



**G.I.E. SESAM-VITALE**

**Addendum au**

**Cahier des Charges SESAM-Vitale**

**Version 1.31**

**Pharmaciens**

**N°2**

**Avril 2003**

**G.I.E. SESAM-VITALE**

**5 boulevard Alexandre Oyon 72019 LE MANS CEDEX 2**

**Standard 02 43 57 42 00 - Fax 02 43 87 78 42**

**<http://www.sesam-vitale.fr>**



## Sommaire

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
	<b>PREMIERE PARTIE.....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>EVOLUTIONS LEGISLATIVES N'IMPACTANT PAS LE PROGICIEL .....</b>	<b>8</b>
2.1	RESPONSABILITE DE L'ASSURE VIS-A-VIS DES ELEMENTS FOURNIS AU PROFESSIONNEL DE SANTE. ....	8
<b>3</b>	<b>EVOLUTIONS LEGISLATIVES IMPACTANT LE PROGICIEL.....</b>	<b>9</b>
3.1	PRESCRIPTION EN DCI .....	9
3.2	MODE DE SECURISATION « DESYNCHRONISE ».....	10
3.3	SAUVEGARDE DES ARL POSITIFS .....	11
3.4	SESAM SANS VITALE POUR CERTAINS PRODUITS DE LA LPP .....	14
	<b>DEUXIEME PARTIE .....</b>	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>CODAGE LPP (ANCIENNE TIPS).....</b>	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>LA LISTE D'OPPOSITION .....</b>	<b>21</b>
5.1	IMPACTS DE LA LISTE D'OPPOSITION SUR LA FACTURE .....	21
5.2	TRANSMISSION DE LA LISTE D'OPPOSITION : VALORISATION DU MESSAGE SMTP .....	21
<b>6</b>	<b>LIBERTE DE CHOIX DE L'OCT PAR LE PS .....</b>	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>GESTION MULTI-ORGANISMES DU RISQUE ACCIDENT DU TRAVAIL.....</b>	<b>32</b>
<b>8</b>	<b>TARIF DE REFERENCE POUR LES PHARMACIENS .....</b>	<b>37</b>
8.1	PRINCIPE .....	37
8.2	RENSEIGNEMENT DE LA BASE DE REMBOURSEMENT DANS LA FSE.....	38
8.3	IMPACT SUR CDC 1.31.....	39
<b>9</b>	<b>INFORMATIONS SUR L'ORDONNANCE.....</b>	<b>44</b>
<b>10</b>	<b>AMENAGEMENT DE L'ANNEXE 5.....</b>	<b>45</b>
<b>11</b>	<b>GESTION DES REMPLAÇANTS ET DES PHARMACIENS MULTI-EMPLOYEURS .....</b>	<b>46</b>
11.1	PRINCIPE DE FONCTIONNEMENT .....	47
11.2	LISTE DES DONNEES DE FACTURATION A ENREGISTRER PAR LE PS REMPLACE POUR CHAQUE SITUATION DE FACTURATION .....	49
<b>12</b>	<b>EVOLUTIONS REGLEMENTAIRES.....</b>	<b>60</b>

Le 7 avril 2003	<b>Addendum Pharmaciens N°2</b>	Version 1.31
-----------------	---------------------------------	--------------

## 1 INTRODUCTION

Cet addendum n'est applicable qu'aux éditeurs « **Pharmaciens** ».

L'objectif de ce document est de présenter les modifications valables uniquement pour le cahier des charges SESAM-Vitale dans sa version 1.31 suite, en outre, à la parution prochaine au Journal Officiel du décret modifiant le décret FSE.

La première partie du présent document présente les impacts du décret sur le cahier des charges SESAM-Vitale 1.31, elles ne pourront être applicables par les Professionnels de Santé qu'une fois ce décret paru :

- Responsabilité de l'assuré sur la véracité des éléments fournis au Professionnel de Santé permettant d'identifier un accident de droit commun.
- Autorisation d'utilisation du mode de sécurisation par désynchronisation des signatures
- Renseignement dans la feuille de soins électronique et à la suite du médicament délivré que la prescription a été libellée en dénomination commune.
- Enregistrement sur le poste de travail du Professionnel de Santé des ARL positifs
- Autorisation d'utiliser le mode de sécurisation SESAM sans Vitale pour certains produits ou prestation de la LPP dont la liste est fixée par arrêté.

La deuxième partie présente d'autres modifications apportées par cet addendum :

- Le codage LPP (Liste des Produits et Prestations remboursables au titre de l'article L165-1 du code de la sécurité sociale) anciennement nommé TIPS (Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires). Le renseignement dans la Feuille de Soins Electronique du codage LPP est conditionné par la parution prochaine d'un arrêté.
- L'interdiction de réaliser une Feuille de soins électronique si la carte Vitale de l'assuré est en opposition, et ce quel que soit le mode de tarification (tiers payant ou non) et, transmission de la liste d'opposition : valorisation du message SMTP,
- Liberté de choix de l'OCT par le PS
- Réalisation d'une FSE en mode dégradé, lorsque le PS souhaite réaliser une facture suite à un accident du Travail alors que l'organisme gérant le risque AT est différent de celui en carte Vitale (organisme gérant le risque maladie).
- Application du tarif de référence pour les pharmaciens
- Renseignements complémentaires sur l'ordonnance
- Aménagement de l'annexe 5
- Gestion des remplaçants et des Pharmaciens multi-employeurs
- Evolutions de l'annexe 2

Pour cet addendum, les éditeurs Pharmaciens doivent implémenter dans le champ 'sujet' du message SMTP, transmis à l'organisme d'assurance maladie obligatoire, la référence « SV131050 » (Cf. § 3.1.10 du corps du cahier des charges 1.31).

Le 7 avril 2003	<b>Addendum Pharmaciens N°2</b>	Version 1.31
-----------------	---------------------------------	--------------

## **PREMIERE PARTIE**

Impact du décret Modifiant de décret FSE

## 2 EVOLUTIONS LEGISLATIVES N'IMPACTANT PAS LE PROGICIEL

### 2.1 *Responsabilité de l'assuré vis-à-vis des éléments fournis au Professionnel de Santé.*

Le Professionnel de Santé doit renseigner dans la Feuille de Soins Electronique le fait que les prestations sont effectuées suite à un accident de droit commun et les éléments qui permettront d'identifier cet accident. Ces renseignements sont recueillis auprès du bénéficiaire des prestations : l'assuré est responsable de leur véracité.

**Impact – corps du cahier des charges – 3.1.2.1 – La feuille de soins électronique – Accidents (de droit commun) – page 26/76**

« Le Professionnel de Santé doit indiquer dans la feuille de soins électronique si la prestation est en rapport avec un accident de droit commun<sup>1</sup>. L'assuré étant seul responsable de la véracité des éléments fournis au Professionnel de Santé

<sup>1</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 remplir préalablement la zone prévue à cet effet (cf. annexe 1).»

### 3 EVOLUTIONS LEGISLATIVES IMPACTANT LE PROGICIEL

#### 3.1 Prescription en DCI

Le prescripteur a désormais la possibilité de libeller la prescription en DCI (Dénomination commune Internationale). Cette faculté permet d'indiquer sur l'ordonnance le nom de la molécule en lieu et place du nom de marque du médicament.

Lorsque la prescription est libellée en Dénomination Commune Internationale (DCI), le Professionnel de Santé Pharmacien se doit de compléter le code CIP du médicament délivré par la mention correspondante.

#### Impacts :

#### Annexe 1 – 1.5 – Description de la zone d'échange feuille de soins – groupe 1720 – page 45/103

##### 1720 Groupe Prestation détaillée code CIP

• N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
• Code CIP prescrit	Code CIP du médicament prescrit
• Code laboratoire prescrit	Code laboratoire du médicament prescrit
• Prix unitaire prescrit	Prix unitaire (en centimes) du médicament prescrit
• Code taux prescrit	Code taux du médicament prescrit
• Code CIP délivré	Code CIP du médicament délivré
• Code laboratoire délivré	Code laboratoire du médicament délivré
• Prix unitaire délivré	Prix unitaire (en centimes) du médicament délivré
• Code taux délivré	Code taux du médicament délivré
• Quantité délivrée	Nombre de boîtes délivrées
• Motif de substitution du médicament	Indique le motif de substitution du médicament prescrit: <ul style="list-style-type: none"> <li>• valeur 0 pour « pas de substitution »</li> <li>• valeur 1 pour « substitution pour Urgence ou accord du médecin »</li> <li>• valeur 2 pour « substitution de Générique à Générique »</li> <li>• valeur 3 pour « prescription libellée en DCI »</li> </ul>

#### Annexe 3 – 4.3.4 Valeurs des données élémentaires – groupe 1720 – page 100/107

Id struct	Donnée	Valeur	Libellé
1720	Code <b>taux/Laboratoire</b>	<b>2 à 5</b> <b>6 et 7</b> <b>1 à 9</b>	Produit allopathique Produit homéopathique
	<b>Motif de substitution</b>	<b>0</b> <b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>	Pas de substitution substitution pour Urgence ou accord du médecin substitution de Générique à générique <b>Prescription libellée en DCI – indication de la Molécule</b>

### 3.2 **Mode de sécurisation « désynchronisé »**

La parution du décret permet au Professionnel de Santé d'utiliser le nouveau mode de sécurisation dit désynchronisé. Cette fonctionnalité n'est active, dans cette version du package 1.31, que dans le cadre de FSE élaborées en mode déconnecté à partir d'un TLA. L'évolution doit permettre au progiciel le chargement des FSE élaborées par un autre PS.

#### **Principe général du mode de sécurisation désynchronisé :**

Les principes de la signature en désynchronisé sont les suivants :

Lors de l'élaboration de la facture, le progiciel appelle la fonction de mise en forme et de sécurisation de la facture avec le mode de sécurisation désynchronisé, en présence de la carte Vitale uniquement<sup>1</sup>. Au retour, les services SESAM-Vitale retournent une facture partiellement sécurisée accompagnée de données supplémentaires qui vont permettre la deuxième sécurisation.

Plus tard, lors de la deuxième partie de la sécurisation désynchronisée, en présence de la CPS, le progiciel fournit, 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.

Le TLA permet au Professionnel de Santé de procéder à la signature en désynchronisé. Cette fonctionnalité permet au Professionnel de Santé de demander à un confrère de faire signer les FSE (qu'il a au préalable préparées à son cabinet ) au domicile de l'assuré (présence uniquement de la carte Vitale). Le Professionnel de Santé pourra sécuriser ses FSE avec sa carte CPS ultérieurement soit en mode connecté soit en mode déconnecté.

Ce dernier principe impose que le progiciel de Santé permette à un Professionnel de Santé de charger dans le TLA des FSE d'un confrère.

---

<sup>1</sup> Pour la sécurisation avec la carte Vitale, il n'est pas nécessaire qu'une carte CPx soit présente dans le lecteur. Cependant, et pour la réalisation de la facture, les informations relatives à une exonération de ticket modérateur figurant en carte Vitale ne sont accessibles qu'aux professionnels et établissements de santé et aux agents des organismes gérant un régime de base d'assurance maladie. Cet accès nécessite l'emploi d'une carte de Professionnel de Santé (CPS, CPE, CDE, CPF).

### 3.3 Sauvegarde des ARL Positifs

Le décret prévoit également la sauvegarde des ARL positifs reçus par le Professionnel de Santé pendant 90 jours au moins.

**Impacts :**

#### Corps du cahier des charges

##### § 3.1.3.1 - Principes de la création des lots de feuilles de soins électroniques

Note de bas de page remontée dans le texte

« ....

Les lots de feuilles de soins électroniques, mis en forme et sécurisés grâce aux Fournitures de l'assurance maladie et à la Carte Professionnel de Santé, sont archivés par le progiciel du Professionnel de Santé sur le poste de travail conformément aux dispositions réglementaires.

Il est recommandé au progiciel du Professionnel de Santé de conserver les références du lot de feuilles de soins électroniques. Celles-ci peuvent s'avérer utiles en cas de dysfonctionnement du système SESAM-Vitale **ou de litige**. Le lot de feuilles de soins électroniques doit être conservé au moins tant que l'ARL positif correspondant n'a pas été reçu afin de prévoir les cas possibles de sa réémission (cf. 3.1.7. Mode de fonctionnement dégradé).

L'article R341-47 du code de la Sécurité Sociale impose une conservation des FSE transmises, **ainsi que leurs ARL positifs associés, pendant 90 jours au moins.**

.... »

##### § 3.1.6.1 - Création des accusés de réception (ARL)

L'organisme d'assurance maladie servant des prestations obligatoires crée un accusé de réception logique (ARL) par lot de feuilles de soins électroniques sécurisé reçu.

Un accusé de réception logique positif signifie que la transmission de ce lot s'est bien déroulée, c'est-à-dire que le lot de feuilles de soins électroniques est intègre et que l'organisme d'assurance maladie servant des prestations obligatoires reconnaît son origine. Cela ne signifie pas que le contenu du lot est accepté par cet organisme d'assurance maladie (les feuilles de soins n'ont pas encore été « liquidées »).

L'accusé de réception positif apporte l'assurance au Professionnel de Santé que le lot de feuilles de soins électroniques a bien été reçu par le destinataire escompté <sup>31</sup>. **L'accusé de réception positif doit être conservé sur le poste de travail du Professionnel de Santé pendant 90 jours au moins.**

<sup>31</sup> L'assurance maladie assure **également** l'archivage des flux dématérialisés (lots de feuilles de soins électroniques et accusés de réception logiques) conformément à la réglementation.

