



## AVENANT 12

Avenant au CDC SESAM-Vitale,  
référentiels DI et TLA

# EV91-A Convention Médicale 2016 - Tarification NGAP

*Systeme de facturation SESAM-Vitale*

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

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

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

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



## AVENANT12

EV91-A Convention Médicale 2016 -  
Tarification NGAP

---

Référence du document

Version du document **02.11**

Date **05/05/2017**

Référence **PDT-CDC-076**

---

Vue générale

Professionnels de Santé concernés **Prescripteurs**

Palier concerné **1.40 Addendum 7  
+ Avenant EV78  
+ Avenant EV79  
+ Avenant 10**

---

Compatibilités

Cahier des Charges SESAM-Vitale **7.20**

**+ Avenant EV78  
+ Avenant EV79  
+ Avenant 10**

Package d'agrément **1.40.11**

Dispositif Intégré **3.90**

**+ Avenant EV78  
+ Avenant EV79  
+ Avenant 10**

TLA **4.10**

**+ Avenant EV78  
+ Avenant 10**

## TABLE DES MATIERES

<b>1</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
1.1	Contexte .....	5
1.2	Identification du socle fonctionnel de référence cible .....	6
1.3	Guide de lecture .....	6
<b>2</b>	<b>EV91-A : Convention Médicale 2016 – Tarification NGAP .....</b>	<b>7</b>
2.1	Présentation de la Convention Médicale 2016.....	7
2.2	EV91-1 : OPTAM et OPTAM-CO : nouveaux contrats de pratiques tarifaires PS.....	8
2.3	EV91-3 : Consultations revalorisées et contrôle des tarifs opposables .....	11
2.4	EV91-4 : Nouvelles prestations NGAP.....	13
2.5	EV91-5 : Actes complexes : codes prestation réservés PS.....	16
2.6	EV91-6 : Examens relatifs à la contraception des mineures et anonymisation .....	18
2.7	EV91-7 : Parcours de soins pour les moins de 16 ans .....	20
<b>3</b>	<b>Impacts dans le CDC Editeurs.....</b>	<b>22</b>
3.1	Synthèse des impacts .....	22
3.2	Détail des impacts : Documents Communs CDC/DI/TLA .....	24
3.2.1	Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification » .....	24
3.2.2	Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification – Partie Tables» .....	29
3.3	Détail des impacts : Documents CDC-Editeurs .....	46
3.3.1	Impacts Corps du CDC .....	46
3.3.2	Impacts A1-A .....	51
3.3.3	Impacts A1-A0.....	55
3.3.4	Impacts A1-A2 .....	58
<b>4</b>	<b>Impacts dans le Référentiel « Dispositif Intégré » .....</b>	<b>59</b>
4.1	Synthèse des impacts .....	59
4.2	Détail des impacts .....	61
4.2.1	Rh-integ-dsf-020 specifications de l'application partie 1 .....	61
4.2.2	Rh-integ-dsf-020 specifications de l'application partie 2 .....	75
4.2.3	Rh-integ-dsf-034 annexe 10 gestion amc .....	75
<b>5</b>	<b>Impacts dans le Référentiel « TLA » .....</b>	<b>76</b>
5.1	Synthèse des impacts .....	76
5.2	Détail des impacts .....	77
5.2.1	Rh-tla-dsf-002 application TLA.....	77
5.2.2	Rh-tla-dsf-003 application TLA-Elaboration FSE visite .....	79

---

# 1 Introduction

---

## 1.1 Contexte

Ce document constitue un avenant aux documents suivants :

- Cahier des charges SESAM-Vitale 1.40.
- référentiel « Dispositif intégré »,
- référentiel TLA.

---

### Evolution

Cet avenant a pour objet de présenter les modifications du système de facturation SESAM-Vitale 1.40 pour la mise en œuvre de l'évolution :

### EV91-A : « Convention Médicale 2016 – Tarification NGAP »

Cette évolution comprend les mesures suivantes :

- **EV91-1** OPTAM / OPTAM-CO : nouveaux contrats de pratiques tarifaires PS
- **EV91-3** Consultations revalorisées et contrôle des tarifs opposables
- **EV91-4** Nouvelles prestations NGAP
- **EV91-5** Actes complexes : codes prestation réservés PS
- **EV91-6** Examens relatifs à la contraception des mineures et anonymisation
- **EV91-7** Parcours de soins pour les moins de 16 ans

---

### PS concernés

Cet avenant concerne les Professionnels de Santé suivants :

### Médecins

---

### Analyse d'impact

L'analyse d'impact et les modifications du système de facturation SESAM-Vitale sont présentées sous forme de delta par rapport au palier fonctionnel suivant :

### 1.40 – Addendum 7 +Avenant EV78 + Avenant EV79 +Avenant 10

## 1.2 Identification du socle fonctionnel de référence cible

### Consigne d'implémentation

La version du socle fonctionnel de référence n'est pas modifiée par cet avenant.

Les éditeurs implémentent dans le champ 'sujet' du message SMTP transmis à l'organisme d'assurance maladie, la référence fournie par les API SSV en sortie de la fonction « Formater\_Lot » dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.

## 1.3 Guide de lecture

### Indications dans la marge



Les éléments importants et les remarques sont indiqués par une main dans la marge.

### Codes couleur

Les codes couleur suivants sont utilisés dans cet avenant et également dans les documents du cahier des charges SESAM-Vitale 1.40 ou du Dispositif intégré afin de permettre la lecture par thèmes :

**Texte surligné en jaune**

Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale ou Dispositif Intégré

**Texte surligné en jaune foncé**

Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale ou Dispositif Intégré par rapport à la précédente version de ce document

**Texte surligné en gris**

Texte ajouté par rapport à la précédente version de ce document

~~Texte barré suivant la couleur~~

Texte supprimé du CDC SESAM Vitale ou du Dispositif intégré

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

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

---

## 2 EV91-A : Convention Médicale 2016 – Tarification NGAP

---

### 2.1 Présentation de la Convention Médicale 2016

---

#### Réglementation

Un arrêté du 20 octobre 2016 (AFSS1629881A) porte approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux (Fédération française des médecins généralistes dite « MG France », la Fédération des médecins de France et le syndicat Le BLOC) et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

Les priorités de cette nouvelle convention médicale sont :

Un renforcement de la place du médecin généraliste / médecin traitant dont le principe est étendu aux enfants de moins de 16 ans :

- Les médecins généralistes concentrent environ 70% des revalorisations
- Des éléments de rémunération plus attractifs et plus lisibles pour tous les médecins libéraux : des hausses des tarifs de consultation, nouvelles consultations et des éléments forfaitaires simplifiés

Un meilleur accès aux soins avec une incitation financière pour l'installation des médecins en zone insuffisamment pourvues (4 nouveaux contrats remplacent les anciennes options démographie) et une rénovation du contrat d'accès aux soins pour favoriser la baisse des dépassements (le CAS devient l'OPTAM et option spécifique aux plateaux techniques lourds)

- 94% des revalorisations bénéficient au secteur 1 et aux médecins de secteur 2 s'ils s'engagent dans une maîtrise tarifaire ou pratiquent des tarifs opposables
- Accès et prise en charge sans délai (sous 48h) des patients adressés par le médecin traitant au spécialiste de second recours en ville

Une rénovation des forfaits pour consolider la recherche d'efficacité (ROSP) et la structuration de l'offre médicale libérale (forfait patientèle et forfait structure)

## 2.2 EV91-1 : OPTAM et OPTAM-CO : nouveaux contrats de pratiques tarifaires PS

### Réglementation

Un des objectifs de la nouvelle convention médicale est de poursuivre la maîtrise des dépassements d'honoraires et améliorer l'accès aux soins, en rénovant le contrat d'accès aux soins (CAS) mis en place dans le cadre de l'avenant 8 de la précédente convention.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'OPTAM (Option Pratique TARifaire Maitrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique TARifaire Maitrisée pour les Chirurgiens – Obstétriciens) remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

L'OPTAM & l'OPTAM-CO relèvent de principes communs au CAS.

Ces options concernent les médecins de secteur 2 ou secteur 1 DP. Par exception, elles concernent également par dérogation les médecins en secteur 1 installés avant le 1er janvier 2013 et qui disposent des titres pour accéder au secteur 2.

L'OPTAM peut être souscrite par tous les médecins quelle que soit leur spécialité.

L'OPTAM CO peut être souscrite par les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes sous l'appellation "acte de chirurgie" ou "acte d'obstétrique" dans l'année précédente. Pour les médecins nouveaux installés ce seuil ne s'applique pas.

### Impacts SESAM-Vitale

Le « contrat tarifaire PS » peut prendre 3 valeurs :

- OPTAM,
- OPTAM-CO,
- Pas de contrat.

### Découpage en besoins

Cette mesure est mise en œuvre par le Besoin :

- B1.2 : Contrat tarifaire PS



**Impacts CDC-  
Editeurs**

<b>Documents</b>	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
<b>A2</b>	R39	Remplacement de la notion de CAS par celle de contrat tarifaire PS	B1.2
	R41	Remplacement de la notion de CAS par celle de contrat tarifaire PS	B1.2
<b>A2bis</b>	Table 17bis	Remplacement de la notion de CAS par celle de contrat tarifaire PS	B1.2
	Table 41	Remplacement de la notion de CAS par celle de contrat tarifaire PS	B1.2
<b>Corps</b>	§3.2.1.5	Ajout de la présentation des contrats OPTAM et OPTAM-CO remplaçant le CAS dans le cadre de la convention médicale 2016	B1.2
	§6	Ajout des abréviations OPTAM et OPTAM-CO Ajout de la définition de « contrat tarifaire PS »	B1.2
<b>A1-A</b>	§2.1.2.2	Remplacement de l'adhésion au CAS par l'adhésion au contrat tarifaire PS	B1.2
<b>A1-A0</b>	Groupe 1180	Donnée 1180-7 : « contrat d'accès aux soins » renommée « top contrat tarifaire PS » + précisions sur les modalités de renseignement de ce top	B1.2
	§2.4.21.1.1	Remplacement de la notion de CAS par celle de contrat tarifaire PS	B1.2

**Impacts DI**

<b>Documents</b>	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
<b>rh-integ-dsf-020 specification partie 1</b>	§4.1.1.1.3.3	Ajout de la présentation des contrats OPTAM et OPTAM-CO remplaçant le CAS dans le cadre de la convention médicale 2016	B1.2
	§4.1.1.3.7.1	remplacement « adhésion au CAS » par « contrat tarifaire PS »	B1.2
	§4.1.1.4.1.2	remplacement « adhésion au CAS » par « contrat tarifaire PS »	B1.2
	§4.1.1.4.2.2	remplacement « adhésion au CAS » par « contrat tarifaire PS »	B1.2
	§A4-1	remplacement « adhésion au CAS » par « contrat tarifaire PS »	B1.2
<b>rh-integ-dsf-020 specification partie 2</b>	§4.7	Ajout des abréviations OPTAM et OPTAM-CO Ajout de la définition de « contrat tarifaire PS »	B1.2
<b>rh-integ-dsf-022</b>		voir paragraphe 3.2.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	
<b>rh-integ-dsf-022b</b>		voir paragraphe 3.2.2 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification – Partie Tables »	

**Impacts TLA**

<b>Documents</b>	<b>Partie impactée</b>	<b>Nature de l'impact/ Commentaire</b>	<b>Besoin</b>
<b>rh-tla-dsf-002 application TLA</b>	§4.1.11.2	Ajout de la présentation des contrats OPTAM et OPTAM-CO remplaçant le CAS dans le cadre de la convention médicale 2016	B1.2
<b>rh-tla-dsf-003 élaboration FSE visite</b>	§2.3.2	remplacement « adhésion au CAS » par « contrat tarifaire PS »	B1.2
	§2.3.2	remplacement « adhésion au CAS » par « contrat tarifaire PS »	B1.2
	§2.3.2	remplacement « adhésion au CAS » par « contrat tarifaire PS »	B1.2
<b>rh-integ-dsf-022</b>		voir paragraphe 3.2.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	
<b>rh-integ-dsf-022b</b>		voir paragraphe 3.2.2 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification – Partie Tables »	

---

## 2.3 EV91-3 : Consultations revalorisées et contrôle des tarifs opposables

---

### Réglementation

A compter du 1er mai 2017, la convention prévoit la revalorisation de la consultation à 25 € pour les médecins généralistes.

- de secteur 1,
- de secteur 1DP ou 2 adhérent à l'OPTAM,
- de secteur 2 n'ayant pas adhéré à l'OPTAM mais recevant des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS,
- et à partir du 1<sup>er</sup> avril 2018 pour les PS de secteur 2 n'ayant pas adhéré à l'OPTAM mais pratiquant les tarifs opposables.

---

### Impacts SESAM-Vitale

#### *Nouveaux codes prestation*

4 codes prestations spécifiques sont créés pour la facturation des consultations majorées, à savoir :

- **G** : Consultation Médecine Générale,
- **GS** : Consultation Spécialiste Médecine Générale,
- **VG** : Visite Médecine Générale,
- **VGS** : Visite Spécialiste Médecine Générale.

La création de ces nouvelles consultations fait l'objet de la fiche réglementaire n°140 publiée indépendamment du présent avenant.

#### *Nouveau contrôle*

La facturation de ces consultations majorées est contrôlée dans le système SESAM-Vitale en fonction du secteur du PS, de son adhésion à l'OPTAM et du respect des tarifs opposables.

Le respect du tarif opposable pour une consultation, et de façon générale pour une prestation de type support, se traduit dans le système de facturation SESAM-Vitale par le contrôle de non dépassement pour cette prestation.

#### *Découpage en besoins*

Cette mesure est mise en œuvre par le Besoin :

- B3.2 : Contrôle des codes consultation majorée

**Impacts CDC-  
Editeurs**

<b>Documents</b>	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
<b>A2</b>	§2 Tableaux de synthèse	Ajouter les nouvelles règles R1bis et P3 pour les PS médecins	B3.2
	P3	Nouvelle règle	B3.2
	R1bis	Nouvelle règle	B3.2
<b>A2bis</b>	Table 2bis	Nouvelle Table 2bis	B3.2
<b>A1-A</b>	§2.3.2.3.2	Schéma SR1 : ajout des règles R1bis	B3.2
	§2.3.2.7	Schéma SP1 : ajout de la règle P3	B3.2
	§3.3.1.1	Ajout du forçage de la table 2bis et des règles R1bis et P3	B3.2

**Impacts DI**

<b>Documents</b>	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
<b>rh-integ-dsf-020 specification partie 1</b>	§4.1.1.3.2	Schéma SR1 : ajout des règles R1bis	B3.2
	§4.1.1.3.8.2.6	Schéma SP1 : ajout de la règle P3	B3.2
	§4.1.1.3.9.1	Ajout du forçage de la table 2bis et des règles R1bis et P3	B3.2
<b>rh-integ-dsf-022</b>		voir paragraphe 3.2.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	
<b>rh-integ-dsf-022b</b>		voir paragraphe 3.2.2 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification – Partie Tables»	

**Impacts TLA**

<b>Documents</b>	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
<b>rh-tla-dsf-003 élaboration FSE visite</b>	§2.3.2	Schéma SR1 : ajout des règles R1bis	B3.2
		Schéma SP1 : ajout de la règle P3	B3.2
		Ajout du forçage de la table 2bis et des règles R1bis et P3	B3.2
<b>rh-integ-dsf-022</b>		voir paragraphe 3.2.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	
<b>rh-integ-dsf-022b</b>		voir paragraphe 3.2.2 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification – Partie Tables»	

## 2.4 EV91-4 : Nouvelles prestations NGAP

### Réglementation

#### Avis ponctuels

La nouvelle convention médicale prévoit la fin de l'indexation sur la C de certaines consultations pour avis ponctuel et donc la création des codes prestations suivants :

- **APC** : Avis ponctuel de consultant du médecin
- **APY** : Avis ponctuel de consultant réalisé par un psychiatre neuropsychiatre ou neurologue
- **APV** : Avis ponctuel de consultant du médecin en visite
- **AVY** : Avis ponctuel de consultant réalisé par un psychiatre neuropsychiatre ou neurologue en visite
- **APU** : Avis ponctuel de consultant réalisé par les professeurs des universités-praticiens hospitaliers

Au 1<sup>er</sup> octobre 2017, les avis ponctuels de consultant du médecin (au cabinet APC ou en visite APV) seront revalorisés à 48 € puis à 50 € au 1<sup>er</sup> juin 2018. Les avis ponctuel de consultant réalisés par un psychiatre neuropsychiatre ou neurologue seront revalorisés à 60 € au 1<sup>er</sup> octobre 2017 et à 62,5 € au 1<sup>er</sup> juin 2018.

#### Majorations enfant

Par ailleurs, la nouvelle convention médicale prévoit 4 nouvelles majorations enfant:

**MEG** Majoration enfant pour les médecins généralistes, à 5€ pour les consultations des enfants de 0 à 6 ans.

**MEP** Majoration Enfant pour le Pédiatre de 4€ pour les consultations des enfants de 0 à 6 ans.

Prévue au 1<sup>er</sup> mai 2017 pour les pédiatres :

- de secteur 1
- de secteur 2 adhérent OPTAM
- de secteur 2 lorsqu'ils pratiquent les honoraires opposables pour un bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS

Ouverture au 1<sup>er</sup> avril 2018 aux pédiatres secteur 2 lorsqu'ils pratiquent les honoraires opposables pour tous les bénéficiaires.

**NFE** Nouveau forfait enfant du pédiatre : les consultations ou visites effectuées par le pédiatre pour un enfant âgé de 2 à 6 ans et les consultations et visites effectuées par le pédiatre pour un enfant de 6 à 16 ans qui ne lui est pas adressé par le médecin traitant ouvrent droit à une majoration, dénommée Nouveau Forfait Enfant (NFE)

Prévue au 1<sup>er</sup> mai 2017 pour les pédiatres :

- de secteur 1
- de secteur 2 adhérent OPTAM
- de secteur 2 lorsqu'ils pratiquent les honoraires opposables pour un bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS

Ouverture au 1<sup>er</sup> avril 2018 aux pédiatres secteur 2 lorsqu'ils pratiquent les honoraires opposables pour tous les bénéficiaires.

