

AVENANT 26

Avenant au CDC SESAM-Vitale

EV119 - C2S-100% Santé 2020

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.

AVENANT 26

EV119 - C2S-100% Santé 2020

Référence du document

Version du document **01.32**

Date **17/01/2022**

Référence **PDT-CDC-091**

Vue générale

Professionnels de Santé concernés **Tous**

Palier concerné **1.40 Addendum 7
2018**

Compatibilités

Cahier des Charges SESAM-Vitale **7.41**

Package d'agrément **1.40.13**

Dispositif Intégré **3.91**

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	6
1.1	Contexte	6
1.2	Identification du socle fonctionnel de référence cible	6
1.3	Guide de lecture	7
2	EV119 : Evolutions 100% Santé et C2S	8
2.1	Présentation de la mesure	8
2.2	Delta avec la version précédente	11
2.3	Delta avec la version précédente	12
3	Impacts dans le CDC Éditeurs	13
3.1	Synthèse des impacts	13
3.2	Détail des impacts : Documents CDC-Éditeurs	15
3.2.1	<i>Impacts Corps du CDC</i>	15
§3.2.2.6	Situations Particulières	15
§3.2.2.6.1	Bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire Santé Solidaire (C2S)	15
§3.2.2.6.2	Sortants de Complémentaire Santé Solidaire (C2S) CMU Complémentaire	17
§3.2.2.6.3	Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire	18
§4.2.1.3.3.1	CMU Complémentaire Santé Solidaire (C2S)	18
§4.2.1.3.3.2	Sortants de CMU Complémentaire Santé Solidaire (C2S)	19
§4.2.1.3.3.3	Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire	20
§4.2.1.4	Détermination du contexte de facturation au regard du remboursement de la part obligatoire	20
3.2.2	<i>Impacts Annexe 1-A</i>	22
§2.1.3.3.1	Identification d'un bénéficiaire de C2S CMU-C	22
§2.1.3.3.2	Identification d'un sortant de C2S CMU-C	22
§2.1.3.3.3	Identification d'un bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire	22
§2.1.3.4	Détermination du mode de gestion	22
§2.1.4	Le parcours coordonné de soins	25
§2.3.2.3.2	Schéma SR1 : Réglementation Maladie	26
§3	Forçage	27
§3.2.2.3	Principes de forçage pour des données liées à un bénéficiaire de la C2S CMU-C , à un sortant de C2S CMU-C	27
§3.3.1.1	Forçage des éléments de tarification hors CCAM	27
§3.3.1.2	Forçage des éléments de tarification CCAM	28
§3.3.1.2.1	Forçage de certains éléments liés aux codes regroupements CCAM ou à la table des plafonds	28
§3.3.1.5	Cumul de plusieurs forçages de niveau acte	29
3.2.3	<i>Impacts Annexe 1-A0</i>	30
§2.4.21.1.6	Spécificité : LPP	30
§2.4.21.1.2	Spécificités Dentaires	30
§5.2	2200-Groupe Liste des dents traitées (acte CCAM)	34
3.2.4	<i>Impacts Annexe 1-A2</i>	36
§5.1	3700 Groupe CONTEXTE TARIFICATION de la part Complémentaire	36
§5.2	3710 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU ACTE	36
3.2.5	<i>Impacts Annexe 2</i>	39
	Tableaux de synthèse	39
	R11bis – Compatibilité des Soins Dentaires Forfaits CMU-C avec l'acte support	41
	R29- Détermination du contexte tiers payant lié à des dispositions réglementaires spécifiques	42
	R43 - Contrôler le non panachage sur une même dent des paniers de soins pour les prothèses dentaires sur une même dent	43
	R44 – Contrôler le non panachage des paniers de soins optiques entre verres	43
	P5 - Contrôle du respect des plafonds des actes prothétiques	44
	P6 - Contrôle du respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses)	44

P7 - Contrôle du respect des prix limite de vente des produits de la LPP	45
3.2.6 <i>Impacts Annexe 2bis</i>	46
Table 1 Table des codes prestations	46
4 Impacts dans le Référentiel Intégré	49
4.1 Synthèse des impacts	49
4.2 Détail des impacts : Référentiel Intégré	50
4.2.1 <i>Impacts sur RH-INTEG-DSF-020 spécification de l'application_partie 1</i>	50
§4.1.1.2.8.7 Dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire	50
§4.1.1.3.2 Schéma SR1 : Réglementation Maladie	51
§4.1.1.2.7.3.4 Codage LPP (ancien TIPS).....	52
§4.1.1.3.8.1 Règles de saisie des lignes de factures.....	52
§4.1.1.3.8.2.6 Détermination du montant remboursable AMO.....	55
§4.1.1.3.8.4.1 Données et règles de niveau acte	56
§4.1.1.3.10 principes de forçage au regard de la tarification AMO	57
Forçage des éléments de tarification hors CCAM	57
§4.1.1.3.10.2 Forçage des éléments de tarification CCAM.....	57
§4.1.1.3.10.5 Cumul de plusieurs forçages de niveau acte	58
§A5-1.3 principes de forçage pour des données liées à un bénéficiaire de la C2S CMU-C, à un sortant de C2S CMU-C	59
4.2.2 <i>Impacts sur le RH-INTEG-DSF-034 annexe 10</i>	60
§2.2.1 Acquisition à partir d'une carte Vitale.....	60
§2.3.1 Situations particulières du bénéficiaire des soins	64
§3.4. Traitement de tarification complémentaire pour la C2S CMU	66
§3.4.2.2 C2S CMU complémentaire	66

1 Introduction

1.1 Contexte

Ce document constitue un avenant aux documents suivants :

- Cahier des charges SESAM-Vitale 1.40.

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 :

EV119 : « Evolutions 100% Santé et C2S »

PS concernés

Tous

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 - 2018

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.

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 surligné en gris foncé

Evolutions introduites par une autre évolution que l'EV en cours (avenant ou une FR publiés mais non encore intégrés au SFR de base Add7-2018)

~~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.

Indications dans la marge

2 EV119 : Evolutions 100% Santé et C2S

2.1 Présentation de la mesure

Contexte réglementaire et impacts fonctionnels

Création de la C2S

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (art. 52 IX) prévoit le remplacement de l'ACS et de la CMU-C par la C2S.

- Les bénéficiaires CMU-C et sortant de CMU-C sont donc renommés C2S et sortant de C2S dans l'ensemble du système de facturation SESAM-Vitale.
- Les règles de facturation pour un bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire et un bénéficiaire sortant de la Complémentaire Santé Solidaire se substituent à celles d'un bénéficiaire de la CMU C et d'un sortant de CMU C hors particularités spécifiées ci-après.

« ACS TP social AMO » devient « TP AMO »

Le Tiers-Payant Social AMO, dispense d'avance de frais sur la part AMO, dispositif conventionnel en faveur des bénéficiaires de l'ACS, n'a plus de fondement légal à compter du 1er novembre 2019.

Cependant, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits et la situation du bénéficiaire des soins au regard du tiers-payant AMO pour les bénéficiaires ayant acquis ce droit avant le 1^{er} novembre 2019 :

- Bénéficiaire du dispositif ACS n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire
- Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire non encadré

L'affichage à l'écran par le progiciel doit donc évoluer comme suit : « Bénéficiaire du TP AMO »

Nouvelle nomenclature Optique

Dans le cadre de la réforme gouvernementale dite du « 100% santé », Reste A Charge zéro (RAC 0), une nouvelle nomenclature optique est mise en place à compter du 1^{er} janvier 2020.

Cette évolution entraîne, outre une redéfinition des codifications affinées, la création de nouveaux « codes regroupements » au nombre de 29

→ la création de ces 29 nouveaux codes acte a fait l'objet de la diffusion des fiches réglementaires 183 à 186.

↳ Gestion de la CMU-C – « C2S »

Suite à la décision du ministère en juillet 2019, les montants de la prise en charge au titre de la CMU-C – « C2S » sont alignés sur les PLV (Prix limite de vente) de l'offre Reste à charge Zéro (classe A).

En conséquence, les 20 forfaits spécifiques CMU C ne doivent plus être utilisés à partir du 1^{er} janvier 2020.

→ la fin de validité de ces forfaits spécifiques a fait l'objet de la diffusion de la fiche réglementaire 188.

↳ Panachage entre équipements d'optique (verres / monture)

La nomenclature optique relative aux tarifs de responsabilité et aux montants maximum pris en charge au titre de la complémentaire en matière de santé est parue au Journal Officiel du 31/10/19 par arrêté du 29/10/19.

Il existe 2 classes pour les équipements optiques

- La classe A qui est sans reste à charge (offre 100% santé)
- La classe B pour laquelle les prix sont libres (hors 100%)

Les équipements d'optique de classes différentes peuvent selon les situations être panachés ou, au contraire, ne pas l'être.

Les bénéficiaires (C2S ou non) ont la possibilité de panacher les équipements d'optiques qui leur sont nécessaires, c'est-à-dire de choisir des verres sans reste à charge de classe A et une monture de classe B et inversement.

Il n'est en revanche pas possible pour les bénéficiaires (C2S ou non) ou l'opticien, d'opter pour un verre en classe A et un verre en classe B. En effet, les verres doivent appartenir à la même classe (classe A OU classe B).

L'objectif est donc de contrôler sur le poste de travail la cohérence de la facturation des verres d'un appareillage d'optique, au regard des 2 classes.

100% santé dentaire

↳ **Non panachage des paniers de soins pour les prothèses dentaires pour une même dent**

Avant la pose d'une couronne définitive, le chirurgien-dentiste peut avoir besoin de réaliser un inlay core, et une couronne transitoire. Ces différents actes doivent appartenir au même panier de soins (RAC0, modéré ou honoraires libres).

L'objectif est de contrôler sur le poste de travail la cohérence de la facturation des actes mis en œuvre par le PS, au regard des différents paniers de soins du périmètre 100% santé.

Le contrôle porte sur les actes relatifs à une même dent. Ainsi, tous les codes affinés d'une même facture, facturés sur une même dent doivent appartenir au même panier.

↳ **Ouverture aux stomatologues**

L'avenant n° 7 à la convention nationale médicale approuvé par arrêté du 14/08/2019 – JO du 20/08, prévoit, notamment, d'appliquer les plafonds dentaires fixés dans le cadre de la réforme du 100% santé aux actes réalisés par les stomatologues. Cette mesure est effective depuis le 21/08/2019.

Prothèses Auditives

Contrairement à l'optique, les paniers « 100% » (hors C2S) et C2S sont différents pour les aides auditives.

Les prothèses auditives sont également dénommés aides auditives.

↳ **Dans la base LPP**

Tout code LPP est associé :

- à un TRSS (Tarif de Responsabilité, i.e. base de remboursement de la prestation),
- et éventuellement à un PLV.

Pour les prothèses auditives :

- Des codes LPP différents sont définis pour les bénéficiaires de moins de 20 ans et ceux de plus de 20 ans

- Le TRSS des codes LPP dédiés aux bénéficiaires jusqu'à 20 ans correspond toujours au même montant.
- Le TRSS des codes LPP dédiés aux bénéficiaires de plus de 20 ans correspond toujours au même montant.
- Les PLV en base LPP concernent uniquement les bénéficiaires hors C2S et caractérisent la classe I.

► Prise en charge au titre de la C2S

Pour les bénéficiaires de la C2S, il existe un montant maximum de prise en charge au titre de la C2S :

- Pour les bénéficiaires jusqu'à 20 ans ce montant maximum de prise en charge C2S correspond au montant du TRSS des prothèses auditives.
- Pour les bénéficiaires de plus de 20 ans ce prix de vente maximum C2S correspond au montant du TRSS des prothèses auditives, majoré d'un forfait spécifique dénommé « forfait C2S d'audiologie ».

► Référence réglementaire

Les montants maximum de prise en charge au titre de la C2S sont fixés par l'arrêté du 27 décembre 2018 (JO du 29/12).

► Illustration

A titre d'illustration, à la date de parution du présent document, les montants maximum pris en charge au titre de la C2S correspondent aux valeurs suivantes :

- Pour les bénéficiaires C2S jusqu'à 20 ans,
 - le TRSS des codes LPP dédiés aux bénéficiaires jusqu'à 20 ans est de 1400€,
 - la réglementation ne définit pas de forfait C2S d'audiologie,
 - et donc le montant maximum de prise en charge est de 1400€.
- Pour les bénéficiaires C2S de plus de 20 ans,
 - le TRSS des codes LPP dédiés aux bénéficiaires de plus de 20 ans est de 400€,
 - le forfait C2S d'audiologie est de 400€,
 - et donc le montant maximum de prise en charge est de 800€.

► Facturation

La prise en charge au titre de la C2S est répartie entre la part AMO et la part AMC

► Synthèse

Montants **maximum** de prise en charge des Prothèses Auditives
(Part AMO + Part complémentaire)

		Bénéficiaires			
		Hors C2S		C2S	
Classe	Code prestation			<=20 ans	>20 ans
I	P1D P1G	PLV du code LPP		TRSS du code LPP	TRSS du code LPP + Forfait C2S
II	P2D P2G	Part AMO	TRSS		
		Part Complémentaire	selon contrat		

Impacts SESAM-Vitale

Cette intégration est mise en œuvre selon le découpage suivant :

- B1 : Remplacer la CMU-C par la C2S dans le système de facturation SESAM-Vitale
- B2.1 : Intégrer les nouveaux codes prestation LPP au système de facturation SESAM-Vitale
- B2.2 : Contrôler les PLV optique pour les bénéficiaires de la C2S
- B2.3 : Contrôler le non panachage des paniers de soins optiques entre les 2 verres d'un même appareillage
- B3.1 : Contrôler le non panachage des paniers de soins pour les prothèses dentaires pour une même dent
- B3.2 : Ouvrir le 100% santé dentaire aux stomatologues
- B4 : Remplacer « ACS TP social AMO » par « TP AMO »

2.2 Delta avec la version précédente

La présente version 01.12 de l'Avenant 26 introduit les corrections et précisions suivantes :

Annexe 2 R43 : Contrôler le non panachage des paniers de soins dentaires sur une même dent

Correctif : le contrôle concerne tous les actes CCAM de la facture, qu'ils soient présents ou non dans la table des plafonds

Précision : en cas de forçage, l'indicateur est à positionner sur chaque prestation concernée

Annexe 2 R44 : Contrôler le non panachage des paniers de soins optiques entre verres

Précision dans le texte : « ...le second verre facturé à la même date appartient ... » remplacé par « le second verre facturé à la même date d'exécution appartient... »

Précision : en cas de forçage, l'indicateur est à positionner sur chaque prestation concernée

Annexe 1-A0 Groupe 1610 : Spécificités LPP

Précision : ne pas regrouper les codes affinés LPP sous un même code prestation pour des codes LPP soumis à PLV.

Annexe 1-A2 Groupe 3710 : FORMULE AMC APPLIQUEE pour les bénéficiaires des soins de la C2S pour les Prestations soumises à PLV

Correctif : le paramètre pour la formule 011 correspond au PLV présent en base LPP diminué du montant de la part AMO.

2.3 Delta avec la version précédente

La présente version 01.32 de l'Avenant 26 introduit les correctifs suivants :

Annexe 1-A2 Groupe 3710 : FORMULE AMC APPLIQUEE pour les bénéficiaires des soins de la C2S pour les Prestations soumises à PLV

- Correctif : Ajout du cas particulier pour la prise en compte des Prothèses auditives.
En effet, le calcul de la part complémentaire des prothèses auditives pour les bénéficiaires de la C2S nécessite d'être traité de façon spécifique par rapport aux autres prestations LPP.
- Correctif : Ajout d'un cas particulier pour la prise en compte des prestations LPP hors Optique et hors Prothèses auditives.