§ 3.1.6.4 Traitements sur le poste de travail du Professionnel de Santé

**Réception d'un ARL positif**

Suite à la réception d'un ARL positif, le Professionnel de Santé doit conserver **ce dernier** sur son poste de travail, **ainsi que** le double électronique des feuilles de soins électroniques<sup>2</sup> qu'il a télétransmis conformément aux dispositions législatives pendant 90 jours au moins (article R.161-47).

§ 4.2.1.2. - Constitution et sécurisation des lots de feuilles de soins

L'appel aux Services SESAM-Vitale

Ajout de la phrase suivante en fin de paragraphe :

« ....

**Il est également fortement conseillé de sauvegarder la référence du lot sur le poste de travail du Professionnel de Santé. »**

§ 4.2.1.5 - Traitement des Accusés de Réception Logiques

**Schéma global de traitement**

Le schéma global de traitement des fichiers retour est résumé ci-dessous :

Progiciel du PS	Services SESAM-Vitale	Périphérique
<b>Pour chaque fichier retour reçu</b>		
Demande de traduction du fichier retour		
Appel aux Services SESAM-Vitale	→ Traduction ARL	<a href="#">Carte Professionnel de Santé dans le lecteur SESAM-Vitale</a>
Prise en compte des comptes rendus contenus dans l'ARL	←	
<b>Sauvegarde des ARL positifs</b>		

**L'appel aux Services SESAM-Vitale**

.....

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 de feuilles de soins électroniques précédemment émis (références du lot de feuilles de soins électroniques acquitté, type d'acquiescement, éventuellement code rejet).

**Conformément aux dispositions réglementaires (article R. 161-47), le Professionnel de Santé conserve les accusés de réceptions positifs pendant 90 jours au moins.**

<sup>2</sup> Ce double électronique comprend les données constitutives de la feuille de soins électronique 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.

## Annexe 1

### § 3.4.2 – ARL positif

« Suite à la réception d'un ARL positif, le Professionnel de Santé doit conserver **ce dernier** sur son poste de travail et durant 90 jours au moins, **ainsi que** le double des feuilles de soins électroniques du lot qu'il a transmis, conformément aux dispositions réglementaires actuelles (R161-47).

**Un lot ayant reçu un ARL positif ne doit en aucun cas être retransmis. »**

### § 3.4.7.2 - Rapprochement des lots et des ARL

« Remarque préalable :

*La procédure de rapprochement des ARL avec les lots associés doit être exécutée avant toute émission de lot pour éviter la retransmission de lots pour lesquels un ARL a déjà été reçu.*

Traitements fonctionnels :

*Pour chaque **ARL reçu***

*Recherche du lot correspondant dans la liste des **lots émis** et la liste des **lots réémis** (cf critères de rapprochement CDC Annexe 1, §1.8 Traduction ARL)*

*Si le lot est trouvé alors*

*Si l'ARL est positif alors*

*le lot correspondant trouvé doit être supprimé de la liste à laquelle il appartenait*

*les données constitutives des FSE du lot rapproché **et l'ARL positif** doivent être archivées pendant 90 jours*

*si l'ARL est négatif alors ... »*

### **3.4 SESAM sans Vitale pour certains produits de la LPP**

Le décret prévoit que la signature de la feuille de soins électronique par l'assuré ou le bénéficiaire n'est pas exigée pour les feuilles de soins relatives à la facturation de certains produits ou prestation visés à l'article L165-1 et dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie.

Cette liste comportera uniquement les produits de la LPP prévus pour la location ainsi que les prestations délivrées au long cours inscrites au TITRE I de la LPP

Impacts :

#### **Corps du document**

Pour les paragraphes :

- **3.1.1.2.- Le système SESAM-Vitale - page 22/76**, modification de la note de bas de page numéro 6,
- **3.1.2.1.- La feuille de soins électronique - page 24/76**, modification de la note de bas de page numéro 11,
- **3.1.2.2.- Principes de la création de la feuille de soins électronique - page 29/76**, modification de la note de bas de page numéro 19,
- **4.2.1.1.- Elaboration d'une feuille de soins électronique - Schéma d'élaboration de la feuille de soins électronique (cas général) - page 53/76**, modification de la note de bas de page numéro 47,
- **4.2.1.1.- Elaboration d'une feuille de soins électronique - Schéma d'élaboration de la feuille de soins électronique (actes en série) - page 54/76**, modification de la note de bas de page numéro 50,

**de la façon suivante** : « *La présence de la carte Vitale n'est pas obligatoire pour sécuriser la feuille de soins électronique—pour la catégorie des laboratoires d'analyse de biologie médicale, les médecins spécialisés en anatomo-cyto-pathologie, et les directeurs de laboratoire médecin (hors Centre de Santé) et la catégorie pharmacien (lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à une mineure ou de certains produit de la LPP destinés à la location ainsi que les prestations délivrées au long cours inscrites au TITRE I de la LPP).*

**Paragraphe 3.1.2.2 - principes de la création de la feuille de soins électronique- page 29/76**

« .....La feuille de soins électronique, mise en forme et sécurisée grâce aux Fournitures SESAM-Vitale et aux cartes Vitale<sup>3</sup> et Professionnel de Santé, est sauvegardée par le progiciel du Professionnel de Santé sur le poste de travail conformément aux dispositions législatives (article R.161-47).

<sup>2</sup> La présence de la carte Vitale n'est pas obligatoire pour sécuriser la feuille de soins électronique-pour la catégorie des laboratoires d'analyse de biologie médicale, les médecins spécialisés en anatomo-cytopathologie, ~~et~~ les directeurs de laboratoire médecin (hors Centre de Santé) et la catégorie pharmacien (uniquement lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à une mineure ou de certains produit de la LPP destinés à la location ainsi que les prestations délivrées au long cours inscrites au TITRE I de la LPP).

**Paragraphe 3.1.2.8 - Sécurisation de la création de la feuille de soins électronique - page 35/76**

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

Une feuille de soins électronique 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 de la feuille de soins nécessite la présence simultanée des deux cartes.

La présence de la carte Vitale n'est pas obligatoire pour sécuriser la feuille de soins électronique pour la catégorie des laboratoires d'analyse de biologie médicale, les médecins spécialisés en anatomo-cytopathologie ~~et~~ les directeurs de laboratoire médecin(hors Centre de Santé) et la catégorie pharmacien (uniquement lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à une mineure ou de certains produit de la LPP destinés à la location ainsi que les prestations délivrées au long cours inscrites au TITRE I de la LPP).

**Paragraphe 4.2.1.1 - Elaboration d'une feuille de soins électronique - page 59/76****« .....L'appel aux Services SESAM-Vitale**

Une fois les informations constitutives de la feuille de soins électronique collectées, le progiciel du Professionnel de Santé utilise les Services SESAM-Vitale afin que celui-ci procède :

- 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 de la feuille de soins électronique en faisant appel au lecteur SESAM-Vitale et aux cartes Vitale et Professionnel de Santé.

Une feuille de soins électronique ne peut être créée sans utilisation du lecteur SESAM-Vitale et sans présence simultanée des cartes Vitale et Professionnel de Santé.

La présence de la carte Vitale n'est pas obligatoire pour sécuriser la feuille de soins électronique pour la catégorie des laboratoires d'analyse de biologie médicale les médecins spécialisés en anatomo-cytopathologie et les directeurs de laboratoire médecin (hors Centre de Santé) et la catégorie pharmacien (uniquement lors de la délivrance de contraceptif d'urgence à une mineure ou de certains produit de la LPP destinés à la location ainsi que les prestations délivrées au long cours inscrites au TITRE I de la LPP)..... »

**Annexe 1**

Pour le paragraphe 1.5- Description de la zone d'échanges Feuille de soins - groupe 1420 - page 26/103,

modification de la note de bas de page numéro 6,

**1420****Groupe Identification de pièce justificative****Règles**

Les Professionnels de Santé autorisés à effectuer des flux non sécurisés, en cas de procédure dégradée, ou des FSE sans Vitale doivent préciser si le bénéficiaire a présenté une pièce justificative de droits et sa nature (bulletin de salaire, attestation de droits, ...).

Ce groupe ne doit être renseigné que dans les cas suivants :

- mise en forme d'une FSE non sécurisée
- mise en forme d'une FSE sécurisée sans Vitale

Cette règle concerne la famille de Professionnels de Santé ci-dessous :

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

**1420 Groupe Identification de pièce justificative**

· Nature de la pièce	· valeur 0 pour « L'assuré n'a présenté aucune pièce justificative » · valeur 1 pour « L'assuré a présenté un bulletin de salaire, une attestation de droits, une prise en charge pour l'AME, une attestation de bénéficiaire CMU, etc... » · valeur 2 pour « L'assuré a présenté sa Carte d'assuré social ou le Professionnel de Santé a consulté le fichier patient par télématique » · valeur 4 pour « L'assuré a présenté sa Carte Vitale » <sup>6</sup>
· Date de validité	Date de validité de la pièce justificative
· Origine de la pièce justificative	Code de l'organisme ayant délivré la pièce justificative quand la nature de la pièce est « L'assuré a présenté sa Carte d'assuré social ».

<sup>6</sup> La présence de la carte Vitale pour la signature de la FSE n'est pas obligatoire pour la catégorie des laboratoires d'analyse de biologie médicale, les médecins spécialisés en anatomo-cyto-pathologie, ~~et~~ les directeurs de laboratoire médecin (hors Centre de Santé) ) et la catégorie pharmacien (uniquement lors de la délivrance du contraceptif d'urgence à une mineure ou de certains produit de la LPP destinés à la location ainsi que les prestations délivrées au long cours inscrites au TITRE I de la LPP).

## Annexe 2

### **R 33 – Contrôle du mode de sécurisation SESAM sans Vitale**

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><b>1) Pour les FSE anonymisées</b>            Dans le cadre de la délivrance du contraceptif d'urgence à la mineure, le pharmacien ne doit pas utiliser de carte Vitale ;            Il est donc exceptionnellement autorisé à utiliser le mode de sécurisation SESAM sans Vitale ;            Les informations constitutives de la FSE concernant le bénéficiaire des soins, le prescripteur et la caisse gestionnaire <sup>1</sup> sont issues du paramétrage présent sur le poste du PS garantissant l'anonymisation de la FSE.</p> <p><b>2) Pour certains produits de la LPP</b>            Lors de la délivrance de certains produits de la LPP destinés à la location ainsi que les prestations délivrées au long cours inscrites au TITRE I de la LPP<sup>2</sup>.            Il est donc exceptionnellement autorisé à utiliser le mode de sécurisation SESAM sans vitale</p>	<p>NIR : groupe 1130</p> <p>LPP : groupe 1730</p>		<p>L 5134- 1 du code de la santé publique.</p> <p>R 161-43-1 II du code de la sécurité sociale</p>	<p><sup>1</sup> Les éléments issus du paramétrage du poste sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NIR fictif</li> <li>- Clé du NIR fictif</li> <li>- Date de naissance fictive par défaut (<i>modifiable si la mineure accepte de la communiquer</i>)</li> <li>- N° fictif du prescripteur</li> <li>- Clé du N° fictif du prescripteur</li> <li>- L'identifiant de la caisse gestionnaire de la CPAM de la circonscription <i>du lieu d'implantation de la pharmacie</i></li> </ul> <p><sup>2</sup> La liste des produits de la LPP pour laquelle le mode de sécurisation SESAM sans Vitale est autorisé est fixée par arrêté.            Le type de service est égal à L ou le code prestation est égal à AAR MAD /AAD si le type de service est différent de L</p>

Le 7 avril 2003	<b>Addendum Pharmaciens N°2</b>	Version 1.31
-----------------	---------------------------------	--------------

Version 1.31	<b>Addendum Pharmaciens N°2</b>	Le 7 avril 2003
--------------	---------------------------------	-----------------

## **DEUXIEME PARTIE**

Autres évolutions apportées par cet addendum

Version 1.31	<b>Addendum Pharmaciens N°2</b>	Le 7 avril 2003
--------------	---------------------------------	-----------------

#### **4 CODAGE LPP (ANCIENNE TIPS)**

Le codage LPP (Liste des Produits et Prestations remboursables au titre de l'article L165-1 du code de la sécurité sociale) remplace le codage TIPS (Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires).

Les modalités de renseignement dans la feuille de soins électronique du codage LPP (ex TIPS) sont prévues dans l'addendum Pharmacien paru en juillet 2002.

Dès la parution des arrêtés de nomenclature codés, le Professionnel de Santé Pharmaciens doit renseigner dans la facture les éléments du codage LPP.

**Rappel** (Cf addendum Pharmacien publié en juillet 2002) : Le renseignement du codage LPP n'est valable que pour les articles du LPP délivrés sans agrément par le Professionnel de Santé en sa qualité de Pharmacien et non en tant que Fournisseur.

## 5 LA LISTE D'OPPOSITION

### 5.1 Impacts de la liste d'opposition sur la facture

L'évolution apportée au cahier des charges SESAM Vitale 1.31 à la gestion de la liste d'opposition est d'interdire la génération d'une feuille de soins électronique dès lors que la carte Vitale est inscrite dans cette liste et cela quelle que soit le mode de tarification (application d'une dispense d'avance de frais ou non).

#### Corps du document

Paragraphe 3.1.11 – La liste d'opposition

Ce chapitre concerne actuellement la catégorie des pharmaciens (cf. arrêté du 12 août 1999).

La mise en oeuvre de la liste d'opposition pourra être étendue à terme à l'ensemble des Professionnels de Santé.

