

Coefficient maximum de l'AMS

- *Date d'application de la mesure :* **immédiate**
- *Textes associés :*
Application des dispositions de la Nomenclature Générales des Actes Professionnels (NGAP).
- *Professionnels de Santé concernés :* Masseurs - Kinésithérapeutes
- *Cahier des Charges SESAM-Vitale concerné :* **1.31 / 1.40**
- *Référentiel TLA concerné :* **Oui**
- *Titre de la fiche* **Sans objet**

Communication aux Professionnels de Santé
Contexte de l'évolution

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels fixe le coefficient maximum de l'AMS à 9,50.

Légende

Texte surligné en jaune Ajouts par rapport au CDC SESAM Vitale

Texte bleu barré Suppression par rapport au CDC SESAM Vitale

Détail de l'évolution

- **Les modifications apportées à la table 4 de l'annexe 2 du Cahier des Charges SESAM-Vitale 1.31/ 1.40 sont les suivantes :**

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

Libellé	Code prestation	
	AMS	
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance maladie	O	
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance maternité	O	
Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance AT	O	
Nécessité d'une prescription	O	
Nécessité d'un coefficient	O	
Valeurs minimales et maximales du coefficient	≤12 ≤9,5	
Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	O	
Compatibilité de l'acte avec une majoration d'urgence, nuit, dimanche, férié ⁽¹⁾	O	
Compatibilité de l'acte avec une majoration ⁽²⁾	Urgence	N
	Nuit	O
	Férié	O
T.R théorique (Régime général - Régime agricole - ENIM - CNMSS - CCIP- CAVIMAC - Sections Locales Mutualistes – RSI – Sénat – Assemblée Nationale – Port Autonome Bordeaux)	60%	
T.R. théorique CRPCEN	80%	

⁽¹⁾ hors version 1.40-Addendum 4

⁽²⁾ uniquement en version 1.40-Addendum 4

TEST DE FACTURATION MASSEURS KINESITHERAPEUTES

Test n° 001	Flux attendu : FSE en TP AMO						
	AMO :				AMC :		
CPS 26	Code prestation et descriptif de l'acte	Codage de la prestation	Date de facturation	Montant facturé	Justificatif d'exo	Part obligatoire	Part complémentaire
Carte 0120 Alain							
ASSURANCE MALADIE N° prescripteur 991000696. Date de prescription et date d'envoi de la demande d'entente préalable : 22/12/2008 Code EP = 4	AMS 7,5 (PU 2,04 €)		23/12/2008	15,30 €	60% Code 0	9,18 €	
	AMS 2,2 (PU 2,04 €) Kinébalnéothérapie – Rééducation en piscine		23/12/2008	4,49 € 19,79 €	60% Code 0	2,69 € 11,87 €	

TEST DE FACTURATION MASSEURS KINESITHERAPEUTES

Test n° 002	Flux attendu : FSE en TP AMO						
	AMO :				AMC :		
CPS 26	Code prestation et descriptif de l'acte	Codage de la prestation	Date de facturation	Montant facturé	Justificatif d'exo	Part obligatoire	Part complémentaire
Carte 0120 Alain							
ASSURANCE MALADIE N° prescripteur 991000696. Date de prescription et date d'envoi de la demande d'entente préalable : 22/12/2008 Code EP = 4	AMS 9,5 (PU 2,04 €)		23/12/2008	19,38 €	60% Code 0	11,63 €	
	IFA (PU 2,00 €)		23/12/2008	2,00 €	60% Code 0	1,20 €	
	10 IK (PU 0,38 €)		23/12/2008	3,80 €	100% Code 0	3,80 €	
				25,18 €		16,63 €	

TEST DE FACTURATION MASSEURS KINESITHERAPEUTES

Test n° 003	Flux attendu : CAS NON PASSANT						
	AMO : Motif du refus : Le coefficient maximum du code prestation AMS est 9,5 (le regroupement de deux actes AMS 7.5 et AMS 2.2, avec un coefficient différent, est impossible).				AMC :		
CPS 26	Code prestation et descriptif de l'acte	Codage de la prestation	Date de facturation	Montant facturé	Justificatif d'exo	Part obligatoire	Part complémentaire
Carte 0120 Alain							
ASSURANCE MALADIE N° prescripteur 991000696. Date de prescription et date d'envoi de la demande d'entente préalable : 22/12/2008 Code EP = 4	AMS 9,7 (PU 2,04 €)		23/12/2008				

C.N.D.A

*Demande d'agrément
ou d'homologation
pour l'intégration d'une
fiche réglementaire*



ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

(remplir 1 engagement par logiciel)

Je soussigné,, agissant en qualité de
pour la société....., atteste sur l'honneur que le logiciel
intitulé..... dans sa version n°¹....., pour système (OS).....
intègre correctement :

. L'évolution liée à la fiche réglementaire n° _____

Version du cahier des charges de référence (rayer la mention inutile) : 1.31 / 1.40

ou

Version du référentiel d'homologation (rayer la mention inutile) : DI version / TLA version

Identification des factures transmises sur le frontal du CNDA :

1. Tableau récapitulatif à compléter :

Carte CPS utilisée n° de facturation du PS	Régime	Date de transmission des cas de facturation		Nom des Fichiers (Groupe de données 12 champ 2 ou Type 000 pos 50-55)
		N° LOT	N° FACTURE	

Je joins à cette attestation la(es) copie(s) d'écran correspondant aux cas de tests non passant correspondant à la fiche réglementaire prise en compte².

Fait leà

Signature du représentant et cachet de la société

¹ évolution **obligatoire** du n° de version **sur les 4 premiers caractères** par rapport à la dernière version agréée.

² si prévus dans les cas de tests de la fiche réglementaire prise en compte.