Annexe 2bis Table 1 : Codes prestation

- Modification du typage des actes d'audiologie pour distinguer les prothèses auditives des autres prestations d'audiologie.

Annexe 2 P7 : Contrôle du respect des prix limite de vente des produits de la LPP

- Prise en compte du nouveau typage des actes d'audiologie pour le cas particulier C2S.

Annexe 2 R43 : Contrôler le non panachage sur une même dent des paniers de soins pour les prothèses dentaires sur une même dent

- Précisions dans la rédaction de cette règle R43 qui concerne uniquement les actes CCAM de prothèse dentaire.

3 Impacts dans le CDC Éditeurs

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.

Documents CDC	§	Partie impactée	Nature de l'impact	Besoin
Corps	3.2.2.6	Situations particulières	Remplacement de CMU-C par C2S	B1
	3.2.2.6.1	Bénéficiaires de la CMU-C	adaptation de la présentation de cette situation particulière pour remplacer CMU-C par C2S	B1
	3.2.2.6.2	Sortants de CMU Complémentaire	adaptation de la présentation de cette situation particulière pour remplacer CMU-C par C2S	B1
	3.2.2.6.3	Bénéficiaire de l'ACS	Remplacement TP social AMO par TP AMO	B4
	4.2.1.3.3.1	C2S	Remplacement de CMU-C par C2S notamment pour la mention à afficher par le progiciel.	B1
	4.2.1.3.3.2	Sortants de C2S	Remplacement de CMU-C par C2S notamment pour la mention à afficher par le progiciel.	B1
	4.2.1.3.3.3	Bénéficiaire de l'ACS	Remplacement TP social AMO par TP AMO	B4
	4.2.1.4	Contexte part AMO	Remplacement de CMU-C par C2S	B1
	4.2.1.4	Contexte part AMO	Remplacement TP social AMO par TP AMO	B4
	A1-A	2.1.3.3.1	Identification d'un bénéficiaire de CMU-C	Remplacement de CMU-C par C2S
2.1.3.3.2		Identification d'un sortant de CMU-C	Remplacement de CMU-C par C2S	B1
2.1.3.3.3		Identification d'un ACS	Remplacement TP social AMO par TP AMO	B4
2.1.3.4		Détermination du mode de gestion	Remplacement de CMU-C par C2S	B1
			Remplacement ACS TP social AMO par TP AMO	B4
2.1.4		Le parcours coordonné de soins	Remplacement de CMU-C par C2S	B1
2.3.2.3.2		Schéma SR1	Ajout de la règle R44	B2.3
2.3.2.3.2		Schéma SR1	Ajout de la règle R43	B3.1
3.2.2.3		Principes de forçage pour des données liées à un bénéficiaire de la CMU-C, à un sortant de CMU-C	Remplacement de CMU-C par C2S	B1

	3.3.1.1	Forçage des éléments de tarification hors CCAM	Ajout du forçage de la règle R44	B2.3
	3.3.1.2	Forçage CCAM	Ajout du forçage par rapport à la table des plafonds (règle R43)	B3.1
	3.3.1.2.1	Forçage CCAM	Nouveau cas de forçage en cas de panachage sur une même dent des paniers de soins pour les prothèses dentaires sur une même dent	B3.1
	3.3.1.5	Cumul de plusieurs forçages de niveau acte	Ajout des cas de cumul à présent possibles	B3.1
A1-A0	2.4.21.1.2	Spécificités Dentaires	Remplacement de CMU-C par C2S mais conservation du terme « Forfait CMU-C »	B1
	2.4.21.1.6	Spécificités LPP	Préciser qu'il ne faut pas regrouper les codes affinés LPP sous un même code prestation pour des codes LPP soumis à PLV	B2.2
	2.4.37	Groupe 2200	Renvoi à la nouvelle règle R43 de l'annexe 2	B3.1
A1-A2	5.1	Groupe 3700	Remplacement de CMU-C par C2S mais conservation du terme « Forfait CMU-C » et du terme « Top CMU »	B1
	5.2	Groupe 3710	Cas particulier de la C2S : Remplacement des spécificités pour les prestations Optique et Auditives par les spécificités pour les prestations LPP. Ajout d'un cas particulier pour les prothèses Auditives Ajout d'un cas particulier pour les prestations LPP hors Optique et hors Prothèses Auditives	B2.2
A2	Tableaux de synthèse	R43	Ajout de la règle R43 : ouverture aux stomatologues et aux chirurgiens-dentistes	B3.1
		R44	Ajout de la règle R44 : ouverture aux fournisseurs et pharmaciens	B2.3
		P5 et P6	Ouverture des règles P5 et P6 aux spécialités de stomatologie (18, 44, 45, 69)	B3.2
1 ^{ère} partie : Réglementation	R11bis	Remplacement de CMU-C par C2S mais conservation du terme « Forfait CMU-C »	B1	
	R29	Remplacement de CMU-C par C2S	B1	
	R29	Remplacement TP social AMO par TP AMO	B4	
	R43	Nouvelle règle : Contrôler le non panachage des paniers de soins dentaires sur une même dent	B3.1	
	R44	Nouvelle règle : Contrôler le non panachage des paniers de soins optique entre verres	B2.3	
Chapitre 3 : Calcul du montant remboursable par l'A.M.O.	P5	Suppression de la restriction de cette règle aux Chirurgiens-dentistes	B3.2	
		Précision : utilisation du plafond C2S pour les bénéficiaires de l'ACS	B1	
	P6	Suppression de la restriction de cette règle aux Chirurgiens-dentistes	B3.2	

A2bis	P7	Modification de la règle <i>Ajustement du cas particulier pour les prestations Auditives en C2S</i>	B2.2
	Table 1	Remplacement de CMU-C par C2S mais conservation du terme « Forfait CMU-C »	B1
		Identification par le groupe fonctionnel de niveau détail des prestations d'optique de type « verre A » et « verre B »	B2.3
		<i>Modification du typage des prestations Auditives</i>	B2.2

3.2 Détail des impacts : Documents CDC-Éditeurs

3.2.1 Impacts Corps du CDC

.../... B1

§3.2.2.6 Situations Particulières

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



Cas particulier des prestations pharmaceutiques et des dispositifs de la LPP pour les droits à la C2S CMU-C et à l'ACS :

Pour la **CMU-C C2S** et l'ACS, en ce qui concerne les prestations pharmaceutiques et les dispositifs de la LPP, il convient de retenir la date de délivrance comme date de référence (cf. § 4.2.1.3.3).



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

§3.2.2.6.1 Bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

Conformément aux dispositions législatives (article L. 160-1 du CSS et suivants) la protection universelle maladie (PUMa) permet à toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière, de bénéficier, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions prévues par les textes.

Par ailleurs, les dispositions législatives de protection complémentaire en matière de santé (article L. 861-1 du CSS et suivants) offrent aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un seuil déterminé par décret, une protection complémentaire sans contrepartie contributive, pendant un an renouvelable : la complémentaire santé solidaire (C2S).

Cette C2S peut également être accordée aux personnes dont les ressources se situent entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 35%, en contrepartie d'une participation financière qui varie en fonction de l'âge. Cette protection est également accordée pendant 1 an renouvelable.

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

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

Cette prestation complémentaire La protection complémentaire en matière de santé peut être servie à l'assuré soit par sa caisse d'Assurance Maladie Obligatoire, soit par un organisme complémentaire de son choix référencé sur une liste gérée par le fonds de la complémentaire santé solidaire et disponible auprès de sa caisse de rattachement.

Le Professionnel de Santé ne peut appliquer de dépassement tarifaire pour les actes dispensés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire du droit à la CMU complémentaire, sauf en cas d'exigence particulière du patient auquel cas le bénéficiaire de la C2S peut perdre le bénéfice de sa couverture complémentaire (des dispositions spécifiques sont prévues pour les prothèses dentaires et les lunettes).

Le dépassement autorisé « DA » n'est pas autorisé pour les patients bénéficiaires du droit à la CMU complémentaire.

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

Le Professionnel de Santé doit :

- identifier que le bénéficiaire des soins est couvert par un contrat de complémentaire santé solidaire CMU Complémentaire (C2S CMU-C),
- proposer d'appliquer le tiers payant sur la part AMO et la part complémentaire. Le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.
- saisir le tarif applicable dont il a été informé par les caisses (tarif de responsabilité, c'est-à-dire sans dépassement) sauf :
- respecter les montants maximums de facturation (sans dépassement) sauf :
 - exigence particulière du patient,
 - pour les médecins spécialistes, quand le parcours coordonné de soins n'est pas respecté,
 - dans le cas de dispositions réglementaires particulières prévues pour les chirurgiens-dentistes et les et les audioprothésistes opticiens notamment.

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

Accord sur devis pour les régimes obligatoires

Dans le cadre de la CMU-C-C2S, des devis peuvent être établis (en optique et dentaire notamment). Ces devis peuvent donner lieu à accord ou refus de prise en charge. Dans le cas d'un accord de prise en charge, le devis envoyé au bénéficiaire des soins, l'informe du montant pris en charge au titre de la CMU-C-C2S.

Les devis CMU-C-C2S ne comportent pas de référence de prise en charge.

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

« Réponse de prise en charge » sur la part complémentaire

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

§3.2.2.6.2 Sortants de Complémentaire Santé Solidaire (C2S) CMU Complémentaire

L'article L. 861-12 du CSS prévoit : « À l'expiration de son droit à la protection complémentaire en matière de santé, toute personne en ayant bénéficié auprès d'un organisme mentionné au b de l'article L. 861-4 peut bénéficier auprès de cet organisme, pour une période d'un an, d'un contrat conforme aux règles définies à l'article L. 871-1, pour un tarif dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction de l'âge du bénéficiaire. (...).

Ces personnes ont également droit au tiers payant sur la part obligatoire sur cette période.

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

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

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

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

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

Dans tous les cas, le Professionnel de Santé doit :

- identifier le bénéficiaire comme « sortant de C2S CMU Complémentaire » à partir des éléments suivants : carte Vitale, service ADR, attestation AMO.
- proposer d'appliquer le tiers payant sur la part obligatoire, le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

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

.../...

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

.../...

B4

Spécialité du Professionnel de Santé	Prestations	Situation du bénéficiaire au regard de l'ACS	Part Obligatoire	Part Complémentaire	
			TP AMO	TP AMC	Dispositif de TPi, selon paramétrage initial
Médecin	Toutes	Bénéficiaire de l'ACS n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire	Le PS doit proposer le TP Social AMO ⁽¹⁾	Sans objet	Sans objet
Tous PS hors médecin			Le PS peut proposer le TP AMO		
Médecin		Bénéficiaire de l'ACS ayant souscrit un contrat complémentaire non encadré	Le PS doit proposer le TP Social AMO ⁽¹⁾	Le PS peut proposer le TP AMC, selon la convention 1.40	Sans objet
Tous PS hors médecin			Le PS peut proposer le TP AMO		
Tous PS hors opticien et audioprothésiste	Hors prestations d'optique et d'audioprothèse	Bénéficiaire de l'ACS, ayant souscrit un contrat complémentaire ACS encadré	Le PS doit proposer le TP AMO ⁽¹⁾	Le PS doit proposer le TP AMC ⁽¹⁾	TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale Ou TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO
	Prestations d'optique et d'audioprothèse		Le PS doit proposer le TP AMO ⁽¹⁾	Le PS doit proposer le TP AMC, selon la convention 1.40 ⁽¹⁾	TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale
Opticien et audioprothésiste	Toutes		Le PS doit proposer le TP AMO ⁽¹⁾	Le PS doit proposer le TP AMC, selon la convention 1.40 ⁽¹⁾	Sans objet

⁽¹⁾ si la facture est élaborée avec la nature d'assurance « Maladie » ou « Maternité ».

.../...

B4

§4.2.1.3.3.1 **CMU Complémentaire Santé Solidaire (C2S)**

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits du bénéficiaire des soins au regard de la **CMU-C C2S**.

Le progiciel informe le Professionnel de Santé si le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de la **CMU Complémentaire santé solidaire** gérée par :

- un AMO (gestion unique) ; dans ce cas, le progiciel affiche à l'écran la mention « **CMU** complémentaire **santé solidaire** gérée par le régime obligatoire ».
- un AMC en convention de gestion avec un AMO (gestion unique), dans ce cas, le progiciel affiche à l'écran la mention « **CMU** complémentaire **santé solidaire** gérée par un organisme en gestion unique ».

- un AMC (gestion séparée) ; dans ce cas le progiciel affiche à l'écran la mention « CMU complémentaire santé solidaire – transmission directe possible » si des données sont présentes dans la zone AMC, sinon, le progiciel affiche à l'écran « CMU complémentaire santé solidaire – éventuelle attestation complémentaire pour transmission directe ».

Les règles d'identification et de détermination des différentes situations sont décrites dans l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges.

L'indicateur de traitement AMC ne permet pas, pour le progiciel, l'identification d'un bénéficiaire de la CMU-C C2S. Cette identification s'effectue à partir de l'attestation CMU-C C2S délivrée par l'AMO, ou des données issues du support de droits AMO (code service AMO bénéficiaire ou zone mutuelle).

Si une situation de CMU-C C2S est identifiée à partir des informations du support de droits AMO, en priorité selon le « code service AMO bénéficiaire ». La période de validité des droits est alors déterminée à partir des dates « début et fin service AMO bénéficiaire ».

En l'absence de « code service AMO bénéficiaire », la situation est identifiée à partir de l'identification mutuelle (informations contenues dans la zone mutuelle). La période de validité des droits est déterminée à partir des dates mentionnées dans cette zone.

Dans le cas d'une gestion séparée, les dates de validité de la zone AMC ou du support AMC doivent être utilisées uniquement pour déterminer la période de télétransmission directe possible vers l'AMC (Cf. Annexe 1-A Fonction lecture Droits Vitale).

Pendant cette période, le progiciel doit proposer la télétransmission directe vers l'AMC.

En dehors de cette période ou si le Professionnel de Santé refuse la transmission directe, il doit proposer le Tiers Payant Coordiné que l'on peut assimiler à un mode de gestion unique.



Cas particulier pour la « réponse de prise en charge » complémentaire

En C2S CMU-Complémentaire, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de renseigner la référence de la réponse de prise en charge de façon facultative : elle est présente sur la « réponse de prise en charge » envoyée par l'organisme complémentaire, elle n'existe pas sur l'accord de devis renvoyé par l'AMO.

§4.2.1.3.3.2 Sortants de CMU Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits du bénéficiaire des soins au regard du dispositif de sortant de CMU-C C2S.

Le progiciel affiche alors à l'écran la mention « Sortant de Complémentaire Santé Solidaire CMU complémentaire ».

Les règles d'identification et de détermination des différentes situations sont décrites dans l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges.

L'indicateur de traitement AMC ne permet pas, pour le progiciel, l'identification d'un bénéficiaire sortant de la CMU-C C2S. Cette identification s'effectue à partir de l'attestation sortant de CMU-C C2S délivré par l'AMO, ou des données issues du support de droits AMO (code service AMO bénéficiaire ou zone mutuelle).

Si une situation de sortant de CMU-C C2S est identifiée à partir des informations du support de droits AMO : en priorité selon le « code service AMO bénéficiaire ». La période de validité des droits est alors déterminée à partir des dates « début et fin service AMO bénéficiaire ».

En l'absence de « code service AMO bénéficiaire », la situation est identifiée à partir de l'identification mutuelle (informations contenues notamment dans la zone mutuelle). La période de validité des droits est déterminée à partir des dates mentionnées dans cette zone.

.../...

B4

§4.2.1.3.3 Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits et la situation du bénéficiaire des soins au regard du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire.