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'utiliser la liste d'opposition au format électronique telle que décrite à l'annexe 4 du cahier des charges. Le principe de la gestion de la liste d'opposition Vitale consiste, ~~en cas de dispense d'avance de frais, d'~~ à empêcher la création d'une FSE et à avertir le Professionnel de Santé dès lors que la carte est présente dans la liste d'opposition **et ce, quel que soit le cadre de remboursement (tiers payant ou non).**

Extrait de la convention Pharmacien :

« Article 2 - 2 : *Validité de la carte d'assurance maladie*

*En cas de dispense d'avance des frais, le pharmacien s'assure avant d'élaborer la feuille de soins électronique que la carte d'assurance maladie n'est pas signalée sur la liste nationale inter-régime d'opposition des cartes.*

.... »

### 5.2 Transmission de la liste d'opposition : Valorisation du message SMTP

Cette évolution permet de préciser dans le Cahier des charges SESAM-Vitale 1.31 la valorisation des champs « From » et « To » des messages SMTP contenant la liste d'opposition.

Impact : Annexe 4 - § 9 – Le messages SMTP contenant la liste d'opposition

#### « 9. Le message SMTP contenant la liste d'opposition

Ce chapitre s'adresse aux éditeurs développant des progiciels destinés aux catégories de Professionnels de Santé concernées par la liste d'opposition (cf. chapitre 3.1.11 **du corps du cahier des charges**).

Le message SMTP contenant la liste d'opposition est envoyé par le G.I.E. SESAM-VITALE lors de la diffusion périodique de la liste d'opposition à l'ensemble des Professionnels de Santé. ~~mais aussi à la suite d'une réclamation d'un Professionnel de Santé auprès de sa CPAM, comme il est prévu dans l'arrêté du 12 août 1999.~~

~~Dans le cas de Professionnels de Santé partageant une même boîte aux lettres ou ayant recours à un organisme tiers, un seul message SMTP est déposé dans la BAL commune.~~

Version 1.31	<b>Addendum Pharmaciens N°2</b>	Le 7 avril 2003
--------------	---------------------------------	-----------------

Dans le cas où le Professionnel de Santé à recours à un organisme tiers (ex : Organisme Concentrateur Technique) le message SMTP sera transmis par le GIE SESAM-Vitale à cet organisme qui lui-même le déposera dans la BAL du Professionnel de Santé dès réception de cette liste d'opposition.

## 9.1 Profil des messages SMTP

Les règles suivantes spécifiques à SESAM-Vitale s'appliquent à ces messages SMTP :

- le champ expéditeur ("From") contient l'adresse de l'organisme émetteur du message SMTP (~~ici le G.I.E. SESAM-VITALE~~) ;
- le champ destinataire ("To") :
  - contient l'adresse du Professionnel de Santé récepteur (~~ou de l'organisme tiers gérant la réception et la ventilation de la liste d'opposition pour le compte de plusieurs Professionnels de Santé~~) du message SMTP,
  - ou n'est pas renseigné dans le cas où plusieurs Professionnels de Santé seraient destinataires du même message SMTP et pour des raisons de confidentialité, la liste des adresses des destinataires sera cachée.
- le champ relatif au sujet du message ("Subject") contient la référence "SV//Compostage/Référence" ("Référence" est décrit dans l'en-tête du fichier liste d'opposition détaillé plus loin) où « compostage » est un champ qui permet d'identifier de manière unique chaque message SMTP pour un émetteur donné (format fixe "AAAAMMJHHMSS" constitué des données année(4), mois(2), jour(2), heure(2), minute(2), seconde(2)) ;
- le champ relatif à l'identifiant original ("In-Reply-To") n'est pas renseigné.
- le champ relatif au type du contenu ("Content-Type") contient le type et le sous-type de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "Application/EDI-Consent" ;
- le champ relatif à la description du contenu ("Content-Description") contient la nature et la norme de l'objet transporté ; la valeur de ce champ est "SERVICE/OPPV\_LISTE" ;
- le corps du message contient **en pièce jointe**, la liste d'opposition (cf. § 9.3).

## 9.2 Structure du message SMTP

Les messages SMTP transmis au Professionnel de Santé respectent les formats SMTP et MIME.

Deux types de structure peuvent être utilisés : la structure "multipart" et la structure "single part".

- O Le champ est obligatoire
- F Le champ est facultatif

### Message SMTP multipart

EN-TETES	Dates	Date	O	Date:	
Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message		O	From:	<a href="#">adresse émetteur #G.I.E.-SESAM-VITALE</a>
Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message		O	To:	<i>adresse destinataire</i>
Autres champs	Identifiant du message		O	Message ID	
	Objet du message		O	Subject:	<b>SV//Compostage/Référence</b>
Champs de contenu	Version de MIME utilisée		O	Mime-Version:	<a href="#">Cf. description du fichier et après</a> version = 1.0
	Type du contenu		O	Content-Type:	multipart/mixed;boundary=délimiteur
LIGNE VIDE			O		
	Délimiteur		O	-- DELIMITEUR	
BODY PART	[En-têtes]	Type de contenu	O	Content-Type:	Type/Sous-type;paramètre
		Encodage du contenu	O	Content-Transfer-Encoding:	Encodage
		Description du contenu	O	Content-Description:	nature / norme
	Ligne vide		O		
	Body part	Contenu du message	O	FICHIER	<i>La liste d'opposition</i>
	Délimiteur final	Délimiteur final	O	-- DELIMITEUR --	

**Message SMTP (single part)**

EN-TETES	Dates	Date	0	<b>Date :</b>	
	Champs expéditeur	Adresse de l'expéditeur du message	0	<b>From :</b>	<del>adresse émetteur</del> <i>G.I.E. SESAM-VITALE</i>
	Champs destinataire(s)	Adresse du destinataire du message	0	<b>To :</b>	<i>adresse destinataire</i>
	Autres champs	Identifiant du message	0	<b>Message ID</b>	
		Objet du message	0	<b>Subject :</b>	<del>Cf. description du fichier</del> <i>SV//Compostage/Référence</i>
	Champs de contenu	Version de MIME utilisée	0	<b>Mime-Version :</b>	<i>version = 1.0</i>
		Type du contenu	0	<b>Content-Type :</b>	<i>Type/Sous-type;paramètre</i>
		Encodage du contenu	0	<b>Content-Transfer-Encoding :</b>	<i>Encodage = BASE64</i>
		Description du contenu	0	<b>Content-Description :</b>	<i>nature = SERVICE norme = OPPV_LISTE</i>
LIGNE VIDE			0		
BODY PART	Body part	Contenu du message	0	<b>FICHIER</b>	<i>La liste d'opposition</i>



### 9.3 Format de la liste d'opposition électronique

#### Description du fichier

Champ	Format	Valeur	Observation
<b>En-tête</b>			
Application	20 AN	Opposition Vitale	
Version d'application	2 D	01	
<b>Référence :</b> Date et rang de la liste	12 D	AAAAMMJJXXXX	où AAAAMMJJ représente une date et XXXX un rang
Format des numéros	4 AN	BCD $n$	BCD sur $n$ octets, cadré à droite par exemple BCD4 : BCD sur 4 octets.
Nombre de numéros	8 D		Nombre de numéros de série de cartes Vitale compris dans cette liste

#### Liste

Numéros			Les numéros sont tous enregistrés successivement, sans caractère de séparation. Le codage dépend du format : soit le n° 12345 en BCD4 00h 01h 23h 45h
	BCD $n$ <sup>4</sup>	n O	

#### CRC

CRC	2 O		Il s'agit d'un CRC16, calculé sur tous les caractères le précédent, et inscrit sur 2 octets binaires, poids fort en tête.
-----	-----	--	---

Avec :

- AN : Alphanumérique (20h à 7Fh)
- D : Numérique Décimal (30h à 39h)
- O Octet (00h à FFh, i.e. quelconque)

<sup>4</sup> A titre indicatif, actuellement la valeur maximale de « n » est 6

Le 7 avril 2003	<b>Addendum Pharmacien N°2</b>	Version 1.31
-----------------	--------------------------------	--------------

## Calcul du CRC **de la liste d'opposition vitale 16** - Algorithme

(calcul du reste de la division des données du fichier par le polynôme :  $x^{16} + x^{12} + x^5 + 1$ ) :

Initialiser le CRC16 à 0 ;

Se positionner sur le premier caractère du fichier ;

TantQue position du CRC non atteinte, faire :

    Calculer le CRC16 pour le caractère courant :

        MOT ← caractère courant enregistré sur un entier court non signé (2 octets)

        Boucler 8 fois sur :

            Décaler CRC16 d'une position à gauche ;

            Décaler MOT d'une position à gauche ;

            Si bit 8 du MOT vaut 1, alors

                Incrémenter CRC16 de 1 ;

            FinSi.

            Si le bit 16 du CRC16 courant vaut 1, alors :

                CRC16 ← CRC16 ou exclusif 1021h ;

            FinSi

        FinBoucle

    Passer au caractère suivant

FinTantQue

Calculer le CRC16 pour le caractère NULL (i.e. 00h)

Calculer le CRC16 pour le caractère NULL

Cet algorithme est illustré par le code (langage C ANSI) suivant :

```

/*
%-----
%
% Fonction : void CalcCrc ( IN unsigned char * pucAdrDebutBuffer,
%                          IN unsigned char ** ppucAdrFinBuffer,
%                          IN unsigned short  pwCRC16 )
%
%
%-----
% Role :
%-----
% Cette fonction calcule le CRC (code de redondance cyclique) pour un
buffer
%-----
% parametres d'entree :
%-----
% pucAdrDebutBuffer : Adresse de début du buffer
% ppucAdrFinBuffer  : Adresse de l'adresse de fin du buffer
%-----
% parametres de sortie :
%-----
% pwCRC16           : Adresse du CRC16 calculé
%
%-----
*/
void CalcCrc (IN_OUT unsigned char * pucAdrDebutBuffer,
              IN_OUT unsigned char ** ppucAdrFinBuffer,
              OUT unsigned short * pwCRC16 )
{
    unsigned char * pucPtr;
    WORD          wCRC = 0
    WORD          wMot;

    for (pucPtr = pucAdrDebutBuffer; pucPtr <= *ppucAdrFinBuffer; pucPtr++)
    {
        wMot = (WORD)*pucPtr;
        CalcCrcMot(&wMot, &wCRC);
    }

    /* le calcul du CRC se fait sur les données + 2 octets nuls */
    wMot = 0;
    CalcCrcMot(&wMot, &wCRC);
    wMot = 0;
    CalcCrcMot(&wMot, &wCRC);
    *pwCRC16 = wCRC;
}

/*
%-----
%-----

```

```

% Fonction : void CalcCrcMot( IN_OUT WORD wMot,
%                               IN_OUT WORD * pwCRC )
%
%-----
% Role :
%-----
% Cette fonction calcule le code de redondance cyclique pour un octet avec
résultat sur 2 octets
%-----
% parametres d'entree :
%-----
% wMot      : Entier sur 2 octets dont seul l'octet de poids faible est
significatif et
%             sur lequel le CRC est calculé
% pwCRC     : Adresse pointant sur le CRC
%-----
% parametres de sortie :
%-----
% pwCRC     : Adresse de stockage du CRC mis à jour
%
%-----
-----
*/
void PMJ_CalcCrcMot(IN_OUT WORD FARPTR wMot,
                   IN_OUT WORD FARPTR pwCRC)
{
    WORD wCptBit;

    *wMot = *wMot & 0xFF;
    for (wCptBit = 0; wCptBit < 8; wCptBit++)
    {
        if ((*pwCRC & 0x8000) != 0)
        {
            *pwCRC <<= 1;
            *wMot <<= 1;
            if ((*wMot & 0x100) != 0)
                (*pwCRC)++;
            *pwCRC = (*pwCRC ^ 0x1021);
        }
        else
        {
            *pwCRC <<= 1;
            *wMot <<= 1;
            if ((*wMot & 0x100) != 0)
                (*pwCRC)++;
        }
    }
}

»

```

## 6 LIBERTE DE CHOIX DE L'OCT PAR LE PS

L'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, précise dans son article 5 du titre Ier :

### « Liberté de choix du réseau

*Les pharmaciens ont la liberté de transmettre les feuilles de soins électroniques soit directement en se connectant au réseau santé social, soit en se connectant à tout réseau pouvant communiquer avec le réseau santé social. Ils ont également la possibilité de recourir à un organisme concentrateur technique, dans le respect des dispositions légales et réglementaires ayant trait à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et relatives à la confidentialité et l'intégrité des feuilles de soins électroniques. Cet organisme tiers, dont le pharmacien a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité du pharmacien avec lequel il conclut un contrat à cet effet. Les procédures mises en oeuvre par chaque organisme concentrateur technique sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit organisme concentrateur technique et les organismes destinataires de flux électroniques ; les désaccords concernant le respect de ces procédures peuvent être soumis à la commission mentionnée à l'article 10-1».*

Afin de respecter la liberté de choix de l'organisme concentrateur Technique avec lequel le Professionnel de santé Pharmacien souhaite adhérer le chapitre 1 de l'annexe 5 est donc modifié de la façon suivante :

*« Cette annexe définit les règles de constitution des flux de feuilles de soins électroniques lorsque le Professionnel de Santé, disposant d'un logiciel de facturation agréé SESAM-Vitale, opte pour une télétransmission via un Organisme Concentrateur Technique.*

*L'installation ou la suppression sur le poste de travail du Professionnel de Santé des produits nécessaires à l'Organisme Concentrateur Technique ne doit pas interférer sur les modules de connexion au réseau de messagerie fournis lors de l'installation du logiciel de facturation agréé SESAM-Vitale.*

*De même le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'exercer sa liberté de choix de l'organisme concentrateur Technique avec lequel il souhaite adhérer<sup>5</sup>.*

*L'implémentation de cette annexe n'est pas obligatoire pour obtention de l'agrément.*

*Cette annexe ne décrit pas le support de télétransmission entre le Professionnel de Santé et l'Organisme Concentrateur Technique.*

*Le progiciel de santé doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé de transmettre les flux SESAM-Vitale directement aux régimes d'Assurance Maladie Obligatoire. Le progiciel doit donc être en conformité avec l'annexe 4. »*

Le chapitre 3.1.2 de l'annexe 5 est aussi modifiée de la façon suivante :

*« Cependant, le poste de travail doit être capable de transmettre des flux directement aux AMO conformément à l'annexe 4 de ce présent cahier des charges*

*Par ailleurs, si le logiciel implémente un mode de transmission entre le Professionnel de Santé et l'Organisme Concentrateur Technique conforme à l'annexe 4, il doit permettre au Professionnel de Santé de configurer librement l'adresse du destinataire (adresse de l'OCT récepteur des messages SMTP).*

<sup>5</sup> Ce qui nécessite la libre configuration, par paramétrage, de l'adresse de messagerie de l'Organisme Concentrateur Technique.

