dans la continuité de celles élaborées par le Professionnel de Santé titulaire.

Le Professionnel de Santé remplaçant réalise la sécurisation du lot de ses factures avec sa propre carte CPS, dans ce cas le Professionnel de Santé remplaçant réalise le lot avec son propre identifiant de facturation.

Les lots signés par le Professionnel de Santé remplaçant peuvent contenir des factures élaborées et signées par le Professionnel de Santé titulaire ou par les salariés de ce dernier. Le progiciel de santé assure l'incrémentation de la numérotation des lots constitués par le Professionnel de Santé remplaçant dans la continuité de ceux constitués par le Professionnel de Santé titulaire.

La mise en lot et la transmission par le remplaçant ou par le titulaire doivent respecter les délais prévus par le chapitre 3.2.10.1.2. – « Sauvegarde des lots de factures » de ce présent Cahier des Charges.

La mise en forme et la transmission des fichiers doivent être effectuées quelle que soit la session : remplaçant ou titulaire.

La gestion des ARL et des RSP doit être effectuée quelle que soit la session : remplaçant ou titulaire.

En cas de réception d'un ARL négatif reçu par le Professionnel de Santé remplaçant pour un lot dont il n'est pas l'émetteur, le Professionnel de Santé remplaçant a la possibilité de :

- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec une CPE,
- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec sa propre carte CPS ; dans ce cas le Professionnel de Santé réalise le lot avec sa propre CPS en indiquant son identifiant de facturation en tant que signataire du lot,
- ou éventuellement demander au Professionnel de Santé qui a réalisé les soins de transmettre à l'organisme d'assurance maladie les duplicatas des factures contenues dans le lot.

Avant la fermeture définitive de la session de remplacement, il est conseillé de faire vérifier par le progiciel de santé que toutes les FSE et DRE réalisées par le Professionnel de Santé remplaçant sont mises en lots.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

#### **4.2.5.3 Suppression des données de remplacement par le Professionnel de Santé titulaire**

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé titulaire de clore la session de remplacement et de proposer la suppression de l'ensemble des informations mémorisées lors de la phase de préparation du poste de travail par le Professionnel de Santé titulaire.

En cas de réception d'un ARL négatif reçu par le Professionnel de Santé titulaire pour un lot dont il n'est pas l'émetteur, le Professionnel de Santé titulaire à la possibilité de :

- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec une CPE,
- réaliser la sécurisation du lot faisant l'objet d'un ARL négatif avec sa propre carte CPS, dans ce cas le Professionnel de Santé réalise le lot avec sa propre CPS en indiquant son identifiant de facturation en tant que signataire du lot,
- ou éventuellement demander au Professionnel de Santé remplaçant qui a réalisé les soins de transmettre à l'organisme d'assurance maladie les duplicatas des factures contenues dans le lot.

#### **Cas particuliers des Professionnels de Santé Pharmaciens dits multi-employeurs**

Les règles de gestion et la cinématique associée de constitution des factures, des lots et des fichiers s'appliquant aux Professionnels de Santé Pharmaciens dits multi-employeurs sont identiques à celles décrites pour les professionnels de Santé effectuant des remplacements.

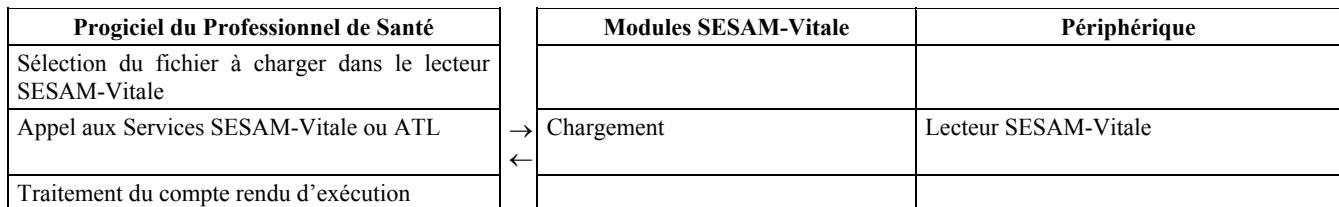
De plus, le Professionnel de Santé Pharmacien multi-employeur peut sécuriser les lots comportant des factures sécurisées par les préparateurs de l'officine.

## 4.2.6 L'administration du système SESAM-Vitale

### 4.2.6.1 Chargement de logiciel dans le lecteur SESAM-Vitale

#### Schéma global du chargement

Le schéma global du chargement de logiciel dans le lecteur est résumé ci-dessous :



#### L'appel aux Services SESAM-Vitale

Lorsqu'une mise à jour du logiciel du lecteur doit être effectuée, le progiciel du Professionnel de Santé transmet aux Services SESAM-Vitale le fichier comprenant le logiciel à charger.

Les Services SESAM-Vitale envoient ce fichier au lecteur SESAM-Vitale qui effectue la mise à jour et restitue le résultat de ce traitement.

### 4.2.6.2 Mise à jour du poste de travail du Professionnel de Santé

Au niveau de l'équipement du poste de travail du Professionnel de Santé, l'outil de mise à jour remplit les activités suivantes :

**Auditer** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Qu'est-ce qui est présent sur le poste ? ».

Elle doit permettre d'établir la liste exhaustive des fournitures SESAM-Vitale présentes sur le poste et sur le terminal lecteur mais également d'identifier unitairement le poste de travail, sa configuration et de déterminer le niveau d'OS.

**Analyser** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Qu'est-il nécessaire de changer ? ».

Elle nécessite la connaissance du référentiel de composants à la base du Socle Technique de Référence.

**Installer – mettre à jour** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Comment mettre à jour le poste ? ».

La mise en œuvre de cette fonctionnalité est fortement contrainte par les limitations liées aux droits d'accès et aux typologies. Elle nécessite la maîtrise des configurations déployées.

**Contrôler** : Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « La mise à jour a-t-elle réussi ? ».

Cette étape est dimensionnée par la nature des éléments mis à jour : tables de données, fichiers de paramétrage, bibliothèques ou exécutables. La réversibilité de l'opération de mise à jour est assurée au cours de cette opération. Un échec constaté lors des tests de contrôle entraîne un basculement vers l'ancienne version présente initialement sur le poste.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

**Paramétrer :** Cette activité est transversale et préparatoire à l'ensemble des fonctionnalités décrites précédemment. Elle est réalisée lors de la phase de déploiement d'une nouvelle version. Elle permet de paramétrer l'outil de mise à jour afin de lui fournir la configuration (environnement, typologie, ...) du poste de travail du Professionnel de Santé et de lui traduire les caractéristiques techniques d'interfaçage avec le serveur de diffusion. La complexité de paramétrage est directement liée à celle de la typologie et de la configuration du poste. La mise en place du paramétrage sera plus aisée si l'on opère via une IHM simplificatrice.