**NFP** pour les pédiatres, création d'une majoration spécifique Nouveau Forfait Pédiatrique (NFP) applicable quel que soit le secteur d'exercice du médecin avec une valeur de 5 € au 1<sup>er</sup> mai 2017 afin de valoriser la consultation pour les nourrissons de 0 à 2 ans.  
~~prévu pour les pédiatres S1 et S2 adhérent OPTAM au 1<sup>er</sup> mai 2017~~  
~~ouverture aux pédiatres secteur 2 lorsqu'ils pratiquent les honoraires opposables au 1<sup>er</sup> avril 2018~~

### Majorations d'urgence

Enfin, la nouvelle convention médicale prévoit, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, de nouveaux codes prestation pour majoration d'urgence.

- **MUT** : Majoration d'Urgence du Médecin Traitant
- **MCU** : Majoration Correspondant Urgence
- **MRT** : Majoration Médecin Traitant Régulation

### Respect des tarifs opposables

Pour les majorations ci-dessus la convention médicale précise les conditions de facturation en fonction du secteur du PS, de son adhésion à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO et du respect des tarifs opposables.

---

### Impacts SESAM-Vitale

#### Avis ponctuels

La création de ces nouvelles prestations NGAP fera l'objet d'une fiche réglementaire publiée ultérieurement indépendamment du présent avenant.

#### Majorations enfant

La création de ces nouvelles majorations fait l'objet de la fiche réglementaire n°137 publiée indépendamment du présent avenant.

#### Majorations d'urgence

La création de nouvelles prestations NGAP fera l'objet d'une fiche réglementaire publiée ultérieurement indépendamment du présent avenant.

#### Nouveau contrôle

La facturation de ces majorations est contrôlée dans le système SESAM-Vitale en fonction du secteur du PS, de son adhésion à l'OPTAM et du respect des tarifs opposables.

Le respect du tarif opposable pour une majoration, et de façon générale pour une prestation de type secondaire, se traduit dans le système de facturation SESAM-Vitale par le contrôle de non dépassement pour cette prestation et pour l'acte support à laquelle elle est rattachée.



Le contrôle des tarifs opposables est spécifié pour les majorations enfant (MEG, MEP, NFE et NFP). La FR137 déjà diffusée ne fait pas mention de la nouvelle table de compatibilité créée dans le présent avenant (table 2bis).

A contrario, les majorations d'urgence n'apparaissent pas dans la table 2bis du présent avenant et seront introduites par la FR correspondante à venir qui inclura cette nouvelle table.

### Découpage en besoins

Cette mesure est mise en œuvre par les besoins :

- **B4.3** : Contrôle des nouvelles majorations enfant par rapport au PS

### Impacts CDC-Editeurs

Documents	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
A2	§2 Tableaux de synthèse	Ajouter la nouvelle règle P4 pour les PS médecins	B4.3
	P4	Nouvelle règle	B4.3
	R1bis	Ajouter le renvoi vers la règle P4	B4.3
A2bis	Table 2bis	Ajout des codes prestation MEG, MEP, NFE, NFP	B4.3
A1-A	§2.3.2.7	Schéma SP1 : ajout de la règle P4	B4.3
	§3.3.1.1	Ajout du forçage de la règle P4	B4.3

### Impacts DI

Documents	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
rh-integ-dsf-020	§4.1.1.3.8.2.6	Schéma SP1 : ajout de la règle P4	B4.3
specification partie 1	§4.1.1.3.9.1	Ajout du forçage de la règle P4	B4.3
rh-integ-dsf-022		voir paragraphe 3.2.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	
rh-integ-dsf-022b		voir paragraphe 3.2.2 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification – Partie Tables »	

### Impacts TLA

Documents	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
rh-tla-dsf-003 élaboration FSE visite	§2.3.2	Schéma SP1 : ajout de la règle P4	B4.3
		Ajout du forçage de la règle P4	B4.3
rh-integ-dsf-022		voir paragraphe 3.2.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	
rh-integ-dsf-022b		voir paragraphe 3.2.2 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification – Partie Tables »	

---

## 2.5 EV91-5 : Actes complexes : codes prestation réservés PS

---

### Réglementation

A compter du 1er novembre 2017, la convention définit des codes prestation pour différentes situations de consultations ou de majorations complexes. Pour des raisons de secret médical ces codes ne doivent pas être transmis à l'assurance maladie.

Pour autant ils sont saisis par le PS et entrent dans l'élaboration de la facture.

Ils sont remplacés au moment de la mise en forme de la facture par un code de remplacement associé.

Ces codes prestations sont désignés dans l'ensemble des règles de facturation SESAM-Vitale sous le terme **code prestation « réservé PS »**.

Les factures de ces consultations complexes devront être stockées sur le poste, associées aux codes « réservé PS » saisis.

Le LPS devra permettre de consulter ces factures en cas de contrôle des médecins conseils de l'assurance maladie.

---

### Impacts SESAM-Vitale

#### *Découpage en besoins*

Cette mesure est mise en œuvre par les besoins suivants :

- **B5.1** Créer les codes « réservés PS » dans le système de facturation
- **B5.2** Ajouter les codes de remplacement dans le système de facturation
- **B5.3** Transmettre le code de remplacement à la place du code « réservé PS »
- **B5.4** Ne pas transmettre les codes « réservé PS »
- **B5.5** Contrôler les codes « réservés PS »
- **B5.6** Sauvegarder les factures issues de codes « réservé PS »
- **B5.7** Consulter les factures issues de codes « réservés PS »
- **B5.8** Paramétrer la durée de sauvegarde des factures issues de codes « réservé PS »



**Impacts CDC-  
Editeurs**

<b>Documents</b>	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
<b>A2bis</b>	Table 1	Ajout des codes de remplacement dans la colonne « groupe fonctionnel détail » pour les codes réservés PS	B5.3
	Table 2bis	Ajout des codes prestation réservés PS Ajout du code prestation COE	B5.5
<b>Corps</b>	§3.2.7.3	Ajouter le cas particulier des factures élaborées à partir de codes prestation « réservés PS » »	B5.6
	§3.2.7.3	Ajouter les consignes recherche et consultation des factures à prestations réservées PS	B5.7
	§3.2.7.3	Ajouter le paramétrage de la durée de sauvegarde des factures à prestations réservées PS	B5.8
<b>A1-A0</b>	§2.4.21.1.12	Nouveau § « Spécificités Codes prestation « réservés PS » »	B5.3
	§2.4.21.2	Groupe 1610 : Ajouter un cas particulier au niveau de la donnée 1610-4 pour les codes prestations réservés PS	B5.3

**Impacts DI**

<b>Documents</b>	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
<b>rh-integ-dsf-020 specification partie 1</b>	§4.1.1.4.1.6	Ajouter le cas particulier des factures élaborées à partir de codes prestation « réservés PS » »	B5.3
	§4.1.1.4.2.6	Ajouter le cas particulier des factures élaborées à partir de codes prestation « réservés PS » »	B5.3
	§4.1.1.6.3	Ajouter le cas particulier des factures élaborées à partir de codes prestation « réservés PS » »	B5.6
	§4.1.1.6.3	Ajouter les consignes recherche et consultation des factures à prestations réservées PS	B5.7
	§4.1.1.6.3	Ajouter le paramétrage de la durée de sauvegarde des factures à prestations réservées PS	B5.8
<b>rh-integ-dsf-034 annexe10 gestion AMC</b>	§3	Ajouter le cas particulier des factures élaborées à partir de codes prestation « réservés PS » »	B5.3
<b>rh-integ-dsf-022b</b>		voir paragraphe 3.2.2 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification – Partie Tables»	

**Impacts TLA**

<b>Documents</b>	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
<b>rh-tla-dsf-003 élaboration FSE visite</b>	§2.3.2	Ajouter le cas particulier des factures élaborées à partir de codes prestation « réservés PS » »	B5.3
<b>rh-integ-dsf-022b</b>		voir paragraphe 3.2.2 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification – Partie Tables»	

---

## 2.6 EV91-6 : Examens relatifs à la contraception des mineures et anonymisation

---

### Réglementation

- Dans le cadre de la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, la convention médicale 2016 prévoit :
  - l'utilisation du code prestation spécifique : « CCP : Consultation de Contraception et Prévention »
  - la possibilité pour la patiente de demander l'anonymisation de la facture. Dans ce cas le PS doit proposer le Tiers Payant et la facture doit être:
    - élaborée avec un NIR fictif 2 55 55 55 xxx 042 avec xxx = code caisse de rattachement du PS
    - transmise à la CPAM de rattachement du PS (organisme 01 xxx)
    - Sécurisée en mode dégradé,

Cette consultation CCP fait partie des Examens médicaux relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans pour lesquels les spécificités de facturation ont été précisées par la Fiche d'information n°419 version 1.2 diffusée en juin 2016.

---

### Impacts SESAM-Vitale

La création de la consultation CCP fera l'objet d'une fiche réglementaire publiée ultérieurement indépendamment du présent avenant.

Le présent avenant inclut l'intégration de la FI419 dans le CDC-Editeurs et y inclut les spécificités de la consultation CCP.

### Découpage en besoins

Cette mesure est mise en œuvre par les besoins suivants :

- **B6.1** Création du code CCP
- **B6.2** Anonymisation sur demande de la patiente
- **B6.3** Application du tiers payant nécessaire
- **B6.4** Transmission d'un NIR fictif
- **B6.5** Transmission à la CPAM de rattachement du PS
- **B6.6** Sécurisation en dégradé

**Impacts CDC-  
Editeurs**

<b>Documents</b>	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
<b>A2</b>	R29	Ajouter le cas de la facturation d'un examen relatif à la contraception des mineures d'au moins 15 ans. Référence réglementaire : article 64 de la LFSS (cf. FI 419)	B6.3
<b>Corps</b>	§3.2.2.5	Intégrer la FI 419 : ajouter les rubriques : « Examens médicaux relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans » « Examens de biologie médicale relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans »	B6.2
		Ajouter la spécificité de la CCP et plus largement des soins pris en charge de base à 100% : le PS ne saisit pas le code justificatif d'exonération 3.	B6.3

**Impacts DI**

<b>Documents</b>	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
<b>rh-integ-dsf-020 specification partie 1</b>	§4.1.1.2.7	Intégrer la FI 419 : ajouter les rubriques : « Examens médicaux relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans » « Examens de biologie médicale relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans »	B6.2
		Ajouter la spécificité de la CCP et plus largement des soins pris en charge de base à 100% : le PS ne saisit pas le code justificatif d'exonération 3.	B6.3
<b>rh-integ-dsf-022</b>		voir paragraphe 3.2.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	

**Impacts TLA**

<b>Documents</b>	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
<b>rh-integ-dsf-022</b>		voir paragraphe 3.2.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	

## 2.7 EV91-7 : Parcours de soins pour les moins de 16 ans

### Réglementation

La loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 laisse la possibilité aux parents de désigner un médecin traitant pour leurs enfants, néanmoins cette déclaration pour les enfants de moins de 16 ans n'est pas obligatoire.

De plus la loi indique qu'il n'y a aucune pénalisation en termes de remboursement si la désignation du médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans, n'est pas faite.

La nouvelle convention médicale prévoit que les médecins pourront percevoir la MCS et la MCG à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017 (en même temps que la date à laquelle ces majorations sont revalorisées), dès lors que l'enfant aura déclaré un médecin traitant.

### Impacts SESAM-Vitale

En conséquence, le système de facturation SESAM-Vitale évolue pour permettre aux médecins de facturer les majorations MCG et MCS pour un bénéficiaire de moins de 16 ans.



Les bénéficiaires de moins de 16 ans restent par ailleurs exclus du Parcours de Soins.

### Découpage en besoins

Cette mesure est mise en œuvre par le Besoin :

- **B7** : Ouvrir les MCG et MCS aux moins de 16 ans

### Impacts CDC- Editeurs

Documents	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
<b>A2</b>	R39	Ajouter une exception pour certaines majorations pour les moins de 16 ans Ajout de la table 17ter	B7
<b>A2bis</b>	Table 17	Refermer l'autorisation de facturer les MCG et MCS à tous les exclus du Parcours de Soins	B7
	Table 17ter	Nouvelle table	B7
<b>Corps</b>	§3.2.1.4	<b>Rubrique « Déclaration médecin traitant » :</b> Ajouter la présentation de la possibilité de déclarer un MT pour les moins de 16 ans, en référence à la nouvelle convention médicale 2016.	B7

### Impacts DI

Documents	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
-----------	-----------------	---------------------------------	--------

<b>rh-integ-dsf-020</b> <b>specification</b> <b>partie 1</b>	§4.1.1.1.3.2	<b>Rubrique « Déclaration médecin traitant » :</b> Ajouter la présentation de la possibilité de déclarer un MT pour les moins de 16 ans, en référence à la nouvelle convention médicale 2016.	B7
<b>rh-integ-dsf-022</b>		voir paragraphe 3.2.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	
<b>rh-integ-dsf-022b</b>		voir paragraphe 3.2.2 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification – Partie Tables »	

**Impacts TLA**

<b>Documents</b>	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
<b>rh-tla-dsf-002</b> <b>application</b> <b>TLA</b>	§4.1.14	<b>Rubrique « Déclaration médecin traitant » :</b> Ajouter la présentation de la possibilité de déclarer un MT pour les moins de 16 ans, en référence à la nouvelle convention médicale 2016.	B7
<b>rh-integ-dsf-022</b>		voir paragraphe 3.2.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	
<b>rh-integ-dsf-022b</b>		voir paragraphe 3.2.2 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification – Partie Tables »	

## 3 Impacts dans le CDC Editeurs

### 3.1 Synthèse des impacts



Les tableaux de synthèse ci-après reprennent les impacts détaillés pour chaque besoin au §2 ci-avant et les présentent pour chaque document du CDC, dans l'ordre du document.

#### Impacts Annexe 2 et Annexe2bis

Documents Communs	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
<b>A2</b>	§2 Tableaux de synthèse	Ajouter les nouvelles règles R1bis et P3 pour les PS médecins	B3.2
	§2 Tableaux de synthèse	Ajouter la nouvelle règle P4 pour les PS médecins	B4.3
	R1bis	Nouvelle règle	B3.2
	R1bis	Ajouter le renvoi vers la règle P4	B4.3
	R29	Ajouter le cas de la facturation d'un examen relatif à la contraception des mineures d'au moins 15 ans. Référence réglementaire : article 64 de la LFSS (cf. FI 419)	B6.3
	R39	Remplacement de la notion de CAS par celle de contrat tarifaire PS	B1.2
	R39	Ajouter une exception pour certaines majorations pour les moins de 16 ans Ajout de la table 17ter	B7
	R41	Remplacement de la notion de CAS par celle de contrat tarifaire PS	B1.2
	P3	Nouvelle règle	B3.2
	P4	Nouvelle règle	B4.3
<b>A2bis</b>	Table 1	Ajout des codes de remplacement dans la colonne « groupe fonctionnel détail » pour les codes réservés PS	B5.3
	Table 2bis	Nouvelle Table 2bis	B3.2
	Table 2bis	Ajout des codes prestation MEG, MEP, NFE, NFP	B4.3
	Table 2bis	Ajout des codes prestation réservés PS Ajout du code prestation COE	B5.5
	Table 17	Refermer l'autorisation de facturer les MCG et MCS à tous les exclus du Parcours de Soins	B7
	Table 17bis	Remplacement de la notion de CAS par celle de contrat tarifaire PS	B1.2
	Table 17ter	Nouvelle table	B7
	Table 41	Remplacement de la notion de CAS par celle de contrat tarifaire PS	B1.2

**Impacts  
CDC-Editeurs**

Documents CDC	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
<b>Corps</b>	§3.2.1.4	Rubrique « <b>Déclaration médecin traitant</b> » : Ajouter la présentation de la possibilité de déclarer un MT pour les moins de 16 ans, en référence à la nouvelle convention médicale 2016.	B7
	§3.2.1.5	Ajout de la présentation des contrats OPTAM et OPTAM-CO remplaçant le CAS dans le cadre de la convention médicale 2016	B1.2
	§3.2.2.5	Intégrer la FI 419 : ajouter les rubriques : « Examens médicaux relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans » « Examens de biologie médicale relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans »	B6.2
		Ajouter la spécificité de la CCP et plus largement des soins pris en charge de base à 100% : le PS ne saisit pas le code justificatif d'exonération 3.	B6.3
	§3.2.7.3	Ajouter le cas particulier des factures élaborées à partir de codes prestation « réservés PS » »	B5.6
	§3.2.7.3	Ajouter les consignes recherche et consultation des factures à prestations réservées PS	B5.7
	§3.2.7.3	Ajouter le paramétrage de la durée de sauvegarde des factures à prestations réservées PS	B5.8
<b>A1-A</b>	§6	Ajout des abréviations OPTAM et OPTAM-CO Ajout de la définition de « contrat tarifaire PS »	B1.2
	§2.1.2.2	Remplacement de l'adhésion au CAS par l'adhésion au contrat tarifaire PS	B1.2
	§2.3.2.3.2	Schéma SR1 : ajout des règles R1bis	B3.2
	§2.3.2.7	Schéma SP1 : ajout de la règle P3	B3.2
	§2.3.2.7	Schéma SP1 : ajout de la règle P4	B4.3
	§3.3.1.1	Ajout du forçage de la table 2bis et des règles R1bis et P3	B3.2
	§3.3.1.1	Ajout du forçage de la règle P4	B4.3
<b>A1-A0</b>	Groupe 1180	Donnée 1180-7 : « contrat d'accès aux soins » renommée « top contrat tarifaire PS » + précisions sur les modalités de renseignement de ce top	B1.2
	§2.4.21.1.1	Remplacement de la notion de CAS par celle de contrat tarifaire PS	B1.2
	§2.4.21.1.12	Nouveau § « Spécificités Codes prestation « réservés PS »	B5.3
	§2.4.21.2	Groupe 1610 : Ajouter un cas particulier au niveau de la donnée 1610-4 pour les codes prestations réservés PS	B5.3

## 3.2 Détail des impacts : Documents Communs CDC/DI/TLA

### 3.2.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »

.../...