Le 7 avril 2003	<b>Addendum Pharmacien N°2</b>	Version 1.31
-----------------	--------------------------------	--------------

*La certification des feuilles de soins électroniques ... »*

## 7 GESTION MULTI-ORGANISMES DU RISQUE ACCIDENT DU TRAVAIL

Le principe consiste à admettre la télétransmission de flux dégradé lorsque les soins sont en rapport avec le risque AT et que la caisse gestionnaire maladie (émettrice de la carte Vitale ) est différente de la caisse gestionnaire du risque AT (émettrice du feuillet AT).

Dès la création de la Feuille de Soins Electronique, le Professionnel de Santé doit identifier que les soins sont en rapport avec un accident de travail, à l'aide du feuillet Accident de Travail (AT) présenté par l'assuré.

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de saisir les informations indiquées sur le feuillet AT délivré par l'organisme d'assurance maladie (code régime, caisse gestionnaire, centre gestionnaire et l'identifiant de l'accident du travail) et utiles à la génération de la Feuille de Soins Electronique. Pour le Régime Agricole, le centre gestionnaire n'est pas à saisir, le progiciel doit systématiquement forcer le code avec des zéros.

Les principes de détermination de l'organisme gestionnaire, ainsi que l'adresse électronique de l'organisme destinataire sont identiques à celles décrites dans l'annexe 4 du Cahier des Charges 1.31.

### Impacts :

#### Corps du cahier des charges

Ajout d'un nouveau paragraphe à la suite de celui sur les accidents de droit commun (§3.1.2.1, page 26/76)

#### **Accident de travail**

Le Professionnel de Santé peut réaliser une feuille de soins électronique lorsque les soins sont consécutifs à un accident de travail et que l'organisme AMO présent sur le feuillet AT est identique à celui inscrit en carte Vitale (organisme gérant le risque maladie), sous certaines conditions ; cf. annexe 2.

Dans le cas contraire, si l'organisme gérant le risque AT est différent de celui inscrit en carte Vitale le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de réaliser une feuille de soins électronique uniquement en mode dégradé.

Quel que soit l'organisme gérant le risque AT, le Professionnel de Santé doit systématiquement demander à l'assuré la présentation du feuillet AT.

## ANNEXE 2

## R4 - Compatibilité entre la nature d'assurance et la qualité du bénéficiaire

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>La nature d'assurance "<b>Maladie</b>" est compatible avec les qualités de tous les bénéficiaires suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• assuré</li> <li>• ascendant, descendant, collatéraux ascendants</li> <li>• conjoint</li> <li>• conjoint divorcé</li> <li>• concubin</li> <li>• conjoint séparé</li> <li>• enfant</li> <li>• conjoint veuf</li> <li>• autre ayant droits</li> </ul> <p>La nature d'assurance "<b>Maternité</b>" est incompatible avec les bénéficiaires suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ascendant, descendant, collatéraux ascendants,</li> </ul> <p>La nature d'assurance "Accident du travail" n'est compatible qu'avec la qualité de bénéficiaire "assuré" sauf pour les non salariés agricoles pour lesquels la qualité de bénéficiaire peut être différente de "assuré".</p>	<p><b>Groupe nature d'assurance</b> : (151x) : Saisie par le PS</p> <p><b>Qualité du bénéficiaire</b> : Lue sur la carte Vitale</p>		<p>Art L313-3 et L161.14 du code de la Sécurité Sociale Art L615.10 pour l'AMPI</p>	<p>Pour la nature d'assurance " Maternité ", la feuille de soins électronique sécurisée ne peut être établie que lorsque le bénéficiaire des soins et la mère sont présents sur la même carte vitale. Cette feuille de soins électronique sécurisée est toujours établie au nom de la mère, quel que soit le bénéficiaire des soins (père, enfant).</p>

**R25 Contrôle de compatibilité entre la nature d'assurance " Accident du Travail " et le régime d'affiliation de l'assuré.**

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>1. Pour un assuré affilié à l'un des régimes suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Régime Général (01),</li> <li>- Régime Agricole (02) (sauf exception prévue dans la règle R18),</li> </ul> <p>la nature d'assurance " Accident du travail " est acceptée et une feuille de soins électronique est constituée lorsque le numéro de caisse gestionnaire présent sur la carte Vitale de l'assuré est identique à celui mentionné sur le feuillet AT.</p> <p><b>Dans le cas contraire, le Professionnel de Santé est autorisé à transmettre un flux dégradé.</b></p> <p>2. Si le Professionnel de Santé effectue un acte en rapport avec la nature d'assurance " Accident du travail " pour un assuré affilié à l'un des régimes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris (12),</li> <li>- Banque de France (09),</li> <li>- Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires (10),</li> <li>- Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (08),</li> <li>- Mines (07)</li> <li>- Caisse de Prévoyance du personnel titulaire de Port Autonome de Bordeaux(16),</li> <li>- Sections locales mutualistes (91 à 96, 99)</li> </ul> <p>alors le Professionnel de Santé établit une feuille de soins papier.</p> <p>3. Pour un assuré affilié à l'un des régimes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AMPI (03),</li> <li>- CAVIMAC (90)</li> </ul> <p>la nature d'assurance "Accident de travail" n'existe pas et la feuille de soins électronique est élaborée au titre de la nature d'assurance maladie.</p> <p>4. Pour un assuré affilié à l'ENIM (06), si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance "Accident du travail" et si l'accident est pris en charge par l'armateur alors le PS établit une feuille de soins papier. Sinon le PS établit une FSE.</p> <p>5. Pour un assuré affilié au régime spécial de la RATP et de la SNCF, si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance " accident du travail ", celle-ci est acceptée et une feuille de soins électronique est constituée dès lors que l'indication du régime RATP ou du régime SNCF est mentionnée sur le feuillet « AT ».</p>	<p><b>Code régime :</b> <i>Lue sur la carte Vitale</i></p> <p><b>Groupe nature d'assurance du accident travail :</b> <i>(1513):Saisi par le PS</i></p> <p><b>Caisse gestionnaire de l'assuré :</b> <i>lue sur la carte Vitale</i></p> <p><b>Caisse gestionnaire AT :</b> <i>lue sur le feuillet AT ou sur la carte Vitale</i></p> <p><b>Prise en charge par l'armateur :</b> <i>Saisie par le PS</i></p>			

## R26 - Nécessité d'un identifiant "Accident du travail" ou de la date d'accident du travail pour la nature d'assurance "Accident du travail"

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance "Accident du travail", la saisie de la date d'Accident de Travail est obligatoire.</p> <p>Pour le Régime Général, la saisie du n° d'accident du travail*, lorsqu'il a été attribué est obligatoire.</p> <p><b>Pour les autres régimes, aucun n° d'Accident de Travail ne doit être saisi.</b></p>	<p><b>Date accident du travail</b> : (1513) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>N° accident du travail</b> : (1513) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Clé</b> : (1513) <i>Saisie par le PS</i></p>			* Cette information figure sur le feuillet Accident de Travail.

### R27 - Contrôle de la clé du numéro accident du travail

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la clé du numéro accident du travail après saisie de ce numéro par le PS.</p> <p>Cette vérification est faite à partir de l'algorithme de calcul suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sélectionner les 8 premiers chiffres du numéro d'accident du travail</li> <li>- Numérotter les chiffres de cette sélection de la droite vers le gauche</li> <li>- Multiplier par 1 les chiffres de rang pair</li> <li>- Multiplier par 2 les chiffres de rang impair</li> <li>- Additionner l'ensemble de ces résultats, chiffre par chiffre</li> <li>- Déterminer le complément à 10 du chiffre unitaire de cette somme : il constitue la clé</li> </ul> <p>La clé issue du calcul doit être égale à la clé saisie.</p>	<p><b>N° accident du travail</b> : (1513) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Clé</b> : (1513) <i>Saisie par le PS</i></p>			<p>Cette règle concerne uniquement les Accidents du Travail gérés par le régime général.</p>

## 8 TARIF DE REFERENCE POUR LES PHARMACIENS

La loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 prévoit au 3° du I de l'article 43 : « *Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité arrêté par les ministres de la santé et de la sécurité sociale après avis du Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code.* »

### 8.1 Principe

A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2003, les médicaments délivrés par le Professionnel de Santé Pharmacien et qui appartiennent à un groupe de génériques seront remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire de responsabilité.

Pour l'application de cette directive, il a été nécessaire de modifier la composition du code à barres présent sur la vignette. Ces modifications sont :

- Le prix public est remplacé par la base de remboursement. Cette base de remboursement sera renseignée par :
  - **Le prix public** si le médicament ne possède pas de générique,
  - **le prix public** si ce dernier est inférieur ou égal au tarif forfaitaire,
  - **le tarif forfaitaire** si ce dernier est inférieur au prix public.
- Pour permettre au Professionnel de Santé Pharmacien de distinguer un prix public d'un tarif forfaitaire, il est ajouté deux caractères, à la suite des 14 caractères. La valeur de ces deux caractères est la suivante :
  - « **00** » si la base de remboursement est renseignée par **le prix public**.
  - « **01** » si la base de remboursement est renseignée par **le tarif forfaitaire**.

De même, en plus du prix public, il est ajouté dans la Base Des Médicaments le Tarif forfaitaire ainsi que :

- La date de début et de fin du tarif forfaitaire,
- La date de début et de fin du groupe générique d'appartenance.

## **8.2 Renseignement de la base de remboursement dans la FSE**

Dans tous les cas, c'est la base de remboursement indiquée dans le code à barre qui doit être renseignée dans le champ « prix unitaire » du groupe 1720 des Services SESAM Vitale.

La valorisation du groupe 1610 est la suivant :

- le montant des honoraires est égal à la dépense réelle par taux de remboursement et,
- le prix unitaire est renseigné avec la somme des bases de remboursement des produits délivrés, issues des groupes 1720 associés.

Le 7 avril 2003	<b>Addendum Pharmacien N°2</b>	Version 1.31
-----------------	--------------------------------	--------------

### 8.3 Impact sur CDC 1.31

#### Annexe 1

§ 1.5 Description de la Zone d'échanges Feuille de soins – groupe 1610 – page 39/103

#### « Spécificités : Pharmacie

##### *Codage de la Pharmacie*

---

On établit un groupe 1610 Prestation par code acte PH4, PH7, PH1, ~~MX1, MX4, MX7 ou VAG (ce dernier acte n'est pas utilisé par le régime général)~~. Ce groupe 1610 est suivi de 1 à 50 groupes 1720 Prestation détaillée. Chaque groupe 1720 rattaché à un groupe 1610 ne doit détailler que des produits ayant même code ~~taux (1, 4, ou 7)~~ taux/labo (2, 4, 5,6 ou 7). Le prix unitaire du groupe 1610 est obtenu par l'addition ~~des prix (prix unitaire x nombre de boîtes)~~ des bases de remboursement (base de remboursement x nombre de boîtes) des produits identifiés dans le ou les groupes 1720 qui s'y rattachent.

La valeur du dénombrement du groupe 1610 demeure 1. »

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

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

### 1610 Groupe *Prestation*

**Hors  
Tiers payant**

• N° de la prestation	N° ordre de la prestation (dans la FSE)	
• Date d'exécution	Date d'exécution de la prestation	
• Lieu d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> <li>• valeur <b>0</b> pour « lieu d'exercice du PS »</li> <li>• valeur <b>1</b> pour « domicile du patient »</li> </ul>	
• Code prestation	Code prestation connu par l'assurance maladie (cf. Annexe 2)	
• Code complément prestation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• valeur <b>N</b> pour « nuit »</li> <li>• valeur <b>F</b> pour « dimanche ou jour férié »</li> </ul> Attention, particularité pour le codage de la biologie pour les valeurs 'N' et 'F'.	
• Montant des honoraires (dépassement compris)	Indiquer le montant total <b>facturé à l'assuré des honoraires</b> -(en centimes)	
• Qualificatif de la dépense	<ul style="list-style-type: none"> <li>• valeur <b>D</b> pour « entente directe »</li> <li>• valeur <b>E</b> pour « exigence particulière »</li> <li>• valeur <b>F</b> pour « déplacement non prescrit »</li> <li>• valeur <b>G</b> pour « acte gratuit »</li> <li>• valeur <b>N</b> pour « acte non remboursable »</li> </ul>	
• Coefficient	Coefficient en centièmes. Voir annexe 2. Attention, particularité pour le codage de la biologie	
• Quantité	Voir spécificités radiologie ou regroupement de séances	
• Dénombrement	Voir spécificités radiologie Voir codage de la biologie et d'anatomo-cyto-pathologie	
• Prix unitaire	Indiquer le montant, en centimes, de l'unité tarifaire	optionnel *
• Base de remboursement	Voir annexe 2	optionnel *
• Taux applicable à la prestation	Voir annexe 2	optionnel *
• Montant remboursable par l'AMO	Voir annexe 2	optionnel *
• Montant théorique remboursable par l'AMC	Pour la prestation avant application de la règle niveau Facture	optionnel *