Il doit afficher à l'écran la mention suivante, en fonction de la situation du bénéficiaire de soins au regard de l'ACS :

Mention à afficher	Situation du bénéficiaire au regard de l'ACS
« ACS TP Social AMO »	<p>Dans le cas d'un bénéficiaire d'ACS TP Social AMO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bénéficiaire du dispositif ACS Tiers Payant AMO n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire -Bénéficiaire du dispositif ACS Tiers Payant AMO ayant souscrit un contrat complémentaire non encadré
« TPI ACS A »	Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS A
« TPI ACS B »	Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS B
« TPI ACS C »	Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS C

Les règles d'identification sont décrites dans l'annexe 1-A « Identification de certaines catégories de bénéficiaires » du Cahier des Charges.

Si le bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire est identifié à partir des informations du support de droits AMO, la période de validité des droits est déterminée à partir des dates début et fin service AMO bénéficiaire.

En l'absence de « code service AMO bénéficiaire », la situation est identifiée à partir de l'identification mutuelle (informations contenues dans la zone mutuelle). La période de validité des droits est déterminée à partir des dates mentionnées dans cette zone.

.../...

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

.../...

B4

Situation particulières du bénéficiaire au regard de l'accès au tiers payant

- **CMU-C C2S**

Dans le cas où le progiciel identifierait un bénéficiaire de la **C2S CMU Complémentaire**, il doit proposer au Professionnel de Santé l'application du tiers payant sur la part obligatoire.

- **Sortants de CMU-C C2S**

Dans le cas où le progiciel identifierait un sortant de **C2S CMU-C**, il doit proposer au Professionnel de Santé l'application du tiers payant sur la part obligatoire.

La situation du bénéficiaire permet l'application du tiers payant sur la part obligatoire qui est conditionnée aux dates de validité lues en zone service AMO bénéficiaire, ou en zone mutuelle du support de droits AMO ou lues sur l'attestation AMO.

- **Bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS)**

Dans le cas où le progiciel identifierait un bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire, il doit proposer l'application du tiers payant sur la part obligatoire :

- au Professionnel de Santé **médecin**, en situation de TP **Social** AMO, quelle que soit la situation au regard de la complémentaire (pas de contrat, contrat non encadré, contrat ACS encadré).
- à tous les Professionnels de Santé, dès lors que le bénéficiaire de l'ACS a souscrit un contrat ACS encadré (A, B, C) auprès d'une complémentaire (TP AMO)

La situation du bénéficiaire permet l'application du tiers payant sur la part obligatoire qui est conditionnée par :

- les dates de validité lues en zone service AMO bénéficiaire ou en zone Mutuelle du support de droits AMO ou lues sur l'attestation AMO ;
- le contexte de la facture : celle-ci doit être réalisée pour les natures d'assurance « Maladie » et « Maternité ».

.../...

3.2.2 Impacts Annexe1-A

.../...

B1

§2.1.3.3.1 Identification d'un bénéficiaire de C2S CMU-C

Statut du bénéficiaire	Code service AMO bénéficiaire renseigné (groupe 104)	Code service AMO bénéficiaire non renseigné (groupe 104)
Bénéficiaire de la C2S CMU Complémentaire	01 ou attestation AMO	Identification Mutuelle (groupe 107) = 99999997 ou attestation AMO
	02 ou 03 ou attestation AMO	Identification Mutuelle (groupe 107) = 88888888 ou attestation AMO

§2.1.3.3.2 Identification d'un sortant de C2S CMU-C

Statut du bénéficiaire	Code service AMO bénéficiaire renseigné (groupe 104)	Code service AMO bénéficiaire non renseigné (groupe 104)
Sortants de C2S CMU-C	10 ou attestation AMO	Identification Mutuelle (groupe 107) = 55555551 ou attestation AMO

.../...

B4

§2.1.3.3.3 Identification d'un bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire

Statut du bénéficiaire	Code service AMO bénéficiaire renseigné (groupe 104)	Code service AMO bénéficiaire non renseigné (groupe 104)
Bénéficiaire du dispositif ACS TP Social AMO	11 ou attestation AMO	attestation AMO
Bénéficiaire du dispositif TPi ACS A	12 ou attestation AMO	Identification Mutuelle (groupe 107) = 11111119 ou attestation AMO
Bénéficiaire du dispositif TPi ACS B	13 ou attestation AMO	Identification Mutuelle (groupe 107) = 22222228 ou attestation AMO
Bénéficiaire du dispositif TPi ACS C	14 ou attestation AMO	Identification Mutuelle (groupe 107) = 33333337 ou attestation AMO

.../...

§2.1.3.4 Détermination du mode de gestion

.../...

B1

Cas	Remontée des SSV ou d'ADR	Interprétation logiciel	Situation	Mode de gestion à partir du support de droits AMO	Action du PS
Support de droit AMO avec données AMO (Absence zone Mutuelle et absence zone AMC)	Données AMO	Si code service AMO non renseigné	Pas de complémentaire en carte	.../...	.../...
		Si code service AMO = 01	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMO	.../...	.../...
		Si code service AMO = 02	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMC en convention de gestion ou en délégation de gestion	.../...	.../...
		Si code service AMO = 03	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMC	.../...	.../...
		Si code service AMO = 10	Sortant de C2S CMU-C	.../...	.../...
Support de droits AMO avec zone Mutuelle (Présence zone Mutuelle – Groupes 107 et 108)	Données AMO Données zone Mutuelle	Si code service AMO non renseigné et zone mutuelle remplie hors C2S CMU-C (99999997 et 88888888) et sortant C2S CMU-C (55555551)	Complémentaire en carte	.../...	.../...
		Si code service AMO non renseigné et zone mutuelle = 99999997	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMO	.../...	.../...
		Si code service AMO non renseigné et zone mutuelle = 88888888	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMC	.../...	.../...
		Si code service AMO non renseigné, avec zone mutuelle = 55555551	Sortant de C2S CMU-C	.../...	.../...
		Si code service AMO = 10, avec zone mutuelle différente de 55555551	Sortant de C2S CMU-C avec complémentaire	.../...	.../...
Carte Vitale avec zone AMC (Présence zone AMC – Groupe 109)	Données AMO Données zone AMC	Si code service AMO non renseigné et zone AMC	Complémentaire en carte	.../...	.../...
		Si code service AMO = 03	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMC	.../...	.../...
		Si code service AMO = 10	Sortant de C2S CMU-C avec complémentaire	.../...	.../...

.../...

B4



Cas particulier du bénéficiaire de l'ACS :

N°	Remontée du système de facturation. Support de droit AMO avec :			Situation du bénéficiaire au regard de l'ACS	Mode de gestion à partir du support de droit AMO			Action du PS (2)
	données AMO (code service AMO)	zone Mutuelle ? (groupe 107)	zone AMC ? (Groupe 109)		PS sauf opticiens et audioprothésistes		Opticiens et audioprothésistes	
					Paramétrage initial = « TPI ACS - Paiement coordonné par l'AMO » (1)	Paramétrage initial = « TPI ACS – Procédure Standard SESAM-Vitale » (1)		

1	11	-	-	ACS TP Social AMO	Pas de déduction possible			Autre support possible
2	11	Renseignée	-	ACS TP Social AMO	Gestion unique			
3	11	-	Renseignée	ACS TP Social AMO	Gestion séparée			
4	12	-	-	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Pas de déduction possible	Pas de déduction possible	Autre support possible
5	13	-	-	ACS B				
6	14	-	-	ACS C				
7	12	Renseignée	-	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Gestion unique	Gestion unique	Autre support possible
8	13	Renseignée	-	ACS B				
9	14	Renseignée	-	ACS C				
10	-	11111119	-	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Pas de déduction possible	Pas de déduction possible	Autre support possible
11	-	22222228	-	ACS B				
12	-	33333337	-	ACS C				
13	12	-	Renseignée	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Gestion séparée	Gestion séparée	Autre support possible
14	13	-	Renseignée	ACS B				
15	14	-	Renseignée	ACS C				

(1) Choix du dispositif de tiers-payant complémentaire ACS par le Professionnel de Santé :

Le Professionnel de Santé, hors opticien et audioprothésiste, peut, à tout moment lors de l'élaboration de la facture ou bien en agissant sur le paramétrage, modifier le type de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS (passage du dispositif « TPI ACS - Paiement coordonné par l'AMO » au dispositif « TPI ACS - Procédure standard SESAM-Vitale » et inversement), pour les bénéficiaires de l'ACS ayant souscrit un contrat ACS encadré (A, B, C) auprès d'une complémentaire.

Remarque : Pour les prestations d'optique et d'audioprothèse, ce choix de dispositif de tiers-payant complémentaire ACS ne s'applique pas. Le progiciel ne doit pas proposer le dispositif « TPI ACS - Paiement coordonné par l'AMO ».

(2) Précision sur les autres supports possibles

Le support utilisé pour déterminer la situation au regard de l'ACS est le support AMO :

- attestation de droit « Aide pour une complémentaire santé (ACS) - Attestation de tiers payant pour la part obligatoire (hors part complémentaire) »¹
- ou attestation de droit « Aide pour une complémentaire santé (ACS) - Attestation de tiers payant pour la part obligatoire et la part complémentaire »

Le support utilisé pour déterminer le mode de gestion est :

- soit le support de droit AMC dans le cadre du dispositif « TPI ACS – Procédure Standard SESAM-Vitale » ou pour les Professionnels de Santé Opticiens et audioprothésistes,

¹ Tiers payant social AMO

- soit le support de droit AMO dans le cadre du dispositif « TPi ACS – Paiement coordonné par l'AMO ».

.../...

B1

§2.1.4 Le parcours coordonné de soins

.../...

B1

(1) Le Professionnel de Santé se trouve dans la situation de « Médecin traitant de substitution » uniquement lorsque le bénéficiaire l'informe de l'existence d'une déclaration du médecin traitant.

Dans le cas contraire, la situation au regard du parcours de soins à saisir est « Non respect du parcours ».

(2) Saisie non nécessaire par le Professionnel de Santé, du fait du renseignement de la situation au regard du parcours de soins.

(3) Les règles de compatibilité entre la situation au regard du parcours de soins et les dépassements autorisés sont spécifiées ici à titre indicatif. Elles peuvent donner lieu à des signalements au Professionnel de Santé sur le poste lors de la facturation mais ne doivent en aucun cas être bloquantes et interdire la facturation d'un dépassement.

(4) **Annexe 2 - Table 17bis** (tout Professionnel de Santé pour bénéficiaire **C2S CMU-C** et selon secteurs pour les autres bénéficiaires).

(5) **Annexe1-A0 groupe 1610 Table A0-T2bis** (Secteur I et spécialité différente de 01, 22, 23 sauf bénéficiaire **C2S CMU-C**)

(6) **Annexe 1-A0 groupe 1610 Table A0-T2bis** (Secteur I et spécialité 18 ou 44 ou 45 ou 69 sauf bénéficiaire **C2S CMU-C**)

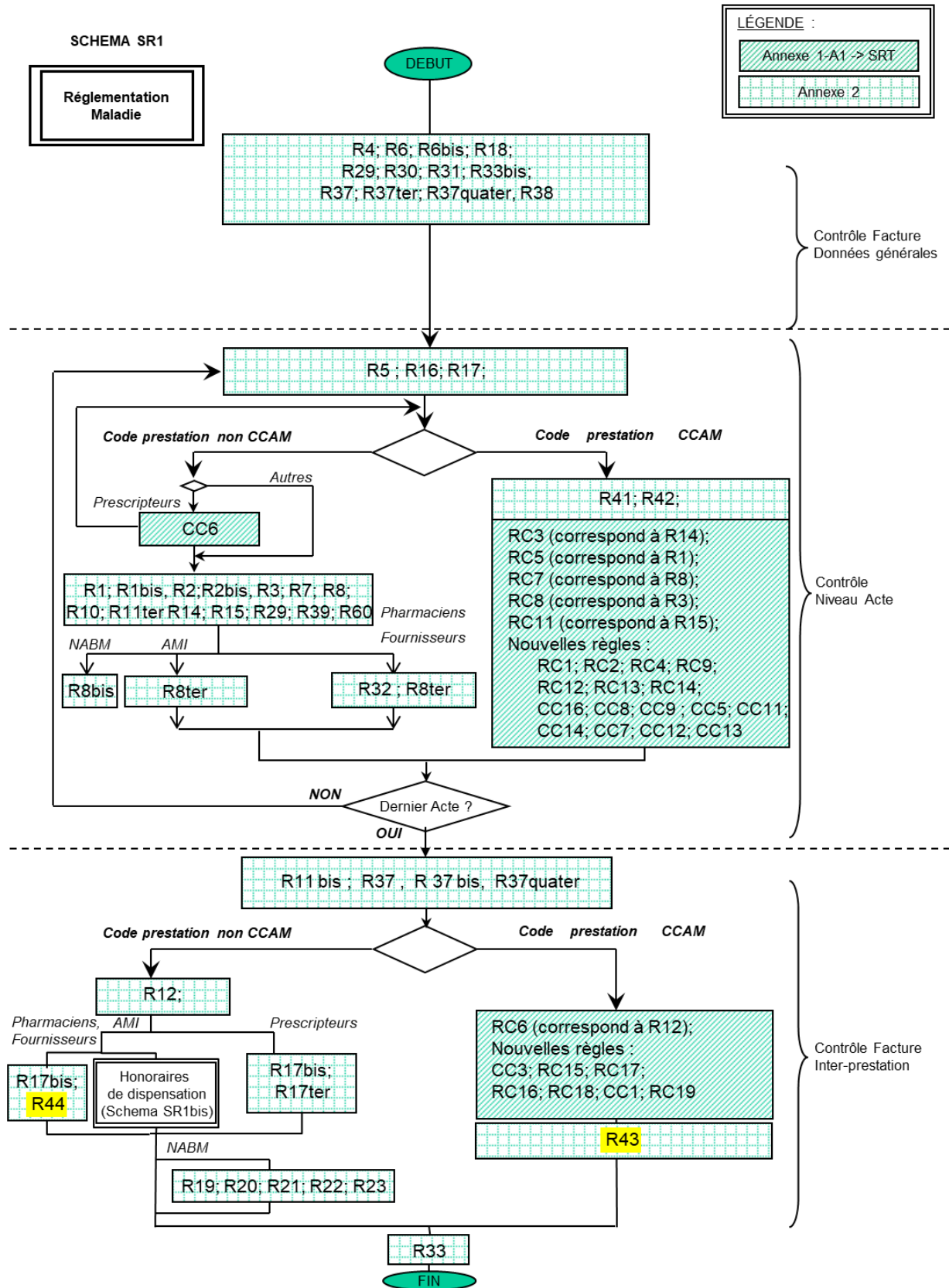
(8) hors cas particulier (cf. Table 14 de l'annexe 2)

(9) **Annexe 2 - Table 17**

.../...

B2.3+B3.1

§2.3.2.3.2 Schéma SR1 : Réglementation Maladie



.../...

§3 Forçage

.../...

B1

§3.2.2.3 Principes de forçage pour des données liées à un bénéficiaire de la C2S CMU-C, à un sortant de C2S CMU-C

Dès lors que le bénéficiaire des soins présente une attestation papier justifiant ses droits à la C2S CMU-C ou une attestation justifiant ses droits de sortant de C2S CMU-C, le Professionnel de Santé peut :

- élaborer une facture en rapport avec ses droits lorsque sa situation au regard de la C2S CMU-C ou de sortant de C2S CMU-C n'est pas présente en carte
- ou prolonger les droits de la situation de C2S CMU-C ou de sortant de C2S CMU-C contenue en carte.

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le progiciel avec la valeur « N ».

La présentation par un assuré d'une attestation papier prolongeant et justifiant ses droits à la C2S CMU-C, ne doit pas être considérée comme une attestation de sortant de C2S CMU-C.