B3.2

#### §2 Tableaux de synthèse

		R1	R1bis	R2	.../...	P3	P4
01	Médecine générale	X	X	X		X	X
02	Anesthésie-Réanimation	X	X	X		X	X
03	Cardiologie	X	X	X		X	X
04	Chirurgie générale	X	X	X		X	X
05	Dermatologie et Vénérologie	X	X	X		X	X
06	Radiologie	X	X	X		X	X
07	Gynécologie obstétrique	X	X	X		X	X
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie	X	X	X		X	X
09	Médecine interne	X	X	X		X	X
10	Neuro-Chirurgie	X	X	X		X	X
11	Oto-Rhino-Laryngologie	X	X	X		X	X
12	Pédiatrie	X	X	X		X	X
13	Pneumologie	X	X	X		X	X
14	Rhumatologie	X	X	X		X	X
15	Ophtalmologie	X	X	X		X	X
16	Chirurgie urologique	X	X	X		X	X
17	Neuro-Psychiatrie	X	X	X		X	X
18	Stomatologie	X	X	X		X	X
19	Chirurgien Dentiste	X		X			
20	Réanimation médicale	X	X	X		X	X
21	Sage-femme	X		X			
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	X	X	X		X	X
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	X	X	X		X	X
24	Infirmier	X		X			
26	Masseur Kinésithérapeute	X		X			
27	Pédicure Podologue	X		X			
28	Orthophoniste	X		X			
29	Orthoptiste	X		X			
30	Laboratoire d'analyses médicales	X		X			
31	Rééducation Réadaptation Fonctionnelle	X	X	X		X	X
32	Neurologie	X	X	X		X	X
33	Psychiatrie	X	X	X		X	X
34	Gériatrie	X	X	X		X	X
35	Néphrologie	X	X	X		X	X
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.	X	X	X		X	X
37	Anatomo-Cyto-Pathologie	X	X	X		X	X
38	Médecin biologiste	X	X	X		X	X
39	Laboratoire Polyvalent	X		X			
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie	X		X			
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie	X	X	X		X	X
42	Endocrinologie et Métabolisme	X	X	X		X	X
43	Chirurgie infantile	X	X	X		X	X
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X	X		X	X
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X	X		X	X
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	X	X	X		X	X
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	X	X	X		X	X
48	Chirurgie vasculaire	X	X	X		X	X
49	Chirurgie viscérale et digestive	X	X	X		X	X
50	Pharmacien d'officine	X		X			
51	Pharmacie mutualiste	X		X			
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X		X			



		R1	R1bis	R2	.../...	P3	P4
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X		X			
60	Prestataire de type société	X		X			
61	Prestataire de type artisan	X		X			
62	Prestataire de type association	X		X			
63	Orthésiste	X		X			
64	Opticien	X		X			
65	Audioprothésiste	X		X			
66	Epithésiste Oculariste	X		X			
67	Podio-orthésiste	X		X			
68	Orthoprothésiste	X		X			
69	Chirurgie orale	X	X	X		X	X
70	Gynécologie médicale	X	X	X		X	X
71	Hématologie	X	X	X		X	X
72	Médecine nucléaire	X	X	X		X	X
73	Oncologie médicale	X	X	X		X	X
74	Oncologie radiothérapique	X	X	X		X	X
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	X	X	X		X	X
76	Radiothérapie	X	X	X		X	X
77	Obstétrique	X	X	X		X	X
78	Génétique médicale	X	X	X		X	X
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	X	X	X		X	X
80	Santé publique et médecine sociale	X	X	X		X	X

.../...

B3.2 + B4.3

### R1bis- Compatibilité entre le code prestation et le contexte conventionnel du PS

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité entre le code prestation saisi par le Professionnel de Santé et le contexte conventionnel du PS définis par</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>son secteur conventionnel</li> <li>son contrat tarifaire PS.</li> </ul> <p>Le code prestation est</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>soit compatible,</li> <li>soit non compatible,</li> <li>soit compatible sous condition de respect de la règle P3</li> <li>soit compatible sous condition de respect de la règle P4</li> </ul>	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Code conventionnel :</b> lu sur la carte PS ou saisi dans le groupe 1870</p> <p><b>Contrat tarifaire PS :</b> paramétré sur le poste PS ou saisi par le PS</p> <p><b>Prestation compatible:</b> Donnée Résultat</p>	Table 2bis	Convention Médicale 2016	Par construction, la règle P3 concerne des prestations de type « support » uniquement et la règle P4 des prestations de type « secondaire » uniquement

.../...

B6.3

### R29- Détermination du contexte tiers payant lié à des dispositions réglementaires spécifiques

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>.../...</p> <p>Les cas concernés par le tiers payant réglementaire sont les suivants :</p> <p>.../...</p> <p><b>13. Examens relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans</b> <b>part AMO</b></p> <p>Lors de la facturation de prestations relatives à la contraception des mineures d'au moins 15 ans, qu'il s'agisse d'examens médicaux ou d'examens de biologie médicale, le contexte Tiers Payant est obligatoire : la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé, dans la limite du tarif de responsabilité.</p>			Référence réglementaire : article 64 de la LFSS	

.../...

B1.2 + B7+ B4.6

### R39 – Compatibilité des majorations de coordination dans le parcours coordonné de soins

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	.../...
<p>Cette règle a pour objet de vérifier si la majoration de coordination facturée est compatible avec le parcours de soins.</p> <p>Pour certaines situations au regard du parcours de soins et dans le cas où la position de la facture par rapport au parcours de soins est « dans le parcours », les Professionnels de Santé sont autorisés à facturer une majoration de coordination en fonction de leur code conventionnel, de leur adhésion <del>au contrat d'accès aux Soins</del> à un contrat tarifaire et suivant que le bénéficiaire bénéficie ou non de la CMU-C ou de l'ACS ou non.</p> <p>Une exception à cette règle concerne l'autorisation de facturer la certaines majorations de coordination MCC pour les patients de moins de 16 ans, dans les conditions définies supra <del>(code conventionnel, option de coordination et CMU-C).</del></p>	<p><b>Situation au regard du parcours de soins</b> : Saisie par le PS</p> <p><b>Position de la facture par rapport au parcours de soins</b> : Donnée intermédiaire issue de la R37quater</p> <p><b>Code conventionnel PS</b> : Saisie par le PS</p> <p><b>Adhésion CAS Contrat tarifaire PS</b> : Saisie par le PS ou renseignée par le progiciel (cf. A1-A §3.2.1.2)</p> <p><b>Type de contrat (1321)</b> : renseigné par le progiciel</p>	<p>Table 17</p> <p>Table 17bis</p> <p><b>Table 17ter</b></p>	<p>Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04</p> <p>Avenant 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011</p> <p><b>Convention médicale 2016</b></p>	

.../...

B1.2

**R41 – Déterminer le contexte tarifaire Professionnel de Santé (PS) de la prestation**

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	.../...	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de déterminer le contexte tarifaire lié au Professionnel de Santé (PS) exécutant la prestation. Ce contexte est utilisé pour la tarification de la prestation CCAM (cf. règles de l'A1-A1). Ce contexte dépend</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>de la spécialité du PS,</li> <li>de son secteur conventionnel</li> <li>et de son adhésion ou pas <b>au à un</b> contrat <b>tarifaire PS d'accès aux soins</b>,</li> </ul> <p>à la date d'exécution de la prestation.</p>	<p><b>Spécialité du PS :</b> <i>lue sur la carte PS ou saisie dans le groupe 1870</i></p> <p><b>Code conventionnel :</b> <i>lue sur la carte PS ou saisie dans le groupe 1870</i></p> <p><b>Adhésion-CAS Contrat tarifaire PS :</b> <i>paramétré sur le poste PS ou saisi par le PS *</i></p> <p><b>Date d'exécution :</b> <i>(1610) : Saisie par le PS.</i></p> <p><b>Contexte tarifaire PS :</b> <i>Donnée résultat</i></p>	Table 41		<p>* Si le PS exécutant est différent du PS facturant (présence d'un groupe 1870), le <b>code adhésion au CAS contrat tarifaire</b> du PS exécutant doit être précisé pour cette règle.</p> <p>Dans le cas contraire, utiliser le <b>code adhésion au CAS contrat tarifaire</b> paramétré sur le poste PS : cf. Annexe1-A § 2.1.2</p>

.../...

B3.2

**P3 - Contrôle du respect des tarifs opposables pour des prestations support**

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation déterminée compatible « sous condition P3 » par la règle R1bis, que les tarifs opposables sont respectés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le montant du dépassement de cette prestation doit être nul.</li> </ul> <p>Dans le cas contraire, cette prestation n'est pas autorisée.</p> <p><b>Cas particulier : existence d'un motif de dépassement</b></p> <p>Le montant du dépassement peut être non nul si le qualificatif de la dépense est renseigné à une valeur différente de « Gratuit » et « Non remboursable ».</p> <p>Dans ce cas, la prestation est alors autorisée.</p>	<p><b>Montant du dépassement :</b> <i>(1610) : Déterminé par la règle P2</i></p> <p><b>Prestation compatible sous condition :</b> <i>Déterminé par la règle R1bis</i></p> <p><b>Qualificatif de la dépense :</b> <i>(1610) : Saisie par le PS</i></p>		Convention Médicale 2016	Par construction cette règle concerne uniquement des prestations support

.../...

B4.3

**P4 - Contrôle du respect des tarifs opposables pour des prestations secondaires**

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation déterminée compatible « sous condition P4 » par la règle R1bis, que les tarifs opposables sont respectés.</p> <p>Pour cela:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le montant du dépassement de cette prestation doit être nul.</li> <li>et le montant du dépassement de la prestation support auquel il est rattaché doit être nul.</li> </ul> <p>Dans le cas contraire, cette prestation n'est pas autorisée.</p> <p><b>Cas particulier : existence d'un motif de dépassement</b></p> <p>Pour la prestation secondaire comme pour la prestation support, le montant du dépassement peut être non nul si le qualificatif de la dépense est renseigné à une valeur différente de « Gratuit » et « Non remboursable ».</p> <p>Dans ce cas, il n'y a pas lieu d'alerter le Professionnel de Santé.</p>	<p><b>Prestation secondaire :</b></p> <p><b>Prestation compatible sous condition :</b> Déterminé par la règle R1bis</p> <p><b>Montant du dépassement :</b> (1610) : Déterminé par la règle P2</p> <p><b>Qualificatif de la dépense : (1610) :</b> Saisie par le PS</p> <p><b>Prestation support :</b></p> <p><b>Montant du dépassement :</b> (1610) : Déterminé par la règle P2</p> <p><b>Qualificatif de la dépense : (1610) :</b> Saisie par le PS</p>		Convention Médicale 2016	A noter que par construction cette règle concerne uniquement des prestations secondaires.

.../...

### 3.2.2 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification – Partie Tables »

.../...

B5.3

**Table 1 Table des codes prestations**

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
<b>CGP</b>	Consultation Grand Prématuro		Support	NGAP	Réservé PS	<b>CCE</b>	Non	PS
<b>CPM</b>	Majoration pour consultation Pédiatrique Malformation		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MTX</b>	Non	PS
<b>CSM</b>	Consultation de Sortie Maternité		Support	NGAP	Réservé PS	<b>CCX</b>	Non	PS
<b>CSO</b>	Consultation Suivi de l'Obésité		Support	NGAP	Réservé PS	<b>CCX</b>	Non	PS
<b>EPH</b>	Enfant pathologie Handicap		Support	NGAP	Réservé PS	<b>CCE</b>	Non	PS
<b>IGR</b>	Insuffisance Greffe Rénale		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MTX</b>	Non	PS
<b>MAV</b>	Maladie Atteinte Vasculaire		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MTX</b>	Non	PS
<b>MCA</b>	Majoration Consultation Asthme déstabilisé		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MCX</b>	Non	PS
<b>MCT</b>	Majoration patients Cérébro-lésés ou Traumatisés		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MCX</b>	Non	PS
<b>MIS</b>	Majoration pour information Initiale et mise en place de la Stratégie thérapeutique		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MTX</b>	Non	PS
<b>MMF</b>	Majoration prise en charge Mycose ou Fibrose pulmonaire		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MCX</b>	Non	PS
<b>MMM</b>	Majoration pour prise en charge Malformation congénitale et Maladie grave du fœtus		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MTX</b>	Non	PS
<b>MPB</b>	Majoration pour traitement Par Biothérapie anti-TNF alpha		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MTX</b>	Non	PS
<b>MPS</b>	Majoration pour Prise en charge de la Stérilité		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MCX</b>	Non	PS
<b>MPT</b>	Majoration de Prise en Charge de la Tuberculose		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MCX</b>	Non	PS
<b>MSP</b>	Majoration suivi Prématuro		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MCX</b>	Non	PS
<b>PEG</b>	Majoration Pathologie Endocrinienne de la Grossesse		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MCX</b>	Non	PS
<b>PIV</b>	Prise en charge Infection VIH		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MTX</b>	Non	PS
<b>POG</b>	Pathologie Oculaire Grave		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MCX</b>	Non	PS
<b>PPN</b>	Prise en charge Pathologies Neurologiques		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MCX</b>	Non	PS
<b>PPR</b>	Prise en Charge Polyarthrite Rhumatoïde		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MCX</b>	Non	PS
<b>PTG</b>	Première consultation Thrombophilie Grave		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MCX</b>	Non	PS
<b>SGE</b>	Scoliose Grave de l'Enfant		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MCX</b>	Non	PS
<b>SLA</b>	Séquelles Lourds AVC		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MCX</b>	Non	PS
<b>TCA</b>	Trouble du Comportement Alimentaire		Secondaire	NGAP	Réservé PS	<b>MCX</b>	Non	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

B5.3



Remarques :

.../...

- Groupe fonctionnel détail : libellés des codes de remplacement pour les codes actes « réservés PS »
  - CCE : Consultation complexe Enfants
  - CCX : Consultation très complexe Enfants
  - MCX : Majoration pour consultation complexe
  - MTX : Majoration pour consultation très complexe

.../...

B5.1

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

**Table 2 : Spécialités de 1 à 16**

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
.../...																
CGP												CGP				
CPM				CPM						CPM						CPM
CSM												CSM				
CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO
EPH												EPH				
IGR																
MAV					MAV				MAV						MAV	
MCA												MCA	MCA			
MCT												MCT				
MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS
MMF													MMF			
MMM							MMM									
MPB								MPB	MPB						MPB	
MPS							MPS									
MPT													MPT			
MSP												MSP				
PEG							PEG									
PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV
POG																POG
PPN												PPN				
PPR														PPR		
PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG
SGE				SGE						SGE					SGE	SGE
SLA																
TCA												TCA				
.../...																

Table 2 : Spécialités de 17 à 33

	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33
.../...																
CGP																
CPM																
CSM																
CSO	CSO	CSO		CSO		CSO	CSO							CSO	CSO	CSO
EPH																
IGR																
MAV																
MCA																
MCT	MCT													MCT	MCT	
MIS	MIS	MIS		MIS		MIS	MIS							MIS	MIS	MIS
MMF																
MMM																
MPB																
MPS																
MPT																
MSP																
PEG																
PIV	PIV	PIV		PIV		PIV	PIV							PIV	PIV	PIV
POG																
PPN	PPN														PPN	
PPR																
PTG	PTG	PTG		PTG		PTG	PTG							PTG	PTG	PTG
SGE														SGE		
SLA	SLA													SLA	SLA	
TCA																
.../...																

Table 2 : Spécialités de 34 à 49

	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
.../...																
CGP																
CPM								CPM		CPM	CPM	CPM	CPM	CPM	CPM	CPM
CSM																
CSO	CSO	CSO		CSO	CSO			CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO
EPH																
IGR		IGR														
MAV																
MCA																
MCT																
MIS	MIS	MIS		MIS	MIS			MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS
MMF																
MMM																
MPB																
MPS																
MPT																
MSP																
PEG									PEG							
PIV	PIV	PIV		PIV	PIV			PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV
POG																
PPN																
PPR																
PTG	PTG	PTG		PTG	PTG			PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG
SGE								SGE		SGE	SGE	SGE	SGE	SGE	SGE	SGE
SLA																
TCA									TCA							
.../...																



**Table 2 : Spécialités de 50 à 68**

	50	51	53	54	60	61	62	63	64	65	66	67	68
.../...													
CGP													
CPM													
CSM													
CSO													
EPH													
IGR													
MAV													
MCA													
MCT													
MIS													
MMF													
MMM													
MPB													
MPS													
MPT													
MSP													
PEG													
PIV													
POG													
PPN													
PPR													
PTG													
SGE													
SLA													
TCA													
.../...													

Table 2 : Spécialités de 69 à 80

	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
.../...												
CGP												
CPM	CPM											
CSM												
CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO	CSO
EPH												
IGR												
MAV												
MCA												
MCT												
MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS	MIS
MMF												
MMM		MMM							MMM		MMM	
MPB												
MPS		MPS							MPS		MPS	
MPT												
MSP												
PEG		PEG							PEG		PEG	
PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV	PIV
POG												
PPN												
PPR												
PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG	PTG
SGE	SGE											
SLA												
TCA												
.../...												

.../...