Ce paramétrage peut être considéré comme optionnel dans le cas où le produit de mise à jour a été mis au point pour couvrir une configuration poste Professionnel de Santé type pré-définie

**Acheminer sur le poste du Professionnel de Santé :** Cette activité a pour but de répondre à la question suivante : « Comment amener sur le poste les éléments à changer ? »

Elle est complètement dépendante des moyens mis en œuvre (support physique (CD, disquette, bande), mise à jour en ligne, intervention sur site, ...) et peut ne pas être supportée par l'outillage de mise à jour.

L'ensemble des activités devra être supporté par un outillage de mise à jour.

En vue d'assurer la pérennité de l'outil au fil des évolutions des fournitures SESAM-Vitale, il est recommandé de concevoir un outil autonome d'administration des fournitures SESAM-Vitale indépendant du logiciel agréé de production de flux.

Le GIE SESAM-Vitale remettra aux éditeurs une boîte à outils permettant de procéder, sous leur propre responsabilité, au développement d'un outil autonome d'administration des fournitures SESAM-Vitale. Ces éléments seront accompagnés d'une documentation (manuel d'utilisation et manuel de programmation).

Il est important de signaler que les éléments apportés par le GIE SESAM-Vitale pour la mise à jour sur le poste Professionnel de Santé ne constituent pas une fourniture SESAM-Vitale au même titre que les SSV par exemple. L'éditeur pourra donc en reprendre tout ou partie, voire rien.

#### **4.2.6.3 Administration de la liste d'opposition pour les catégories de Professionnel de Santé concernées**

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'utiliser la liste d'opposition conformément aux règles décrites à l'annexe 6 du cahier des charges.

Le progiciel doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé de consulter à tout moment les références de la liste d'opposition active sur son poste de travail .

#### **4.2.6.4 Recommandations**

Il est recommandé au Professionnel de Santé d'utiliser un antivirus et anti spam.

## 5 PROCEDURE D'AGREMENT SESAM-VITALE

### 5.1 Qu'est-ce que l'agrément ?

C'est un acte qui garantit la conformité au cahier des charges SESAM-Vitale, d'un progiciel de création et de transmission de factures électroniques (FSE et DRE).

### 5.2 Pourquoi agréer ?

Les progiciels de création et de transmission de factures électroniques (FSE et DRE) doivent être agréés, car ils traitent les informations précédemment portées par la feuille de soins papier et le décompte papier ; documents réglementaires supprimés dans le cadre du projet SESAM-Vitale au profit de la FSE pour le premier et de la DRE pour le second.

### 5.3 Progiciels soumis à agrément

Tous les progiciels distribués par les sociétés éditrices aux Professionnels de Santé et comportant un module de création de factures électroniques doivent être agréés. Les fonctionnalités autres que celles décrites dans le présent cahier des charges ne sont pas concernées par l'agrément, notamment l'ergonomie ou les services offerts par les sociétés éditrices.

**NB :** L'ensemble des fonctionnalités fournies par les API du GIE SESAM Vitale et/ou données par le cahier des charges SESAM Vitale doit impérativement être pris en compte par la solution. En particulier, l'utilisation d'un module propriétaire en remplacement d'une fonctionnalité offerte par les dites API impose à la solution de passer par une homologation relative au référentiel Dispositif Intégré.

### 5.4 Organisme d'agrément

L'agrément SESAM-Vitale est délivré par les organismes d'Assurance Maladie au terme de la procédure décrite au paragraphe 5.5. Cet agrément est pris en charge par le CNDA

### 5.5 Procédure d'agrément

Elle se déroule selon les étapes ci-après :

- a) retrait du présent cahier des charges par la société editrice,
  - b) signature du protocole d'agrément entre le CNDA et la société editrice,
  - c) remise à la société editrice du jeu de cartes de test, d'un lecteur de cartes et d'un formulaire d'inscription à la plate-forme de diffusion sécurisée des Fournitures SESAM-Vitale contre un chèque de caution de 800 euros,
- si la solution proposée par l'éditeur fonctionne avec un réseau distant, les étapes d à f s'appliquent, sinon la procédure se poursuit par l'étape g.**
- d) remise à la société editrice d'un modèle de dossier de sécurité par le CNDA
  - e) transmission d'un dossier sécurité dûment complété par l'éditeur au GIE SESAM-Vitale et au CNDA
  - f) transmission à l'éditeur d'un Procès Verbal de sécurité suite à l'analyse du dossier par le GIE SESAM Vitale. Si ce Procès Verbal est négatif, l'éditeur devra compléter et/ou corriger son dossier et reprendre cette procédure à l'étape e)
  - g) demande d'autorisation de pré examen par la société editrice constituée sur la base des cahiers de tests et du jeu d'essai téléchargeables sur le site web [www.cnda-vitale.fr](http://www.cnda-vitale.fr),
  - h) sous réserve de la validation du dossier de sécurité, dans le cas d'une solution fonctionnant avec un réseau distant, étude par le CNDA du contenu de la demande de la société editrice,
  - i) pré examen du progiciel au CNDA en présence de la société editrice,
  - j) si pré examen concluant, publication du progiciel sur le site web [www.cnda-vitale.fr](http://www.cnda-vitale.fr) (liste des progiciels en cours de test),

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

- k) télétransmission par la société éditrice des factures électroniques du jeu d'essai de facturation inter-régimes,
- l) analyse par le CNDA de la conformité des flux transmis,
- m) dépôt de la version exécutable du progiciel par la société éditrice ; ainsi que l'environnement matériel nécessaire, au CNDA pour tests de non régression,
- n) prononcé de l'agrément au terme de la phase de test de non régression si concluante,
- o) publication sur le site web du CNDA : [www.cnda-vitale.fr](http://www.cnda-vitale.fr) (liste des progiciels agréés),
- p) dépôt par le CNDA, pour le compte de la société éditrice, de la version exécutable du progiciel agréé à l'APP (Agence pour la Protection des Programmes).

On notera que l'analyse du dossier de sécurité (étapes e) à f)) peut se dérouler en parallèle de la phase de tests à distance (Phase nécessaire à la constitution du dossier de demande de pré-examen).

Toute adaptation ou modification d'une des fonctionnalités du présent document comporte obligation d'effectuer à nouveau la procédure d'agrément.

Les sociétés éditrices disposent d'une période de six mois pour procéder aux modifications demandées par l'assurance maladie, sauf en cas d'évolution réglementaire comportant une date d'effet impérative.