.../...

B2.3

§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 générée (cf. Annexe 2 – Table 1 - Groupe fonctionnel général et origine de la prestation), 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) Attention : 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 nécessité d'une prescription pour l'acte effectué	table 4	C
• la nécessité d'un coefficient et les valeurs minimale et maximale spécifiées pour ce coefficient	table 4	C
• la compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	table 4	C

Données forçables Hors CCAM	Table de l'annexe 2	Valeur indicateur
• la compatibilité de l'acte avec une majoration de nuit, dimanche ou férié	table 4	C
• le taux théorique de remboursement	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
• la compatibilité de l'acte avec l'âge du bénéficiaire	table 3	C
• la compatibilité de l'acte avec la nécessité d'une entente préalable	table 6	C
• la compatibilité de l'acte avec le qualificatif de la dépense	table 7	C
• la compatibilité de l'acte ne pouvant être facturé seul	table 12	C
• la compatibilité de l'acte avec un second acte de panier de soins optiques différent (règle R44)		C

Indicateur de forçage

Valorisation de l'indicateur de forçage AMO pour une prestation Hors CCAM

La création d'un nouveau code prestation non CCAM (forçage de la table 1 de l'annexe 2) entraîne la valorisation par le progiciel de l'indicateur de forçage AMO à la valeur **A**.

La modification d'un ou plusieurs attributs du code prestation (forçage des tables 2 à 7 et 12 de l'annexe 2) entraîne la valorisation par le progiciel de l'indicateur de forçage AMO à la valeur « **C** ».



Remarque : une prestation de type honoraire générée n'étant pas concernée par le forçage, l'indicateur de forçage AMO est nécessairement **non renseigné**.

.../...

B3.1

§3.3.1.2 Forçage des éléments de tarification CCAM

Dans le contexte CCAM, deux options de forçage sont offertes au Professionnel de Santé :

- modification de données CCAM liées au code regroupement (tables de l'Annexe2 ; il s'agit d'une modification permanente), **ou à la table des plafonds**,
- modification de données CCAM dans le référentiel électronique CCAM (s'il s'agit d'une modification permanente),
- modification des données de la facture (s'il s'agit d'une modification ponctuelle).

§3.3.1.2.1 Forçage de certains éléments liés aux codes regroupements CCAM **ou à la table des plafonds**

Dès lors que le Professionnel de Santé modifie une donnée des tables 4 bis ou 7bis, **ou passe outre les informations en table des plafonds**, l'indicateur de forçage AMO de niveau acte doit être positionné par le progiciel :

Données forçables liées aux codes regroupements	Table de l'annexe 2	Valeur indicateur
• Taux de remboursement de base d'un acte CCAM	table 4bis	N
• La compatibilité du code regroupement avec le qualificatif de la dépense	table 7bis	N
• la compatibilité des paniers de soins sur une même dent (règle R43 de l'annexe 2)	DF_PFD	C

Si le service « Contrôle Complet CCAM » du module SRT retourne un indicateur de forçage, il est prioritaire.

.../...

§3.3.1.5 Cumul de plusieurs forçages de niveau acte

.../...

		Montant remboursable par l'AMO	Plafond des honoraires	Éléments de tarification hors CCAM NGAP ou table des plafonds dentaires	Éléments liés aux codes regroupements CCAM	Éléments de tarification CCAM
		5	6	A ou C	N	Ω(*)
Montant remboursable par l'AMO	5	5	7	5	5	5
Plafond des honoraires	6	7	6	6	6	6
Éléments de tarification hors CCAM NGAP ou table des plafonds dentaires	A ou C	5	6	A ou C	N	Ω
Éléments liés aux codes regroupements CCAM	N	5	6	N	N	Ω
Éléments de tarification CCAM	Ω(*)	5	6	Ω	Ω	Ω

.../...

3.2.3 Impacts Annexe1-A0

.../...

§2.4.21.1.6 Spécificité : LPP

Pour les Dispositifs médicaux (DM) de la LPP (anciennement TIPS) :

Pour chaque code prestation de type de nomenclature LPP (cf. Annexe2-Table1), on établit un groupe 1610 Prestation. Ce groupe 1610 est suivi de 1 à 10 groupes 1730 Prestation détaillée.



Cas particulier : En nature d'assurance SMG et ou AT ou pour les codes affiné LPP soumis à PLV, ce groupe 1610 est nécessairement suivi d'un et un seul groupe 1730 Prestation détaillée.

1610-10 Dénombrement

La valeur du dénombrement du groupe 1610 correspond au nombre des groupes 1730 qui s'y rattachent.

1610-11 PU

Le prix unitaire du groupe 1610 (1610-11) est renseigné par la somme des « montants de la LPP » (1730-10) identifiés dans les groupes 1730 qui s'y rattachent.

1610-12 Base de Remboursement

La base de remboursement du groupe 1610 est renseignée par la somme des « montants totaux de la LPP » (1730-10) identifiés dans les groupes 1730 qui s'y rattachent, dans la limite du montant des honoraires (1610-6).

1610-6 Montant des honoraires

Quelle que soit la nature d'assurance, le montant total facturé à l'assuré renseigne le « montant des honoraires » (champ 1610-6). Ce montant correspond à la somme des « montants totaux facturés TTC après remise éventuelle » identifiés dans les groupes 1730 (champ 1730-11) qui se rattachent à ce groupe 1610, hormis en cas d'acte gratuit (qualificatif de la dépense = G) pour lequel seul le « montant des honoraires » (champ 1610-6) est égal à zéro.

En nature d'assurance SMG ou AT, après renseignement du groupe 1610 et du 1730(*) comme indiqué ci-dessus, le montant total facturé à l'assuré (champ 1610-6) est fourni en entrée de la phase « Finalisation facture » et permet de déterminer le montant des honoraires calculé (cf. A1-A3).

A l'issue de cette phase, le « montant des honoraires » à transmettre (champ 1610-6) ainsi que le(*) « Montant total facturé TTC après remise éventuelle » (champ 1730-11) sont mis à jour avec ce montant des honoraires calculé issu de « Finalisation facture »

(*) Rappel : en nature d'assurance SMG ou AT ou pour les codes affinés LPP soumis à PLV, un seul groupe 1730 par 1610 (cf. cas particulier ci-dessus).

.../...

§2.4.21.1.2 Spécificités Dentaires

.../...

B1

Prothèses dentaires

L'examen du droit aux prestations s'effectue à la date d'exécution des soins (date d'achèvement de la prothèse).

Les prothèses dentaires correspondent aux prestations de groupe fonctionnel « soins dentaires / prothétiques » (cf. Annexe2-Table1).

Le respect des plafonds des actes prothétiques est contrôlé à partir de la table des plafonds dentaires (Annexe 2, règle P5). Cette table (DF_PFD) est fournie par le GIE Sesam Vitale et correspond à un fichier de données dont la structure est la suivante :

- Code acte
 - Panier (« 0 » pour panier reste à charge zéro, « 1 » pour panier reste à charge modéré ou « 2 » pour panier **C2S CMU-C**)
 - Forfait CMU-C (code du forfait CMU-C ou Sans objet « So »)
 - Date d'effet (jj/mm/aaaa)
 - Date de fin (jj/mm/aaaa)
 - Plafond (montant avec deux décimales)
- Exemple (les plafonds sont fictifs) :

Acte	Panier	Forfait CMU-C	Date d'effet	Date de fin	Plafond
HBLD090	2	FDA	01/04/2019		200,00
HBLD090	1	So	01/04/2019		230,00
HBLD090	2	FDC	01/01/2020		175,00
HBLD090	1	So	01/01/2020		175,00
HBLD745	2	FDA	01/01/2020		175,00
HBLD745	0	So	01/01/2020		230,00

Forfait dentaire au titre de la **CMU-C C2S** du panier de biens et services **CMU-C C2S**

Principe

A chaque acte dentaire support (CCAM ou NGAP) correspond un code forfait CMU-C à facturer (FDA, FDC, ...) et un montant maximum pris en charge pour ce forfait.

Les montants maximum de prise en charge des forfaits CMU-C font l'objet d'un arrêté CMU-C publié au Journal Officiel.

CCAM

La liste des forfaits CMU-C facturables pour un acte CCAM dentaire est consultable dans la base CCAM. Pour cela le LPS utilise le service SRT_ConsumerDonnees(CCAM-52a).

NGAP

Les actes d'orthopédie dento-faciale (ODF) sont en NGAP (code prestation TO ou ORT). La compatibilité entre le forfait CMU-C et l'acte dentaire NGAP est contrôlée par la règle R11bis qui s'appuie sur la table 12 (cf. Annexe 2)

Sur la facture

- l'acte dentaire support (CCAM ou NGAP) est facturé au tarif conventionnel **sans dépassement** (cf. Annexe2 règle P2),
- l'acte forfait CMU-C correspond au dépassement

Cas particulier : Forfait CMU-C hors panier de bien

Pour certains actes CCAM dentaires, un dépassement au-delà du montant maximal de dépassement autorisé est possible. Dans ce cas, une part reste à la charge de l'assuré.

Sur la facture :

- le montant facturé sur l'acte CCAM est supérieur au tarif conventionnel,
- le PS indique un qualificatif de dépense « entente directe » (D),
- le forfait CMU-C utilisé est le code **FPC**,
- le montant du FPC correspond au montant maximal de dépassement autorisé.



Attention : le dépassement (autre que le montant du FPC) ne doit pas être reporté dans le montant AMC de l'acte CCAM :

- le montant AMC de l'acte CCAM correspond au TM calculé sur la base de remboursement,
- le dépassement autre que le montant du FPC doit apparaître dans le reste à charge de l'acte CCAM.
- Les actes CCAM dentaire concernés sont ceux compatibles avec le code forfait FPC.

Exemple 1 Forfait CMU-C dans le panier de biens

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 70 %	PAR	HBLD138	1	1	1	0	139,75	139,75	70	97,83	139,75		41,92	0 ⁽¹⁾
	FDA		1	1	1	0	294,25	0	0	0	294,25	N	294,25	0
Total											434,00			

bénéf. exonéré	PAR	HBLD138	1	1	1	4	139,75	139,75	100	139,75	139,75		0	0
	FDA		1	1	1	0	294,25	0	0	0	294,25	N	294,25	0
Total											434,00			

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 70 %	PFM	HBLD040	1	1	1	0	279,50	279,50	70	195,65	279,50		83,85	0 ⁽¹⁾
	FDC		1	1	1	0	555,50	0	0	0	555,50	N	555,50	0
Total											835,00			

bénéf. exonéré	PFM	HBLD040	1	1	1	4	279,50	279,50	100	279,50	279,50		0	0
	FDC		1	1	1	0	555,50	0	0	0	555,50	N	555,50	0
Total											835,00			

Exemple 2 Forfait CMU-C hors panier de biens

	Code Prestation /	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
--	-------------------	-----------	-----	-------	-----	--------------	----	------------	------------	---------	------------------	-----------------------	---------	----------------

	Code regroupement													
à 70 %	PFC	HBLD036	1	1	1	0	107,50	107,50	70	75,25	277,50	D	32,25	170,00
	FPC		1	1	1	0	122,50	0	0	0	122,50	N	122,50	0
Total											400,00			
bénéf. exonéré	PFC	HBLD036	1	1	1	4	107,50	107,50	100	107,50	277,50	D	0	170,00
	FPC		1	1	1	0	122,50	0	0	0	122,50	N	122,50	0
Total											400,00			

Exemple 3 Forfait CMU-C pour un acte d'ODF

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 100 %	TO		1	90	1	0	2,15	193,5	100	193,5	193,50		0	0
	FDO		1	1	1	0	139,50	0	0	0	139,50	N	139,50	0
Total											333,00			

Les montants utilisés dans les exemples ci-avant sont mentionnés à titre d'exemple, et peuvent évoluer en fonction des tarifs conventionnels.

Ordre des prestations

Dans le cadre de la CCAM, une prestation de forfait dentaire ~~au titre de la~~ CMU-C devra suivre immédiatement une prestation CCAM de code regroupement dentaire. Cf. Annexe 2 règle R11bis.

Définition

Les forfaits dentaires ~~au titre de la~~ CMU-C correspondent aux prestations de groupe fonctionnel « soins dentaires / forfait CMU-C » (cf. Annexe2-Table1).

.../...

§5.2 2200-Groupe Liste des dents traitées (acte CCAM)

.../...

B3.1

Règles

Ce groupe est renseigné par le Professionnel de Santé dans le cas où il s'agit d'une prestation de type CCAM concernant des actes dentaires pour lesquels il est possible de préciser les n° de dents traitées.

Un groupe 2200 est donc nécessairement précédé d'un groupe 2100.

Le remplissage des numéros de dents doit commencer à la 1ère occurrence et il ne doit pas y avoir de rupture dans le remplissage des occurrences, ni de doublon.

Familles concernées

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

- Prescripteurs

2200	Groupe Liste des dents traitées (acte CCAM)	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache la liste des dents traitées.	
2. N° de la dent 1	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent. Si un seul numéro de localisation de dent est renseigné, il est nécessaire de le renseigner en première position.	
3. N° de la dent 2	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
4. N° de la dent 3	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
5. N° de la dent 4	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
6. N° de la dent 5	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
7. N° de la dent 6	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
8. N° de la dent 7	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
9. N° de la dent 8	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
10. N° de la dent 9	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
11. N° de la dent 10	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
12. N° de la dent 11	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
13. N° de la dent 12	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
14. N° de la dent 13	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
15. N° de la dent 14	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
16. N° de la dent 15	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
17. N° de la dent 16	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	

Numérotation des dents

La numérotation des dents à utiliser se conforme à la norme ISO 3960-1984 et permet de numéroter chaque dent ainsi que les sextants et les maxillaires.

Numérotation des dents :

- 1er caractère : indication du quadrant : 1 à 4 pour les dents définitives, 5 à 8 pour les dents de lait

- 2ème caractère : localisation de la dent dans un même quadrant : de 1 à 8.

Numérotation sextants et maxillaires :

01	maxillaire supérieur
02	mandibule (maxillaire inférieur)
03	Sextant supérieur droit
04	Sextant antéro-supérieur
10	Quadrant supérieur droit
20	Quadrant supérieur gauche

05	Sextant supérieur gauche
06	Sextant inférieur gauche
07	Sextant antéro-inférieur
08	Sextant inférieur droit
30	Quadrant inférieur gauche
40	Quadrant inférieur droit

Ces précisions concernant la numérotation des dents sont données à titre indicatif. Le logiciel n'est pas tenu d'implémenter de contrôle sur la validité du n° de dent saisi par le Professionnel de Santé.

Les contrôles portant sur les n° de dents des prestations CCAM sont spécifiés par les règles R43 de l'annexe 2, et RC14 et CC5 de l'annexe 1-A1.

.../...

3.2.4 Impacts Annexe1-A2

.../...

§5.1 3700 Groupe CONTEXTE TARIFICATION de la part Complémentaire

Règles

Ce groupe précise si la tarification est réalisée par le STS-CMU ou si la prestation est réalisée par un médecin référent.

En entrée de l'interface

- Règles de valorisation du Top CMU

Le Top CMU est obligatoire. Le progiciel valorise systématiquement cette donnée.

Identification des bénéficiaires dont la tarification est réalisée par le STS-CMU

L'accès au STS-CMU est subordonné à l'identification préalable du bénéficiaire des soins comme bénéficiaire de la **C2S CMU Complémentaire** gérée par un AMO ou par un AMC ou comme bénéficiaire du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO ».