\* optionnel pour les honoraires, obligatoire pour les prestations sanitaires

§ 1.5 Description de la Zone d'échanges Feuille de soins – groupe 1720 – page 45/103

**1720** Groupe *Prestation détaillée code CIP*

• N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
• Code CIP prescrit	Code CIP du médicament prescrit
• Code taux/laboratoire prescrit	Code taux/laboratoire du médicament prescrit
• Prix unitaire prescrit	<del>Prix unitaire</del> Base de remboursement (en centimes) du médicament prescrit
• Code taux prescrit	non renseigné
• Code CIP délivré	Code CIP du médicament délivré
• Code taux/laboratoire délivré	Code taux/laboratoire du médicament délivré
• Prix unitaire délivré	<del>Prix unitaire</del> Base de remboursement (en centimes) du médicament délivré
• Code taux délivré	Non renseigné
• Quantité délivrée	Nombre de boîtes délivrées
• Motif de substitution du médicament	Indique le motif de substitution du médicament prescrit: <ul style="list-style-type: none"> <li>• valeur <b>0</b> pour « pas de substitution »</li> <li>• valeur <b>1</b> pour « substitution pour Urgence ou accord du médecin »</li> <li>• valeur <b>2</b> pour « substitution de Générique à Générique »</li> <li>• valeur <b>3</b> pour « prescription libellée en DCI »</li> </ul>

## ANNEXE 2

### S1 - Base de remboursement des frais pharmaceutiques

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le montant de la base de remboursement des frais pharmaceutiques correspond à la somme des bases de remboursement* <del>prix-unitaires</del> donnés pour chaque code CIP.</p> <p>Ce calcul doit être effectué pour tous les codes CIP portant le même code taux/Laboratoire.</p>	<p><b>Code du taux/labo</b> : (1720) : Saisie par le PS</p> <p><b>Base de remboursement du médicament ;</b> Saisie ou lue par le PS</p> <p><del>Prix-unitaire</del> (1720) → Saisie par le PS</p> <p><b>Base de remboursement</b> : (1610)</p>			<p>* la base de remboursement du médicament délivrée est fournie par la lecture du code à barre inscrit sur la vignette</p>



## 9 INFORMATIONS SUR L'ORDONNANCE

Pour l'application de l'article L 162-36 du code de la sécurité sociale, qui prévoit, pour :

*« Toute pharmacie, quel qu'en soit le statut, et, d'une manière générale, toute personne physique ou morale délivrant des produits ou articles donnant lieu à remboursement au titre de l'assurance maladie ou maternité est tenue de mentionner sur les feuilles de maladie ou les documents en tenant lieu, ainsi que sur les ordonnances médicales correspondantes, le montant de la somme effectivement payée par l'assuré pour l'achat de chacun des produits ou articles délivrés en mentionnant, le cas échéant, le montant ou le taux de la réduction accordée.*

*A défaut de ces indications, aucun remboursement n'est effectué par l'organisme de sécurité sociale. .... ».*

Le paragraphe 3.1.2.5 (page 31/76) du corps du cahier des charges indiquant les références à inscrire sur l'ordonnance, est modifié comme suit :

« .....

- *Pour l'exécutant :*
  - *L'identification de l'exécutant.*
  - *Les références permettant le rapprochement de l'ordonnance avec la feuille de soins électronique de l'exécutant :*
    - *La date de l'exécution.*
    - *Le nom et prénom du bénéficiaire des soins.*
    - *L'identification de la caisse de l'assuré.*
    - *Le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques de l'assuré ou, si celui-ci n'est pas le bénéficiaire des soins, le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques ou, à défaut, la date de naissance de ce dernier.*
  - *Pour les Professionnels de Santé Pharmaciens et 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.*

*Les ordonnances doivent être signées par le prescripteur et l'exécutant. »*

Le 7 avril 2003	<b>Addendum Pharmacien N°2</b>	Version 1.31
-----------------	--------------------------------	--------------

## **10 AMENAGEMENT DE L'ANNEXE 5**

Suite à la parution du cahier des charges OCT 1.31, l'annexe 5 du cahier des charges SESAM-Vitale est allégé.

**Impact : Voir document joint « Annexe 5 »**

## 11 GESTION DES REMPLAÇANTS ET DES PHARMACIENS MULTI-EMPLOYEURS

Pour des raisons de commodité, la rédaction de ce chapitre est commune aux deux addenda d'avril 2003 « Pharmaciens » et « toutes catégories de PS sauf pharmaciens ».

Dans le cadre du cahier des charges 1.31, il est prévu d'intégrer la gestion des remplaçants. **Toutefois, afin d'assurer la compatibilité entre les composants impactés ( cartes CPS, progiciels, frontaux de l'assurance maladie), l'accès à cette fonctionnalité ne devra être activé qu'au cours du dernier trimestre 2003 en fonction des informations qui seront communiquées aux éditeurs par le GIE SESAM-Vitale.**

Cette fonctionnalité s'applique notamment aux catégories suivantes :

- **Médecins :**
  - Médecins ayant un cabinet remplaçant leur collègue,
  - Médecins n'exerçant que des remplacements.
- **Pharmaciens :**
  - Pharmaciens n'exerçant que des remplacements (dits multi-employeurs).
- **Chirurgiens-dentistes :**
  - Chirurgiens-dentistes n'exerçant que des remplacements.
- **Sages-femmes :**
  - Sages-femmes n'exerçant que des remplacements.

**Cas particuliers**, cette fonctionnalité peut s'appliquer, dans certains situations, aux :

- Résidents ou résidents ayant terminé leurs 3 années de résidanat.
- Etudiant ayant validé la 6<sup>ième</sup> année d'études
- Etudiant ayant validé la 5<sup>ième</sup> année d'études.
- Etudiant ayant validé la 3<sup>ième</sup> année d'études.

N.B. : Ce mode de fonctionnement s'ajoute au mode de fonctionnement actuel.

Le 7 avril 2003	<b>Addendum Pharmacien N°2</b>	Version 1.31
-----------------	--------------------------------	--------------

## **11.1 Principe de fonctionnement**

La gestion du remplacement s'organise autour de deux phases :

- Préparation du poste de travail par le PS remplacé,
- Utilisation du Poste de Travail par le PS remplaçant

### **11.1.1 Préparation du poste de travail par le PS 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, doit fournir au PS remplaçant les éléments nécessaires à l'accès à sa (ou ses) boîte(s) aux lettres électroniques et/ou demander le ou les autorisations d'accès à son fournisseur d'accès. Le Professionnel de Santé remplaçant utilisera la (ou les) boîte(s) aux lettres du remplacé pour la transmission des fichiers de FSE.
- Le progiciel de santé :
  - copie sur le poste de travail l'ensemble des informations de facturation du Professionnel de Santé remplacé, et cela pour toutes les situations de facturation du Professionnel de Santé remplacé.
  - Mémorise également sur le poste de travail, dans le même fichier comportant les éléments du Professionnel de Santé remplacé, le numéro de facturation du Professionnel de Santé remplaçant.
- Le progiciel de Santé vérifie que toutes les FSE ont été mises en lot et transmises.

### **11.1.2 Utilisation du poste de travail par le PS 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 le numéro de facturation correspond à celui que le Professionnel de Santé remplacé a mémorisé sur le poste de travail lors de l'initialisation de la session.

Le Professionnel de Santé remplaçant sélectionne l'une des situations de facturation du Professionnel de Santé remplacé au regard de laquelle le remplacement doit être effectué.

Le Professionnel de Santé remplaçant établit ses FSE avec son propre identifiant de facturation et renseigne dans celles-ci qu'il est en mode de fonctionnement de remplacement. La tarification sera établie avec l'ensemble des informations du Professionnel de Santé remplacé. Le Progiciel assure l'incrémentation de la numérotation des FSE élaborées par le remplaçant dans la continuité de celles élaborées par le PS remplacé.

Lors de la mise en lot des FSE du Professionnel de Santé remplaçant, le progiciel de santé assure l'incrémentation de la numérotation des lots constitués par le remplaçant dans la continuité de ceux constitués par le PS remplacé et renseigne dans le lot le numéro « Emetteur » et le numéro de facturation du Professionnel de Santé remplacé. Cette dernière donnée est à renseigner dans tous les

Réf. PDT-CDC-018	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 47/67
------------------	---------------------	------------

lots de la structure pour lequel le PS remplacé exerce. Pour répondre au contrainte de norme d'échange entre les Professionnels de Santé et les organismes d'assurances maladies obligatoires, le progiciel renseignera le numéro de facturation du PS remplacé dans le champs « nom ou raison sociale<sup>6</sup>».

N.B. : Pour les pharmaciens,

- la mise en lot des FSE réalisées et signées avec une carte de remplaçant ne peut être effectuée que par cette même carte.

Les FSE réalisées et signées avec des CPE de l'officine peuvent être mises en lot avec n'importe quelle CPS d'un pharmacien présent dans l'officine y compris celle du remplaçant.

La mise en forme et la transmission des fichiers doivent être effectuées tel que le réalise le Progiciel dans le cas du PS remplacé.

La gestion des ARL et des RSP doit être effectuée tel que le réalise le Progiciel dans le cas du PS remplacé.

Avant la fermeture définitive de la session de remplacement, le progiciel de santé doit vérifier que tous les lots de FSE, réalisés par le PS remplaçant, sont signés par le PS remplaçant.

### 11.1.3 Suppression des données de remplacement par le PS remplacé

Le progiciel doit permettre au PS remplacé de clore la session de remplacement et de proposer la suppression de l'ensemble des informations de facturation du Professionnel de Santé remplacé et le numéro de facturation du Professionnel de Santé remplaçant pour lequel le remplacement a été effectué.

### 11.1.4 Cas particuliers des Professionnels de Santé Pharmaciens dits multi-employeurs :

La cinématique de gestion des Professionnels de Santé dits multi-employeurs est identique à la cinématique de gestion des professionnels de Santé effectuant des remplacements.

De même les cinématiques de mise en forme et de sécurisation des Feuilles de soins électronique et des lots, effectués par le Professionnel de santé Pharmaciens multi-employeur, sont identiques à celles des professionnels de Santé effectuant des remplacements.

Le Professionnel de Santé Pharmacien multi-employeur pourra sécuriser les lots comportant des feuilles de soins sécurisées par les préparateurs de l'officine.

---

<sup>6</sup> Pour la catégorie Pharmacien : Les lots comportant des FSE réalisées et signées par une CPE, le champ « Nom ou raison sociale » sera renseigné avec le numéro de facturation du PS remplaçant.

Le 7 avril 2003	<b>Addendum Pharmacien N°2</b>	Version 1.31
-----------------	--------------------------------	--------------

## **11.2 Liste des données de facturation à enregistrer par le PS remplacé pour chaque situation de facturation**

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé remplacé d'enregistrer sur son poste de travail les données suivantes :

- **Eléments du PS remplacé issue de sa carte CPS:**
  - Le mode d'exercice.
  - Le Type d'identification de la structure.
  - Le N° d'identification de la structure et sa clé.
  - La raison sociale de la structure.
  - Le N° 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.
  
- **Eléments du PS remplaçant :**
  - Le N° logique de la situation du PS.
  - Le N° d'identification de facturation et sa clé.

Impact :

### **Corps du Cahier des Charges**

#### **§ 3.1.2.1- La feuille de soins électronique – page 26/76**

##### **« Remplacement**

*Dans un cas de remplacement, le Professionnel de Santé remplacé et le Professionnels de Santé remplaçant sont identifiés dans les flux feuilles de soins électroniques créés par le remplaçant.*

*Cette fonctionnalité n'est pas mise en place lors de la première phase de déploiement. »*

#### **§ 3.1.2.5- Inscription des références sur les ordonnances papier – page 31/76**

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

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

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

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

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

*..... »*

## Ajout d'un nouveau paragraphe 4.2.2 – gestion des remplaçants et des pharmaciens multi-employeurs – page 63/76

«

### § 4.2.2 gestion des remplaçants et des pharmaciens multi-employeurs

#### **4.2.2.1 Principe de fonctionnement**

La gestion du remplacement s'organise autour de deux phases :

- Préparation du poste de travail par le PS remplacé,
- Utilisation du Poste de Travail par le PS remplaçant

#### **Préparation du poste de travail par le PS 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, doit fournir au PS remplaçant les éléments nécessaires à l'accès à sa (ou ses) boîte(s) aux lettres électroniques et/ou demander le ou les autorisations d'accès à son fournisseur d'accès. Le Professionnel de Santé remplaçant utilisera la (ou les) boîte(s) aux lettres du remplacé pour la transmission des fichiers de FSE.
- Le progiciel de santé :
  - copie sur le poste de travail l'ensemble des informations de facturation du Professionnel de Santé remplacé, et cela pour toutes les situations de facturation du Professionnel de Santé remplacé.
  - Mémorise également sur le poste de travail, dans le même fichier comportant les éléments du Professionnel de Santé remplacé, le numéro de facturation du Professionnel de Santé remplaçant.
- Le progiciel de Santé vérifie que toutes les FSE ont été mises en lot et transmises.

#### **Utilisation du poste de travail par le PS 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 le numéro de facturation correspond à celui que le Professionnel de Santé remplacé a mémorisé sur le poste de travail lors de l'initialisation de la session.

Le Professionnel de Santé remplaçant sélectionne l'une des situations de facturation du Professionnel de Santé remplacé au regard de laquelle le remplacement doit être effectué.

Le Professionnel de Santé remplaçant établit ses FSE avec son propre identifiant de facturation et renseigne dans celles-ci qu'il est en mode de fonctionnement de remplacement. La tarification sera établie avec l'ensemble des informations du Professionnel de Santé remplacé. Le Progiciel assure l'incrémentation de la numérotation des FSE élaborées par le remplaçant dans la continuité de celles élaborées par le PS remplacé.