B3.2+B4.3+B4.6+B5.5

**Table 2bis Table des compatibilités entre les codes prestation et le contexte conventionnel du Professionnel de Santé**

Code convention		PS									
		Non conventionné		Secteur 1			Secteur 1DP ou 2				
		0		1			2 ou 3				
Contrat tarifaire PS		Aucun		OPTAM-CO	OPTAM	Aucun	OPTAM-CO	OPTAM	Aucun		
BS		CMU-C ou ACS	Autres	Tous	Tous	Tous	Tous	Tous	CMU-C ou ACS	Autres	
Code prestation	<b>CGP</b>	NON		so	sous condition P3		so	sous condition P3		sous condition P3	
	<b>COE</b>	NON		so	sous condition P3		so	sous condition P3		sous condition P3	
	<b>CPM</b>	NON		so	OUI		so	OUI		NON	NON
	<b>CSM</b>	NON		so	sous condition P3		so	sous condition P3		sous condition P3	
	<b>CSO</b>	NON		so	sous condition P3		so	sous condition P3		sous condition P3	
	<b>EPH</b>	NON		so	sous condition P3		so	sous condition P3		sous condition P3	
	<b>G</b>	NON		so	OUI		so	OUI		sous condition P3	NON
	<b>GS</b>	NON		so	OUI		so	OUI		sous condition P3	NON
	<b>IGR</b>	NON		so	OUI		so	OUI		NON	NON
	<b>MAV</b>	NON		so	OUI		so	OUI		NON	NON
	<b>MCA</b>	NON		so	OUI		so	OUI		NON	NON
	<b>MCT</b>	NON		so	OUI		so	OUI		NON	NON
	<b>MEG</b>	NON		so	OUI		so	OUI		OUI	OUI
	<b>MEP</b>	NON		so	OUI		so	OUI		sous condition P4	NON
	<b>MIS</b>	NON		so	OUI		so	OUI		NON	NON
<b>MMF</b>	NON		so	OUI		so	OUI		NON	NON	
<b>MMM</b>	NON		so	OUI		so	OUI		NON	NON	
<b>MPB</b>	NON		so	OUI		so	OUI		NON	NON	

<b>MPS</b>	NON	so	OUI	so	OUI	NON	NON
<b>MPT</b>	NON	so	OUI	so	OUI	NON	NON
<b>MSP</b>	NON	so	OUI	so	sous condition P4	NON	NON
<b>NFE</b>	NON	so	OUI	so	OUI	sous condition P4	NON
<b>NFP</b>	NON	so	OUI	so	OUI	OUI	OUI
<b>PEG</b>	NON	so	OUI	so	sous condition P4	NON	NON
<b>PIV</b>	NON	so	OUI	so	OUI	NON	NON
<b>POG</b>	NON	so	OUI	so	OUI	NON	NON
<b>PPN</b>	NON	so	OUI	so	OUI	NON	NON
<b>PPR</b>	NON	so	OUI	so	OUI	NON	NON
<b>PTG</b>	NON	so	OUI	so	OUI	NON	NON
<b>SGE</b>	NON	so	OUI	so	OUI	NON	NON
<b>SLA</b>	NON	so	OUI	so	OUI	NON	NON
<b>TCA</b>	NON	so	OUI	so	OUI	NON	NON
<b>VG</b>	NON	so	OUI	so	OUI	sous condition P3	NON
<b>VGS</b>	NON	so	OUI	so	OUI	sous condition P3	NON

B5.1

**Table 3** Table des compatibilités entre les codes prestation et la qualité du bénéficiaire

Code prestation	Qualité du bénéficiaire												
	Assuré	Ascendant, descendant, collatéraux ascendants	Conjoint	Conjoint divorcé	Concubin	Conjoint séparé	Enfant	Conjoint veuf	Autre ayant-droit	Age min		Age max	
										mois	an	mois	an
...	/.	...	...	...	...	...	...	...	...	/.	/.	/.	/.
MGE	1	1	0	0	0	0	1	0	1	25			6
...	/.	...	...	...	...	...	...	...	...	/.	/.	/.	/.
CGP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				7
CPM	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
CSM	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1	
CSO	1	1	1	1	1	1	1	1	1				13
EPH	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
IGR	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MAV	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MCA	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MCT	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MIS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MMF	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MMM	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MPB	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MPS	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MPT	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
MSP	1	1	1	1	1	1	1	1	1				7
PEG	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PIV	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
POG	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PPN	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PPR	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
PTG	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
SGE	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
SLA	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
TCA	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
...	/.	...	...	...	...	...	...	...	...	/.	/.	/.	/.

.../...

B5.1

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

.../...

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				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 un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Fétié	Nuit	Urgence			
.../...	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...
CGP	O	O	N	O	N	N		N	O	O	N	70	85	01/11/17
CPM	O	O	N	N	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
CSM	O	O	N	N	N	N		N	O	O	O	70	85	01/11/17
CSO	O	O	N	N	N	N		N	O	O	O	70	85	01/11/17
EPH	O	O	O	O	N	N		N	O	O	N	70	85	01/11/17
IGR	O	O	O	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
MAV	O	O	O	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
MCA	O	O	O	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
MCT	O	O	O	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
MIS	O	O	O	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
MMF	O	O	O	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
MMM	O	O	N	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
MPB	O	O	O	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
MPS	O	O	O	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
MPT	O	O	O	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
MSP	O	O	N	N	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
PEG	O	O	O	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
PIV	O	O	O	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
POG	O	O	O	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
PPN	O	O	O	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
PPR	O	O	O	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
PTG	O	O	O	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
SGE	O	O	O	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
SLA	O	O	O	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
TCA	O	O	O	O	N	N		N <sup>(*)</sup>	so	so	so	70	85	01/11/17
.../...	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	/.	/.	/.	.../...	.../...	.../...

.../...

B5.1

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

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Remboursable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
CGP	1	0	1	0	1	1	0	0
CPM	1	0	0	0	1	0	0	1
CSM	1	0	1	0	1	0	0	1
CSO	1	0	1	0	1	0	0	1
EPH	1	0	1	0	1	1	0	1
IGR	1	0	0	0	1	0	0	1
MAV	1	0	0	0	1	0	0	1
MCA	1	0	0	0	1	0	0	1
MCT	1	0	0	0	1	0	0	1
MIS	1	0	0	0	1	0	0	1
MMF	1	0	0	0	1	0	0	1
MMM	1	0	0	0	1	0	0	1
MPB	1	0	0	0	1	0	0	1
MPS	1	0	0	0	1	0	0	1
MPT	1	0	0	0	1	0	0	1
MSP	1	0	0	0	1	0	0	1
PEG	1	0	0	0	1	0	0	1
PIV	1	0	0	0	1	0	0	1
POG	1	0	0	0	1	0	0	1
PPN	1	0	0	0	1	0	0	1
PPR	1	0	0	0	1	0	0	1
PTG	1	0	0	0	1	0	0	1
SGE	1	0	0	0	1	0	0	1
SLA	1	0	0	0	1	0	0	1
TCA	1	0	0	0	1	0	0	1
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

B5.1

**Table 12 Tables des Codes Prestation obligatoirement associés**

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
ATD	ATM - ICO – PAM - PAR – PDT – PFC – PFM - PRO – SPR – RPN
ATL	AAD – AAR – ARO – COR – DVO – LEN – LUN – MAC – MAD – OPC – OPT – ORP – PA – PAN – PAU – PEX – PII – POC – VER – VEH
<b>CPM</b>	<b>C – CS – V – VS</b>
CRD	C – CS – CNP – K – KC – Z Tout acte de nomenclature CCAM
CRM	C – CS – CNP – K – KC – Z Tout acte de nomenclature CCAM
CRN	C – CS – CNP – K – KC – Z Tout acte de nomenclature CCAM
CRS	C – CS – CNP – K – KC – Z Tout acte de nomenclature CCAM
CST	STH – THR
DAP	Tout acte de nomenclature CCAM Tout acte de nomenclature NABM Tout acte de nomenclature NGAP
DAT	Tout acte de nomenclature CCAM Tout acte de nomenclature NABM Tout acte de nomenclature NGAP Tout acte de nomenclature Frais PH Tout acte de nomenclature LPP
DPS	Tout acte de nomenclature Frais PH Tout acte de nomenclature LPP
FDA	PRO – SPR Tout acte de nomenclature CCAM
FDC	PRO – SPR Tout acte de nomenclature CCAM
FDO	TO – ORT
FDR	PRO – SPR Tout acte de nomenclature CCAM
FMV	FHV
FPC	PRO – SPR Tout acte de nomenclature CCAM
FPE	C – CS – V – VS
FPO	ORT – TO



Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
FSD	ADC
HC	PH1 – PH2 – PH4 – PH7 – MHU
HD1	PH1
HD2	PH2
HD4	PH4 - MHU
HD7	PH7
HDS	GS1 – GS2
HG1	PH1
HG2	PH2
HG4	PH4 - MHU
HG7	PH7
<b>IGR</b>	<b>C – CS – V – VS</b>
MAF	CNP
MAP	P
MAS	CS
MAU	AMI
<b>MAV</b>	<b>C – CS – V – VS</b>
MBB	CS – VS
<b>MCA</b>	<b>C – CS – V – VS</b>
MCC	CSC
MCD	ADC - ADI - ATM - AXI - C - CS - D - DC - END - ICO - IMP - INO - KC - PAM - PAR – PDT - PFC- PFM - RPN - SDE - TDS -V – VS - Z
MCE	CS
MCG	C - CS
MCI	AMI - AIS
MCS	CS – CNP – VA – VNP – VS
<b>MCT</b>	<b>C – CS – V – VS</b>
MD	PPS - V – VL - VS
MDD	V – VS
MDI	V – VS
MDN	V – VS
MEG	C – CS – G – GS – V – VG – VGS –VS
MEP	C – CS – V – VS
MGE	C – CA – CS – V - VS
MIC	C – CNP - CS – V- VNP - VS
<b>MIS</b>	<b>C – CNP – CS – G – GS – V – VG – VGS –VS</b>
MM	AMI – AIS – C – CG –CS – K – KC – KE – SF – SP – TB - V – VS
<b>MMF</b>	<b>C – CS – V – VS</b>

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
<b>MMM</b>	<b>C – CS – V – VS</b>
MNO	C – CS – V- VS
MNP	CS - VS
<b>MPB</b>	<b>C – CS – V – VS</b>
MPC	CS – CNP – CS+MCS – CNP+MCS
MPE	C – CS – V- VS
MPF	CNP
MPI	Tout acte de nomenclature Frais PH
MPJ	CS – CNP
MPP	C - CS – V- VS
<b>MPS</b>	<b>C – CS – V – VS</b>
<b>MPT</b>	<b>C – CS – V – VS</b>
MSH	C – CNP - CS – CSC - V- VNP – VS
<b>MSP</b>	<b>C – CS – V – VS</b>
MTA	CS
MTS	CS – VS
MU	ACO – ADA – ADC – ATM – V - VS
NFE	C - CS – V- VS
NFP	C - CS – V- VS
PAV	ACO – ADA – ADC – ADE – ATM – K – KC – KE – SF
<b>PEG</b>	<b>C – CS – V – VS</b>
<b>PIV</b>	<b>C – CNP – CS – G – GS – V – VG – VGS –VS</b>
<b>POG</b>	<b>C – CS – V – VS</b>
<b>PPN</b>	<b>C – CS – V – VS</b>
<b>PPR</b>	<b>C – CS – V – VS</b>
<b>PTG</b>	<b>C – CNP – CS – G – GS – V – VG – VGS –VS</b>
SGA	Tout acte de nomenclature CCAM
	Tout acte de nomenclature NABM
	Tout acte de nomenclature NGAP
<b>SGE</b>	<b>C – CS – V – VS</b>
SGN	Tout acte de nomenclature Frais PH
	Tout acte de nomenclature LPP
<b>SLA</b>	<b>C – CS – V – VS</b>
<b>TCA</b>	<b>C – CS – V – VS</b>
VDC	ATM
VRD	V – VS – VNP – K – KC
	Tout acte de nomenclature CCAM
VRM	V – VS – VNP – K – KC

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
	Tout acte de nomenclature CCAM
VRN	V – VS – VNP – K – KC
	Tout acte de nomenclature CCAM
VRS	V – VS – VNP – K – KC
	Tout acte de nomenclature CCAM

.../...

B7

Table 17

**Compatibilité des majorations de coordination selon le contexte du parcours de soins et la spécialité du PS.**

INFORMATIONS DU PARCOURS DE SOINS			PS	MAJORATIONS		
Position par rapport au parcours de soins	Contexte du parcours de soins		Spécialité PS	Majorations autorisées		
	Situation au regard du parcours de soins	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant		MCC	MCG	MCS
Non concerné	Cas d'exclusion	-- (sans objet)	Toutes <sup>(1)</sup>	<b>NON</b> sauf exception <sup>(3)</sup> et sous condition cf. table 17bis	<b>NON</b> sauf exception <sup>(3)</sup> et sous condition cf. table 17bis <b>OUI</b>	<b>NON</b> sauf exception <sup>(3)</sup> et sous condition cf. table 17bis <b>OUI</b>
	Urgence	-- (sans objet)	Toutes <sup>(1)</sup>	<b>NON</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b> sous condition cf. table 17bis
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

<sup>(1)</sup> Toute spécialité de Professionnel de Santé concerné par le parcours de soins

<sup>(2)</sup> Toute spécialité de Professionnel de Santé concerné par l'accès direct spécifique (cf. Table 16)

<sup>(3)</sup> Cf. Règle 39

.../...

B1.2+B4.6

**Table 17bis Compatibilité des majorations de coordination en fonction du bénéficiaire et de la convention du PS.**

PS			Dans le parcours ou Non concerné		Hors parcours	
			hors CMU-C et ACS	en CMU-C et ACS	hors CMU-C, ACS	CMU-C ou ACS
BENEFICIAIRE						
Code convention	Contrat tarifaire PS d'Accès-aux-soins					
non conventionné	0	Aucun Sans objet	non	non		non
secteur I (sans DP)	1	Indifférent Sans objet	MCC, MCS, MCG	MCC, MCS, MCG	NON	MCS, MCG MCC
secteur I avec DP n'ayant pas adhéré au à un Contrat tarifaire PS d'Accès-aux-soins	2	Aucun Non	non			
secteur I avec DP ayant adhéré au à un Contrat tarifaire PS d'Accès-aux-soins		OPTAM ou OPTAM-CO Oui	MCC, MCS, MCG			
secteur II n'ayant pas adhéré au à un Contrat tarifaire PS d'Accès-aux-soins	3	Aucun Non	non			
secteur II ayant adhéré au à un Contrat tarifaire PS d'Accès-aux-soins		OPTAM ou OPTAM-CO Oui	MCC, MCS, MCG			

.../...

B7

**Table 17ter Majorations de coordination pour les patients de moins de 16 ans**

<b>MAJORATION DE COORDINATION</b>
MCC
MCG
MCS

.../...

B1.2

**Table 41 Table des contextes tarifaires PS**

CONTEXTE tarifaire PS		DEFINITION		
Cod e	Libellé	Code conventio n	Contrat tarifaire PS Adhérent au CAS	Spécialit é PS
1	secteur 1 CAS, Toutes spécialités médicales	1	OPTAM ou OPTAM-CO OUI	M <sup>(1)</sup>
2	secteur 1, Toutes spécialités médicales	1	Aucun NON	M <sup>(1)</sup>
4	secteur 1DP CAS, Toutes spécialités médicales	2	OPTAM ou OPTAM-CO OUI	M <sup>(1)</sup>
5	secteur 1DP, Toutes spécialités médicales	2	Aucun NON	M <sup>(1)</sup>
7	secteur 2 CAS, Toutes spécialités médicales	3	OPTAM ou OPTAM-CO OUI	M <sup>(1)</sup>
8	secteur 2, Toutes spécialités médicales	3	Aucun NON	M <sup>(1)</sup>
9	non conventionné, Toutes spécialités médicales	0	Aucun- <del>Se</del>	M <sup>(1)</sup>
10	conventionné, Chirurgiens dentistes	≠ 0	Aucun- <del>Se</del>	CD <sup>(2)</sup>
11	non conventionné, Chirurgiens dentistes	0	Aucun- <del>Se</del>	CD <sup>(2)</sup>
12	conventionné, sages-femmes	≠ 0	Aucun- <del>Se</del>	SF <sup>(3)</sup>
13	non conventionné, sages-femmes	0	Aucun- <del>Se</del>	SF <sup>(3)</sup>

.../...

## 3.3 Détail des impacts : Documents CDC-Editeurs

### 3.3.1 Impacts Corps du CDC

.../...

B7

#### §3.2.1.4 Médecin traitant

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

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

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

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

.../...

B1.2

#### §3.2.1.5 Contrat ~~Tarifaire PS d'accès aux soins~~



##### Convention médicale 2005

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

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

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



##### Convention médicale 2011

L'avenant 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011 introduit la mise en place d'un Contrat d'Accès aux Soins pour les médecins de secteur 2 et les médecins de secteur 1 DP (droit à dépassement permanent) et supprime l'option de coordination.

Ce nouveau contrat a pris effet au 1er décembre 2013.

Certains médecins de secteur 1 peuvent également adhérer au CAS. Pour autant, ils bénéficient automatiquement, du fait de leur secteur conventionnel, des modalités auxquelles le CAS ouvre droits.

Le Contrat d'accès aux Soins couvre a minima ce que prévoyait l'option de coordination du Parcours de Soins.



## Convention médicale 2016

Un des objectifs de la convention médicale 2016 est de poursuivre la maîtrise des dépassements d'honoraires et améliorer l'accès aux soins, en rénovant le contrat d'accès aux soins (CAS) mis en place dans le cadre de l'avenant 8 de la précédente convention.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maitrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maitrisée pour les Chirurgiens – Obstétriciens) remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

L'OPTAM & l'OPTAM-CO relèvent de principes communs au CAS.

Ces options concernent les médecins de secteur 2 ou secteur 1 DP. Par exception, elles concernent également par dérogation les médecins en secteur 1 installés avant le 1er janvier 2013 et qui disposent des titres pour accéder au secteur 2.

L'OPTAM peut être souscrite par tous les médecins quelle que soit leur spécialité.

L'OPTAM CO peut être souscrite par les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes sous l'appellation "acte de chirurgie" ou "acte d'obstétrique" dans l'année précédente. Pour les médecins nouveaux installés ce seuil ne s'applique pas.

.../...

6.2

### §3.2.2.5

## Élaboration d'une FSE dans le cadre de ~~la délivrance de contraceptifs~~ prestations liées à la contraception des mineures

### Délivrance de Contraceptif d'urgence

.../...

### Délivrance de Contraceptif hors urgence

.../...

### Examens médicaux

L'article 64 de la LFSS supprime la participation de l'assuré pour les frais relatifs aux consultations et examens de laboratoires établis en vue d'une prescription contraceptive pour les mineures d'au moins 15 ans.

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

### *Examens médicaux relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans*

Lors de la facturation d'examens médicaux relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans, le médecin, la sage-femme ou l'infirmier réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- NIR :

- soit le NIR de la bénéficiaire, si celle-ci ne souhaite pas bénéficier de la confidentialité ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. §3.5 et § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement de la bénéficiaire ;
- soit un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la bénéficiaire.  
Dans ce cas :
  - le NIR prend la valeur **2 55 55 55 xxx 042**, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de rattachement du PS ;
  - la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif,
  - la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de rattachement du PS ;
  - la FSE est sécurisée en mode **dégradé**,
- date de naissance : la date de naissance exacte du bénéficiaire.

Ces examens doivent faire l'objet d'une facturation isolée d'autres examens non relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans.

Ces examens médicaux sont pris en charge à 100% par l'AMO : pour cela le PS renseigne le code justificatif d'exonération à la valeur **3** : « **Soins Particuliers Exonérés** », hormis pour les soins pris en charge de base à 100% (exemple : consultation CCP).