Valorisation du top CMU

- si le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de la **C2S CMU Complémentaire** ou du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO », le progiciel doit valoriser le top CMU à « 1 » ;
- si le bénéficiaire des soins n'est ni bénéficiaire de la **C2S CMU Complémentaire** ni du dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO », le progiciel doit valoriser le top CMU à « 0 ».
- Règles de valorisation du Médecin référent :

Ce top est conservé dans le système de facturation mais n'est plus utilisé du fait de la suppression du médecin référent.

Ce top est donc valorisé systématiquement à « N » : Médecin non référent,

En sortie de l'interface

Ce groupe peut être restitué par les STS en retour.

3700	Groupe Contexte tarification de la part Complémentaire	
• Top CMU	Indiquer si le bénéficiaire des soins est bénéficiaire de la C2S CMU Complémentaire	obligatoire
• Top Médecin référent	Indiquer si le Professionnel de Santé est médecin référent	facultatif

§5.2 3710 Groupe FORMULE AMC APPLIQUEE AU NIVEAU ACTE

.../...

B2.2

↳ Cas particulier de la **CMU-C C2S**

Lors d'une prestation dispensée à un bénéficiaire de la **CMU-complémentaire C2S**, le paramétrage et le choix de la formule appliquée dans la tarification complémentaire sont liés au type de prestation.

Dans ce cas, le progiciel renseigne la formule et les paramètres en conséquence :

Dans le cas de prestation LPP d'équipement d'optique ou de prothèses auditives :

Pour information :

Optique :

Optique

Le montant remboursable par l'organisme complémentaire contient le ticket modérateur + le complément au ticket modérateur (forfait). Les équipements d'optiques concernés sont caractérisés par le groupe fonctionnel général « optique » et par le sous-groupe fonctionnel détail « CMU-C ».

➤ Prestations soumises à PLV

Le montant remboursable par l'organisme complémentaire correspond au montant de la dépense plafonné au PLV de l'acte et diminué du montant de la part AMO [$\text{MIN}(\text{PLV}, \text{montant de la dépense}) - \text{part AMO}$].

La formule 011 « Frais réels plafonné » est proposée au Professionnel de Santé.

Le Professionnel de Santé renseigne alors le paramètre plafond n°1 avec le PLV présent en base LPP diminué du montant de la part AMO.

Ce paramètre correspond au montant global, de niveau acte, pris en charge au titre de la CMU-C (i.e. ticket modérateur + forfait de dépassement CMU-C fixé par arrêté ministériel).

Ce montant (Ticket modérateur + forfait CMU-C) figure sur l'accord de prise en charge CMU-C suite à devis au niveau de chaque prestation.

A défaut, le Professionnel de Santé calcule le plafond (Ticket modérateur + forfait CMU-C) pour le renseigner dans la formule, conformément à la réglementation en vigueur.

Il est de la responsabilité du Professionnel de Santé d'appliquer le forfait en adéquation avec le contexte médical.

➤ Prestations non soumises à PLV

Le montant remboursable par l'organisme complémentaire correspond au ticket modérateur (BR-Part AMO).

La formule à appliquer est : 052 « 100% TM » (aucun paramètre).

Prothèses auditives :

Les prothèses auditives sont caractérisées par le code prestation « PAU ».

La formule 011 « Frais réels plafonné » est proposée au Professionnel de Santé.

Il est de la responsabilité du Professionnel de Santé d'appliquer le tarif en adéquation avec le contexte.

La formule fonctionne comme expliqué précédemment pour l'optique.

Prothèses auditives

Les prothèses auditives sont caractérisées par les codes prestation de groupe fonctionnel général = « audiology » et groupe fonctionnel détaillé = « Prothèse auditive »)

Le montant remboursable par l'organisme complémentaire correspond au montant de la dépense, plafonné au montant maximum C2S Audio (MAX_{C2S}) diminué du montant de la part AMO :

$$[\text{MIN}(\text{MAX}_{\text{C2S}}, \text{montant de la dépense}) - \text{part AMO}]$$

Ce montant maximum C2S Audio correspond au TRSS de la prestation, majoré du forfait C2S d'audiologie : $\text{MAX}_{\text{C2S}} = \text{TRSS} + \text{FA}_{\text{C2S}}$

En l'absence de forfait défini réglementairement, le montant FA_{C2S} est égal à zéro.

☞ A noter que le forfait C2S d'audiologie est un montant fixe, indépendant de la prestation LPP.

Pour illustration, en décembre 2021, il est égal à 400€ pour les bénéficiaires des soins de plus de 20 ans. Pour les bénéficiaires des soins jusqu'à 20 ans, il n'y a pas de forfait réglementaire.

La formule 011 « Frais réels plafonné » est proposée au Professionnel de Santé.

Le Professionnel de Santé renseigne alors le paramètre n°1 avec le maximum C2S Audio diminué du montant de la part AMO.

• Autres prestations LPP (i.e. hors Optique et hors Prothèses auditives)

Le montant remboursable par l'organisme complémentaire correspond au ticket modérateur (BR-Part AMO).

La formule à appliquer est : 052 « 100% TM » (aucun paramètre).

Dans le cas de soins dentaire :

Pour le forfait dentaire CMU-C, le remboursement se fait sur la base des frais réels plafonné au montant du forfait (formule 011 avec le paramètre n° 1 valorisé au montant du forfait).

Un forfait dentaire CMU-C est caractérisé par une prestation de groupe fonctionnel « soins dentaire » et de sous groupe fonctionnel « Forfait CMU ».

Pour l'acte support auquel le forfait dentaire CMU-C est associé, le progiciel utilise la formule 052 (aucun paramètre).

Et pour toute autre prestation liée à la C2S CMU-C :

Le progiciel de santé utilise la formule 052 « 100%TM » (aucun paramètre).

.../...

3.2.5 Impacts Annexe 2

B3.2

Tableaux de synthèse

		R37 ter	R37 quater	R38	R39	R40	R41	R42	R43	R44	R51	R55
01	Médecine générale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
02	Anesthésie-Réanimation	X	X	X	X	X	X	X			X	X
03	Cardiologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
04	Chirurgie générale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
05	Dermatologie et Vénérologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
06	Radiologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
07	Gynécologie obstétrique	X	X	X	X	X	X	X			X	X
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
09	Médecine interne	X	X	X	X	X	X	X			X	X
10	Neuro-Chirurgie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
11	Oto-Rhino-Laryngologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
12	Pédiatrie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
13	Pneumologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
14	Rhumatologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
15	Ophthalmologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
16	Chirurgie urologique	X	X	X	X	X	X	X			X	X
17	Neuro-Psychiatrie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
18	Stomatologie	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
19	Chirurgien Dentiste					X	X	X	X		X	X
20	Réanimation médicale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
21	Sage-femme					X	X	X			X	X
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	X	X	X	X	X	X	X			X	X
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	X	X	X	X	X	X	X			X	X
24	Infirmier					X					X	X
26	Masseur Kinésithérapeute					X					X	X
27	Pédicure Podologue					X					X	X
28	Orthophoniste					X					X	X
29	Orthoptiste					X					X	X
30	Laboratoire d'analyses médicales					X					X	X
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation	X	X	X	X	X	X	X			X	X
32	Neurologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
33	Psychiatrie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
34	Gériatrie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
35	Néphrologie	X	X	X	X	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	X	X			X	X

		R37 ter	R37 quater	R38	R39	R40	R41	R42	R43	R44	R51	R55
38	Médecin biologiste					X	X	X			X	X
39	Laboratoire Polyvalent					X					X	X
40	Laboratoire d'anatomo-cytopathologie					X					X	X
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
42	Endocrinologie et Métabolisme	X	X	X	X	X	X	X			X	X
43	Chirurgie infantile	X	X	X	X	X	X	X			X	X
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	X	X	X	X	X	X	X			X	X
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	X	X	X	X	X	X	X			X	X
48	Chirurgie vasculaire	X	X	X	X	X	X	X			X	X
49	Chirurgie viscérale et digestive	X	X	X	X	X	X	X			X	X
50	Pharmacie d'officine					X				X	X	X
51	Pharmacie mutualiste					X				X	X	X
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.					X	X	X	X		X	X
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.					X	X	X	X		X	X
60	Prestataire de type société					X				X	X	X
61	Prestataire de type artisan					X				X	X	X
62	Prestataire de type association					X				X	X	X
63	Orthésiste					X				X	X	X
64	Opticien					X				X	X	X
65	Audioprothésiste					X				X	X	X
66	Epithésiste Oculariste					X				X	X	X
67	Podo-orthésiste					X				X	X	X
68	Orthoprothésiste					X				X	X	X
69	Chirurgie orale	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
70	Gynécologie médicale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
71	Hématologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
72	Médecine nucléaire	X	X	X	X	X	X	X			X	X
73	Oncologie médicale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
74	Oncologie radiothérapique	X	X	X	X	X	X	X			X	X
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	X	X	X	X	X	X	X			X	X
76	Radiothérapie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
77	Obstétrique	X	X	X	X	X	X	X			X	X
78	Génétique médicale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
80	Santé publique et médecine sociale	X	X	X	X	X	X	X			X	X

		P5	P6	P7
J.	.../...	/.	/.	/.
18	Stomatologie	X	X	
19	Chirurgien Dentiste	X	X	
J.	.../...	/.	/.	/.
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.			
J.	.../...	/.	/.	/.
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie			
42	Endocrinologie et Métabolisme			
43	Chirurgie infantile			
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X	
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X	
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique			
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire			
48	Chirurgie vasculaire			
49	Chirurgie viscérale et digestive			
J.	.../...	/.	/.	/.
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X	X	
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X	X	
J.	.../...	/.	/.	/.
69	Chirurgie orale	X	X	
J.	.../...	/.	/.	/.

.../...

B1

R11bis – Compatibilité des Soins Dentaires Forfaits CMU-C avec l'acte support

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Dans le cadre de la CMU complémentaire C2S, des dépassements fixés par arrêté ministériel peuvent être pris en charge en plus des tarifs de responsabilités.</p> <p>Ces dépassements sont facturés sous la forme d'un forfait, i.e. une prestation du groupe fonctionnel « soins dentaires / forfait CMU-C ».</p> <p>Ils sont compatibles avec certaines prestations des groupes fonctionnels suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> « soins dentaires / ODF », 	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS (NGAP) ou code regroupement CCAM renseigné par le progiciel.</p> <p>Groupe fonctionnel : Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p> <p>Table 12</p>	<p>arrêté du 31/12/99 pris par application des articles L162-9 et L861-3 du code de la Sécurité Sociale (JO du 01/01/2000)</p> <p>arrêté du 30 mai 2006 (J.O. du 2 juin 2006)</p>	<p>Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente Rc19 (cf. Annexe1-A1).</p>

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> <ol style="list-style-type: none"> Cas général : le Professionnel de Santé doit accorder à l'assuré le tiers payant sur la part AMO dans la mesure où le Bénéficiaire des Soins (hors « autre situation de migrant ») est identifié avec la carte Vitale. Les bénéficiaires « autre situation de migrant » (3) ne sont pas concernés par cette obligation de tiers payant AMO si leur date de fin de droits AMO est dépassée. Nature d'assurance " Accident du Travail " : part AMO Nature d'assurance " Maternité " : part AMO Couverture maladie universelle : <ul style="list-style-type: none"> Bénéficiaire de la C2S CMU-C⁽³⁾ : parts AMO et AMC Dans ce cas, le montant de la participation de l'AMC est au minimum équivalent au ticket modérateur sauf cas particuliers (ex : prothèse dentaire...) pour lesquels le tarif de responsabilité⁽¹⁾ peut être dépassé. Sortant de C2S CMU-C⁽³⁾ : part AMO Permanence des soins : part AMO Ce cas s'applique dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte suite à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de la permanence de soins AME : parts AMO et AMC Dans ce cas, le montant de la participation de l'AMC est au minimum équivalent au ticket modérateur. Remarque : Pour un bénéficiaire de l'AME, ce tiers-payant se traduit par une avance de frais sur la part complémentaire, la part obligatoire étant à zéro. ACS⁽⁴⁾ <ul style="list-style-type: none"> TP Social AMO : part AMO / médecin Ce cas concerne les bénéficiaires de l'ACS n'ayant pas souscrit un contrat complémentaire ACS encadré et les Professionnel de Santé médecin uniquement. TPI ACS : parts AMO et AMC Ce cas concerne les bénéficiaires ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS. <p>8. .../...</p>	.../...	.../...	.../...	<ul style="list-style-type: none"> .../...

.../...

B3.1


R43 - Contrôler le non panachage sur une même dent des paniers de soins pour les prothèses dentaires sur une même dent

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la cohérence des paniers de soins des actes CCAM de prothèses dentaires facturés sur une même dent.</p> <p>Cette règle concerne tous les actes CCAM de prothèse dentaire pour lesquels au moins un n° de dent est renseigné dans la facture. Ces actes sont caractérisés par une catégorie médicale égale à la valeur « prothèse dentaire ».</p> <p>Pour tout acte CCAM, il peut y avoir jusqu'à 16 numéros de dent identifiés</p> <p>Pour tout acte CCAM de prothèse dentaire, il convient de vérifier pour tout n° de dent sur lequel cet acte CCAM porte s'il existe dans la facture un acte CCAM de même catégorie « prothèse dentaire » portant sur ce même numéro de dent.</p> <p>Dans ce cas, les deux actes CCAM doivent relever du même panier.</p> <p>Le panier de tout acte CCAM de prothèse dentaire se déduit de la table des plafonds dentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit l'acte est présent dans la table et une valeur de panier lui est associée, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> ○ 0 : pour panier reste à charge zéro ○ 1 : pour panier reste à charge modéré. • soit l'acte est absent de la table et il relève du panier « Honoraires Libres ». <p>La présence et le type de panier d'un acte CCAM dans la table des plafonds s'apprécie à la date d'exécution de cet acte.</p> <p>! Cette table des plafonds contient également les plafonds C2S. Ceux-ci sont associés au panier de valeur 2 : il convient d'ignorer cette valeur 2 pour le présent contrôle.</p> <p>En cas d'incohérence des paniers de soins sur une même dent, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au PS.*</p>	<p>Code acte CCAM (2100-2) : saisi par le PS</p> <p>Panier de soin de l'acte CCAM : DF_PFD</p> <p>Numéro de dent (2200-2 à 2200-17) : saisi par le PS</p> <p>Catégorie médicale de l'acte CCAM : issue de SRT_Consumer_Donnee(CCAM-12)</p>	Table des plafonds dentaires (DF_PFD)	Réforme gouvernementale dite du reste à charge zéro « 100% santé »	* L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation, mais dans ce cas le panachage entraîne la valorisation de l'indicateur de forçage AMO niveau prestation Cf. A1-A §3 sur chaque prestation concernée.

.../...

B2.3

R44 – Contrôler le non panachage des paniers de soins optiques entre verres

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la cohérence des paniers de soins pour les verres d'un même appareillage d'optique :</p> <p>pour tout verre facturé, il convient de vérifier que le second verre facturé à la même date d'exécution appartient au même panier de soins, i.e. est de même sous-groupe fonctionnel.</p> <p>La facturation d'un verre se traduit dans la facture par une prestation de groupe fonctionnel « Optique » et de sous-groupe fonctionnel de type verre (« Verre A » ou « Verre B »),</p> <p> A noter qu'il peut être facturé au maximum 2 verres à une même date d'exécution, hors cas particulier prévu ci-après.</p> <p>En cas d'incohérence des paniers de soins, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au PS.*</p> <p>Cas particuliers : Présence de 4 verres</p> <p>Dans le cas particulier de la délivrance de 2 appareillages d'optique à la même date, la facture peut comporter 4 prestations de type verre de même date d'exécution.</p>	<p>Code prestation (1610) : saisi par le PS</p> <p>Date d'exécution (1610) : saisi par le PS</p> <p>Groupe fonctionnel du code prestation : Table 1</p> <p>Sous-groupe fonctionnel du code prestation : Table 1</p>	Table 1	Réforme gouvernementale dite du reste à charge zéro « 100% santé »	<p>* L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation, mais dans ce cas le panachage entraîne la valorisation de l'indicateur de forçage AMO niveau prestation Cf. A1-A §3 sur chaque prestation concernée.</p> <p>Cas particuliers : Présence de 4 verres : en cas de panachage des verres (3 verres de Classe A / 1 verre de Classe B ou 1 verre de Classe A / 3 verres de Classe B) l'indicateur de forçage AMO niveau prestation est positionné sur chacune des 4 prestations.</p>

<p>Il convient alors de vérifier que ces 4 prestations sont de même panier deux à deux i.e. :</p> <ul style="list-style-type: none"> soit les quatre prestations relèvent du même panier soit deux prestations relèvent du panier A et les deux autres du panier B 				
--	--	--	--	--

.../...