Lors de la mise en lot des FSE du Professionnel de Santé remplaçant, le progiciel de santé assure l'incrémentation de la numérotation des lots constitués par le remplaçant dans la continuité de ceux constitués par le PS remplacé et renseigne dans le lot le numéro « Emetteur » et le numéro de facturation du Professionnel de Santé remplacé. Cette dernière donnée est à renseigner dans tous les lots de la structure pour lequel le PS remplacé exerce. Le progiciel renseignera le numéro de facturation du PS remplacé dans le champs « nom ou raison sociale<sup>7</sup>» (utilisation des 9 derniers caractères de ce champ).

La mise en forme et la transmission des fichiers doivent être effectuées tel que le réalise le Progiciel dans le cas du PS remplacé.

La gestion des ARL et des RSP doit être effectuée tel que le réalise le Progiciel dans le cas du PS remplacé.

Avant la fermeture définitive de la session de remplacement, le progiciel de santé doit vérifier que tous les lots de FSE, réalisés par le PS remplaçant, sont signés par le PS remplaçant.

### **Suppression des données de remplacement par le PS remplacé**

Le progiciel doit permettre au PS remplacé de clore la session de remplacement et de proposer la suppression de l'ensemble des informations de facturation du Professionnel de Santé remplacé et le numéro de facturation du Professionnel de Santé remplaçant pour lequel le remplacement a été effectué.

### **Cas particuliers des Professionnels de Santé Pharmaciens dits multi-employeurs :**

La cinématique de gestion des Professionnels de Santé dits multi-employeurs est identique à la cinématique de gestion des professionnels de Santé effectuant des remplacements.

De même les cinématiques de mise en forme et de sécurisation des Feuilles de soins électronique et des lots, effectués par le Professionnel de santé Pharmaciens multi-employeur, sont identiques à celles des professionnels de Santé effectuant des remplacements.

Le Professionnel de Santé Pharmacien multi-employeur pourra sécuriser les lots comportant des feuilles de soins sécurisées par les préparateurs de l'officine.

---

<sup>7</sup> Pour la catégorie Pharmacien : Les lots comportant des FSE réalisées et signées par une CPE, le champ « Nom ou raison sociale » sera renseigné avec le numéro de facturation du PS remplaçant.

#### 4.2.2.2 Liste des données de facturation à enregistrer par le PS remplacé pour chaque situation de facturation

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé remplacé d'enregistrer sur son poste de travail les données suivantes :

- **Eléments du PS remplacé issue de sa carte CPS:**

- Le mode d'exercice.
- Le Type d'identification de la structure.
- Le N° d'identification de la structure et sa clé.
- La raison sociale de la structure.
- Le N° 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.

- **Eléments du PS remplaçant :**

- Le N° logique de la situation du PS
- Le N° d'identification de facturation et sa clé.

**Annexe 1****§ 1.1 - La fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » - page 6/92**

Ajout d'un nouvel alinéa dans l'introduction de la fonction Lecture carte Professionnel de Santé.

*« La fonction **Lecture carte Professionnel de Santé** a pour objet de restituer au progiciel du Professionnel de Santé l'ensemble des informations d'identification du Professionnel de Santé nécessaires à l'élaboration d'une feuille de soins électronique.*

*Le présent document n'impose pas une lecture systématique (c'est-à-dire pour chaque feuille de soins électronique) de la carte Professionnel de Santé ; en d'autres termes le progiciel du Professionnel de Santé peut par exemple lire une première fois la carte et réutiliser cette information autant de fois que désiré.*

*Pour les professionnels de santé salariés d'un centre de santé lors de l'élaboration d'une feuille de soins électronique, le progiciel doit utiliser les informations conventionnelles contenues sur les postes de travail ou serveurs. En effet, les informations, restituées par la fonction « **Lecture carte Professionnel de Santé** » ne sont pas significatives. A savoir :*

*Au code **spécialité** est attaché la valeur « **99** »,*

*Au code **conventionnel** est attaché la valeur « **9** »,*

*Au code **zone tarifaire** est attaché la valeur « **99** »,*

*Au code **zone IK** est attaché la valeur « **9** ».*

*En aucun cas, ces valeurs non significatives contenues dans la CPS centre de santé ne doivent alimenter les groupes d'entrée (annexe 1).*

*Pour les professionnels de Santé remplaçant et les pharmaciens multi-employeur, lors de l'élaboration d'une feuille de soins électronique, le progiciel doit utiliser les informations de facturation du Professionnels de Santé Remplacé (Cf. corps du cahier des charges § 4.2.2). En effet, les informations restituées par la fonction « **Lecture carte Professionnel de Santé** » ne sont pas significatives ((sauf le numéro de facturation et sa clé). A savoir<sup>8</sup> :*

*Au code **spécialité** est attaché la valeur « **99** »,*

*Au code **conventionnel** est attaché la valeur « **9** »,*

*Au code **zone tarifaire** est attaché la valeur « **99** »,*

*Au code **zone IK** est attaché la valeur « **99** »,*

*Aux codes **agrément 1,2 et 3** sont attachés la valeur « **9** »,*

*Pour les PS remplaçant, le type de carte sera CPS ou CPF (valeur 00 ou 01.,*

*Pour les PS Pharmaciens dits multi-employeurs, le type de carte sera CPE (valeur 02).*

<sup>8</sup> Ce descriptif est valable pour tous les PS effectuant des remplacements sauf pour les Médecins ayant un cabinet remplaçant leur collègue.

§ 1.5 - Description de la Zone d'échanges Feuille de soins»

Page 16/103

«

<b>1110</b>	<b>Groupe IDENTIFICATION FSE</b>
-------------	----------------------------------

**Règles**

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

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

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

**1110** Groupe *Identification FSE*

• N° de FSE	Numéro de feuille de soins électronique attribué par le Professionnel de Santé (incrémenté de un en un jusqu'à utilisation de l'ensemble des positions puis réinitialisé à la première position dès que l'ensemble des positions a été utilisé. Ce numéro doit être différent de zéro)
• Nature d'opération	valeur <b>1</b> pour un paiement normal valeur <b>2</b> pour un paiement normal en mode de remplacement
• Date élaboration FSE	Date d'élaboration de la feuille de soins électronique * <sup>9</sup>
• N° logique situation de facturation PS réalisant les prestations	Situation de facturation dans laquelle la feuille de soins est réalisée Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »
• N° de FSE rectifiée	Numéro de feuille de soins annulée ou modifiée (zone réservée pour utilisation future)
• Date élaboration FSE rectifiée	Date d'élaboration de la feuille de soins annulée ou modifiée (zone réservée pour utilisation future) <sup>10</sup>

\* selon le choix du professionnel :

- date de paiement par l'assuré des actes effectués ou des prestations servies ou,

date à laquelle le dernier acte effectué ou la dernière prestation a été présentée au remboursement (lorsque sont en cause plusieurs actes ou prestations rapprochées ou relevant d'un même traitement). »

<sup>9</sup> L'heure d'élaboration des FSE ne doit pas être renseignée (Cf annexe 3 - § 4.3.3 - Composition des groupes de données).

<sup>10</sup> L'heure d'élaboration des FSE rectifiée ne doit pas être renseignée (Cf annexe 3 - § 4.3.3 - Composition des groupes de données).

«

**1120****Groupe IDENTIFICATION PROFESSIONNEL de SANTE****Règles**

Ce groupe identifie :

1. le Professionnel de Santé qui élabore et signe la feuille de soins électronique
2. ~~ou le Professionnel de Santé remplacé dans le cas d'un remplacement.~~

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

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

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

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

**1120 Groupe Identification Professionnel de Santé**

• N° d'identification de facturation	N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »
• Clé	Clé du N° identification de facturation. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »
• Nom	Nom du Professionnel de Santé (optionnel dans le cas d'un remplacement). Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »
• Prénom	Prénom du Professionnel de Santé (optionnel dans le cas d'un remplacement). Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »
• Code conventionnel *	Code conventionnel sous lequel exerce le Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »
• Code spécialité *	Code spécialité du Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »
• Code zone tarifaire *	Zone tarifaire du Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »
• Code zone IK *	Type d'indemnités kilométriques dont bénéficie le Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »
• Code agrément 1 *	Code agrément pour radiologue ou fournisseur. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »
• Code agrément 2 *	Zone réservée pour utilisation future
• Code agrément 3 *	Zone réservée pour utilisation future

Le 7 avril 2003	<b>Addendum Pharmacien N°2</b>	Version 1.31
-----------------	--------------------------------	--------------

## § 1.6 - La fonction « Mise en forme et sécurisation Lot »

page 73/103

La fonction de *Mise en forme et sécurisation Lot* a pour objet de restituer au progiciel du Professionnel de Santé un lot sécurisé en présence de la carte du Professionnel de Santé.

Cette fonction peut être utilisée en mode de fonctionnement dégradé (lot non sécurisé) par les Professionnels de Santé.

### *Les paramètres en entrée*

---

#### **Code porteur**

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

#### **N° AGREMENT du progiciel de santé**

N° agrément du progiciel du Professionnel de Santé attribué par l'assurance maladie.

#### **N° Identification de facturation PS**

N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé (N° du **remplacé remplaçant** en cas de remplacement)

(voir FSE groupe 1120).

#### **Clé N° Identification PS**

#### **Nom ou raison sociale**

Nom ou raison sociale du Professionnel de Santé (**en cas de remplacement : complété avec le numéro de facturation du PS remplacé**)

(cf fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »).

#### **N° logique de la situation PS**

N° logique de situation dans laquelle le professionnel de santé signe le lot.

#### **Type émetteur fichier (en cas de remplacement : information du PS remplacé)**

TP : Professionnel de Santé autre qu'établissement

TE : Etablissement ou soins

SI : Autres émetteurs (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens).

#### **N° émetteur fichier (en cas de remplacement : information du PS remplacé)**

si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé

si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).

#### **Date du lot**

Date et heure d'élaboration du lot (est supérieure ou égale à la date de toutes les FSE contenues dans le lot).

#### **Rang du lot**

Indique le rang du lot dans une série à sécuriser (premier, courant, dernier, lot unique) ainsi que le type de réseau utilisé (transfert de fichier ou RSS)

#### **N° de Lot**

Attribué par le progiciel (évoluant de 001 à 999 pour le Professionnel de Santé considéré). Cette règle pourrait évoluer dans le cas d'un changement de norme d'échange.

#### **Nombre de feuilles de soins du Lot**

Recense le nombre de feuilles de soins électroniques regroupées dans le lot.

#### **Critère de regroupement en lots**

Restitué par la fonction « *Mise en forme et sécurisation FSE* »

#### **Lot**

Ensemble des zones d'échanges FSE (restituée par la fonction *Mise en forme et sécurisation FSE*) ayant même critère de regroupement en lots et triées par ordre croissant des numéros de FSE

## § 1.7 - La fonction « Mise en forme en-tête et fin de Fichier »

### Page 75/103

La fonction de *Mise en forme en-tête et fin de Fichier B2* a pour objet de restituer au progiciel du Professionnel de Santé des enregistrements d'en-tête et de fin de fichier destinés à encadrer les enregistrements des lots du fichier.

### Les paramètres en entrée

---

#### Critère de regroupement en fichier

Restitué par la fonction « *Mise en forme et sécurisation Lot* »

#### Date du fichier

Date et heure d'élaboration du fichier

#### Nom de Fichier

Attribué par le progiciel du Professionnel de Santé (doit être différent d'un fichier à l'autre pour l'émetteur considéré)

#### Nombre total de lots dans le fichier

#### Longueur totale de l'ensemble des lots ( en octets)

#### Application

Cette zone peut être utilisée dans les échanges entre Professionnels de Santé et organisme concentrateur. La valeur de cette zone sera indiquée dans l'en-tête de fichier.

#### Type destinataire

CETELIC, MSA, Centre informatique régional, SNCF, Section des mutuelles nationales, etc.

#### Numéro destinataire

Composé de :

1. six zéros
2. le code régime
3. le code centre informatique
4. identification complémentaire renseignée avec l'organisme destinataire (voir table codification des organismes destinataires Annexe 3)

#### Type émetteur fichier (en cas de remplacement : information du PS remplacé)

TP : Professionnel de Santé autre qu'établissement,

TE : Etablissement ou Centre de soins

SI : Autres émetteurs (sociétés civiles professionnelles, sociétés civiles de moyens)

#### Numéro émetteur fichier (en cas de remplacement : information du PS remplacé)

si type émetteur est TP ou TE, le N° émetteur est le N° Identification facturation PS et clé

si type émetteur est SI, le N° émetteur est attribué par l'organisme d'assurance maladie (de préférence N° SIRET).

#### Zone de message

Zone de communication qui permet à l'expéditeur d'envoyer un message

### Les paramètres en sortie

---

#### En-tête Fichier

Enregistrement à placer en tête du fichier

#### Fin Fichier

Enregistrement à placer en fin de fichier

### Conditions d'utilisation

Un fichier de lots contient au minimum un lot de FSE.

Le 7 avril 2003	<b>Addendum Pharmacien N°2</b>	Version 1.31
-----------------	--------------------------------	--------------

**§ 1.8 - La fonction «Traduction ARL»**

**Page 77/103**

-Ajout en fin de paragraphe du texte suivant :

**« Traitement des ARL dans le cadre d'un remplacement »**

Les organismes d'assurances maladies transmettent les ARL avec l'identification du Professionnel de Santé remplacé.

## 12 EVOLUTIONS REGLEMENTAIRES

Table 1: Table des codes prestations

Remarque : les codes suivis de (\*) représentent les actes pour lesquels la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale désigne une lettre-clé .