Le PS est tenu d'appliquer le tiers payant. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

---

#### *Examens de biologie médicale relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans*

Lors de la facturation d'examens de biologie médicale relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans, le laboratoire réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- NIR :
  - soit le NIR de la bénéficiaire, si celle-ci ne souhaite pas bénéficier de la confidentialité ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. §3.5 et § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement de la bénéficiaire ;
  - soit un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la bénéficiaire.  
Dans ce cas :
    - le NIR prend la valeur **2 55 55 55 xxx 042**, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de rattachement du laboratoire ;
    - la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif,
    - la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de rattachement du laboratoire ;
    - la FSE est sécurisée en mode **SESAM sans Vitale**,
- date de naissance : la date de naissance exacte du bénéficiaire (renseignée à partir de la prescription),
- informations prescripteur : renseignées à partir de la prescription (pas de spécificité).



Ces examens doivent faire l'objet d'une facturation isolée des autres examens de biologie éventuellement mentionnés sur la prescription.

Ces examens sont pris en charge à 100% par l'AMO : pour cela le PS renseigne le code justificatif d'exonération à la valeur 3 : « Soins Particuliers Exonérés ».

Le PS est tenu d'appliquer le tiers payant. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

## Eléments paramétrés

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

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

.../...

B5.6

### §3.2.7.3

#### Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture

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

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

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



#### Cas particulier des factures issues de codes prestation « réservés PS »

##### Sauvegarde des factures

Toute facture élaborée à partir d'un ou plusieurs codes prestation « réservés PS » doit être sauvegardée pendant une durée spécifique. Cette durée correspond à la donnée EF\_AP09\_01.

Le code prestation saisi par le PS pour l'élaboration de la facture\* et le code transmis dans la facture\* font partie des éléments constitutifs de la facture.

Cependant le code prestation saisi par le PS ne doit en aucun cas être restitué en dehors de la fonctionnalité de restitution décrite ci-après.

\* Cf. A1-A0 §2.4.21.1.12 Spécificités Codes prestation « réservés PS »

##### Durée de sauvegarde

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé de modifier la durée de sauvegarde des factures à prestations réservées PS.

Par défaut cette durée est de 36 mois.

### **Recherche**

Le système de facturation doit permettre de réaliser une recherche multi critères, a minima selon les critères suivants :

- N° de facture (1110-1)
- Date de la facture ou période de date de facture (1110-3)
- NIR de l'assuré (1130-2 + 1130-3)
- NIR du bénéficiaire (1160-1+1160-2)
- Date de naissance du bénéficiaire (1130-4)
- Rang de naissance du bénéficiaire (1130-5)
- Code régime de la facture (1310-1)
- Caisse gestionnaire de la facture (1310-2)
- Centre gestionnaire de la facture (1310-3)
- Période de dates de soins (1610-2)
- Pour chaque prestation de la facture :
  - Code prestation saisi par le PS (1610-4)\*
  - Code de remplacement transmis (1610-4)\*
  - Date des soins (1610-2)

\* cf. Annexe1-A0 §2.4.21.1.12 « Spécificités Codes prestation « réservés PS »

### **Restitution**

Pour chaque facture trouvée par la recherche précédente, le système de facturation doit restituer les éléments suivants :

- N° de facture (1110-1)
- Date de la facture (1110-3)
- NIR de l'assuré (1130-2 + 1130-3)
- NIR du bénéficiaire (1160-1+1160-2)
- Date de naissance du bénéficiaire (1130-4)
- Rang de naissance du bénéficiaire (1130-5)
- Code régime de la facture (1310-1)
- Caisse gestionnaire de la facture (1310-2)
- Centre gestionnaire de la facture (1310-3)
- Pour chaque prestation de la facture :
  - Code prestation saisi par le PS (1610-4)\*
  - Code de remplacement transmis (1610-4)\*
  - Date des soins (1610-2)

Le système de facturation doit permettre un export sous format csv de ces éléments, dans l'ordre énuméré ci-dessus.

\* cf. Annexe1-A0 §2.4.21.1.12 « Spécificités Codes prestation « réservés PS »

### **Cas particulier des « FSE-TLA »**

Pour les FSE réalisées sur un TLA, le code prestation saisi par le PS n'est pas retourné par la fonction SSV\_Traduire FSE.

En conséquence, les fonctionnalités ci-avant de sauvegarde, recherche et restitution ne peuvent s'appuyer sur cette donnée : elles utilisent le code de remplacement transmis.

.../...

B1.2

## §6

### Glossaire

.../...

.../...

.../...

.../...

#### **Contrat tarifaire PS**

Ce contrat correspond aux pratiques tarifaires sur lesquelles le PS s'engage auprès de l'Assurance Maladie

.../...

.../...

#### **Opérateur de diffusion LOI**

Intermédiaire entre le distributeur d'Opposition et le progiciel pour la diffusion de la liste LOI. (Editeurs ou OCT)

#### **OPTAM**

Option Pratique TARifaire Maitrisée

#### **OPTAM-CO**

Option Pratique TARifaire Maitrisée pour les Chirugiens – Obstétriciens

#### **Ordonnance médicale**

Document réalisé par un prescripteur permettant soit la délivrance de médicaments et/ou de produits de la LPP soit l'exécution d'actes par un auxiliaire médical. L'ordonnance est également appelée la prescription médicale.

.../...

.../...

.../...

### 3.3.2

### Impacts A1-A

.../...

B1.2

#### §2.1.2.2.

#### **Adhésion au Contrat Tarifaire PS d'accès aux soins**

Certaines règles spécifiques de ce Cahier des Charges dépendent de l'adhésion du Professionnel de Santé à un contrat tarifaire avec l'AMO : soit l'OPTAM soit l'OPTAM-CO au contrat d'accès aux soins (CAS).

Or cette information ne figure pas sur la carte CPS. En conséquence il est nécessaire que le progiciel la connaisse, et pour cela il convient de prévoir la saisie de cette information par le Professionnel de Santé au minimum une fois préalablement à la constitution des factures.

Ce paramétrage concerne les Professionnel de Santé de secteur 1 DP et de secteur 2.

Le « contrat tarifaire PS » correspond à l'une des valeurs suivantes :

- OPTAM,
- OPTAM-CO,
- Aucun (Pas de contrat)

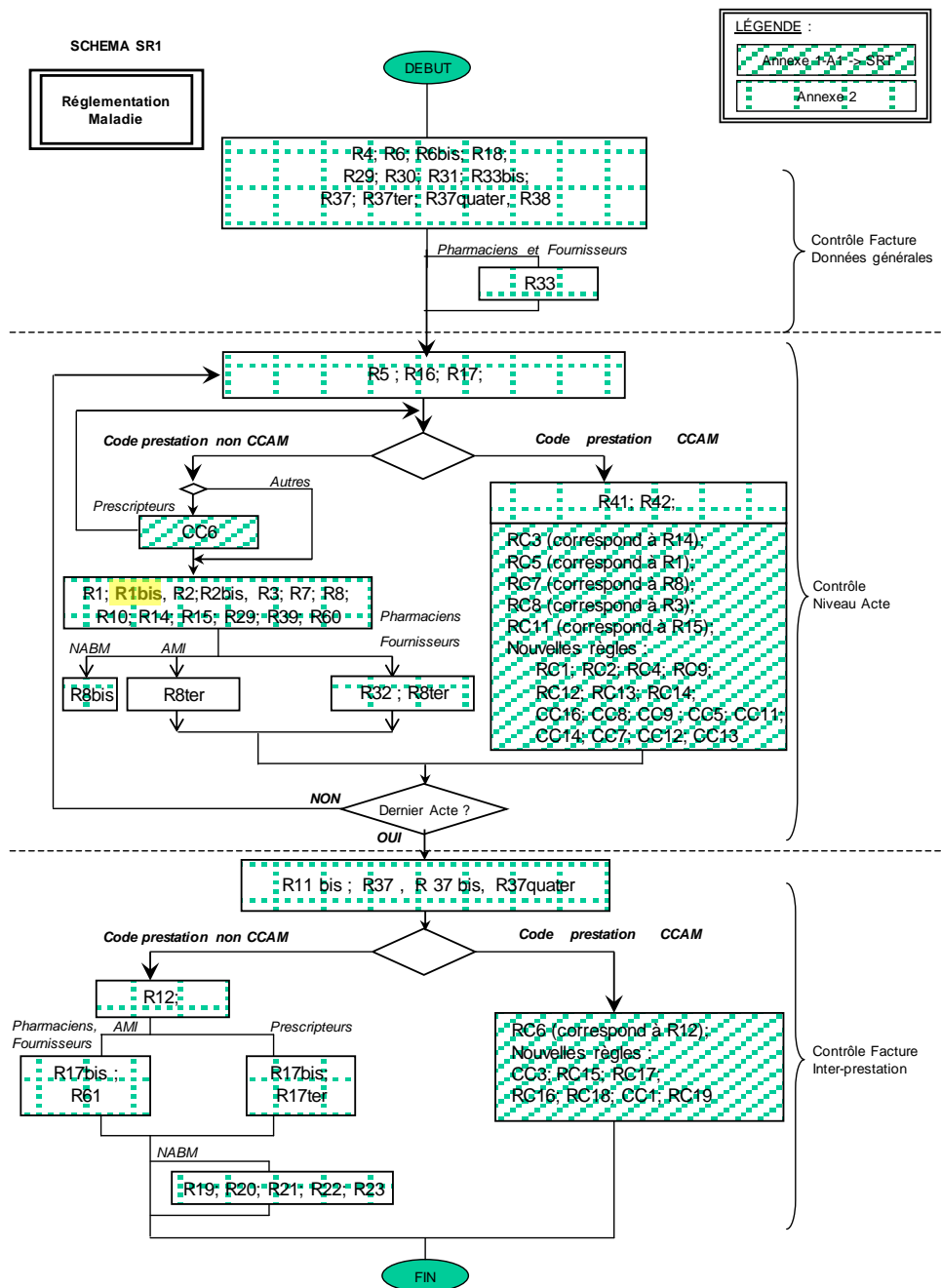
Pour les Professionnels de Santé de secteur 1, le LPS positionne par défaut cette information à « sans objet » (valeur blanc) « Aucun ». Cependant le Professionnel de Santé doit pouvoir la modifier en cas d'adhésion à un contrat tarifaire au CAS.

 Cette donnée L'information de l'adhésion à un contrat tarifaire est transmise dans les factures.

.../...

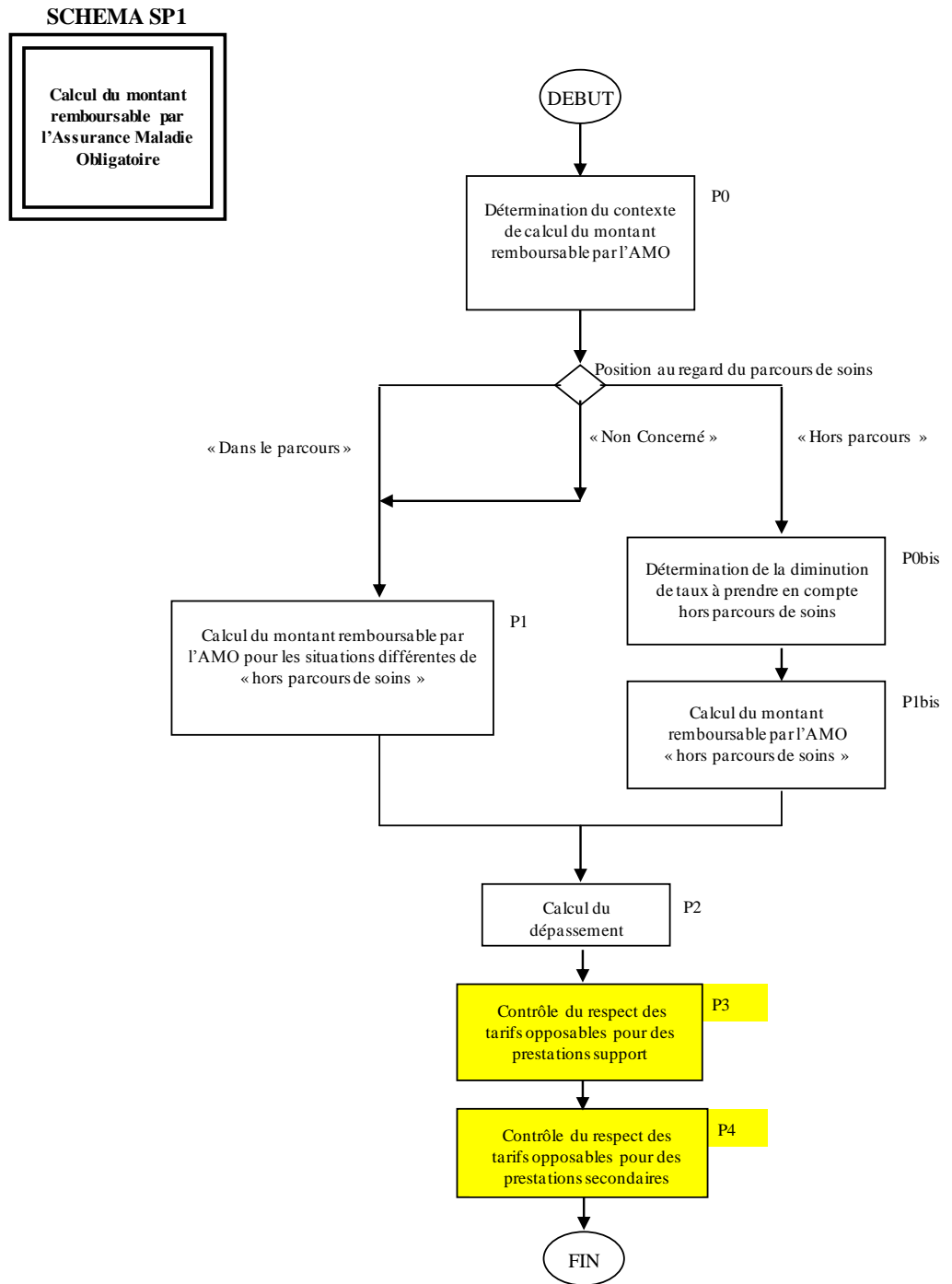
B3.2

§2.3.2.3.2 Schéma SR1 : Réglementation Maladie



§2.3.2.7

Schéma SP1 : Montant Remboursable AMO



.../...

B3.2+B4.3

### §3.3.1.1 Forçage des éléments de tarification hors CCAM

#### Principes

La création d'un nouvel acte ou la modification des attributs du code prestation sont considérés comme un forçage.

Ce forçage ne concerne pas les prestations de type honoraire générées par le système de facturation : pour toute prestation de type honoraire (cf. Annexe 2 – Table 1 - Groupe fonctionnel général), aucune information de la prestation ne doit être modifiable (forçable) par le Professionnel de Santé.

#### Données forcées

#### Forçage des données de la facture pour une prestation Hors CCAM

Les données de la facture qui peuvent être « forcées » par le Professionnel de Santé sont présentées dans le tableau suivant avec, en regard, la table de l'annexe2 dans laquelle ces données sont spécifiées.

Données forçables Hors CCAM	Table de l'annexe 2	Valeur indicateur
<ul style="list-style-type: none"> <li>la nature de prestation ou code de l'acte</li> </ul>	table 1	A
<ul style="list-style-type: none"> <li>les caractéristiques du code prestation (type de prestation, type de nomenclature, groupe fonctionnel ou top codage affiné) <b>Attention</b> : pour toute prestation de la table 1, la donnée « origine prestation » n'est pas une donnée forçable.</li> </ul>	table 1	C
<ul style="list-style-type: none"> <li>la compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance</li> </ul>	table 4	C
<ul style="list-style-type: none"> <li>.../...</li> </ul>	.../...	.../...
<ul style="list-style-type: none"> <li>la compatibilité de l'acte avec la spécialité du Professionnel de Santé</li> </ul>	table 2	C
<ul style="list-style-type: none"> <li>la compatibilité de l'acte avec le contexte conventionnel du Professionnel de Santé (règle R1bis) dans le respect des tarifs opposables (règles P3 et P4) s'il y a lieu</li> </ul>	table 2bis	C
<ul style="list-style-type: none"> <li>la compatibilité de l'acte avec la qualité du bénéficiaire</li> </ul>	table 3	C
<ul style="list-style-type: none"> <li>.../...</li> </ul>	.../...	.../...

.../...

### 3.3.3 Impacts A1-A0

.../...

B1.2

#### §2.4.9 1180-Groupe Dispositif Médecin Traitant

##### Règles


Ce groupe est obligatoire pour les factures concernées par le parcours de soins ou élaborées en cas d'urgence.

Pour les factures concernées par le parcours de soins et les cas d'Urgence, ce groupe identifie l'Indicateur de Parcours de Soins (IPS), l'existence d'un Médecin Traitant pour le bénéficiaire des soins et éventuellement l'identité du médecin qui a orienté le bénéficiaire des soins, ainsi que l'adhésion **au Contrat d'accès aux Soins** du médecin réalisant la facture **à un contrat tarifaire**.

##### Familles concernées

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

- Prescripteurs

1180	Groupe <i>Dispositif Médecin Traitant</i>
1. IPS	Indicateur de parcours de soins Renseigné par le progiciel en fonction du contexte du parcours de soins saisi par le Professionnel de Santé : cf. règle ci après.
2. Top MT	Saisi par le Professionnel de Santé ou renseigné par le progiciel en fonction du contexte du parcours de soins saisi par le Professionnel de Santé : cf. règle ci après.
3. N° d'identification du Médecin ayant orienté	N° d'identification de facturation du Médecin ayant orienté le bénéficiaire des soins Zone réservée pour utilisation éventuelle future
4. Clé du n° d'identification du Médecin ayant orienté	Clé du n° d'identification de facturation du Médecin ayant orienté le bénéficiaire des soins Zone réservée pour utilisation éventuelle future
5. Nom du Médecin ayant orienté	Obligatoire en cas d'orientation Saisi par le Médecin qui a été orienté
6. Prénom du Médecin ayant orienté	Obligatoire en cas d'orientation Saisi par le Médecin qui a été orienté
7. Top Contrat tarifaire PS d'Accès aux Soins	Indique si le médecin a adhéré <b>au Contrat d'Accès aux Soins à un contrat tarifaire</b> dans le cadre de sa convention. <b>Cette information prend l'une des 2 valeurs suivantes :</b> - « O » : pour les PS ayant adhéré à un contrat (OPTAM ou OPTAM-CO) et pour les médecins de secteur 1 quelle que soit leur contrat - A blanc dans les autres cas   Remarque : pour les médecins de secteur 1, le médecin est considéré adhérer au CAS

.../...