## **5.6 Protocole d'agrément**

Le protocole d'agrément est disponible en téléchargement sur le site web du CNDA [www.cnda-vitale.fr](http://www.cnda-vitale.fr).

## **5.7 Prix**

L'agrément est effectué à titre gratuit, sauf en ce qui concerne les frais de dépôt versés à l'APP.

## 6 GLOSSAIRE

<b>Accident de Droit Commun</b>	<p>Dans le cadre du système de facturation SESAM-Vitale, la notion d'accident de droit commun est utilisée pour :</p> <p>les accidents de circulation, mais aussi les accidents dans lesquels la responsabilité d'un tiers, quel qu'il soit, peut être mise en cause,</p> <p>les accidents de la vie courante survenus soit à la maison, à l'école, ou sur les aires de sport ou de loisirs où la victime se blesse seule (accident domestique, accident de sport, accident scolaire, accident de loisir, jardinage, etc..).</p> <p>pour les bénéficiaires de tous les régimes hormis les bénéficiaires non salariés du régime agricole.</p>
<b>Accident de la vie privée</b>	<p>Dans le cadre du système de facturation SESAM-Vitale, le terme « accident de la vie privée » est utilisée pour tous les bénéficiaires non salariés du régime agricole et est équivalente à la notion « d'accident de droit commun » pour les autres régimes.</p>
<b>ADELI</b>	<p>Répertoire des professions médicales et paramédicales. Le numéro d'enregistrement du Professionnel de Santé sert d'identifiant vis-à-vis des régimes.</p>
<b>Affiliation</b>	<p>Détermine la caisse d'assurance maladie obligatoire à laquelle le bénéficiaire est rattaché pour le versement de ses prestations en nature ou en espèces.</p> <p>Par exemple, pour le Régime Général, l'assuré est affilié à la caisse dont la circonscription couvre sa résidence principale.</p> <p>L'employeur est responsable de l'affiliation de tout salarié.</p>
<b>Agrément</b>	<p>Reconnaissance de la conformité aux spécifications d'un produit (précédemment appelé labellisation).</p>
<b>ALD</b>	<p><i>Affection Longue Durée</i></p>
<b>AMC</b>	<p><i>Assurance Maladie Complémentaire (Assurance Complémentaire)</i></p> <p>Organisme apportant un complément au remboursement de l'assurance maladie obligatoire et pouvant rembourser les dépenses non prises en charge par l'AMO.</p> <p>Ce peut être :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une mutuelle régie par le code de la mutualité,</li> <li>• une société ou une mutuelle d'assurance régie par le code des assurances,</li> <li>• une institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale.</li> </ul> <p>Certains organismes d'Assurance Maladie Complémentaire traitent la part obligatoire dans le cadre d'une délégation de gestion légale ou d'une habilitation conventionnelle établie avec un AMO.</p>
<b>AME</b>	<p><i>Aide Médicale d'Etat</i></p>
<b>AMO</b>	<p><i>Assurance Maladie Obligatoire (Assurance Obligatoire)</i></p> <p>Ensemble des Régimes assurant le paiement de la part obligatoire du remboursement relatif à des dépenses maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le régime général,</li> <li>• le régime agricole,</li> <li>• le régime des professions indépendantes,</li> <li>• les régimes spéciaux.</li> </ul> <p>Certains organismes d'Assurance Maladie Obligatoire traitent la part complémentaire dans le cadre d'une convention de gestion entre AMO et AMC.</p>
<b>API – SV</b>	<p><i>Application Programming Interface – SESAM-Vitale</i></p> <p>Ensemble des procédures permettant au progiciel du Professionnel de Santé d'utiliser les ressources et fonctionnalités offertes par les modules SESAM-Vitale.</p>

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

<b>ARAN</b>	<i>Accusé de Réception Applicatif Négatif</i>
<b>Archivage</b>	Conservation de données, durant une durée légale ou réglementaire, afin de pouvoir y faire référence (lecture/impression), en cas de consultation ultérieure. Notion distincte de celle de sauvegarde d'exploitation (journalière, hebdomadaire, ...).
<b>ARL</b>	<i>Accusé de Réception Logique</i>
	Accusé de réception électronique émis par le centre informatique et renvoyé au Professionnel de Santé.
<b>Assujettissement</b>	Reconnaissance de la qualité d'assuré social auprès d'un régime obligatoire d'assurance maladie.
<b>Assuré (social)</b>	Personne titulaire d'un droit au regard de la protection sociale.
<b>AT</b>	<i>Accident du Travail</i>
<b>Authentification</b>	Preuve de l'identité d'un correspondant apportée par un élément qu'il est seul à connaître ou à détenir.
<b>Authentification d'origine</b>	Fonction de sécurité apportant au destinataire d'un message la preuve de l'identité de l'émetteur.
<b>Authentification mutuelle</b>	Fonction de sécurité permettant aux deux acteurs d'un dialogue de posséder la preuve de l'identité de leur interlocuteur.
<b>Autorisation préalable</b>	Voir Entente préalable.
<b>Ayant droit</b>	Personne rattachée à un assuré bénéficiant des droits aux prestations de l'assurance maladie.
<b>B2</b>	Norme d'échange des feuilles de soins électroniques.
<b>BAL</b>	<i>Boîte aux lettres électronique.</i>
<b>BAL Opposition</b>	Boîte aux lettres électronique utilisée par le Professionnel de Santé pour l'émission et la réception des incréments d'LOI. Celle-ci peut être identique ou différente de la BAL de facturation.
<b>BAL SESAM-VITALE</b>	Boîte aux lettres électronique utilisée par le Professionnel de Santé pour l'émission et la réception des flux SESAM-Vitale.
<b>Bénéficiaire</b>	Personne bénéficiant d'une protection sociale (assuré social ou ayant droit).
<b>Bibliothèque SV</b>	<i>Bibliothèque SESAM-Vitale</i> Ensemble des modules logiciels fournis par l'assurance maladie obligatoire installés sur l'équipement informatique du Professionnel de Santé : <ul style="list-style-type: none"> <li>• les modules SESAM-Vitale,</li> <li>• le GALSS,</li> <li>• le PSS.</li> </ul>
<b>Borne (point de mise à jour)</b>	Dispositif matériel permettant l'accès aux services associés à la carte Vitale, c'est-à-dire la consultation et la mise à jour des informations en carte.
<b>Caisse de rattachement du Professionnel de Santé</b>	Caisse à laquelle est rattaché le Professionnel de Santé pour sa situation d'exercice et de facturation.
<b>Caisse gestionnaire</b>	Caisse à laquelle est affilié le bénéficiaire de soins. Subdivision administrative des régimes. Elle peut être nationale, régionale, départementale ou locale.
<b>CANSSM</b>	<i>Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines</i>
<b>Carte d'Assuré Social</b>	Carte papier contenant les informations relatives à l'assuré et à ses ayants droit. Elle est remplacée par la carte Vitale.
<b>Carte Professionnel de Santé</b>	Terme générique désignant une carte sans distinction de son type (CPS, CPE, CPF).
<b>CAVIMAC</b>	<i>Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes</i>
<b>Cas d'erreur</b>	Arrêt du fonctionnement du processus.