Code prestation	Libellé du code prestation
....	
<del>MX1</del>	<del>médicaments d'exception (hormones de croissance)</del>
<del>MX4</del>	<del>médicaments d'exception (médicament antiretroviraux)</del>
<del>MX7</del>	<del>médicament d'exception</del>
....	
<del>VAG</del>	<del>vaccin anti-grippal</del>
....	

Table 2: Table des compatibilités entre les codes prestation et les spécialités de Professionnels de Santé

Spécialité du Professionnel de Santé	Codes prestations
...	
50	AAD - AAR - B - CPH - MAC - MAD – MPI - <del>MX1</del> – <del>MX4</del> – <del>MX7</del> – PMR- PA - PAN - PH1 - PH4 – PH7 - PHA - PHN - SNG - UPH - VAG
...	

Table 3: Table des compatibilités entre les codes prestation et la qualité du bénéficiaire  
0 = NON, 1 = OUI

Code prestation	Qualité du bénéficiaire								
	Assuré	Ascendant, descendant, collatéraux ascendants	Conjoint	Conjoint divorcé	Concubin	Conjoint séparé	Enfant	Conjoint veuf	Autre ayant-droit
....									
<b>MX1</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>MX4</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<b>MX7</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+
...									
<b>VAG</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+
....									

**Table 4: Table des compatibilités entre les codes prestation et plusieurs concepts (nature d'assurance, coefficient,...)**

N = NON, O = OUI

\* Si le coefficient n'est pas saisi par le Professionnel de Santé, il doit être renseigné à 1 par défaut.

(\*) T.R. Théorique à appliquer pour les régimes suivants : Régime général - ENIM - CNMSS - CCIP- CAVIMAC - Sections Locales Mutualistes, Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat, Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale - AMPI - Port autonome de Bordeaux

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance maladie	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance maternité	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance Accident du Travail	Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec une majoration de nuit, dimanche, férié	T.R théorique (*)	T.R. théorique CRPCEN
...										
MX1	Ø	N	Ø	Ø	N		N	N	100	100
MX4	Ø	N	Ø	Ø	N		N	N	100	100
MX7	Ø	N	Ø	Ø	N		N	N	65	85
...										
VAG(+)	Ø	N	N	Ø	N		N	N	100	100
...										

(+) Ce code prestation ne concerne pas le régime Général

Table 7: Table des compatibilités entre les codes prestations et le qualificatif de la dépense

0 = NON, 1 = OUI, SO = Sans Objet

Code prestation	Qualificatif de la dépense				
	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non remboursable
....					
<a href="#">MX1</a>	1	0	0	0	1
<a href="#">MX4</a>	1	0	0	0	1
<a href="#">MX7</a>	1	0	0	0	1
...					
<a href="#">VAG</a>	1	0	0	0	0
...					

Table 8.3 : Table des taux de remboursement des Pharmaciens

Valeur du code ALD (1 <sup>er</sup> caractère du code couverture)	REGLE A APPLIQUER QUELLE QUE SOIT LA VALEUR DU CODE SITUATION
1, 2, 3	Poser la question : "Les soins sont-ils en rapport avec l'ALD ?"  Si la réponse est OUI : le taux à appliquer est de 100%, le code justification d'exonération est "soins relatifs aux ALD". Sauf pour le Régime des Mines : v. les codes situation 07xx ci-dessous.  Sinon, se reporter au tableau des codes situation ci-dessous

Code situation	Règles à appliquer lorsque le code ALD = 0 ou 4 ou 5 ou 6 ou si la réponse est NON à la question "les soins sont-ils en rapport avec l'ALD ?"	Code Justificatif d'exonération
0104	PH4 = 35 % - PH7, <del>MX7</del> = 65 % - autres = 80 %	FNS
0204	PH4=35 % - PH7, <del>MX7</del> =65 % -autres=80 %	FNS
0224	En rapport avec un accident : OUI	non remboursé(cf R18)
	En rapport avec un accident : NON	PH4=35 % -PH7, <del>MX7</del> =65 % - autres=80%
0410	PH1, PH4, PH7, <del>MX1, MX4, MX7</del> , PMR : 75% PA, PHA, SNG, CPH, UPH, MPI : 100 % Autres : 80 %	FNS
0504	gestion identique au code couverture 00104 du Régime Général PH4 = 35 % - PH7, <del>MX7</del> = 65 % - autres = 80 %	FNS
0711	<b>Soins en rapport avec ALD : 100 %</b>	Soins relatif aux ALD
	<b>Soins non en rapport avec ALD : 90 %</b> sauf CPH - <del>MX1 - MX4</del> - MPI - PH1 - PHA - SNG - UPH - <del>VAG</del> pour lesquels le taux est à 100 %	pas d'exonération
0900	B : 70 % SNG, PHA, PH1, CPH, UPH, MPI, ORC, ORP, <del>VAG</del> , VEH : 100 % PH7, PH4, <del>MX7</del> : 65 % PHN : non remboursé (0 %) Autres : 75 %	pas d'exonération
9004	PH4 = 35 % - PH7, <del>MX7</del> = 65 % - autres = 80 %	FNS

Table 50.1 : Table des taux de remboursement en mode sécurisé SESAM sans Vitale pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime général, l'AMPI, la CPR SNCF, l'ENJM, la CNMSS, la CAVIMAC, la CCIP, les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat, les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale et les sections locales mutualistes.

libellé	Soins en rapport avec une ALD ? <b>OUI / NON</b>	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % si liés ALD XXXXXXXX sinon	OUI	100 %	Soins relatifs aux ALD
Taux FNS	NON	PH4 = 35 % PH7- <del>MX7</del> = 65% autres = 80 %	FNS
Taux FNS		PH4 = 35 % PH7- <del>MX7</del> = 65% autres = 80 %	FNS

Table 50.2 : Table des taux de remboursement en mode sécurisé SESAM sans Vitale pour tous les Professionnels de Santé et pour le régime agricole

libellé correspondant aux combinaisons d'écrans	Soins en rapport avec un accident <b>OUI / NON(1)</b>	Soins en rapport avec une ALD ? <b>OUI / NON</b>	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % si liés ALD XXXXXXXX sinon	OUI		Non remboursé	
Taux FNS	NON	OUI	100 %	Soins relatifs aux ALD
(accidents non couverts) (1)		NON	PH4 = 35 % PH7- <del>MX7</del> = 65% autres = 80 %	FNS
Taux FNS	OUI		Non remboursé	
(accidents non couverts) (1)	NON		PH4 = 35 % PH7- <del>MX7</del> = 65% autres = 80 %	FNS

Table 50.3 : Table des taux de remboursement en mode sécurisé SESAM sans Vitale pour tous les Professionnels de Santé et pour la Banque de France

libellé	Spécialité de Professionnels de Santé	avec une ALD ? OUI / NON	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
Non exonéré	Spécialité 50		SNG, PHA, PHI, CPH, UPH, ORC, ORP, <del>VAG</del> , VEH, MPI = 100 %  PH7, PH4, <del>MX7</del> = 65 % PHN = non remboursé  B = 70 % ; Autres = 75 %	Pas d'exonération
100 % si liés ALD XXXXXX sinon		OUI	100 %	Soins relatifs aux ALD
Autres cas non exonérés	Spécialité 50	NON	B = 70 %  SNG, PHA, PHI, CPH, UPH, ORC, ORP, <del>VAG</del> , VEH, MPI = 100 %  PH7, PH4, <del>MX7</del> = 65 % PHN = non remboursé  Autres = 75 %	Pas d'exonération

Table 50.5 : Table des taux de remboursement en mode sécurisé SESAM sans Vitale pour tous les Professionnels de Santé et pour le Port Autonome de Bordeaux

libellé	Spécialité de Professionnels de Santé	Soins en rapport avec une ALD ? <b>OUI / NON</b>	Taux de remboursement	Code justif. d'exo TM
100 % si liés ALD XXXXXX sinon	Toutes	OUI	100 %	Soins relatifs aux ALD
Autres cas non exonérés	Pharmaciens	NON	B = 90 % PHN = non remboursé  SNG, PHA, CPH, UPH, PHI, <del>MX1</del> , <del>MX4</del> , MPI = 100 %  PH7, PH4, PAN, PMR, MAD, AAD, AAR, <del>MX7</del> , PA, PAN = 85 %  MAC = 145 %	Pas d'exonération
Non exonéré	Pharmaciens	NON	B = 90 % PHN = non remboursé  SNG, PHA, CPH, UPH, PHI, <del>MX1</del> , <del>MX4</del> , MPI = 100 %  PH7, PH4, PAN, PMR, MAD, AAD, AAR, <del>MX7</del> , PA, PAN = 85 %  MAC = 145 %	Pas d'exonération

***ANNEXE 5***

**Transmission des flux SESAM-Vitale  
via les Organismes  
Concentrateurs Techniques**



Le 17 novembre 2000	Cahier des charges SESAM-Vitale 1996 Annexe 5	Version 1.31
---------------------	--	--------------

## Sommaire

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
<b>2. PRESENTATION.....</b>	<b>6</b>
<b>3 - SPECIFICATIONS DES REGLES D'ELABORATION DES FLUX.....</b>	<b>7</b>
3.1 POSTE DE TRAVAIL DU PROFESSIONNEL DE SANTE .....	7
3.1.1 - <i>Rappel des règles de tarification</i> .....	7
3.1.2 <i>Constitution et gestion des flux SESAM Vitale</i> .....	9
3.1.3 <i>Critère d'éclatement des flux</i> .....	10

Version 1.31	Cahier des charges SESAM-Vitale 1996 Annexe 5	Le 17 novembre 2000
--------------	--	---------------------

Page 4 / 14	G.I.E. SESAM-VITALE	Réf. PDT-CDC-001
-------------	---------------------	------------------

Le 17 novembre 2000	Cahier des charges SESAM-Vitale 1996 Annexe 5	Version 1.31
---------------------	--	--------------

## 1. INTRODUCTION

Cette annexe définit les règles de constitution des flux de feuilles de soins électroniques lorsque le Professionnel de Santé, disposant d'un logiciel de facturation agréé SESAM-Vitale, opte pour une télétransmission **via vers** un Organisme Concentrateur Technique.

L'installation ou la suppression sur le poste de travail du Professionnel de Santé des produits nécessaires à l'Organisme Concentrateur Technique ne doit pas interférer sur les modules de connexion au réseau de messagerie fournis lors de l'installation du logiciel de facturation agréé SESAM-Vitale.

**De même le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'exercer sa liberté de choix de l'organisme concentrateur Technique avec lequel il souhaite adhérer<sup>1</sup>.**

L'implémentation de cette annexe n'est pas obligatoire pour obtention de l'agrément.

Cette annexe ne décrit pas le support de télétransmission entre le Professionnel de Santé et l'Organisme Concentrateur Technique. **Par contre cette annexe donne des informations complémentaires concernant les Organismes Concentrateur Technique intégrant un mode d'échange avec le logiciel conforme à l'annexe 4 du présent cahier des charges.**

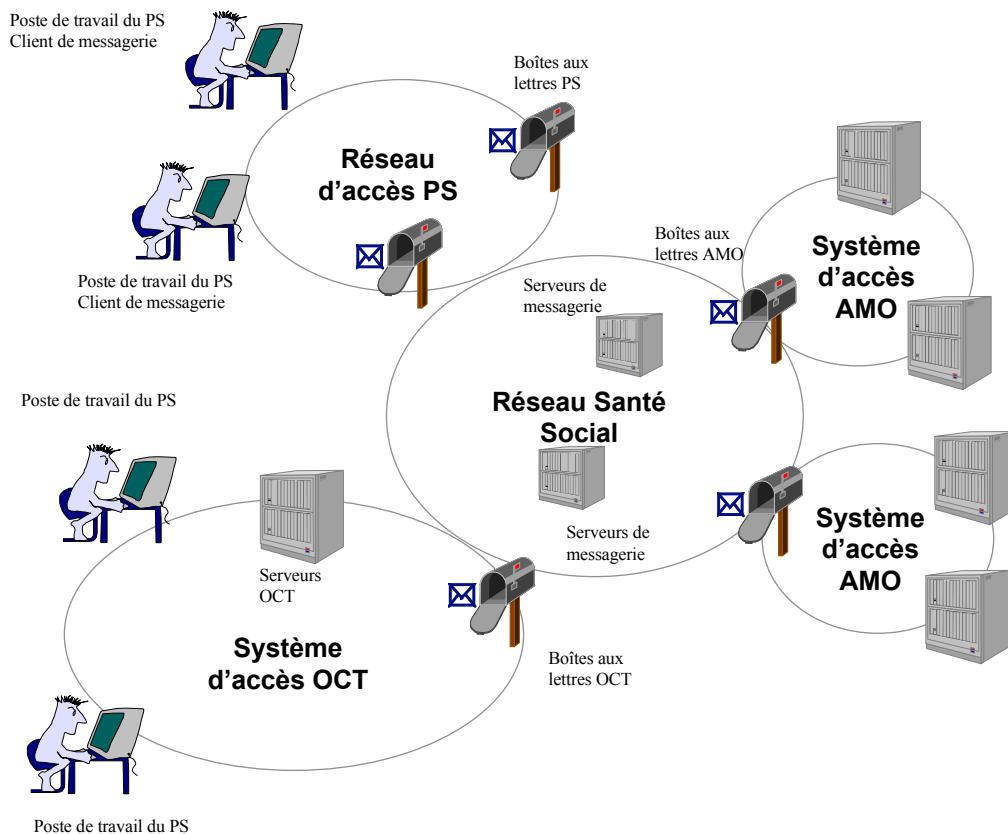
Le progiciel de santé doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé de transmettre les flux SESAM-Vitale directement aux régimes d'Assurance Maladie Obligatoire. Le progiciel doit donc être en conformité avec l'annexe 4.