B1.2

### §2.4.21.1.1 Règles particulières de présentation concernant certains types d'actes

.../...

#### Dépassements liés au parcours coordonné de soins

Selon le contexte du parcours de soins, certains Professionnels de Santé sont autorisés, selon leur code conventionnel, leur **adhésion au contrat d'accès aux Soins contrat tarifaire** et suivant que le bénéficiaire bénéficie de la CMU-C ou non, à facturer un Dépassement Autorisé (DA).

Il est possible de cumuler un DA avec un dépassement pour « Entente Directe » (ED).

#### Dépassements prévus selon les contextes du parcours de soins, le Professionnel de Santé et le bénéficiaire :

##### A0-T2 : Table des dépassements selon le contexte du parcours de soins

.../...

Pour les contextes du parcours de soins avec lesquels le dépassement DA compatible, le détail des compatibilités en fonction du Professionnel de Santé et du bénéficiaire sont décrites dans le tableau ci-après :

##### A0-T2bis : Table des dépassements du parcours de soins selon le PS et le bénéficiaire

PS			DANS le parcours	HORS parcours				
			Bénéficiaire	Bénéficiaire				
	Code convention	Contrat tarifaire PS d'Accès aux soins	en CMU-C ou hors CMU-C	hors CMU-C	en CMU-C			
non conventionné	0	Non	non	non				
secteur I (sans DP)	1	Non	non	DA si spécialité différente de 01, 22, 23	non			
				DA+ED si spécialité 18, 44, 45, 69	non			
secteur I avec DP n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès au Soins à un contrat tarifaire PS	2	Non		non	non	non		
		Oui						
secteur II n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès au Soins à un contrat tarifaire PS	3	Non	non				non	non
		Oui						

.../...



.../...

B5.3

### § 2.4.21.1.12 Spécificités Codes prestation « réservés PS »

Si le code prestation saisi par le Professionnel de Santé relève du groupe fonctionnel général « réservé PS » (cf. table 1 de l'annexe2), ce code prestation ne doit pas être transmis dans la facture :

- Il est utilisé pour toutes les règles de facturation,
- Il est remplacé dans le groupe 1610 par son code de remplacement associé qui se trouve dans la donnée « groupe fonctionnel détail » en table 1 de l'annexe2 :
  - pour l'appel au service SSV\_FormaterFacture
  - pour l'appel aux fonctions du module STS

### § 2.4.21.2

#### 1610 Groupe Prestation

3. .../...	.../...
4. Code prestation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hors CCAM :           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Code prestation connu par l'Assurance Maladie (cf. Annexe 2 : table 1) hors indemnités de déplacement (groupe fonctionnel de niveau général « Indemnité de déplacement »)</li> <li>○ Code prestation saisi par le PS : voir spécificités §2.4.21.1.10</li> <li>○ Code prestation réservé PS : voir spécificités §2.4.21.1.12</li> <li>○ Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5</li> <li>○ Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1-A3</li> <li>○ Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8</li> <li>○ Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1-A3</li> </ul> </li> <li>• CCAM : code regroupement (cf. règle CC7)</li> </ul>
5. .../...	.../...

.../...

B5.3

### 3.3.4 Impacts A1-A2

.../...

#### § 8.1 Interface en entrée

.../...

##### Contenu de la zone d'échange de la facture

Le progiciel doit transmettre tous les groupes de données liées à la facture à calculer c'est-à-dire ceux constitués en fonction des règles mentionnées dans l'annexe 1-A1.

Des remarques sont à apporter pour les groupes suivants :

#### 1321 Groupe *Organisme Complémentaire*

Pour une complémentaire en flux direct, le type de service AMC (position 3 du champ « données AMC zone 2 ») est obligatoire. Ce champ doit être totalement valorisé avant sa transmission au STS. Le mode de tarification complémentaire doit être sélectionné par le Professionnel de Santé (tiers payant AMC, hors tiers payant AMC).

#### 1610 Groupe *Prestation*

Si le PS saisit un code prestation « réservé PS », le code prestation transmis aux STS correspond au code de remplacement associé (cf. A1-A0 § 2.4.21.1.12 Spécificités Codes prestation « réservés PS »).

Le montant théorique remboursable par l'AMC peut être préalablement renseigné soit parce qu'il a déjà été calculé soit parce qu'il a été renseigné par le Professionnel de Santé.

#### 1620 Groupe *Prestation IFD*

Le montant théorique remboursable par l'AMC peut être préalablement renseigné soit parce qu'il a déjà été calculé soit parce qu'il a été renseigné par le Professionnel de Santé.

#### 1630 Groupe *Prestation IK*

Le montant théorique remboursable par l'AMC peut être préalablement renseigné soit parce qu'il a déjà été calculé soit parce qu'il a été renseigné par le Professionnel de Santé.

#### 1440 Groupe *Forçage niveau facture*

Compléter selon les règles de forçage décrites dans l'annexe 1-A.

#### 1450 Groupe *Module de tarification complémentaire*

Si le groupe a été restitué en sortie d'un premier appel, il doit alors être transmis en entrée lors d'un second appel...

#### 2000 Groupe *Forçage AMO niveau acte*

Compléter selon les règles de forçage décrites dans l'annexe 1-A.

#### 2010 Groupe *Forçage AMC niveau acte*

Compléter selon les règles de forçage décrites dans l'annexe 1-A.

#### 2020 Groupe *Base de remboursement théorique AMO*

Transmis au STS pour toutes les familles de Professionnel de Santé

...

## 4 Impacts dans le Référentiel « Dispositif Intégré »

### 4.1 Synthèse des impacts



Les tableaux de synthèse ci-après reprennent les impacts détaillés pour chaque besoin au §2 ci-avant et les présentent pour chaque document, dans l'ordre du document.

Documents	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
<b>rh-integ-dsf-020 specification partie 1</b>	§4.1.1.1.3.2	Rubrique « <b>Déclaration médecin traitant</b> » : Ajouter la présentation de la possibilité de déclarer un MT pour les moins de 16 ans, en référence à la nouvelle convention médicale 2016.	B7
	§4.1.1.1.3.3	Ajout de la présentation des contrats OPTAM et OPTAM-CO remplaçant le CAS dans le cadre de la convention médicale 2016	B1.2
	§4.1.1.2.7	Intégrer la FI 419 : ajouter les rubriques : « Examens médicaux relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans » « Examens de biologie médicale relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans »	B6.2
		Ajouter la spécificité de la CCP et plus largement des soins pris en charge de base à 100% : le PS ne saisit pas le code justificatif d'exonération 3.	B6.3
	§4.1.1.3.2	Schéma SR1 : ajout des règles R1bis	B3.2
	§4.1.1.3.7.1	remplacement « adhésion au CAS » par « contrat tarifaire PS »	B1.2
	§4.1.1.3.8.2.6	Schéma SP1 : ajout de la règle P3	B3.2
	§4.1.1.3.8.2.6	Schéma SP1 : ajout de la règle P4	B4.3
	§4.1.1.3.9.1	Ajout du forçage de la table 2bis et des règles R1bis et P3	B3.2
	§4.1.1.3.9.1	Ajout du forçage de la règle P4	B4.3
	§4.1.1.4.1.2	remplacement « adhésion au CAS » par « contrat tarifaire PS »	B1.2
	§4.1.1.4.1.6	Ajouter le cas particulier des factures élaborées à partir de codes prestation « réservés PS » »	B5.3
	§4.1.1.4.2.2	remplacement « adhésion au CAS » par « contrat tarifaire PS »	B1.2
	§4.1.1.4.2.6	Ajouter le cas particulier des factures élaborées à partir de codes prestation « réservés PS » »	B5.3
	§4.1.1.6.3	Ajouter le cas particulier des factures élaborées à partir de codes prestation « réservés PS » »	B5.6
	§4.1.1.6.3	Ajouter les consignes recherche et consultation des factures à prestations réservées PS	B5.7
§4.1.1.6.3	Ajouter le paramétrage de la durée de sauvegarde des factures à prestations réservées PS	B5.8	

	§A4-1	remplacement « adhésion au CAS » par « contrat tarifaire PS »	B1.2
<b>rh-integ-dsf-020 specification partie 2</b>	§4.7	Ajout des abréviations OPTAM et OPTAM-CO Ajout de la définition de « contrat tarifaire PS »	B1.2
<b>rh-integ-dsf-034 annexe10 gestion AMC</b>	§3	Ajouter le cas particulier des factures élaborées à partir de codes prestation « réservés PS »	B5.3
<b>rh-integ-dsf-022</b>		voir paragraphe 3.2.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	
<b>rh-integ-dsf-022b</b>		voir paragraphe 3.2.2 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification – Partie Tables»	

## 4.2 Détail des impacts

### 4.2.1 Rh-integ-dsf-020 specifications de l'application partie 1

.../...

B7

#### §4.1.1.1.3.2 Parcours de soins

##### Professionnels non concernés

La liste des professionnels de santé non concernés par le parcours de soins est spécifiée dans la table 15.1 de l'annexe 2.

##### Médecin traitant

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

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

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

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

.../...

B1.2

#### §4.1.1.1.3.3 Données professionnel de santé non contenues en carte

Adhérent au CAS Contrat Tarifaire PS

(FAC\_PS\_CONTARPSADHCAS)

##### Convention médicale 2005

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

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

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

##### Convention médicale 2011

L'avenant 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011 introduit la mise en place d'un Contrat d'Accès aux Soins pour les médecins de secteur 2 et les médecins de secteur 1 DP (droit à dépassement permanent) et supprime l'option de coordination.

### **Convention médicale 2016**

Un des objectifs de la convention médicale 2016 est de poursuivre la maîtrise des dépassements d'honoraires et améliorer l'accès aux soins, en rénovant le contrat d'accès aux soins (CAS) mis en place dans le cadre de l'avenant 8 de la précédente convention.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maitrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maitrisée pour les Chirurgiens – Obstétriciens) remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

L'OPTAM & l'OPTAM-CO relèvent de principes communs au CAS.

Ces options concernent les médecins de secteur 2 ou secteur 1 DP. Par exception, elles concernent également par dérogation les médecins en secteur 1 installés avant le 1er janvier 2013 et qui disposent des titres pour accéder au secteur 2.

L'OPTAM peut être souscrite par tous les médecins quelle que soit leur spécialité.

L'OPTAM CO peut être souscrite par les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes sous l'appellation "acte de chirurgie" ou "acte d'obstétrique" dans l'année précédente. Pour les médecins nouveaux installés ce seuil ne s'applique pas.

Certaines règles spécifiques de ce cahier des charges dépendent de l'adhésion du Professionnel de Santé à un contrat tarifaire avec l'AMO : soit l'OPTAM soit l'OPTAM-CO au contrat d'accès aux soins (CAS).

Or cette information ne figure pas sur la carte CPS. En conséquence il est nécessaire que le dispositif intégré la connaisse, et pour cela il convient de prévoir la saisie de cette information par le médecin au minimum une fois au préalable de la constitution des factures.

Ce paramétrage concerne les médecins de secteur 1 DP et de secteur 2.

Le « contrat tarifaire PS » correspond à l'une des valeurs suivantes :

- OPTAM,
- OPTAM-CO,

Aucun (Pas de contrat)

Pour les médecins de secteur 1, le dispositif positionne par défaut cette information à « sans objet » (valeur blanc) - « Aucun ». Cependant le médecin doit pouvoir la modifier en cas d'adhésion à un contrat tarifaire au CAS.

~~Cette donnée~~ L'information de l'adhésion à un contrat tarifaire est transmise dans les factures.

.../...

Données	Identifiant	Familles de PS <sup>1</sup>						N° GROUPE- N° CHAMP Table Tarification n
		ER	AM	PH	LB	FR	CS	
N° de facturation du PS titulaire	FAC_PS_NUM- IDFACPS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1120-1
Clé du N° de facturation du PS titulaire	FAC_PS_CLE-IDFACPS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1120-2
Code conventionnel du PS titulaire	FAC_PS_COD-CONV	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1120-5
Code spécialité du PS titulaire	FAC_PS_COD-SPEC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1120-6
Code zone tarifaire	FAC_PS_COD-Z-TAR	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1120-7
Code zone IK	FAC_PS_COD-Z-IK	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1120-8
Code agrément 1	FAC_PS_COD-AGR1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1120-9
Code agrément 2	FAC_PS_COD-AGR2	✗	✗	✗	✗	✗	✗	1120-10
Code agrément 3	FAC_PS_COD-AGR3	✗	✗	✗	✗	✗	✗	1120-11
Condition d'exercice	FAC_PS_COND_EXE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1120-12
N° de facturation du PS remplaçant	FAC_REMP_IDENT	☞					☞	1150-1
Clé du N° de facturation du PS remplaçant	FAC_REMP_IDENT_CL E	☞					☞	1150-2
Caisse de rattachement PS titulaire	FAC_PS_CAIS_RAT	✓					✓	3500-1
<del>Adhérent au CAS</del> Contrat Tarifaire PS	FAC_PS_CONTARPSA DHGAS	☞					☞	1180-7

.../...

6.2

#### §4.1.1.2.7 Absence de la carte Vitale

##### Délivrance de Contraceptif d'urgence

.../...

##### Délivrance de Contraceptif hors urgence

.../...

##### Examens médicaux

L'article 64 de la LFSS supprime la participation de l'assuré pour les frais relatifs aux consultations et examens de laboratoires établis en vue d'une prescription contraceptive pour les mineures d'au moins 15 ans.

<sup>1</sup> ER : Prescripteurs ; AM : Auxiliaires médicaux ; PH : pharmaciens ; LB : Laboratoires ; CS : Centres de santé

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

---

### ***Examens médicaux relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans***

Lors de la facturation d'examens médicaux relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans, le médecin, la sage-femme ou l'infirmier réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- NIR :
  - soit le NIR de la bénéficiaire, si celle-ci ne souhaite pas bénéficier de la confidentialité ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. §3.5 et § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement de la bénéficiaire ;
  - soit un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la bénéficiaire.  
Dans ce cas :
    - le NIR prend la valeur **2 55 55 55 xxx 042**, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de rattachement du PS ;
    - la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif,
    - la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de rattachement du PS ;
    - la FSE est sécurisée en mode **dégradé**,
  - date de naissance : la date de naissance exacte du bénéficiaire.

Ces examens doivent faire l'objet d'une facturation isolée d'autres examens non relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans.

Ces examens médicaux sont pris en charge à 100% par l'AMO : pour cela le PS renseigne le code justificatif d'exonération à la valeur **3** : « **Soins Particuliers Exonérés** », hormis pour les soins pris en charge de base à 100% (exemple : consultation CCP).

Le PS est tenu d'appliquer le tiers payant. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

---

### ***Examens de biologie médicale relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans***

Lors de la facturation d'examens de biologie médicale relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans, le laboratoire réalisera une Feuille de Soins Electronique comportant :

- NIR :
  - soit le NIR de la bénéficiaire, si celle-ci ne souhaite pas bénéficier de la confidentialité ; dans ce cas la FSE est réalisée suivant le fonctionnement nominal (cf. §3.5 et § 4.2.1.1) et donc transmise à l'organisme de rattachement de la bénéficiaire ;
  - soit un NIR fictif, afin d'assurer la confidentialité de la bénéficiaire.  
Dans ce cas :
    - le NIR prend la valeur **2 55 55 55 xxx 042**, où xxx représente le numéro de la caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CPAM) de rattachement du laboratoire ;
    - la clé du NIR est calculée à partir du NIR fictif,



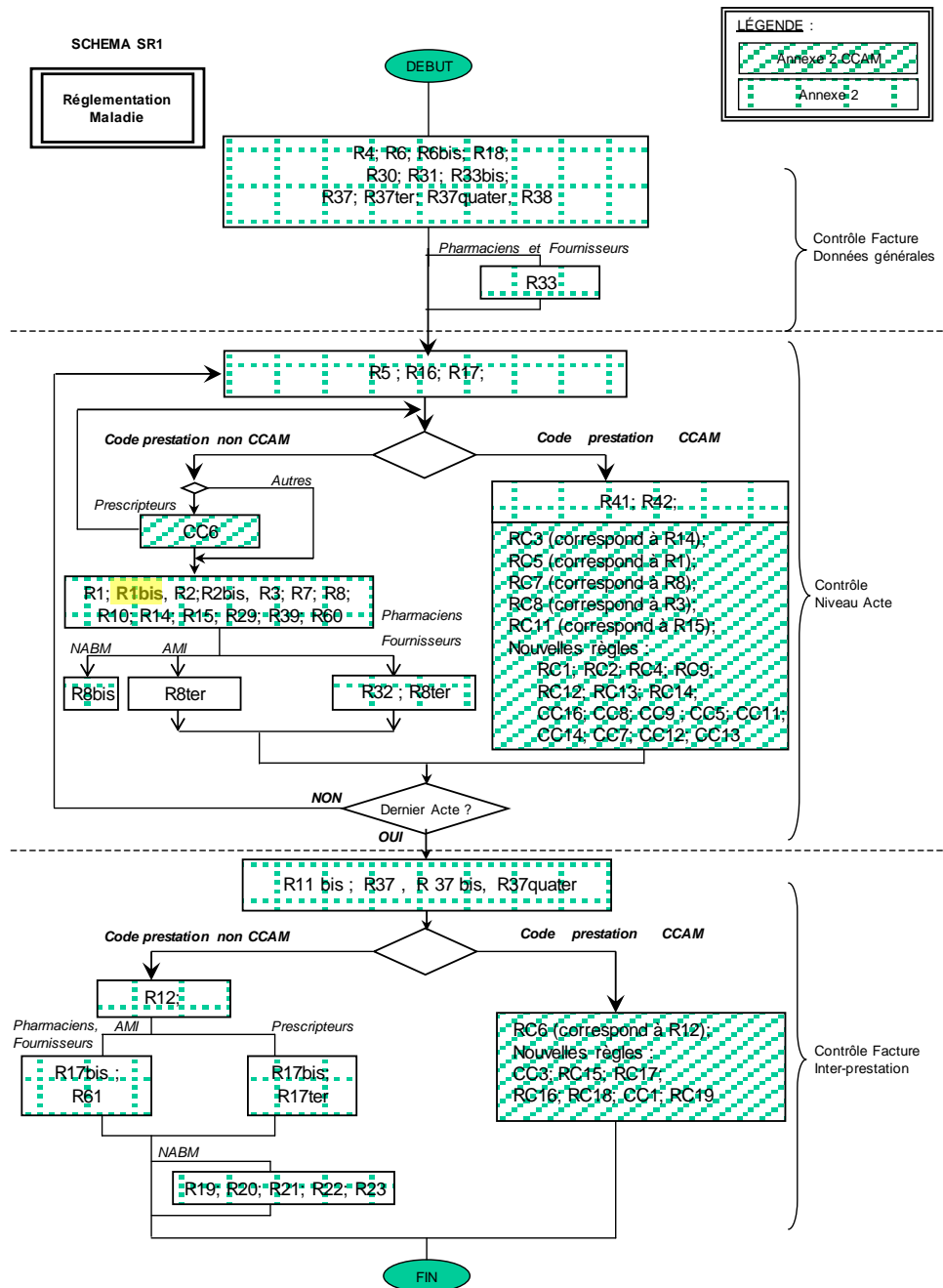
- la FSE sera transmise directement à la CPAM (régime 01) de rattachement du laboratoire ;
- la FSE est sécurisée en mode **SESAM sans Vitale**,
- date de naissance : la date de naissance exacte du bénéficiaire (renseignée à partir de la prescription),
- informations prescripteur : renseignées à partir de la prescription (pas de spécificité).