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 147 / 160
------------------	---------------------	----------------

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

<b>Cas particulier</b>	Déroulement ponctuel hors cas nominal.
<b>CCAM</b>	<i>Classification Commune des Actes Médicaux</i>
<b>CCMSA</b>	<i>Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole</i>
<b>CDE</b>	<i>Carte de Directeur d'Etablissement (famille CPS)</i>
<b>Centre Informatique</b>	Centre de production de l'assurance maladie destinataire des flux SESAM-Vitale pour assurer leur traitement.
<b>Chiffrement</b>	Mécanisme de sécurité consistant à rendre des données confidentielles, c'est-à-dire non interprétables par toute personne non autorisée.
<b>CIP</b>	<i>Club Inter Pharmaceutique</i>
<b>CMU</b>	<i>Couverture Maladie Universelle</i>
<b>CMU-C</b>	<i>Couverture Maladie Universelle Complémentaire</i>
<b>CMS</b>	<i>Cryptographic Message Syntax</i>
<b>CNAMTS</b>	<i>Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés</i>
<b>CNDA</b>	<i>Centre National de Dépôt et d'Agrément</i> Centre de l'assurance maladie ayant pour missions l'agrément et l'enregistrement des progiciels du marché interfacés avec SESAM-Vitale
<b>CNIL</b>	<i>Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés</i>
<b>CNMSS</b>	<i>Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale</i>
<b>CNPS</b>	<i>Centre National des Professionnels de Santé</i>
<b>Configuration</b>	Ensemble des caractéristiques fonctionnelles et physiques d'un produit définies par les documents techniques et obtenues par le produit.
<b>Configuration (gestion de la)</b>	Activités d'ordre technique et organisationnel : <ul style="list-style-type: none"> <li>• identification de la configuration</li> <li>• maîtrise de la configuration</li> <li>• enregistrement de la configuration</li> <li>• audit de la configuration</li> </ul>
<b>Contrat Responsable</b>	Dit également « <i>contrat aidé</i> » Contrat complémentaire qui respecte le décret 2005-1226 du 29 septembre 2005.
<b>CPAM</b>	<i>Caisse Primaire d'Assurance Maladie</i>
<b>CPE</b>	<i>Carte de Personnel d'Etablissement (famille CPS)</i>
<b>CPF</b>	<i>Carte de Professionnel en Formation (famille CPS)</i>
<b>CPRPSNCF</b>	<i>Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF</i>
<b>CPS</b>	<i>Carte du Professionnel de Santé</i> Carte à microprocesseur d'identification et d'habilitation du Professionnel de Santé développée par le G.I.P. «CPS».
<b>CRL</b>	Liste des Certificats Révoqués
<b>CSA</b>	<i>Centre de Sécurité des Appels</i>
<b>CTIP</b>	<i>Centre Technique des Institutions de Prévoyance</i>
<b>DAM</b>	<i>Domaine de l'Assurance Maladie sur la Carte du Professionnel de Santé</i>
<b>Date de délivrance</b>	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.
<b>DCSSI</b>	<i>Direction Centrale de la Sécurité des Systèmes d'Information.</i> Elle a été instituée par décret le 31 juillet 2001

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

<b>Décompte Papier</b>	Document émis par les organismes d'assurances Maladies Obligatoires permettant le remboursement de la part complémentaire.
<b>Distributeur d'opposition</b>	Serveur fournissant au Professionnel de Santé le fichier des incréments dLOI (GIE SESAM-VITALE ou OCT)
<b>dLOI (n)</b>	<i>Delta entre la LOI (n) et la LOI (n-1)</i> Fichier d'incréments entre la Liste d'Opposition Incrémentale (n) et la Liste d'Opposition Incrémentale (n-1).
<b>DRE</b>	<i>Demande de Remboursement Electronique</i> Facture électronique permettant le remboursement des soins sur la part complémentaire, transmise à un organisme d'assurance maladie complémentaire. Il s'agit aussi de la norme des DRE.
<b>DRE d'annulation</b>	<i>Demande de Remboursement Electronique d'annulation</i> Document électronique permettant d'indiquer à l'organisme d'assurance maladie complémentaire l'annulation de la DRE référencée dans celle-ci.
<b>DRE rectificative</b>	<i>Demande de Remboursement Electronique rectificative</i> Document électronique permettant d'indiquer à l'organisme d'assurance maladie complémentaire l'annulation et la rectification de la DRE référencée dans celle-ci.
<b>DMTF</b>	<i>Desktop Management Task Force</i> Alliance multipartenaire, créée en 1992, pour définir et mettre en oeuvre une nouvelle génération de systèmes et de produits de type PC. Poussée par la forte demande des utilisateurs, la DMTF s'est notamment fixée comme objectif de fournir un cadre commun de gestion des configurations des PC (matérielles et logicielles). Elle encourage en ce sens les constructeurs et les éditeurs de logiciels à mettre rapidement sur le marché des produits répondant à ces préconisations. Le standard MIF (dans sa version 2.0) va dans ce sens et permet de décrire une configuration complète d'équipements informatiques. Des informations complémentaires sont disponibles sur le serveur Web de la DMTF à l'adresse suivante : <a href="http://www.dmtf.org">http://www.dmtf.org</a> Les principaux membres de la DMTF (122 en tout) sont Compaq, Dell, Digital, Hewlett-Packard, IBM, Microsoft, NEC, Novell, SCO (Santa Cruz Operation), SunSoft et Symantec.
<b>Droits</b>	Reconnaissance juridique du bénéfice d'une prestation donnée.
<b>DSN</b>	<i>Delivery Status Notification</i>
<b>Eclatement d'une FSE</b>	Opération qui consiste à créer à partir d'une FSE élaborée par un Professionnel de Santé un flux à destination de l'AMO et un flux à destination de l'AMC.
<b>EI</b>	<i>Equipement Informatique</i> Ensemble du matériel informatique du Professionnel de Santé.
<b>Entente préalable (Accord préalable)</b>	Procédure d'autorisation préalable (sauf urgence) à certains actes ou traitements, délivrée par l'Assurance Maladie Obligatoire, et subordonnant leur prise en charge par celle-ci. L'entente préalable équivaut à accord préalable.
<b>ESMTP</b>	<i>Extended Simple Mail Transfer Protocol</i>
<b>ETM</b>	<i>Exonération du Ticket Modérateur</i>
<b>Facture électronique</b>	Terme utilisé dans ce document pour désigner la Feuille de Soins Electronique et la Demande de Remboursement Electronique
<b>FAI</b>	<i>Fournisseur d'accès à Internet</i>
<b>FAT</b>	<i>Feuillelet Accident du Travail</i>
<b>Facture subrogatoire</b>	Facture de remboursement papier, faite en fonction des droits du bénéficiaire lors d'un tiers payant. Cette notion disparaît avec SESAM-Vitale.