---

<sup>1</sup> **Ce qui nécessite la libre configuration, par paramétrage, de l'adresse de messagerie de l'Organisme Concentrateur Technique.**

## 2. PRESENTATION

L'architecture globale du système SESAM-Vitale incluant les Organismes Concentrateurs Techniques est illustrée par la figure ci-dessous.



Le 17 novembre 2000	Cahier des charges SESAM-Vitale 1996 Annexe 5	Version 1.31
---------------------	--	--------------

### 3 - SPECIFICATIONS DES REGLES D'ELABORATION DES FLUX

#### 3.1 Poste de travail du Professionnel de Santé

##### 3.1.1 - Rappel des règles de tarification

###### ***L'application des règles de tarification hors tiers payant***

Lors de l'élaboration des feuilles de soins électroniques sécurisées établies hors tiers payant, les lots de feuilles de soins électroniques seront directement transmis, via l'Organisme Concentrateur Technique (OCT), aux organismes d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) sans modification de leur contenu par l'OCT.

La valorisation des groupes 1321 ou 1322 n'est pas effectuée.

###### ***L'application des règles de tarification en tiers payant sur la part AMO***

Dès lors que le Professionnel de Santé a recours à une procédure tiers payant sur la part obligatoire, les données de la feuille de soins sont obligatoirement valorisées conformément aux annexes 1 et 2 du cahier des charges SESAM-Vitale.

Les lots de feuilles de soins électroniques seront directement transmis, via l'OCT, aux organismes d'assurance Maladie Obligatoire sans modification de leur contenu par l'OCT.

La valorisation des groupes 1321 ou 1322 n'est pas effectuée.

###### ***L'application des règles de tarification en tiers payant sur les parts AMO et AMC***

###### ***Existence d'une convention de gestion AMO-AMC***

Lorsque le Professionnel de Santé a connaissance de l'existence d'une convention de gestion entre les organismes AMO et d'Assurance Maladie Complémentaire (AMC), celui-ci peut pratiquer le tiers payant sur la part complémentaire.

Dans le cas où les informations relatives à l'organisme d'assurance maladie complémentaire (AMC) sont obtenues à partir de la carte Vitale ou sur présentation d'une carte papier AMC, la procédure de tarification est la suivante :

- Le progiciel du Professionnel de Santé vérifie l'existence d'une convention de tiers payant passée avec l'organisme d'assurance maladie complémentaire identifié à partir des données restituées par la carte Vitale (« Identification Mutuelle »). La liste des organismes d'assurance maladie complémentaire avec lesquels le Professionnel de Santé aura passé une convention de tiers payant doit être préalablement enregistrée sur le poste de travail.
- Le progiciel du Professionnel de Santé doit ensuite vérifier l'ouverture des droits du bénéficiaire, soit sur la base des données restituées par la carte Vitale : « Indicateur d'ouverture des droits » (à la date des soins) et « Garanties effectives », soit sur la base des éléments fournis sur une carte papier AMC.
- Le progiciel du Professionnel de Santé applique les règles de tarification propres à chaque organisme d'assurance maladie complémentaire.

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 7 / 14
------------------	---------------------	-------------

Version 1.31	Cahier des charges SESAM-Vitale 1996 Annexe 5	Le 17 novembre 2000
--------------	--	---------------------

Le Professionnel de Santé doit également pratiquer le tiers payant sur la part complémentaire lorsque l'assuré bénéficie :

- d'une aide médicale
- d'une Couverture Maladie Universelle (CMU).

Le Progiciel du Professionnel de santé doit indiquer le type de contrat et le numéro d'identification de la mutuelle dans le groupe 1321 ou renseigner le groupe 1322 (Cf. annexe 1).

~~Le Professionnel de Santé peut, s'il le souhaite valoriser le type de contrat à 99 et indiquer le numéro d'identification mutuelle, laissant à l'OCT le soin de renseigner correctement les données AMC pour le compte de l'AMO.~~

#### *Non Existence d'une convention de gestion AMO-AMC*

Lorsque le Professionnel de Santé n'a pas connaissance de l'existence d'une convention de gestion entre l'AMO et l'AMC, celui-ci ne peut pratiquer le tiers payant sur la part complémentaire que si une convention a été signée entre le PS et l'AMC.

Dans ce cas, les informations relatives à l'organisme d'AMC sont obtenues sur présentation d'une carte papier AMC et la procédure de tarification est la suivante :

- Le progiciel du Professionnel de Santé vérifie l'existence d'une convention de tiers payant passée avec l'organisme d'AMC identifié à partir des données de la carte papier.
- Le progiciel du Professionnel de Santé doit ensuite vérifier l'ouverture des droits du bénéficiaire sur la base des éléments fournis sur la carte papier AMC.

Le progiciel du Professionnel de Santé applique les règles de tarification propres à chaque organisme d'AMC (cf. annexe 8).

Le progiciel du Professionnel de Santé doit indiquer le type de contrat à 99 et le numéro d'identification de la mutuelle dans le groupe 1321.

Le 17 novembre 2000	Cahier des charges SESAM-Vitale 1996 Annexe 5	Version 1.31
---------------------	--	--------------

### 3.1.2 Constitution et gestion des flux SESAM Vitale

Cette annexe ne décrit pas le protocole de transfert des flux SESAM-Vitale entre le Professionnel de Santé et l'Organisme Concentrateur Technique. Cette procédure est laissée à la discrétion des Organismes Concentrateurs Techniques et des éditeurs de progiciel de santé.

Cependant, le poste de travail doit être capable de transmettre des flux directement aux AMO conformément à l'annexe 4 de ce présent cahier des charges.

Par ailleurs, si le logiciel implémente un mode de transmission entre le Professionnel de Santé et l'Organisme Concentrateur Technique conforme à l'annexe 4, il doit permettre au Professionnel de Santé de configurer librement l'adresse du destinataire ( adresse de l'OCT récepteur des messages SMTP).

La certification des feuilles de soins électroniques et des lots doit être effectuée sur le poste de travail du Professionnel de Santé conformément aux spécifications de ce cahier des charges.

Pour la transmission des lots de FSE du poste de travail du professionnel de santé vers les Organismes Concentrateurs Techniques, la procédure de regroupement des lots est laissée à la discrétion des OCT. Cependant et en accord avec la majorité des OCT, le regroupement des Lots de FSE peut être réalisé par :

- Soit concaténation de l'ensemble des lots effectués par le Professionnel de Santé et encadrement de la totalité par un enregistrement d'en-tête et de fin de fichier unique et spécifique à l'OCT (Cette procédure est décrite dans la note spécifiant de manière technique la manière de renseigner les champs du fichier - Cf. : Note échanges PS/OCT) ou
- Soit regroupement de lot et mise en fichier par caisse destinataire, tel qu'indiquer dans l'annexe 1 de ce Cahier Des Charges.

La gestion des ARL négatifs doit être effectuée sur le poste de travail du PS.

Concernant les RSP, le logiciel du PS doit être capable au minimum de traiter la totalité des données constituant les références 576 et 900, ce qui se traduit par la capacité du logiciel à afficher ces données<sup>2</sup>. La gestion des autres références NOEMIE est laissée à la discrétion des éditeurs de progiciel de santé (Dans le cas où l'accord entre le Professionnel de Santé et la caisse prévoit une autre référence NOEMIE celle-ci prévaut sur la référence 576).

Le progiciel peut également recevoir de la part de l'OCT un message SMTP comportant un fichier texte. Le format de ce message est donné à titre indicatif. Les informations relatives au traitement de ce type de message n'entre pas dans le cadre de ce document. L'éditeur de progiciel trouvera des informations complémentaires dans le cahier des charges OCT.

Le format de l'entête SMTP est le suivant :

- champ "Subject" : ART/numéro PS, cadré à droite avec des zéros à gauche /horodatage (aaaammjjhhmm)
- champ "Content-type" : Application/EDI-consent
- champ "Name" : <nom du fichier>.txt (longueur libre pour le nom du fichier)
- champ "Content-Transfer-Encoding" : BASE64
- champ "Content-Description" : ART/XX (2 caractères - cf. annexe 4 de la norme B2, "XX" devenant la valeur par défaut pour tous secteurs de PS)

<sup>2</sup> L'automatisation de ce traitement est fortement encouragée.

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 9 / 14
------------------	---------------------	-------------

Version 1.31	Cahier des charges SESAM-Vitale 1996 Annexe 5	Le 17 novembre 2000
--------------	--	---------------------

### 3.1.3 Critère d'éclatement des flux Renseignement du type de contrat

Les informations nécessaires aux OCT pour déterminer les règles de gestion de télétransmission des flux sont les données type de contrat et numéro d'identification de la mutuelle contenues en position 117-118 et 119-128 du type 2.

Le tableau ci-dessous récapitule les différents cas possibles et les éléments pouvant être modifiés. La télétransmission des flux à destination des AMC n'est pas décrite dans ce document.

CAS DE FIGURE	Professionnel de Santé		OCT
	<i>Pas de tiers payant sur la part complémentaire</i>	<p>type contrat = 00</p> <p>valeur renseignée automatiquement par les SSV.</p> <p>Groupe 1321 ou 1322 non renseigné</p>	
<i>Tiers payant sur la part complémentaire</i>	<p>Connaissance de l'existence et de la nature d'une convention de gestion entre l'AMO et l'AMC</p>	<p>type contrat = 1 à 89 (selon codification fournie par les Caisses)</p>	<p>type contrat = 1 à 89</p> <p>pas de modification du flux</p>

Page 10 / 14	G.I.E. SESAM-VITALE	Réf. PDT-CDC-001
--------------	---------------------	------------------

Le 17 novembre 2000	Cahier des charges SESAM- Vitale 1996 Annexe 5	Version 1.31
---------------------	---	--------------

<b>CAS DE FIGURE</b>	<b>Professionnel de Santé</b>		<b>OCT (traitement des flux reçus du PS)</b>
<i>Tiers payant sur la part complémentaire</i>	Non connaissance de l'existence ou de la nature d'une convention de gestion entre l'AMO et l'AMC	<b>Type contrat = 99</b>	<p><b>type contrat = 90 à 98</b> modification du type contrat selon codification fournie par les Caisses. <b>Le reste des données reste inchangé</b></p> <p><b>type contrat = 99</b> extraction des données complémentaires <b>SANS- positionnement du R (cas particulier spécifié par CPAM)</b></p>
		<p>Identification d'une complémentaire élatée <b>(Cas particulier nécessitant de fournir à l'AMO la valeur réelle de l'organisme AMC destinataire qui lui est utile — exemple : CPAM 71)</b></p> <p><i>Cas de figure où un décompte global AMO + AMC est fait pour l'assuré par l'AMC.</i></p>	
		<p>Identification d'une complémentaire élatée <b>(Cas Général)</b></p> <p><i>Cas de figure où l'AMO et l'AMC envoient leur décompte à l'assuré séparément (l'AMO saura qu'elle n'a rien à transmettre à l'AMC).</i></p>	<p><b>type contrat = 99</b> <b>Organisme destinataire = R</b> extraction des données complémentaires pour remise aux valeurs citées dans la règle l'AVEC-<b> positionnement du R (cas général)</b></p>

Réf. PDT-CDC-001	G.I.E. SESAM-VITALE	Page 11 / 14
------------------	---------------------	--------------



Le 17 novembre 2000	Cahier des charges SESAM-Vitale 1996 Annexe 5	Version 1.31
---------------------	--	--------------

Les règles ci-dessous indiquent comment le progiciel doit renseigner les informations des groupes de données pour permettre à un OCT de traiter les FSE et éventuellement d'éclater et de former des flux vers les organismes complémentaires.

**Cas général (tableau 1).**

	<b>Cas de figure</b>	<b>Type Contrat</b>
Pas de tiers payant sur la part complémentaire		1321-1 = 00
Tiers payant sur la part complémentaire	Connaissance de l'existence et de la nature d'une convention de délégation de gestion entre l'AMO et l'AMC	1321-1 = 01 à 89 selon codifications fournies par les caisses
	CMU complémentaire gérée par une AMO (N° mutuelle en carte Vitale = 99999997)	1321-1 = 89
	CMU complémentaire gérée par une AMC (N° mutuelle en carte Vitale = 88888888) - consulter attestation complémentaire <i>Le décret de dispense de frais introduit le concept de procédures de tiers payant coordonné et ne permet d'autres procédures (cf. éclatement) que dans le cas de conventions dérogatoires conclues avec des professionnels de santé (article D.861-5 du décret N°99-1079 du 21 décembre 1999).</i>	1321-1 = 89 si le PS ne souhaite pas qu'un éclatement soit effectué. 1321-1 = 99 si le PS opte pour un éclatement par l'OCT. 1322 = 'R' si le PS a opté pour un éclatement par son poste travail.
	Convention PS – AMC (sans convention avec l'AMO) seul et décision du PS d'un éclatement du flux par l'OCT  Pour le N° AMC, consulter attestation complémentaire  Convention PS – AMC (sans convention avec l'AMO) et décision du PS d'un éclatement du flux à la source.	1321-1 = 99   1322 = 'R' et type de contrat renseigné par les SSV : 1321-1 = 00

Version 1.31	Cahier des charges SESAM-Vitale 1996 Annexe 5	Le 17 novembre 2000
--------------	--	---------------------

**Cas spécifiques (tableau 2):** Les règles spécifiées dans le tableau ci-dessous indiquent des pratiques spécifiques déjà existantes.

	<b>Cas de figure</b>	<b>Type Contrat</b>
Tiers payant sur la part complémentaire	1 <sup>er</sup> Cas particulier : CPAM 71	1321-1 = 99
	2 <sup>ème</sup> Cas particulier : Connaissance de l'existence et de la nature d'une convention de délégation de gestion entre l'AMO et l'AMC  Et souhait du PS de déléguer le renseignement de la codification à l'OCT	1321-1 = 99