Ces examens doivent faire l'objet d'une facturation isolée des autres examens de biologie éventuellement mentionnés sur la prescription.

Ces examens sont pris en charge à 100% par l'AMO : pour cela le PS renseigne le code justificatif d'exonération à la valeur **3** : « **Soins Particuliers Exonérés** ».

Le PS est tenu d'appliquer le tiers payant. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance de frais.

§4.1.1.3.2 Schéma SR1 : Réglementation Maladie



.../...

B1.2

#### §4.1.1.3.7.1 Règles de saisie des lignes de factures

##### Dépassements liés au parcours coordonné de soins

Selon le contexte du parcours de soins, certains Professionnels de Santé sont autorisés, selon leur code conventionnel et le contrat tarifaire PS l'adhésion au CAS et suivant que le bénéficiaire bénéficie de la CMU-C ou non, à facturer soit un Dépassement Autorisé (DA).

Il est possible de cumuler un DA avec un dépassement pour « Entente Directe » (ED).

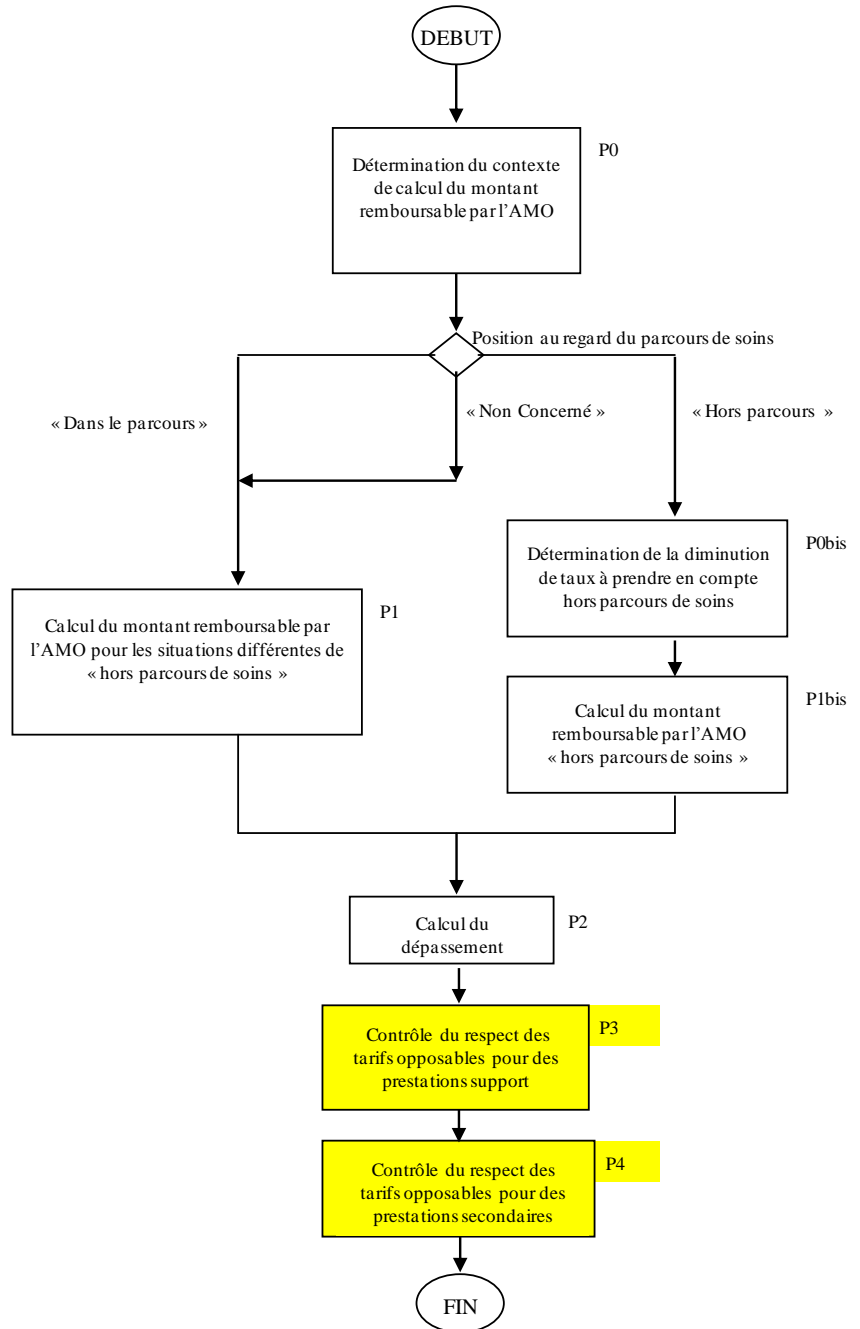
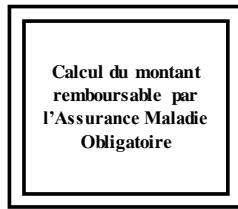
.../...

**A0-T2bis : Table des dépassements du parcours de soins selon le PS et le bénéficiaire**

PS			DANS le parcours	HORS parcours					
			Bénéficiaire	Bénéficiaire					
	Code convention	Contrat tarifaire PS d'Accès aux soins	en CMU-C ou hors CMU-C	hors CMU-C	en CMU-C				
non conventionné	0	Non	non	non					
secteur I (sans DP)	1	Non	non	▪ DA si spécialité différente de 01,22,23	non				
				▪ DA+ED si spécialité 18,44,45, 69	non				
secteur I avec DP n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès au Soins	2	Non		non	non	non			
		Oui							
secteur II n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès au Soins	3	Non					non	non	non
secteur II ayant adhéré au Contrat d'Accès au Soins		Oui							

§4.1.1.3.8.2.6 Détermination du montant remboursable par AMO

SCHEMA SP1



.../...

B3.2+B4.3

#### §4.1.1.3.9.1 Forçage des éléments de tarification hors CCAM

##### Principes

La création d'un nouvel acte ou la modification des attributs du code prestation sont considérés comme un forçage.

Ce forçage ne concerne pas les prestations de type honoraire générées par le système de facturation : pour toute prestation de type honoraire (cf. **rh-integ-dsf-22b** Annexe 2 – Table 1 - Groupe fonctionnel général), aucune information de la prestation ne doit être modifiable (forçable) par le Professionnel de Santé.

##### Données forcées

##### Forçage des données de la facture pour une prestation Hors CCAM

Les données de la facture qui peuvent être « forcées » par le Professionnel de Santé sont présentées dans le tableau suivant avec, en regard, la table de l'annexe2 dans laquelle ces données sont spécifiées.

Données forçables Hors CCAM	Table de l'annexe 2	Valeur indicateur
• la nature de prestation ou code de l'acte	table 1	A
• les caractéristiques du code prestation (type de prestation, type de nomenclature, groupe fonctionnel ou top codage affiné) <b>Attention</b> : pour toute prestation de la table 1, la donnée « origine prestation » n'est pas une donnée forçable.	table 1	C
• la compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance	table 4	C
• .../...	.../...	.../...
• la compatibilité de l'acte avec la spécialité du Professionnel de Santé	table 2	C
• la compatibilité de l'acte avec le contexte conventionnel du Professionnel de Santé (règle R1bis) dans le respect des tarifs opposables (règles P3 et P4) s'il y a lieu	table 2bis	C
• la compatibilité de l'acte avec la qualité du bénéficiaire	table 3	C
• .../...	.../...	.../...

.../...

B1.2

#### §4.1.1.4.1.2 Mise en forme du type 2S

L'entité Type 2S est présente dans la feuille de soins lorsqu'une des données qu'il contient doit être renseignée.

Type 2S (FSE)	Définition ou Règle de gestion
.../...	.../...
Indicateur du parcours de soins	Si renseignée, prendre FAC_IPS sinon valeur par défaut
Adhésion au CAS Top contrat tarifaire PS	Si renseignée, prendre FAC_PS_ADHCAS sinon valeur par défaut- si FAC_PS_CONTARPS = OPTAM OU OPTAM-CO ALORS renseigner à O sinon valeur par défaut
.../...	.../...

.../...

B5.3

#### §4.1.1.4.1.6 Mise en forme du type 4A

.../...

Type 4A (FSE)	Définition ou règle de gestion
.../...	.../...
Code Acte	<p>Prest NGAP : concaténation de PREST_CODE_ NGAP(*) et PREST_COMP_CODE</p> <p>(*) si PREST_COD_NGAP relève du groupe fonctionnel général « réservé PS » ((cf. table 1 de l'annexe 2 (rh-integ-dsf-022b) ), ce code doit être remplacé par son code de remplacement associé (PREST_COD_NGAP_T) qui se trouve dans la donnée « groupe fonctionnel détail » en table 1 de l'annexe 2 (rh-integ-dsf-022b) pour la mise en forme de la facture. Attention, le code prestation et son code de remplacement doivent être conservés en tant que données constitutives de la facture. (voir les règles particulières d'archivage).</p> <p>Prest CCAM : PREST_REGROU_COD</p> <p>ID : ID_CODE</p> <p>IK : IK_CODE</p>
.../...	.../...

.../...

B1.2

#### §4.1.1.4.2.2 Mise en forme du type 2S

L'entité Type 2S est présente dans la DRE lorsqu'une des données qu'il contient doit être renseignée.

Type 2S (FSE)	Définition ou Règle de gestion
.../...	.../...
Indicateur du parcours de soins	Si renseignée, prendre FAC_IPS sinon valeur par défaut
Adhésion au CAS Top contrat tarifaire PS	Si renseignée, prendre FAC_PS_ADHCAS sinon valeur par défaut si FAC_PS_CONTARPS = OPTAM OU OPTAM-CO ALORS renseigner à 0 sinon valeur par défaut
.../...	.../...

.../...

B5.3

#### §4.1.1.4.2.6 Mise en forme du type 4A

.../...

Type 4A (FSE)	Définition ou règle de gestion
.../...	.../...
Code Acte	<p>Prest NGAP : concaténation de PREST_CODE_NGAP(*) et PREST_COMP_CODE</p> <p>(*) si PREST_COD_NGAP relève du groupe fonctionnel général « réservé PS » ((cf. table 1 de l'annexe 2 (rh-integ-dsf-022b) ), ce code doit être remplacé par son code de remplacement associé (PREST_COD_NGAP_T) qui se trouve dans la donnée « groupe fonctionnel détail » en table 1 de l'annexe 2 (rh-integ-dsf-022b) pour la mise en forme de la facture. Attention, le code prestation et son code de remplacement doivent être conservés en tant que données constitutives de la facture. (voir les règles particulières d'archivage).</p> <p>Prest CCAM : PREST_REGROU_COD</p> <p>ID : ID_CODE</p> <p>IK : IK_CODE</p>
.../...	.../...

.../...

B5.6

#### §4.1.1.6.3 Sauvegarde des éléments constitutifs de la facture

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

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

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

#### **Cas particulier des factures issues de codes prestation « réservés PS »**

##### **Sauvegarde des factures**

Toute facture élaborée à partir d'un ou plusieurs codes prestation « réservés PS » doit être sauvegardée pendant une durée spécifique. Cette durée correspond à la donnée EF\_AP09\_01.

Le code prestation saisi par le PS pour l'élaboration de la facture et le code transmis dans la facture font partie des éléments constitutifs de la facture.

Cependant le code prestation saisi par le PS ne doit en aucun cas être restitué en dehors de la fonctionnalité de restitution décrite ci-après.

##### • **Durée de sauvegarde**

Le dispositif intégré doit permettre au Professionnel de Santé de modifier la durée de sauvegarde des factures à prestations réservées PS.

Par défaut cette durée est de 36 mois.

##### **Recherche**

Le dispositif intégré doit permettre de réaliser une recherche multi critères, a minima selon les critères suivants :

- N° de facture (FAC\_NOFAC)
- Date de la facture ou période de date de facture (FAC\_DT\_FACT)
- NIR de l'assuré (FAC\_BEN\_NIR-ASS + FAC\_BEN\_CLE\_ASS)
- NIR du bénéficiaire (FAC\_BEN\_NIR-CER+ FAC\_BEN\_CLE-NIRC)
- Date de naissance du bénéficiaire (FAC\_BEN\_NAI-BEN)
- Rang de naissance du bénéficiaire (BEN\_RNG)
- Code régime de la facture (FAC\_COD-REG)
- Caisse gestionnaire de la facture (FAC\_COD-CAIS)
- Centre gestionnaire de la facture (FAC\_COD-CENTRE)
- Période de dates de soins (PREST\_DT\_EXEC)
  - Code prestation saisi par le PS (PREST\_COD\_NGAP)
  - Code de remplacement transmis (PREST\_COD\_NGAP\_T)





- **Restitution**

Pour chaque facture trouvée par la recherche précédente, le système de facturation doit restituer les éléments suivants :

- N° de facture (FAC\_NOFAC)
- Date de la facture (FAC\_DT\_FACT)
- NIR de l'assuré (FAC\_BEN\_NIR-ASS + FAC\_BEN\_CLE\_ASS)
- NIR du bénéficiaire (FAC\_BEN\_NIR-CER+ FAC\_BEN\_CLE-NIRC)
- Date de naissance du bénéficiaire (FAC\_BEN\_NAI-BEN)
- Rang de naissance du bénéficiaire (BEN\_RNG)
- Code régime de la facture (FAC\_COD-REG)
- Caisse gestionnaire de la facture (FAC\_COD-CAIS)
- Centre gestionnaire de la facture (FAC\_COD-CENTRE)
- Pour chaque prestation de la facture :
  - Code prestation saisi par le PS (PREST\_COD\_NGAP)
  - Code de remplacement transmis (PREST\_COD\_NGAP\_T)
  - Date des soins (PREST\_DT\_EXEC)

Le dispositif intégré doit permettre un export sous format csv de ces éléments, dans l'ordre énuméré ci-dessus.

.../...

B1.2

**§A4-1****Préparation du poste de travail du PS remplacé**

.../...

Le dispositif intégré doit permettre au Professionnel de Santé titulaire (remplacé) :

► la copie et la mémorisation sur le poste de travail de l'ensemble des informations de facturation du Professionnel de Santé titulaire (remplacé), et cela pour toutes les situations de facturation du Professionnel de Santé remplacé.

- le mode d'exercice,
- le type d'identification de la structure,
- le numéro d'identification de la structure et sa clé,
- la raison sociale de la structure,
- le numéro d'identification de facturation et sa clé,
- le code conventionnel,
- le code spécialité,
- le code zone tarifaire,
- le code zone IK,
- le code agrément 1, 2 et 3.
- Caisse de rattachement
- ~~Adhérent au CAS~~ Contrat tarifaire PS

## 4.2.2 Rh-integ-dsf-020 specifications de l'application partie 2

### §4.7 Glossaire

.../...	.../...
.../...	.../...
<b>Contrat tarifaire PS</b>	Ce contrat correspond aux pratiques tarifaires sur lesquelles le PS s'engage auprès de l'Assurance Maladie
.../...	.../...
<b>Opérateur de diffusion LOI</b>	Intermédiaire entre le distributeur d'Opposition et le progiciel pour la diffusion de la liste LOI. (Editeurs ou OCT)
<b>OPTAM</b>	<i>Option Pratique TARifaire Maitrisée</i>
<b>OPTAM-CO</b>	<i>Option Pratique TARifaire Maitrisée pour les Chirugiens – Obstétriciens</i>
<b>Ordonnance médicale</b>	Document réalisé par un prescripteur permettant soit la délivrance de médicaments et/ou de produits de la LPP soit l'exécution d'actes par un auxiliaire médical. L'ordonnance est également appelée la prescription médicale.
.../...	.../...
.../...	.../...

## 4.2.3 Rh-integ-dsf-034 annexe 10 gestion amc

.../... B5.3

### §3 Tarification complémentaire

.../...

Cette fonction débute par une phase de contrôle et ensuite, en fonction du niveau d'information fourni par le PS, procède soit à l'assistance du PS (en restituant la liste des formules) soit au calcul des montants AMC.

#### **Les données utilisables par la fonction « Tarification complémentaire »**

- les données de la carte CPS,
- les données de la carte Vitale,
- les données issues du support AMC,
- les données de la facture,

pour chaque ligne de prestation de type NGAP : si le code prestation (PREST\_CODE) relève du groupe fonctionnel général « réservé PS » ((cf. table 1 de l'annexe 2 (rh-integ-dsf-022b)), ce code doit être remplacé par son code de remplacement associé qui se trouve dans la donnée « groupe fonctionnel détail » en table 1 de l'annexe 2 (rh-integ-dsf-022b) pour la tarification complémentaire.

les données utiles pour la tarification AMC,

éventuellement, les informations liées à la formule souhaitée (No et paramètres).