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 149 / 160
------------------	---------------------	----------------

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

## FDI

## Fiche Descriptive des Infirmités (SMG)

<b>Feuille de soins</b>	Preuve de l'accomplissement d'un acte et de sa facturation. Elle représente la demande de remboursement.
<b>FMF</b>	<i>Fédération des Mutuelles de France</i>
<b>FFSA</b>	<i>Fédération Française des Sociétés d'Assurance</i>
<b>FNMF</b>	<i>Fédération Nationale de la Mutualité Française</i>
<b>Fonction</b>	Sous-ensemble indivisible d'un module destiné à remplir une seule fonctionnalité parmi celles offertes par le module.
<b>FSE</b>	<i>Feuille de Soins Electronique</i> Facture électronique permettant le remboursement des soins sur la part obligatoire et éventuellement sur la part complémentaire.
<b>Fournitures SESAM-Vitale</b>	Ensemble des modules logiciels, fourni par l'assurance maladie, comprenant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• les Modules SESAM-Vitale,</li> <li>• le GALSS,</li> <li>• le PSS,</li> <li>• le logiciel du lecteur SESAM-Vitale,</li> <li>• les logiciels d'installation.</li> </ul>
<b>GALSS</b>	<i>Gestionnaire d'Accès au Lecteur Santé/Social</i>
<b>GAMEX</b>	<i>Groupement d'Assurance Maladie des Exploitants Agricoles. Il appartient au Régime Agricole.</i>
<b>Généraliste</b>	Professionnel de Santé Médecin (famille Prescripteur) rattaché à l'une des spécialités suivantes : 01, 22, 23
<b>Gestion Unique</b>	Les organismes gérant à la fois les parts obligatoire et complémentaire pour un assuré sont appelés dans ce document <i>organismes en mode de gestion unique (GU)</i> .
<b>Gestion Séparée</b>	Les organismes gérant <b>uniquement</b> la part complémentaire <b>et ne gérant pas la part obligatoire</b> pour un assuré sont appelés dans ce document <i>organismes en mode de gestion séparée (GS)</i> .
<b>G.I.E. SESAM-Vitale</b>	<i>Groupement d'Intérêt Economique SESAM-Vitale</i> Créé en 1993, il a pour missions l'étude, la réalisation, la mise en oeuvre et la normalisation du programme SESAM-Vitale. Membres fondateurs : CNAMTS, CCMSA, RSI, UNRS. Membres associés : GAMEX, CAVIMAC, MFP. Membres à voix consultative au Comité Directeur : le Ministère du travail et des affaires sociales, le CNPS.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

<b>G.I.P. «CPS»</b>	<i>Groupement d'Intérêt Public Carte de Professionnel de Santé</i> Créé en 1993, par arrêté ministériel, il est chargé d'émettre, de gérer et de promouvoir la carte CPS. Cette création s'inscrit dans l'esprit de la loi de 1982 qui a institué les G.I.P. «CPS» aux fins d'allier, sur des objectifs d'intérêt général, les secteurs public et privé. Membres : <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Etat : Ministère du Travail et des Affaires Sociales, Ministère de l'Agriculture et de la pêche, Ministère du budget</li> <li>• Les régimes d'assurance maladie obligatoire : CNAMTS, CCMSA, RSI, UNRS</li> <li>• Les fédérations d'organismes complémentaires : FNMF, FMF, FFSA, CTIP</li> <li>• Les ordres professionnels : médecins, chirurgiens-dentistes, sages femmes, pharmaciens</li> <li>• Les organismes utilisateurs : OPHIS, MG France, SSA, CNEH.</li> </ul>
<b>GSIT</b>	<i>Groupement pour un Système Interbancaire de Télécompensation</i>
<b>Hors tiers payant</b>	Montant payé au Professionnel de Santé par le bénéficiaire.
<b>Identification</b>	Fonction permettant de reconnaître un interlocuteur de manière unique dans un système donné (numéro ou adresse).
<b>IETF</b>	Internet Engineering Task Force
<b>IFD</b>	Indemnité Forfaitaire de Déplacement
<b>Informations conventionnelles AMO</b>	Informations relatives à la situation de facturation du Professionnel de Santé. Constituées du code spécialité, du code conventionnel, du code zone tarifaire et du code zone IK.
<b>IK</b>	Indemnité Kilométrique
<b>Informations médicales à caractère nominatif</b>	Informations relatives à une personne physique protégées par le secret médical (par exemple : codes acte, codes pathologie).
<b>Intégrité</b>	Fonction de sécurité garantissant qu'une information n'est pas altérée de manière intentionnelle ou non.
<b>Inter- régime</b>	Terme qui, appliqué à la carte Vitale, indique que le support physique possède toujours le même visuel et qu'il peut contenir les informations relatives au bénéficiaire, même en cas de changement de régime.
<b>IPS</b>	Indicateur de parcours de soins.  Cette notion est liée à la Réforme d'Assurance Maladie – loi du 13 août 2004 (mesure parcours coordonné de soins).
<b>Lecteur SESAM-Vitale</b>	Lecteur de cartes à microprocesseur (CPS et carte Vitale).
<b>LOI</b>	<i>Liste d'Opposition Incrémentale</i>  Liste des cartes en opposition présente sur le poste de travail du Professionnel de Santé.
<b>LPP</b>	Liste des Produits et Prestations remboursables au titre de l'article L165-1 du code de la sécurité sociale
<b>Masque</b>	Système d'exploitation de la carte à microprocesseur.
<b>Médecin correspondant</b>	Médecin vers lequel le bénéficiaire est orienté par son médecin traitant.
<b>Médecin généraliste</b>	<b>Voir Généraliste</b>
<b>Médecin orienté (Médecin pour un bénéficiaire orienté)</b>	Médecin vers lequel le bénéficiaire est orienté par un autre médecin que le MT dans le respect du parcours coordonné de soins
<b>Médecin spécialiste</b>	<b>Voir Spécialiste</b>