B3.2

P5 - Contrôle du respect des plafonds des actes prothétiques

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier pour tout code acte CCAM facturé, s'il est présent à la date de référence AMO dans la table des plafonds dentaires, que le montant du plafond autorisé n'est pas dépassé.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le montant des honoraires doit être inférieur ou égal au montant du plafond autorisé. <p>Dans le cas où le plafond autorisé est dépassé, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au PS : « Le montant des honoraires facturés ne respecte pas la convention dentaire. Il vous appartient d'en informer votre patient. ».*</p> <p>Cette règle concerne uniquement les chirurgiens-dentistes.</p> <p>Cas particulier : Facturation d'un acte CCAM suivi d'un forfait dentaire CMU-C :</p> <ul style="list-style-type: none"> Acte CCAM : le montant des honoraires doit être égal à la base de remboursement, sauf si le qualificatif de la dépense est renseigné à « Entente directe » : dans ce cas le dépassement est autorisé. Forfait CMU-C : le montant des honoraires du forfait ne doit pas dépasser le montant du plafond autorisé diminué du montant des honoraires de l'acte CCAM qui le précède. Le montant du plafond autorisé est lu par le LPS dans la table des plafonds pour le couple code acte CCAM, forfait CMU-C facturé.. <p>Dans ce cas particulier CMU-C, le logiciel doit également alerter le PS en cas de du non-respect du des plafonds C2S CMUC et lui demander d'en informer son patient.</p> <p>Cas particulier : Bénéficiaire de l'ACS Le montant du plafond autorisé correspond au plafond C2S s'il existe. Dans la table des plafonds, ce montant est associé au panier de valeur 2.</p> <p>Dans le cas où le plafond C2S n'apparaît pas dans la table des plafonds, le montant du plafond autorisé est celui du cas nominal.</p>	<p>Code acte CCAM saisi par le PS et présent dans la table des plafonds dentaires</p> <p>Code Forfait CMU-C saisi par le PS</p> <p>Montant des honoraires : (1610) : Saisie par le PS</p>	Table des plafonds dentaires (DF_PFD)	Réforme gouvernementale dite du reste à charge zéro « 100% santé »	* L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation, mais dans ce cas le dépassement entraîne la valorisation de l'indicateur de forçage AMO niveau acte Cf. A1-A §3

P6 - Contrôle du respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses)

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation soumise au respect des tarifs opposables (cf. Table 2ter) que le montant du dépassement est nul.</p> <p>Dans le cas contraire, le LPS doit déclencher un message d'alerte au Professionnel de Santé : « Le montant des honoraires facturés ne respecte pas la convention dentaire. Il vous appartient d'en informer votre patient. ».*</p> <p>Cette règle concerne uniquement les chirurgiens-dentistes.</p>	<p>Montant du dépassement : (1610) : Déterminé par la règle P2</p>	Table 2ter	Convention dentaire	* L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation mais dans ce cas le dépassement entraîne la valorisation de l'indicateur de forçage AMO niveau acte Cf. A1-A §3

.../...

B2.2

P7 - Contrôle du respect des prix limite de vente des produits de la LPP

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation de nomenclature « LPP » et nécessitant un code affiné (top codage affiné = « oui ») que le Prix Limite de Vente de l'acte facturé est respecté.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le montant du tarif LPP du code détaillé LPP doit être inférieur ou égal à son Prix Limite de Vente issu de la base LPP* (si présence d'un Prix Limite de Vente en base LPP). <p>Dans le cas où le Prix Limite de Vente est dépassé, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au Professionnel de Santé : « Le montant de la prestation facturée est supérieur au prix limite de vente. Il vous appartient d'en informer votre patient ». **.</p> <p>Cette règle concerne uniquement les fournisseurs et les pharmaciens.</p> <p>Cas particuliers :</p> <p>Situation de C2S CMU-C ou sortant de C2S CMU-C : dans le cas d'une facturation de prestations d'optique ou d'audioprothèse (groupe fonctionnel général = « optique » ou « audioprothèse » - « audiologie » et groupe fonctionnel détaillé = « Prothèse auditive ») au titre de la C2S CMU-C ou Sortant de C2S CMU-C, le montant des honoraires ne doit pas dépasser le Prix de Vente montant maximum fixé par la réglementation*** par l'arrêté CMU-C publié au Journal Officiel***. Dans le cas contraire, le logiciel doit alerter le PS du non-respect des plafonds CMU-C et lui demander d'en informer son patient.</p> <p>Facturation dans les DOM : le tarif LPP du code détaillé LPP correspond au tarif LPP lu en base et éventuellement majoré du coefficient DOM propre à l'acte s'il existe ; le Prix Limite de Vente à ne pas dépasser est le Prix Limite de Vente lu en base majoré à l'identique.</p>	<p>Nomenclature : Lu en table 1</p> <p>Top codage affiné : Lu en table 1</p> <p>Montant du tarif LPP (1730)</p> <p>Montant du prix limite de vente</p>	Table 1	Réforme gouvernementale dite du reste à charge zéro « 100% santé »	<p>*La base LPP est disponible sur le site de l'Assurance Maladie</p> <p>** L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation mais dans ce cas le dépassement entraîne la valorisation de l'indicateur de forçage AMO niveau acte Cf. A1-A §3</p> <p>***Le Prix de Vente montant maximum des prestations d'optique et d'audioprothèses incluses dans le panier de soins CMU-C de la protection complémentaire en matière de santé (C2S) font l'objet d'un arrêté CMU-C publié au Journal Officiel.</p>

.../...

3.2.6 Impacts Annexe 2bis

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		
AAD	Autres accessoires traitement à domicile (Titre I Chapitre 1 de la LPP)		Support	LPP	so	so	Oui	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
FDA	Forfait Dentaire pour prothèse Adjointe (dédié à la C2S CMU-C)		Secondaire	NGAP	Soins Dentaires	Forfait CMU-C	Non	PS
FDC	Forfait Dentaire pour prothèse Conjointe (dédié à la C2S CMU-C)		Secondaire	NGAP	Soins Dentaires	Forfait CMU-C	Non	PS
FDO	Forfait Dentaire pour acte dentaire ODF (dédié à la C2S CMU-C)		Secondaire	NGAP	Soins Dentaires	Forfait CMU-C	Non	PS
FDR	Forfait Dentaire pour Réparation de prothèse (dédié à la C2S CMU-C)		Secondaire	NGAP	Soins Dentaires	Forfait CMU-C	Non	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
FPC	Forfait prothèse conjointe (dédié à la C2S CMU-C)		Secondaire	NGAP	Soins Dentaires	Forfait CMU-C	Non	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
FPO	Forfait orthodontique (dédié à la C2S CMU-C)		Secondaire	NGAP	Soins Dentaires	Forfait CMU-C	Non	PS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
M01	Monture adulte – classe A - RAC 0		Support	LPP	Optique	So	Oui	PS
M02	Monture enfant – Classe A - RAC 0		Support	LPP	Optique	So	Oui	PS
M03	Monture adulte – classe B – Honoraires libres		Support	LPP	Optique	So	Oui	PS
M04	Monture enfant – Classe B – Honoraires libres		Support	LPP	Optique	So	Oui	PS
MS1	Optique classe A – Supplément pour monture de lunettes à coque – moins de 6 ans – RAC 0		Support	LPP	Optique	So	Oui	PS
MS2	Optique classe B – Supplément pour monture de lunettes à coque – moins de 6 ans – Honoraires libres		Support	LPP	Optique	So	Oui	PS
S01	Optique- adaptation verre de classe A - RAC 0		Support	LPP	Optique	so Verre A	Oui	PS
SV1	Optique- adaptation verre de classe B – Honoraires libres		Support	LPP	Optique	so Verre B	Oui	PS
SV2	Optique- appairage niveau 1,2 ou 3 classe A – RAC 0		Support	LPP	Optique	So	Oui	PS
SV3	Optique- autre supplément		Support	LPP	Optique	So	Oui	PS
SV4	Optique- Supplément pour verres teintés - classe B - plafonné		Support	LPP	Optique	so Verre B	Oui	PS
V01	Verre de classe A – Unifocal ou neutre - RAC 0		Support	LPP	Optique	Verre A	Oui	PS

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		
V02	Verre de classe A – Unifocal complexe - RAC 0		Support	LPP	Optique	Verre A	Oui	PS
V03	Verre de classe A - Multifocal/progressif complexe - RAC 0		Support	LPP	Optique	Verre A	Oui	PS
V04	Verre de classe A – Multifocal/ progressif très complexe RAC 0		Support	LPP	Optique	Verre A	Oui	PS
VM1	Verre de classe B – Multifocal/ progressif sphérique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VM2	Verre de classe B – Multifocal/ progressif sphéro-cylindrique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VM3	Verre de classe B – Multifocal/ progressif sphéro-cylindrique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VM4	Verre de classe B – Multifocal/ progressif sphérique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VM5	Verre de classe B – Multifocal/ progressif sphéro-cylindrique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VM6	Verre de classe B – Multifocal/ progressif sphéro-cylindrique complexe - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VM7	Verre de classe B – Multifocal/ progressif sphéro-cylindrique très complexe - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VU1	Verre de classe B – Unifocal sphérique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VU2	Verre de classe B – Unifocal sphéro-cylindrique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VU3	Verre de classe B – Unifocal sphéro-cylindrique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VU4	Verre de classe B – Unifocal sphérique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VU5	Verre de classe B – Unifocal sphéro-cylindrique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VU6	Verre de classe B – Unifocal sphéro-cylindrique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
VU7	Verre de classe B – Unifocal sphéro-cylindrique - Honoraires libres		Support	LPP	Optique	Verre B	Oui	PS
APA	Audio Prothèses Accessoires		Support	LPP	Audiologie Audio- prothèse	so	Oui	PS
P1D	Prothèse auditive panier 1- RAC 0 – oreille droite		Support	LPP	Audiologie Audio- prothèse	so Prothèse auditive	Oui	PS
P1G	Prothèse auditive panier 1- RAC 0 – oreille gauche		Support	LPP	Audiologie Audio- prothèse	so Prothèse auditive	Oui	PS
P2D	Prothèse auditive panier 2 – Honoraires libres – oreille droite		Support	LPP	Audiologie Audio- prothèse	so Prothèse auditive	Oui	PS
P2G	Prothèse auditive panier 2 – Honoraires libres – oreille gauche		Support	LPP	Audiologie Audio- prothèse	so Prothèse auditive	Oui	PS
PAU	Prothèse auditive	31/12/20	Support	LPP	Audiologie Audio- prothèse	so Prothèse auditive	Oui	PS
PAZ	Prothèse auditive rac zéro	31/12/20	Support	LPP	Audiologie Audio- prothèse	so Prothèse auditive	Oui	PS
PIL	Audio Prothèses Piles		Support	LPP	Audiologie Audio- prothèse	so	Oui	PS
SUI	Suivi prothèse auditive		Support	LPP	Audiologie Audio- prothèse	so	Oui	PS

.../...

4 Impacts dans le Référentiel Intégré

4.1 Synthèse des impacts

Documents CDC	§	Partie impactée	Nature de l'impact	Besoin
RH-INTEG-DSF-020	4.1.1.2.8.7	Bénéficiaire de l'ACS	Remplacement TP social AMO par TP AMO	B4
	4.1.1.3.2	Schéma SR1	Ajout de la règle R44	B2.3
	4.1.1.3.2	Schéma SR1	Ajout de la règle R43	B3.1
	4.1.1.2.7.3.4	Codage LPP	Préciser qu'il ne faut pas regrouper les codes affinés LPP sous un même code prestation pour des codes LPP soumis à PLV	B2.2
	4.1.1.3.8.1	Règle de saisie	Remplacement de CMU-C par C2S	B1
	4.1.1.3.8.2.6	Montant AMO	Remplacement de CMU-C par C2S	B1
	4.1.1.3.8.4.1	N° dent	Renvoi à la nouvelle règle R43 de l'annexe 2	B3.1
	4.1.3.10.1	Forçage des éléments de tarification hors CCAM	Ajout du forçage de la règle R44	B2.3
	4.1.3.10.2	Forçage des éléments de tarification CCAM	Ajout du forçage par rapport à la table des plafonds (règle R43)	B3.1
	4.1.3.10.3	Cumul de plusieurs forçages de niveau acte	Ajout des cas de cumul à présent possibles	B3.1
Rh_integ-dsf-034 annexe 10	A5-1.3	Forçage données bénéficiaire	Remplacement de CMU-C par C2S	B1
	2.2.1	Acquisition des données BS	Remplacement de CMU-C par C2S	B1
	2.2.1	Acquisition des données BS	Remplacement TP social AMO par TP AMO	B4
	2.3.1	Situations particulières	Remplacement de CMU-C par C2S	B1
	3.4	Tarification complémentaire	Remplacement de CMU-C par C2S	B1
	3.4.2.2	CMU complémentaire	Cas particulier de la C2S : Remplacement des spécificités pour les prestations Optique et Auditives par les spécificités pour les prestations LPP.	B2.2
			Ajout d'un cas particulier pour les prestations Auditives	
Ajout d'un cas particulier pour les prestations LPP hors Optique et hors Prothèses Auditives				
Annexe 2 Annexe 2 bis			Voir impacts cdc	
			Voir impacts cdc	

4.2 Détail des impacts : Référentiel Intégré

4.2.1 Impacts sur RH-INTEG-DSF-020 spécification de l'application_partie 1

.../...

§4.1.1.2.8.7 Dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire

.../...