## 5 Impacts dans le Référentiel « TLA »

### 5.1 Synthèse des impacts



Les tableaux de synthèse ci-après reprennent les impacts détaillés pour chaque besoin au §2 ci-avant et les présentent pour chaque document, dans l'ordre du document.

Documents	Partie impactée	Nature de l'impact/ Commentaire	Besoin
<b>rh-tla-dsf-002</b> <b>application</b> <b>TLA</b>	§4.1.11.2	Ajout de la présentation des contrats OPTAM et OPTAM-CO remplaçant le CAS dans le cadre de la convention médicale 2016	B1.2
	§4.1.14	<b>Rubrique « Déclaration médecin traitant » :</b> Ajouter la présentation de la possibilité de déclarer un MT pour les moins de 16 ans, en référence à la nouvelle convention médicale 2016.	B7
<b>rh-tla-dsf-003</b> <b>élaboration</b> <b>FSE visite</b>	§2.3.2	Schéma SR1 : ajout des règles R1bis	B3.2
	§2.3.7.1	remplacement « adhésion au CAS » par « contrat tarifaire PS »	B1.2
	§2.3.7.2.2.6	Schéma SP1 : ajout de la règle P3	B3.2
	§2.3.7.2.2.6	Schéma SP1 : ajout de la règle P4	B4.3
	§2.3.7.3.1	Ajout du forçage de la table 2bis et des règles R1bis et P3	B3.2
	§2.3.7.3.1	Ajout du forçage de la règle P4	B4.3
	§2.3.8.1.2	remplacement « adhésion au CAS » par « contrat tarifaire PS »	B1.2
	§2.3.8.1.6	Ajouter le cas particulier des factures élaborées à partir de codes prestation « réservés PS » »	B5.3
§Annexe 3	remplacement « adhésion au CAS » par « contrat tarifaire PS »	B1.2	
<b>rh-integ-dsf-022</b>		voir paragraphe 3.2.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	
<b>rh-integ-dsf-022b</b>		voir paragraphe 3.2.2 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification – Partie Tables»	

## 5.2 Détail des impacts

### 5.2.1 Rh-tla-dsf-002 application TLA

.../...

B1.2

#### §4.1.11.2 Paramétrage du **top Adhérent au CAS** **contrat tarifaire PS**

**Adhérent au CAS** **contrat tarifaire PS**  
**CONTARPS**

**ADH-CAS**

#### **Convention médicale 2011**

L'avenant 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011 introduit la mise en place d'un Contrat d'Accès aux Soins pour les médecins de secteur 2 et les médecins de secteur 1 DP (droit à dépassement permanent) et supprime l'option de coordination.

#### **Convention médicale 2016**

Un des objectifs de la convention médicale 2016 est de poursuivre la maîtrise des dépassements d'honoraires et améliorer l'accès aux soins, en rénovant le contrat d'accès aux soins (CAS) mis en place dans le cadre de l'avenant 8 de la précédente convention.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maitrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maitrisée pour les Chirurgiens – Obstétriciens) remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

L'OPTAM & l'OPTAM-CO relèvent de principes communs au CAS.

Ces options concernent les médecins de secteur 2 ou secteur 1 DP. Par exception, elles concernent également par dérogation les médecins en secteur 1 installés avant le 1er janvier 2013 et qui disposent des titres pour accéder au secteur 2.

L'OPTAM peut être souscrite par tous les médecins quelle que soit leur spécialité.

L'OPTAM CO peut être souscrite par les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes sous l'appellation "acte de chirurgie" ou "acte d'obstétrique" dans l'année précédente. Pour les médecins nouveaux installés ce seuil ne s'applique pas.

~~Cette donnée est valorisée à 'O' dans le cas où le PS opte pour le Contrat d'accès aux soins (Adhérent au CAS activé), et à blanc (0x20) dans le cas contraire (Adhérent au CAS non activé).~~

Le « contrat tarifaire PS » correspond à l'une des valeurs suivantes :

- OPTAM,
- OPTAM-CO,

Aucun (Pas de contrat)

La règle permettant de déterminer si le PS est concerné par le parcours de soins est décrite dans le paragraphe 4.1.13.

Ce paramétrage concerne les médecins de secteur 1 DP et de secteur 2.

Pour les médecins de secteur 1, le TLA positionne par défaut cette information à « sans objet » (valeur 0x20) « Aucun ». Cependant le médecin doit pouvoir la modifier en cas d'adhésion à un contrat tarifaire au CAS.

L'adhésion au CAS est considérée comme activée si sa valeur est 'O'.

Dans le cas d'un PS médecin concerné par le parcours de soins, et dont le code conventionnel prend la valeur 2 ou 3, alors :

- Si l'adhésion au CAS est activée pour la situation sélectionnée, le TLA propose au PS de la désactiver. Si le PS accepte, l'adhésion au CAS doit être valorisée à blanc (0x20). Si le PS refuse, l'adhésion au CAS reste initialisée à 'O'.
- Si l'adhésion au CAS n'est pas activée pour la situation sélectionnée, le TLA propose au PS de l'activer. Si le PS accepte, l'adhésion au CAS doit être valorisée à 'O'. Si le PS refuse, l'adhésion au CAS reste initialisée à blanc (0x20).

Le TLA réduit n'est pas concerné par le paramétrage de cette donnée.

.../...

B7

#### §4.1.14

#### Médecin traitant

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

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

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

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

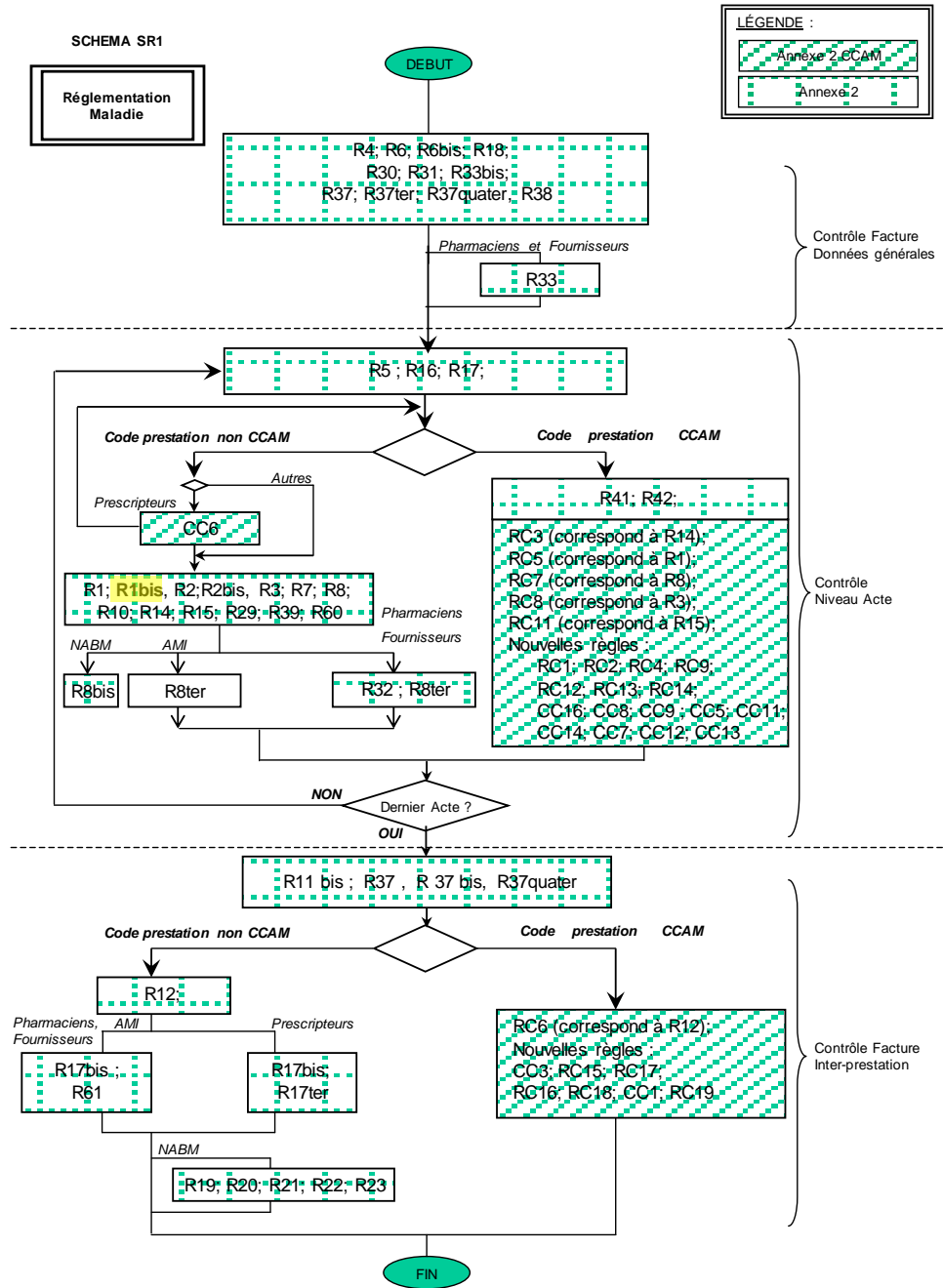
.../...

5.2.2 Rh-tla-dsf-003 application TLA-Elaboration FSE visite

.../...

B3.2

§2.3.2 Schéma SR1 : Réglementation Maladie



.../...

B1.2

**§2.3.7.1 Règles de saisie des lignes de factures**

Dépassements liés au parcours coordonné de soins

Selon le contexte du parcours de soins, certains Professionnels de Santé sont autorisés, selon leur code conventionnel et le contrat tarifaire PS l'adhésion au CAS et suivant que le bénéficiaire bénéficie de la CMU-C ou non, à facturer soit un Dépassement Autorisé (DA).

Il est possible de cumuler un DA avec un dépassement pour « Entente Directe » (ED).

.../...

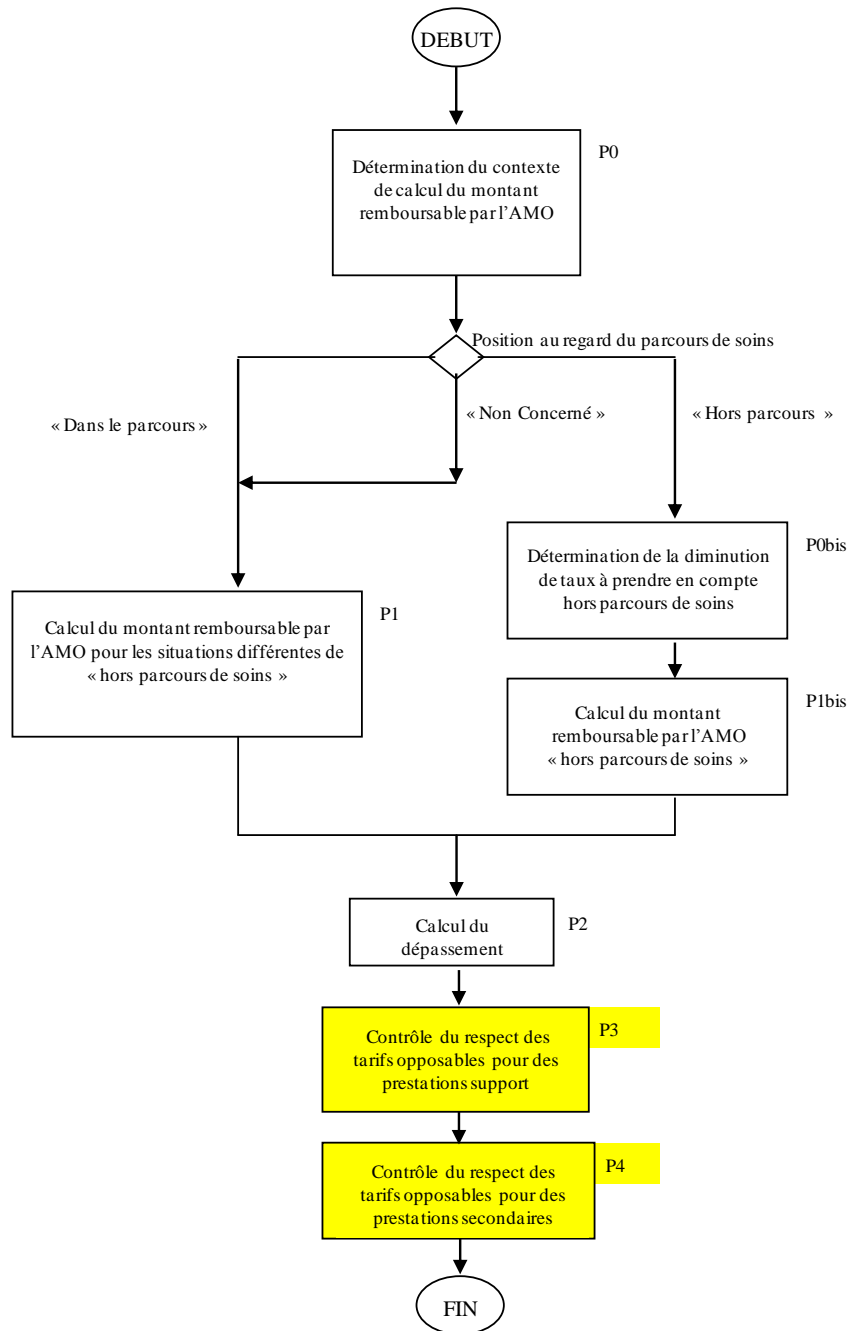
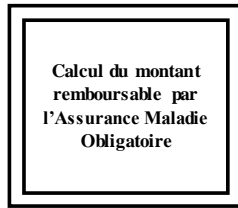
**A0-T2bis : Table des dépassements du parcours de soins selon le PS et le bénéficiaire**

PS			DANS le parcours	HORS parcours					
			Bénéficiaire	Bénéficiaire					
	Code convention	Contrat tarifaire PS d'Accès aux soins	en CMU-C ou hors CMU-C	hors CMU-C	en CMU-C				
non conventionné	0	Non	non	non					
secteur I (sans DP)	1	Non	non	▪ DA si spécialité différente de 01,22,23	non				
				▪ DA+ED si spécialité 18,44,45, 69	non				
secteur I avec DP n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès au Soins	2	Non		non	non	non			
		Oui							
secteur II n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès au Soins	3	Non					non	non	non
secteur II ayant adhéré au Contrat d'Accès au Soins		Oui							



§2.3.7.2.2.6 Détermination du montant remboursable par AMO

SCHEMA SP1



.../...

B3.2+B4.3

### §2.3.7.3.1 Forçage des éléments de tarification hors CCAM

#### Principes

La création d'un nouvel acte ou la modification des attributs du code prestation sont considérés comme un forçage.

#### Données forcées

#### Forçage des données de la facture pour une prestation Hors CCAM

Les données de la facture qui peuvent être « forcées » par le Professionnel de Santé sont présentées dans le tableau suivant avec, en regard, la table de l'annexe2 dans laquelle ces données sont spécifiées.

Données forçables Hors CCAM	Table de l'annexe 2	Valeur indicateur
<ul style="list-style-type: none"> <li>la nature de prestation ou code de l'acte</li> </ul>	table 1	A
<ul style="list-style-type: none"> <li>les caractéristiques du code prestation (type de prestation, type de nomenclature, groupe fonctionnel ou top codage affiné) <b>Attention</b> : pour toute prestation de la table 1, la donnée « origine prestation » n'est pas une donnée forçable.</li> </ul>	table 1	C
<ul style="list-style-type: none"> <li>la compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance</li> </ul>	table 4	C
<ul style="list-style-type: none"> <li>.../...</li> </ul>	.../...	.../...
<ul style="list-style-type: none"> <li>la compatibilité de l'acte avec la spécialité du Professionnel de Santé</li> </ul>	table 2	C
<ul style="list-style-type: none"> <li>la compatibilité de l'acte avec le contexte conventionnel du Professionnel de Santé (règle R1bis) dans le respect des tarifs opposables (règles P3 et P4) s'il y a lieu</li> </ul>	table 2bis	C
<ul style="list-style-type: none"> <li>la compatibilité de l'acte avec la qualité du bénéficiaire</li> </ul>	table 3	C
<ul style="list-style-type: none"> <li>.../...</li> </ul>	.../...	.../...

.../...

B1.2

### §2.3.8.1.2 Mise en forme du type 2S

L'entité Type 2S est présente dans la feuille de soins lorsqu'une des données qu'il contient doit être renseignée.

Type 2S (FSE)	Définition ou Règle de gestion
.../...	.../...
Indicateur du parcours de soins	Si renseignée, prendre FAC_IPS sinon valeur par défaut
Adhésion au CAS Top contrat tarifaire PS	FAC_PS_ADH-CAS si FAC_PS_CONTARPS = OPTAM OU OPTAM-CO ALORS renseigner à O sinon valeur par défaut
.../...	.../...

.../...

B5.3

### §2.3.8.1.6 Mise en forme du type 4A

.../...

Type 4A (FSE)	Définition ou règle de gestion
.../...	.../...
Code Acte	<p>Prest NGAP : concaténation de PREST_CODE_ NGAP(*) et PREST_COMP_CODE</p> <p>(*) si PREST_COD_ NGAP relève du groupe fonctionnel général « réservé PS » ((cf. table 1 de l'annexe 2 (rh-integ-dsf-022b) ), ce code doit être remplacé par son code de remplacement associé (PREST_COD_ NGAP_T) qui se trouve dans la donnée « groupe fonctionnel détail » en table 1 de l'annexe 2 (rh-integ-dsf-022b) pour la mise en forme de la facture. Attention, le code prestation et son code de remplacement doivent être conservés en tant que données constitutives de la facture. (voir les règles particulières d'archivage).</p> <p>Prest CCAM : PREST_REGROU_COD</p> <p>ID : ID_CODE</p> <p>IK : IK_CODE</p>
.../...	.../...

.../...

B1.2

### §Annexe 3 Table de valeurs

Données de la FSE Norme B2	Référence	Valeur	Libellé
.../...	.../...		
Adhérent au CAS		0	Le PS a opté pour le contrat d'accès aux soins.
		espace	Autres cas
Contrat tarifaire PS		OPTAM	Le PS a opté pour le contrat OPTAM
		OPTAM-CO	Le PS a opté pour l'OPTAM-CO
		Aucun	Le PS n'a pas de contrat
.../...	.../...	.../...	.../...