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

<b>Médecin traitant de substitution</b>	Dans le cadre du parcours coordonné de soins, lorsque le patient a déclaré un médecin traitant mais que celui-ci est indisponible, le patient se rend chez un autre médecin qui est appelé médecin traitant de substitution.  Cette notion est liée à la Réforme d'Assurance Maladie – loi du 13 août 2004 (mesure parcours coordonné de soins).
<b>MFP</b>	<i>Mutualité de la Fonction Publique</i>
<b>MG</b>	<i>Mutuelle Générale</i>
<b>NGAP</b>	<i>Nomenclature Générale des Actes Professionnels</i>
<b>MGEN</b>	<i>Mutuelle Générale de l'Education Nationale</i>
<b>MGP</b>	<i>Mutuelle Générale de la Police</i>
<b>MIF</b>	<i>Management Information Format</i> Standard établi par la DMTF
<b>MIME</b>	<i>Multipurpose Internet Mail Extensions</i>
<b>MODEM</b>	Modulateur DEModulateur  Equipement électronique permettant l'envoi et la réception de données sur une ligne téléphonique.
<b>MT</b>	Médecin Traitant
<b>Module de saisie à la source</b>	Sous-ensemble logiciel du progiciel du Professionnel de Santé développé par les sociétés éditrices et objet du présent cahier des charges. Il intègre les modules SESAM-Vitale.
<b>Modules SESAM-Vitale</b>	Ensemble des modules logiciels, fourni par l'assurance maladie, comprenant les services offerts par SESAM-Vitale (SSV, STS, SRT,...)
<b>MUTAME</b>	<i>Mutuelle des Agents territoriaux et des Membres Extérieurs</i>
<b>MFGAM</b>	<i>Mutuelle de Fonctionnaires pour la Gestion de l'Assurance Maladie</i> regroupant les régimes <i>MGEN, MG, MGP, MFP, MNH, MNAM et MNT</i>
<b>MGAT</b>	<i>Mutuelle Générale des Agents Territoriaux</i>
<b>MNH</b>	<i>Mutuelle Nationale des Hospitaliers</i>
<b>MNAM</b>	<i>Mutuelle Nationale Aviation Marine</i>
<b>MNT</b>	<i>Mutuelle Nationale Territoriale</i>
<b>MSA</b>	<i>Mutualité Sociale Agricole</i>
<b>MTM</b>	<i>Modulation du Ticket Modérateur</i>
<b>NABM</b>	<i>Nomenclature des Actes de Biologie Médicale</i>
<b>NGAP</b>	<i>Nomenclature Générale des Actes Professionnels</i>
<b>NIR</b>	<i>Numéro d'Inscription au Répertoire</i>
<b>NIR étendu</b>	Il est constitué du NIR de l'assuré, de la date de naissance et du rang du bénéficiaire
<b>NOEMIE</b>	<i>Norme Ouverte d'Echange pour la Maladie avec les Intervenants Extérieurs</i>  Norme d'échange utilisée pour transmettre les flux retour du centre informatique AMO vers le partenaire de santé ; ces échanges se font aussi avec les AMC (télétransmission du double magnétique des décomptes).
<b>Non répudiation d'origine d'un message</b>	Fonction de sécurité garantissant au destinataire l'origine d'un message et empêchant l'émetteur de nier l'avoir envoyé.
<b>Non répudiation de réception d'un message</b>	Fonction de sécurité protégeant l'émetteur d'un message en empêchant le destinataire de nier l'avoir reçu.
<b>Non concerné</b>	Les cas non concernés par le parcours de soins correspondent aux cas d'exclusions et d'Urgence.  Cette notion est liée à la Réforme d'Assurance Maladie – loi du 13 août 2004 (mesure parcours coordonné de soins).

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

<b>OCT</b>	<i>Organisme Concentrateur Technique</i> se chargeant de centraliser, pour le compte des Professionnels de Santé, la télétransmission des échanges avec les organismes d'Assurance Maladie.
<b>Opérateur de diffusion LOI</b>	Intermédiaire entre le distributeur d'Opposition et le progiciel pour la diffusion de la liste LOI. (Editeurs ou OCT)
<b>Ordonnance médicale</b>	Document réalisé par un prescripteur permettant soit la délivrance de médicaments <b>et/ou de produits de la LPP</b> soit l'exécution d'actes par un auxiliaire médical. <b>L'ordonnance est également appelée la prescription médicale.</b>
<b>PAB</b>	<i>Port Autonome de Bordeaux</i>
<b>PeSIT</b>	<i>Protocole d'Echange pour un Système Interbancaire de Télécompensation</i>
<b>PINPad</b>	Clavier numérique de saisie sur un lecteur de carte.
<b>PIRES</b>	Protocole Inter Régime d'Examens Spéciaux
<b>PKCS</b>	<i>Public Key Cryptographic Standards</i>
<b>Poste de travail du Professionnel de Santé</b>	Ensemble de matériels et progiciels contribuant à l'ensemble des activités du Professionnel de Santé.
<b>Prestation en nature</b>	Remboursement des frais médicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, de radiologie, d'analyse ou d'appareillage, ainsi que des dépenses engagées pour obtenir certaines de ces prestations (frais de séjour notamment).
<b>Prévention</b>	Sauf mention contraire ce terme désigne le risque prévention géré par les organismes Assurance maladie obligatoires.
<b>Prévention commune AMO/AMC</b>	Cette disposition est introduite par la réforme d'Assurance Maladie (loi du 13 août 2004). Elle n'est pas liée au risque prévention géré par les organismes AMO.
<b>Prise en charge</b>	<i>Prise en charge au titre de l'assurance complémentaire</i> : procédure visant à informer l'assuré des conditions de remboursement de l'assurance complémentaire au préalable à la réalisation de certains actes ou traitements. <i>Prise en charge au titre de l'assurance obligatoire</i> : accord de prise en charge délivré par l'organisme de base faisant généralement suite à une demande d'entente préalable ou à un devis.
<b>Progiciel</b>	Ensemble autonome et indivisible regroupant un ou plusieurs modules logiciels et permettant de réaliser toutes les fonctionnalités de ces modules.
<b>Progiciel du Professionnel de Santé</b>	Progiciel comprenant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• les modules propres aux fonctionnalités spécifiques offertes par le progiciel (aide à la prescription, dossier médical, ...),</li> <li>• le module de saisie à la source.</li> </ul>
<b>PS</b>	<i>Professionnel de Santé</i> Médecin, kinésithérapeute, infirmier, pharmacien, etc. <b>Pour la famille « Fournisseurs », Il faut comprendre également dans le terme PS, des « non PS » qui sont des Professionnels de domaines associés à la Santé, en plus de la définition habituelle.</b>
<b>PSS</b>	<i>Protocole Santé/Social</i>
<b>RAMAGE</b>	<i>Réseau de l'Assurance Maladie du régime Général</i> Réseau privé X.25 du régime général.
<b>RC</b>	<i>Régime Complémentaire</i>

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

**Répertoire de stockage des fichiers de conventions et de regroupements normés**

Répertoire utilisé par le Professionnel de Santé pour stocker les fichiers de conventions et de regroupements normés. C'est depuis ce répertoire que le progiciel importe les fichiers normés pour la mise à jour des tables de conventions.