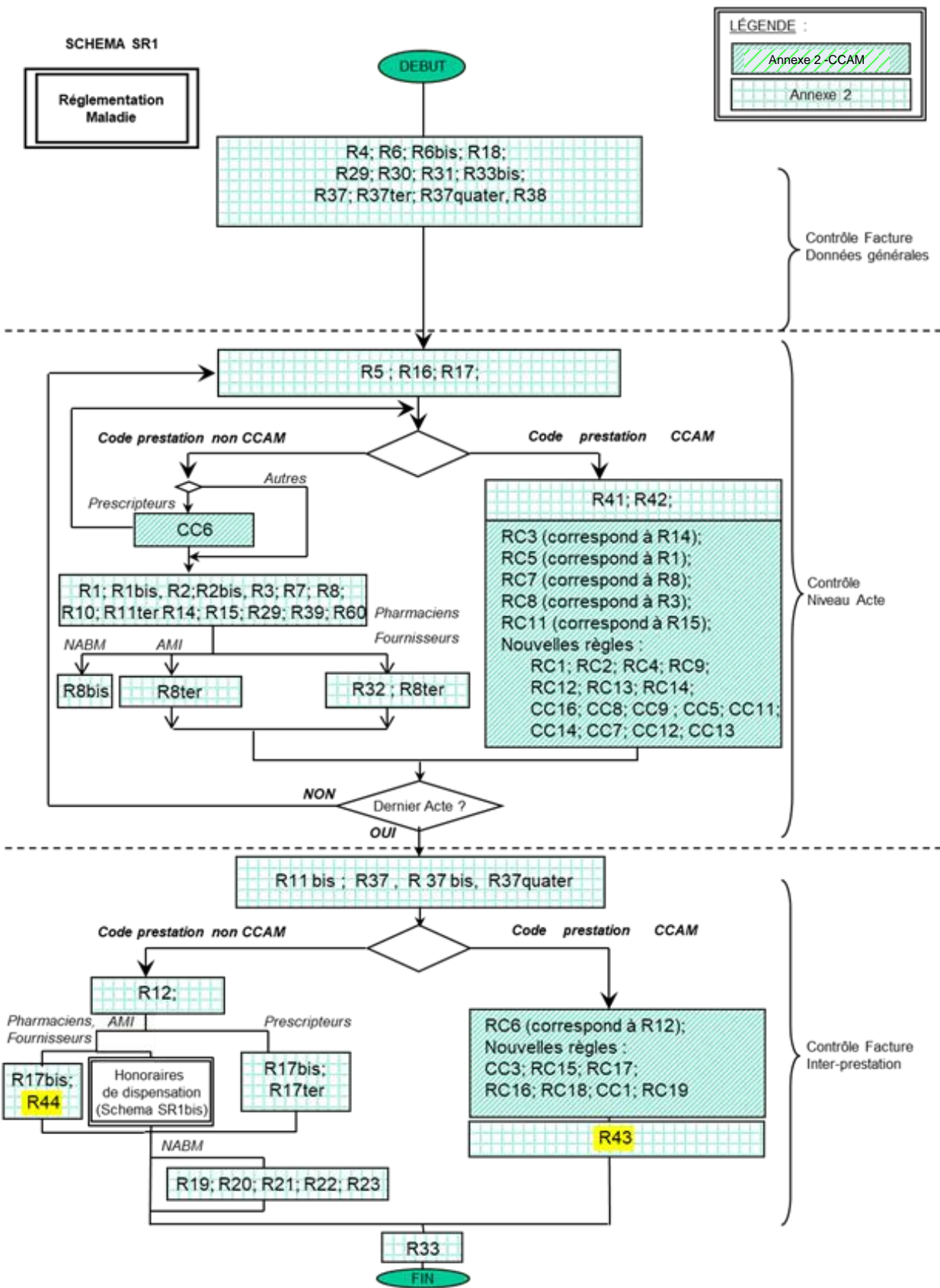
B4

Spécialité du Professionnel de Santé	Prestations	Situation du bénéficiaire au regard de l'ACS	Part Obligatoire	Part Complémentaire	
			TP AMO	TP AMC	Dispositif de TPi, selon paramétrage initial
Médecin	Toutes	Bénéficiaire de l'ACS n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire	Le PS doit proposer le TP Social AMO ⁽¹⁾	Sans objet	Sans objet
Tous PS hors médecin			Le PS peut proposer le TP AMO		
Médecin		Bénéficiaire de l'ACS ayant souscrit un contrat complémentaire non encadré	Le PS doit proposer le TP Social AMO ⁽¹⁾	Le PS peut proposer le TP AMC, selon la convention 1.40	Sans objet
Tous PS hors médecin			Le PS peut proposer le TP AMO		
Tous PS hors opticien et audioprothésiste	Hors prestations d'optique et d'audioprothèse	Bénéficiaire de l'ACS, ayant souscrit un contrat complémentaire ACS encadré	Le PS doit proposer le TP AMO ⁽¹⁾	Le PS doit proposer le TP AMC ⁽¹⁾	TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale Ou TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO
	Prestations d'optique et d'audioprothèse		Le PS doit proposer le TP AMO ⁽¹⁾	Le PS doit proposer le TP AMC, selon la convention 1.40 ⁽¹⁾	TPi ACS - Procédure standard SESAM-Vitale
Opticien et audioprothésiste	Toutes		Le PS doit proposer le TP AMO ⁽¹⁾	Le PS doit proposer le TP AMC, selon la convention 1.40 ⁽¹⁾	Sans objet

⁽¹⁾ si la facture est élaborée avec la nature d'assurance « Maladie » ou « Maternité ».

.../...

§4.1.1.3.2 Schéma SR1 : Réglementation Maladie



.../...

§4.1.1.2.7.3.4 Codage LPP (ancien TIPS)

.../...



Pour les Dispositifs médicaux (DM) de la LPP (anciennement TIPS) :

On établit un type 4A *Prestation* dès que le Professionnel de Santé délivre un dispositif médical de la LPP (code prestation de type de nomenclature LPP (cf. Annexe2-Table1)), que celui-ci soit codé ou non.. Ce type 4A est suivi de 0 à 10 groupes 4F *Prestation détaillée codage LPP*.

Cas particulier : En nature d'assurance SMG **et ou AT ou pour les codes affiné LPP soumis à PLV**, ce type 4A est nécessairement suivi d'un et un seul type 4F *Prestation détaillée*.

.../...

(*) Rappel : en nature d'assurance SMG ou AT ou pour les codes affinés LPP soumis à PLV, un seul type 4F par type 4A (cf. cas particulier ci-dessus).

.../...

§4.1.1.3.8.1 Règles de saisie des lignes de factures

Forfait dentaire au titre de la CMU-C C2S bénéficiant du panier de biens et services CMU-C C2S

Principe

A chaque acte dentaire support (CCAM ou NGAP) correspond un code forfait CMU-C à facturer (FDA, FDC, ...) et un montant maximum pris en charge pour ce forfait.

Les montants maximum de prise en charge des forfaits CMU-C font l'objet d'un arrêté CMU-C publié au Journal Officiel.

CCAM

La liste des forfaits CMU-C facturables pour un acte CCAM dentaire est consultable dans la base CCAM. Pour cela le dispositif intégré utilise le champ (CCAM-52a).

NGAP

Les actes d'orthopédie dento-faciale (ODF) sont en NGAP (code prestation TO ou ORT). La compatibilité entre le forfait CMU-C et l'acte dentaire NGAP est contrôlée par la règle R11bis qui s'appuie sur la table 12 (cf. Annexe 2)

Sur la facture

- l'acte dentaire support (CCAM ou NGAP) est facturé au tarif conventionnel **sans dépassement** (cf. Annexe2 règle P2),
- l'acte forfait CMU-C correspond au dépassement

Cas particulier : Forfait CMU-C hors panier de bien

Pour certains actes CCAM dentaires, un dépassement au-delà du montant maximal de dépassement autorisé est possible. Dans ce cas, une part reste à la charge de l'assuré.

Sur la facture :

- le montant facturé sur l'acte CCAM est supérieur au tarif conventionnel,
- le PS indique un qualificatif de dépense « entente directe » (D),
- le forfait CMU-C utilisé est le code **FPC**,
- le montant du FPC correspond au montant maximal de dépassement autorisé.



Attention : le dépassement (autre que le montant du FPC) ne doit pas être reporté dans le montant AMC de l'acte CCAM :

- le montant AMC de l'acte CCAM correspond au TM calculé sur la base de remboursement,
- le dépassement autre que le montant du FPC doit apparaître dans le reste à charge de l'acte CCAM.
- Les actes CCAM dentaire concernés sont ceux compatibles avec le code forfait FPC.

Exemples 1 Forfait CMU-C dans le panier de biens

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 70 %	PAR	HBLD138	1	1	1	0	139,75	139,75	70	97,83	139,75		41,92	0 ⁽¹⁾
	FDA		1	1	1	0	294,25	0	0	0	294,25	N	294,25	0
Total											434,00			

bénéf. exonéré	PAR	HBLD138	1	1	1	4	139,75	139,75	100	139,75	139,75		0	0 ⁽¹⁾
	FDA		1	1	1	0	294,25	0	0	0	294,25	N	294,25	0
Total											434,00			

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 70 %	PFM	HBLD040	1	1	1	0	279,50	279,50	70	195,65	279,50		83,85	0 ⁽¹⁾
	FDC		1	1	1	0	555,50	0	0	0	555,50	N	555,50	0
Total											835,00			

bénéf. exonéré	PFM	HBLD040	1	1	1	4	279,50	279,50	100	279,50	279,50		0	0 ⁽¹⁾
	FDC		1	1	1	0	555,50	0	0	0	555,50	N	555,50	0
Total											835,00			

Exemple 2 Forfait CMU-C hors panier de biens

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 70 %	PFC	HBLD036	1	1	1	0	107,50	107,50	70	75,25	277,50	D	32,25	170,00
	FPC		1	1	1	0	122,50	0	0	0	122,50	N	122,50	0
Total											400,00			

bénéf. exonéré	PFC	HBLD036	1	1	1	4	107,50	107,50	100	107,50	277,50	D	0	170,00
	FPC		1	1	1	0	122,50	0	0	0	122,50	N	122,50	0
Total											400,00			

Exemple 3 Forfait CMU-C pour un acte d'ODF

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 70 %	TO		1	90	1	0	2,15	193,5	70	135,45	193,50		58,05	0 ⁽¹⁾
	FDO		1	1	1	0	139,50	0	0	0	139,50	N	139,50	0
Total											333,00			

Les montants utilisés dans les exemples ci-avant sont mentionnés à titre d'exemple, et peuvent évoluer en fonction des tarifs conventionnels.

Ordre des prestations

Dans le cadre de la CCAM, une prestation de forfait dentaire ~~au titre de la~~ CMU devra suivre immédiatement une prestation CCAM de code regroupement dentaire. Cf. Annexe 2 règle R11bis.

Définition

Les forfaits dentaires ~~au titre de la~~ CMU-C correspondent aux prestations de groupe fonctionnel « soins dentaires / forfait CMU-C » (cf. Annexe2-Table1).

.../...

§4.1.1.3.8.2.6 Détermination du montant remboursable AMO

Le respect des plafonds des actes prothétiques est contrôlé à partir de la table des plafonds dentaires (Annexe 2, règle P5). Cette table (DF_PFD) est fournie par le GIE Sesam Vitale et correspond à un fichier de données dont la structure est la suivante :

- Code acte
 - Panier (« 0 » pour panier reste à charge zéro, « 1 » pour panier reste à charge modéré ou « 2 » pour panier **C2S CMU-C**)
 - Forfait CMU-C (code du forfait CMU-C ou Sans objet « So »)
 - Date d'effet (jj/mm/aaaa)
 - Date de fin (jj/mm/aaaa)
 - Plafond (montant avec deux décimales)
- Exemple (les plafonds sont fictifs) :

Acte	Panier	Forfait CMU-C	Date d'effet	Date de fin	Plafond
HBLD090	2	FDA	01/04/2019		200,00
HBLD090	1	So	01/04/2019		230,00
HBLD090	2	FDC	01/01/2020		175,00
HBLD090	1	So	01/01/2020		175,00
HBLD745	2	FDA	01/01/2020		175,00
HBLD745	0	So	01/01/2020		230,00

.../...

§4.1.1.3.8.4.1 Données et règles de niveau acte

☞ n° dent n (n = 1 à 16)

(PREST_NODENTn_CCAM)

CONSIGNE : Le dispositif intégré demandera la saisie de n° dent lorsque le nombre minimum de dents à traiter associé à l'acte/activité/phase est supérieur à zéro.

La numérotation des dents à utiliser se conforme à la norme ISO 3960-1984 et permet de numéroter chaque dent ainsi que les sextants et les maxillaires.

Numérotation des dents :

- 1er caractère : indication du quadrant : 1 à 4 pour les dents définitives, 5 à 8 pour les dents de lait
- 2ème caractère : localisation de la dent dans un même quadrant : de 1 à 8.

Numérotation sextants et maxillaires :

01	maxillaire supérieur	05	Sextant supérieur gauche
02	mandibule (maxillaire inférieur)	06	Sextant inférieur gauche
03	Sextant supérieur droit	07	Sextant antéro-inférieur
04	Sextant antéro-supérieur	08	Sextant inférieur droit
10	Quadrant supérieur droit	30	Quadrant inférieur gauche
20	Quadrant supérieur gauche	40	Quadrant inférieur droit

Ces précisions concernant la numérotation des dents sont données à titre indicatif. Le dispositif intégré n'est pas tenu d'implémenter de contrôle sur la validité du n° de dent saisi par le Professionnel de Santé.

Règles à respecter de niveau prestation :

CC5 : Renseignement des n° dents	
<p>Pour tout code acte/activité, les n° de dents sont à renseigner en fonction d'un nombre minimum de dents à traiter associé à l'acte/activité/phase dans la base CCAM.</p> <p>Il faut renseigner au moins autant de n° de dents que le nombre minimum de dents à traiter associé à l'acte/activité/phase.</p> <p>Cas particulier : - si le nombre minimum de dents à traiter est égal à zéro ou non renseigné, les numéros de dents transmis dans la facture sont non significatifs.</p> <p>Pour un acte/activité donné, le "nombre de dents à traiter" est contenu dans le champ n° 43 de la base CCAM.</p>	
RC14 : Contrôle de la compatibilité code de l'acte/n° de dent	
<p>Lorsque l'acte / activité est un acte dentaire et que le nombre minimum de dents à traiter est différent de 0 pour l'acte / activité / phase, il est nécessaire de vérifier la cohérence entre les numéros de dents saisis par le Professionnel de Santé et les numéros de dents incompatibles précisés dans la base.</p>	

Le contrôle R43 de l'annexe 2 portant sur les actes CCAM effectués sur une même dent doit être implémenté.

.../...

§4.1.1.3.10 principes de forçage au regard de la tarification AMO

Forçage des éléments de tarification hors CCAM

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) Attention : 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 nécessité d'une prescription pour l'acte effectué	table 4	C
la nécessité d'un coefficient et les valeurs minimale et maximale spécifiées pour ce coefficient	table 4	C
la compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	table 4	C
la compatibilité de l'acte avec une majoration de nuit, dimanche ou férié	table 4	C
le taux théorique de remboursement	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
la compatibilité de l'acte avec l'âge du bénéficiaire	table 3	C
la compatibilité de l'acte avec la nécessité d'une entente préalable	table 6	C
la compatibilité de l'acte avec la qualificatif de la dépense	table 7	C
La compatibilité de l'acte ne pouvant être facturé seul	Table 12	C
la compatibilité de l'acte avec un second acte de panier de soins optiques différent (règle R44)		C

§4.1.1.3.10.2 Forçage des éléments de tarification CCAM

Dans le contexte CCAM, deux options de forçage sont offertes au Professionnel de Santé :

- modification de données CCAM liées au code regroupement (tables de l'Annexe2 ; il s'agit d'une modification permanente), **ou à la table des plafonds**,
- modification de données CCAM dans le référentiel électronique CCAM (s'il s'agit d'une modification permanente),
- modification des données de la facture (s'il s'agit d'une modification ponctuelle).

Forçage de certains éléments liés aux codes regroupements CCAM ou à la table des plafonds

Dès lors que le professionnel de santé modifie une donnée des tables 4 bis ou 7bis, ou passe outre les informations en table des plafonds, l'indicateur de forçage AMO de niveau acte doit être positionné par le dispositif intégré :

Données forçables liées aux codes regroupements	Table de l'annexe 2	Valeur indicateur
Taux de remboursement de base d'un acte CCAM	table 4bis	N
La compatibilité du code regroupement avec le qualificatif de la dépense	Table 7bis	N
la compatibilité des paniers de soins sur une même dent (règle R43 de l'annexe 2)	DF_PFD	C

Si le traitement décrit dans les paragraphes précédents avait conduit au calcul d'un indicateur de forçage, celui-ci est prioritaire sur l'indicateur de forçage lié à la table 7bis.

.../...