**Réponse de prise en charge**

**Organisme d'assurance maladie complémentaire**

Lorsque la « **réponse de prise en charge** » est positive, elle correspond à un acte de garantie de remboursement d'un organisme d'assurance maladie complémentaire vis-à-vis d'un professionnel de santé dans le cadre des prestations en tiers-payant ou vis-à-vis d'un assuré dans le cadre d'une prestation hors tiers-payant, sauf élément contraire dans la convention signée entre le Professionnel de Santé et l'organisme complémentaire.

Il ne s'agit pas d'un support de droit. Cette définition n'est valable que dans le cadre du contexte de facturation ambulatoire.

Cette « réponse de prise en charge » est caractérisée par une référence.

**SMG**

Lorsque la « **réponse de prise en charge** » est positive, elle correspond à un acte de garantie de remboursement de la CNMSS. Il ne s'agit pas d'un support de droit.

**Ressource**

Unité de traitement à laquelle les applications du poste de travail peuvent accéder. Il s'agit soit d'une application implantée dans un lecteur programmable, soit d'une carte à microprocesseur insérée dans le lecteur SESAM-Vitale

**RFC**

*Requests for Comments*

**RG**

*Régime Général*

**RM**

*Référence Médicale Opposable*

**RNIS**

*Réseau Numérique à Intégration de Service*

**RO**

*Régime Obligatoire*

**RSI**

*Régime des salariés Indépendant*

**RSS**

*Réseau Santé Social*

**RTC**

*Réseau Téléphonique Commuté*

**Sauvegarde**

Copie des données permettant de relancer les traitements en cas d'avarie.

Leur délai de conservation est limité à la fréquence des opérations de sauvegarde.

**SD SMG**

**Supplément Dérogatoire SMG**

**Service**

*voir fonction*

**SESAM**

*Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie*

Système dont l'objectif est le traitement électronique des feuilles de soins.

Ses trois composantes de base sont :

- la carte de l'assuré social : carte Vitale
- la carte d'identification et d'habilitation du Professionnel de Santé : CPS
- le logiciel d'élaboration de feuilles de soins électroniques et de demandes de remboursement électroniques.

**Services SESAM-Vitale (SSV)**

Module fourni par l'assurance maladie.

**SGD**

*Service de Gestion de Données*

Offre une interface simplifiée au progiciel pour les différents modules SESAM-Vitale.

**Signature numérique**

Mécanisme de sécurité utilisé pour remplir les fonctions de non répudiation.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

<b>SIRET</b>	Numéro d'identification professionnelle de l'établissement.
<b>Situation conventionnelle</b>	Nature de la convention liant le Professionnel de Santé et l'assurance maladie.
<b>Situation d'exercice</b>	Lien entre le Professionnel de Santé et la structure dans laquelle il exerce.
<b>Situation de facturation</b>	Ensemble des informations relatives au Professionnel de Santé intervenant dans la tarification et la facturation pour l'assurance maladie.
<b>SLM</b>	<i>Section Locale Mutualiste</i>
<b>S/MIME</b>	<i>Secure Multipurpose Internet Mail Extensions</i>
<b>SMG</b>	<b>Soins Médicaux Gratuits</b>
<b>SMTTP</b>	<i>Simple Mail Transfer Protocol</i>
<b>SNCF</b>	<i>Société Nationale des Chemins de Fer</i>
<b>Sous-système « Equipement Professionnel de Santé »</b>	Ensemble matériel et logiciel composé du terminal lecteur et du poste de travail
<b>Spécialiste</b>	<b>Professionnel de Santé Médecin (famille Prescripteur) non généraliste</b>
<b>SRT</b>	<i>Services de Réglementation et Tarification de la part AMO</i>
<b>SSV</b>	<i>Services SESAM Vitale</i>
<b>STS</b>	<i>Services de Tarification Spécifique</i>
	Module d'aide à la tarification de la part complémentaire
<b>Support AMC</b>	Le support AMC, reflet de la situation d'un assuré / bénéficiaire vis à vis d'un AMC. Ce support comporte l'ensemble des informations d'identification et certaines informations de tarification (période couverte, garanties/couverture ou formules de tarification).
<b>Taux UNCAM</b>	Le taux UNCAM est le taux de diminution utilisé dans le hors parcours de soins. Il est défini par avis du CA de l'UNCAM publié au JO.
<b>TCP/IP</b>	<i>Transmission Control Protocol / Internet Protocol</i>
<b>Terminal lecteur</b>	Ensemble matériel et logiciel composé du lecteur et des logiciels embarqués comme EI96
<b>Ticket modérateur</b>	Différence entre le tarif servant de base au remboursement de l'AMO et le montant de ce remboursement (n'équivaut pas aux dépenses restant à charge notamment en cas de dépassements d'honoraires).
<b>Tiers payant</b>	Processus permettant la dispense d'avance des frais pour les parts obligatoire et ou complémentaire.
<b>TRSS</b>	<b>Tarif de responsabilité de sécurité sociale</b>
<b>TTP</b>	<i>Trusted Third Party (tierce partie de confiance)</i>
<b>UNCAM</b>	<i>Union Nationales des Caisses d'Assurance Maladie</i>
<b>UNRS</b>	<i>Union Nationale des Régimes Spéciaux</i>
	Composée de :
	Caisses de Prévoyance et de Retraite du Personnel 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 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
	Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes
<b>Version du Cahier des Charges</b>	Numéro de version du cahier des charges éditeurs pour lequel le progiciel du Professionnel de Santé a été agréé..
<b>Vitale</b>	Carte à microprocesseur d'identification et de droits du patient. Dans l'étape 2, elle contiendra le Volet d'Informations Médicales.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

<b>Volet de facturation</b>	Partie de la feuille de soins réservée à la délivrance de la prescription.
<b>Volet de santé</b>	Partie de la carte Vitale comportant les informations à caractère médical.
<b>Volet d'identification</b>	Partie de la carte Vitale permettant une identification fiable de l'assuré : nom, prénom, numéro national d'identification.
<b>Volet Régime Complémentaire</b>	Partie de la carte Vitale permettant la reconnaissance de l'organisme d'affiliation complémentaire et des droits de l'assuré.
<b>Volet Régime Obligatoire</b>	Partie de la carte Vitale permettant la reconnaissance de l'organisme d'affiliation obligatoire et des droits de l'assuré.
<b>X509</b>	Norme ISO définissant le contenu d'un certificat électronique.
<b>XMODEM-CNAMTS</b>	Protocole de transfert de fichiers entre un centre informatique de l'assurance maladie et l'Équipement Informatique du Professionnel de Santé. Produit du domaine public adapté par la CNAMTS.

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

## 7 REFERENCES

Dans le Cahier des charges SESAM-VITALE, l'adjectif « réglementaire » couvre l'ensemble des textes référencés ci-dessous.

### 7.1 Ordonnances, Lois, Décrets, Codes

Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Elle aborde, dans le titre 4, les systèmes d'information de l'assurance maladie et la carte de santé et fixe la distribution à l'ensemble des français de la carte familiale avant le 31 décembre 1998 et d'une carte individuelle avant le 31 décembre 1999.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, sur le dispositif du médecin traitant et du parcours coordonné de soins.

Décret N°97-1321 du 30/12/97 relatif aux documents ouvrant droit aux prestations de l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique (les articles mentionnés dans le présent document sont issus de ce décret).

Décret n°98-271 du 9 avril 1998 relatif à la Carte de Professionnel de Santé et modifiant le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en conseil d'Etat).

Décret n°98-275 du 9 avril 1998 relatif à la carte d'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en conseil d'Etat).

Décret n°2003-399 du 28 avril 2003 relatif aux documents ouvrant droit aux prestations de l'Assurance Maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décret en conseil d'état).

Décret n° 2005-1369 du 3 novembre 2005 relatif aux limites et conditions de fixation de la majoration de participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et modifiant le code de la sécurité sociale

Décret n° 2005-1368 du 3 novembre 2005 relatif à la majoration de participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code.

Décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 relatif au contenu des dispositifs d'assurance complémentaire bénéficiant d'un aide et modifiant le code de la sécurité sociale.

Arrêté du 10 février 2004 pris pour l'application de l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pour lesquels la signature de la feuille de soins, électronique ou sur support papier, par l'assuré ou le bénéficiaire n'est pas exigée.

Arrêté du 30 juin 2004 et du 22 sept 2004 pour les médecins (concernant l'addendum n°3 au CDC SESAM-Vitale).

Décret n°2007-199 du 14 février 2007 relatif à la carte d'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (CPMIVG)

### 7.2 Conventions

Convention nationale des médecins généralistes :

- Arrêté du 4 décembre 1988
- Arrêté du 11 août 1999 – avenant n°1
- Avenant n°4, JO n°71 du 24 mars 2001

Convention nationale des médecins libéraux :

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 157 / 160
------------------	---------------------	----------------

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

- Signé le 12 janvier 2005
- Avenant de mars 2005
- Avenant n°8, JO du 7 Août 2005

Convention nationale des sages-femmes :

- Avenant n°3, JO n° 297 du 21 décembre 2002
- Avenant n°6, JO du 21 novembre 2004
- Arrêté paru au JO du 21/11/2004, modifiant la NGAP

Convention nationale des chirurgiens dentistes :

- Avenant n°4, JO n°49 du 27 février 2003

Convention nationale des Pharmaciens d'officine :

- Avenant au protocole d'accord du 30 septembre 1975 entre les syndicats nationaux représentant les pharmaciens d'officine et les trois caisses nationales d'assurance maladie (Date : le 19 août 1996).
- Arrêté du 12 août 1999 portant approbation de la convention nationale fixant les modalités de transmission des feuilles de soins électroniques entre les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats représentant les pharmaciens d'officine.
- Arrêté du 26 juin 2003 (JO du 06 septembre 2003) obligation de codage LPP.
- Arrêté de la convention Pharmacien du 11 juillet 2006.

Convention nationale des fournisseurs de biens médicaux inscrits aux Titres I et IV de la L.P.P.:

- Signé le 7 aout 2002

Le 9 juillet 2010	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	version 6.30
-------------------	---	--------------

### 7.3 Normes et standards

<b>B2</b>	Utilisée pour la télétransmission de factures entre les Professionnels de santé et les Organismes d'Assurance Maladie Obligatoire.
<b>DRE</b>	Demande de Remboursement Electronique Format d'échanges électroniques « Santé » entre Professionnel de Santé et l'organisme d'assurance maladie complémentaire -
<b>DSN</b>	Delevery Status Notification Request For Comments n° 1891, 1893, 1894 <sup>35</sup>
<b>FIPS-180-2</b>	Secure Hash Standard
<b>IP</b>	Internet Protocol Version 4 Request For Comments n°791
<b>ISO 646</b>	Jeu de caractères codés à 7 éléments pour l'échange d'information (équivalence NF Z 62-010) Janvier 1987
<b>ISO 7816</b>	Cartes d'identification Cartes à circuit(s) intégré(s) à contacts (équivalence NF EN 27816) Décembre 1989
<b>MIME</b>	Multipurpose Internet Mail Extensions Requests for Comments n°1521
<b>NOEMIE</b>	Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs IRIS Inter-Régime. Télétransmission de retour d'informations entre les Organismes d'Assurance Maladie et les Professionnels de Santé
<b>PeSIT/Hors SIT</b>	Groupement pour le Système Interbancaire de Télécompensation Version D 15 novembre 1987
<b>POP3</b>	Post Office Protocol Version 3 Request for Comments n°1460
<b>Retour OC –PS</b>	Télétransmission de retours d'informations entre les Organismes d'Assurance Maladie complémentaire et les Professionnels de Santé - 1996
<b>RFC 2459</b>	Internet X.509 Public Key Infrastructure Certificate and CRL Profile
<b>RFC 2630</b>	Cryptographic Message Syntax
<b>RFC2633</b>	S/MIME Version 3 Message Specification
<b>RSA – 2002</b>	PKCS#1 version 2.1
<b>SMTP</b>	Simple Mail Transfer Protocol Request for Comments n°821, 822
<b>V.32 bis</b>	Recommandation V.32 bis Union Internationale des Télécommunications Comité Consultatif International Télégraphique et Téléphonique Genève 1991
<b>V.34</b>	Recommandation UIT-T V.34 Union Internationale des Télécommunications Secteur de la normalisation des

<sup>35</sup> Sous réserve d'éventuelles mises à jour.

version 6.30	Cahier des charges SESAM-Vitale - Ordonnance du 24/04/1996 Version 1.40-Addendum 6	Le 9 juillet 2010
--------------	---	-------------------

**X.1 à X.32**

télécommunication de l'UIT

Recommandations X1 à X.32

Union Internationale des Télécommunications

Comité Consultatif International Télégraphique et Téléphonique

Melbourne, 14-25 novembre 1988