§4.1.1.3.10.5 Cumul de plusieurs forçages de niveau acte

		Montant remboursable par l'AMO	Plafond des honoraires	Éléments de tarification hors CCAM NGAP ou table des plafonds dentaires	Éléments liés aux codes regroupements CCAM	Éléments de tarification CCAM
		5	6	A ou C	N	$\Omega^{(*)}$
Montant remboursable par l'AMO	5	5	7	5	5	5
Plafond des honoraires	6	7	6	6	6	6
Éléments de tarification hors CCAM NGAP ou table des plafonds dentaires	A ou C	5	6	A ou C	N	Cas de cumul non possible
Éléments liés aux codes regroupements CCAM	N	5	6	N	N	Ω
Éléments de tarification CCAM	$\Omega^{(*)}$	5	6	Cas de cumul non possible	Ω	Ω

§A5-1.3 principes de forçage pour des données liées à un bénéficiaire de la C2S CMU-C, à un sortant de C2S CMU-C

Dès lors que le bénéficiaire des soins présente une attestation papier justifiant ses droits :

- à la C2S CMU-C,
- de sortant de C2S CMU-C.

le Professionnel de Santé peut :

- élaborer une facture en rapport avec ces droits lorsque sa situation au regard de la C2S CMU-C ou de sortant de C2S CMU-C n'est pas présente en carte
- ou prolonger les droits de la situation de C2S CMU-C ou de sortant de C2S CMU-C contenue en carte.

⇒ L'indicateur de forçage ① sera alors valorisé par le dispositif intégré avec la valeur « N ».

La présentation par un assuré d'une attestation papier prolongeant et justifiant ses droits à la C2S CMU-C, ne doit pas être considérée comme une attestation de sortant de C2S CMU-C.

4.2.2 Impacts sur le RH-INTEG-DSF-034 annexe 10

§2.2.1 Acquisition à partir d'une carte Vitale

.../...

B1

1 : la zone « service AMO bénéficiaire » est renseignée

les zones « Données Mutuelle » et « Données Complémentaires » ne sont pas renseignées

Service AMO BENEFICIAIRE	
Code Service	FAC_BEN_COD_SEB
Date de début de Service	FAC_BEN_DEB_SEB
Date de fin du Service	FAC_BEN_FIN_SEB

Si le code service(FAC_BEN_COD_SEB) n'est pas renseigné², il n'y a pas de complémentaire en carte. Le PS peut choisir de renseigner les données à partir un autre support.

Si le **code service**(FAC_BEN_COD_SEB) est renseigné et prend la valeur **01**, le patient bénéficie de la **C2S CMU-C** gérée par un AMO. Le dispositif intégré doit afficher au PS « **CMU complémentaire santé solidaire gérée par le régime obligatoire** ».

Si le **code service**(FAC_BEN_COD_SEB) est renseigné et prend la valeur **02**, le patient bénéficie de la **C2S CMU-C** gérée par un AMC en convention de gestion ou en délégation de gestion. Le dispositif intégré doit afficher au PS « **CMU complémentaire santé solidaire gérée par un organisme en gestion unique** ».

Dans ces deux cas, le dispositif intégré sait que l'organisme complémentaire est en gestion unique.

Si le **code service**(FAC_BEN_COD_SEB) est renseigné et prend la valeur **03**, le patient bénéficie de la **C2S CMU-C** gérée par un AMC. Le dispositif intégré doit afficher au PS « **CMU complémentaire santé solidaire – éventuelle attestation complémentaire pour transmission directe** ».

Si le **code service**(FAC_BEN_COD_SEB) est renseigné et prend la valeur **10**, le patient est Sortant de **C2S CMU-C**. Le dispositif intégré doit afficher au PS « **Sortant de CMU complémentaire santé solidaire – éventuelle attestation complémentaire** ».

Dans ce deux cas, le PS doit consulter l'attestation papier pour déterminer si l'organisme est en gestion unique ou en gestion séparée. Voir le paragraphe « Acquisition à partir d'une attestation papier ».

Si le **code service**(FAC_BEN_COD_SEB) est renseigné et prend la valeur **11**, le patient est Bénéficiaire du dispositif **ACS TP Social** AMO. Le dispositif intégré doit afficher au PS « **Bénéficiaire du dispositif ACS TP Social-AMO** ».

Si le **code service**(FAC_BEN_COD_SEB) est renseigné et prend la valeur **12**, le patient est Bénéficiaire du dispositif TPi ACS A. Le dispositif intégré doit afficher au PS « Bénéficiaire du dispositif TPi ACS A ».

² valeur 0 restituée par la fonction de lecture carte Vitale

Si le **code service**(FAC_BEN_COD_SEB) est renseigné et prend la valeur **13**, le patient est Bénéficiaire du dispositif TPi ACS B. Le dispositif intégré doit afficher au PS « Bénéficiaire du dispositif TPi ACS B ».

Si le **code service**(FAC_BEN_COD_SEB) est renseigné et prend la valeur **14**, le patient est Bénéficiaire du dispositif TPi ACS C. Le dispositif intégré doit afficher au PS « Bénéficiaire du dispositif TPi ACS C ».

.../...

B1

Lorsque la zone **Mutuelle** est renseignée :

Si le code service(FAC_BEN_COD_SEB) n'est pas renseigné²,

- MUTNUM = '99999997' :

le patient bénéficie de la **C2S CMU-C** gérée par un AMO. Le dispositif intégré doit afficher au PS « **CMU complémentaire santé solidaire gérée par le régime obligatoire** ». Le dispositif intégré sait que l'organisme complémentaire est en gestion unique.

- MUTNUM = '88888888' :

le patient bénéficie de la **C2S CMU-C** gérée par un AMC. Le dispositif intégré doit afficher au PS « **CMU complémentaire santé solidaire – éventuelle attestation complémentaire pour transmission directe** ». Le PS doit consulter l'attestation papier pour déterminer si l'organisme est en gestion unique ou en gestion séparée.

- MUTNUM = '55555551' :

le patient est Sortant de **C2S CMU-C**. Le dispositif intégré doit afficher au PS « **Sortant de CMU complémentaire santé solidaire** ». Cette information ne doit pas être transmise dans le No organisme complémentaire. Dans ce cas, le n° organisme complémentaire doit être pris sur le support présenté pour la part complémentaire par l'assuré.

- MUTNUM = '11111119' :

le patient bénéficie du dispositif TPi « ACS A ». Le dispositif intégré doit afficher au PS « Bénéficiaire du dispositif TPi ACS A ».

- MUTNUM = '22222228' :

le patient bénéficie du dispositif TPi « ACS B ». Le dispositif intégré doit afficher au PS « Bénéficiaire du dispositif TPi ACS B ».

- MUTNUM = '33333337' :

le patient bénéficie du dispositif TPi « ACS C ». Le dispositif intégré doit afficher au PS « Bénéficiaire du dispositif TPi ACS C ».

Pour ces trois valeurs, se reporter au tableau de synthèse ci-dessous (*Tableau de détermination de la situation de l'assuré et du mode de gestion de la complémentaire*) pour connaître le comportement attendu.

- MUTNUM = 'autre' :

le dispositif intégré sait que l'organisme complémentaire est en gestion unique.

Si le **code service**(FAC_BEN_COD_SEB) est renseigné et prend la valeur **10**, le patient est Sortant de **C2S CMU-C**. Le dispositif intégré sait que l'organisme complémentaire est en gestion unique. Le patient peut fournir un autre support AMC.

Si le **code service**(FAC_BEN_COD_SEB) est renseigné et prend la valeur **11**, le patient est Bénéficiaire du dispositif **ACS TP Social** AMO. Le dispositif intégré sait que l'organisme complémentaire est en gestion unique. Le patient peut fournir un autre support AMC.

Si le **code service**(FAC_BEN_COD_SEB) est renseigné et prend la valeur **12**, le patient est bénéficiaire du dispositif TPi ACS A.

Si le **code service**(FAC_BEN_COD_SEB) est renseigné et prend la valeur **13**, le patient est bénéficiaire du dispositif TPi ACS B.

Si le **code service**(FAC_BEN_COD_SEB) est renseigné et prend la valeur **14**, le patient est bénéficiaire du dispositif TPi ACS C.

.../...

B1

Lorsque la zone **Complémentaire** est renseignée :

Si le **code service**(FAC_BEN_COD_SEB) n'est pas renseigné², le dispositif intégré sait que l'organisme complémentaire est en gestion séparée. Le patient peut fournir un autre support AMC.

Si le **code service**(FAC_BEN_COD_SEB) est renseigné et prend la valeur **03**, le patient bénéficie de la **C2S CMU-C** gérée par un AMC. Le dispositif intégré doit afficher « **CMU complémentaire santé solidaire – transmission directe possible** ».

Le PS a la possibilité d'accepter ou de refuser la transmission séparée, et dans ce dernier cas, faire du TP coordonné.

Hors période de transmission AMC, le dispositif intégré doit faire du TP coordonné.

Si le **code service**(FAC_BEN_COD_SEB) est renseigné et prend la valeur **10**, le patient est Sortant de **C2S CMU-C**. Le dispositif intégré doit afficher au PS « **Sortant de CMU complémentaire santé solidaire** ». Le patient peut fournir un autre support AMC. Le dispositif intégré sait que l'organisme complémentaire est en gestion séparée.

Si le **code service**(FAC_BEN_COD_SEB) est renseigné et prend la valeur **11**, le patient est Bénéficiaire du dispositif **ACS-TP Social** AMO. Le patient peut fournir un autre support AMC. Le dispositif intégré sait que l'organisme complémentaire est en gestion séparée.

.../...

B1

Tableau de détermination de la situation de l'assuré et du mode de gestion de la complémentaire au regard des informations issues du support de droits AMO ou sur un autre support

Cette détermination doit, dans certains cas, être complétée par des informations fournies sur un autre support (colonne action du PS).

Par ailleurs, les informations en provenance d'attestation papier ou autre support présentés par l'assuré peuvent venir en annule et remplace des informations acquises à partir de la carte.

Tableau des différentes situations :

Cas	Données	Interprétation Dispositif	Situation	Mode de gestion à partir du support de droits AMO	Action du PS
Support de droit AMO avec données AMO (Absence zone Mutuelle et absence zone AMC)	Données AMO	Si code service AMO non renseigné	Pas de complémentaire en carte	.../...	.../...
		Si code service AMO = 01	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMO	.../...	.../...
		Si code service AMO = 02	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMC en convention de gestion ou en délégation de gestion	.../...	.../...
		Si code service AMO = 03	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMC	.../...	.../...
		Si code service AMO = 10	Sortant de C2S CMU-C	.../...	.../...
Support de droit AMO	Données AMO	Si code service AMO non renseigné et zone mutuelle remplie hors C2S CMU-C (99999997 et 88888888) et	Complémentaire en carte	.../...	.../...

Cas	Données	Interprétation Dispositif	Situation	Mode de gestion à partir du support de droits AMO	Action du PS
avec zone Mutuelle (Présence zone Mutuelle)	Données zone Mutuelle	sortant C2S CMU-C (55555551)			
		Si code service AMO non renseigné et zone mutuelle = 99999997	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMO	.../...	.../...
		Si code service AMO non renseigné et zone mutuelle = 88888888	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMC	.../...	.../...
		Si code service AMO non renseigné, avec zone mutuelle = 55555551	Sortant de C2S CMU-C	.../...	.../...
		Si code service AMO = 10, avec zone mutuelle différente de 55555551	Sortant de C2S CMU-C avec complémentaire	.../...	.../...
Carte Vitale avec zone AMC (Présence zone AMC)	Données AMO Données zone AMC	Si code service AMO non renseigné et zone AMC	Complémentaire en carte	.../...	.../...
		Si code service AMO = 03	Bénéficiaire de C2S CMU-C gérée par un AMC	.../...	.../...
		Si code service AMO = 10	Sortant de C2S CMU-C avec complémentaire	.../...	.../...

Cas particulier du bénéficiaire de l'ACS :

N°	Support de droit AMO avec :			Situation du bénéficiaire au regard de l'ACS	Mode de gestion à partir du support de droit AMO			Action du PS (2)
	données AMO (code service AMO)	zone Mutuelle	zone AMC		PS sauf opticiens et audioprothésistes		Opticiens et audioprothésistes	
					Paramétrage initial = « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO » (1)	Paramétrage initial = « TPi ACS – Procédure Standard SESAM-Vitale » (1)		
1	11	-	-	ACS Social TP AMO	Pas de déduction possible			Autre support possible
2	11	Renseignée	-	ACS Social TP AMO	Gestion unique			
3	11	-	Renseignée	ACS Social TP AMO	Gestion séparée			
4	12	-	-	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Pas de déduction possible	Pas de déduction possible	Autre support possible
5	13	-	-	ACS B				
6	14	-	-	ACS C				
7	12	Renseignée	-	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Gestion unique	Gestion unique	Autre support possible
8	13	Renseignée	-	ACS B				
9	14	Renseignée	-	ACS C				

10	-	11111119	-	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Pas de déduction possible(3)	Pas de déduction possible	Autre support possible
11	-	22222228	-	ACS B				
12	-	33333337	-	ACS C				
13	12	-	Renseignée	ACS A	Tiers-Payant coordonné par l'AMO (assimilation au mode de gestion unique)	Gestion séparée	Gestion séparée	Autre support possible

.../...

§2.3.1 Situations particulières du bénéficiaire des soins

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

Cas particulier des prestations pharmaceutiques et des dispositifs de la LPP pour les droits à la C2S CMU-C et à l'ACS :

Pour la **CMU-C C2S** et l'ACS, en ce qui concerne les prestations pharmaceutiques (type de nomenclature = « Frais PH » cf. Annexe 2 – Table 1) et les dispositifs de la LPP (type de nomenclature = « LPP » cf. Annexe 2 – Table 1), il convient de retenir la date de délivrance comme date de référence.

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

CMU-C2S

L'indicateur de traitement AMC ne permet pas, pour le dispositif intégré, l'identification d'un bénéficiaire de la **C2S CMU-C**. Cette identification s'effectue à partir de l'attestation **C2S CMU-C** délivré par l'AMO, ou des données issues du support de droits AMO (code service AMO bénéficiaire ou zone mutuelle).

Si une situation de **C2S CMU-C** est identifiée à partir des informations du support de droits AMO, en priorité selon le « code service AMO bénéficiaire », la période de validité des droits est alors déterminée à partir des dates « début et fin service AMO bénéficiaire ».

En l'absence de « code service AMO bénéficiaire », la situation est identifiée à partir de l'identification mutuelle (informations contenues dans la zone mutuelle). La période de validité des droits est déterminée à partir des dates mentionnées dans cette zone.

Dans le cas d'une gestion séparée, les dates de validité de la zone AMC ou du support AMC doivent être utilisées uniquement pour déterminer la période de télétransmission directe possible vers l'AMC. Pendant cette période, le dispositif intégré doit proposer la télétransmission directe vers l'AMC. En dehors de cette période ou si le Professionnel de Santé refuse la transmission directe, il doit proposer le Tiers Payant Coordonné que l'on peut assimiler à un mode de gestion unique.

Sortant de C2S CMU-C

L'indicateur de traitement AMC ne permet pas, pour le dispositif intégré, l'identification d'un bénéficiaire sortant de la **C2S CMU-C**. Cette identification s'effectue à partir de l'attestation sortant de **C2S CMU-C** délivré par l'AMO, ou des données du support de droits AMO (code service AMO bénéficiaire ou zone mutuelle).

Si une situation de sortant de **C2S CMU-C** est identifiée à partir des informations du support de droits AMO : en priorité selon le « code service AMO bénéficiaire », la période de validité des droits est alors déterminée à partir des dates « début et fin service AMO bénéficiaire ».

En l'absence de « code service AMO bénéficiaire », la situation est identifiée à partir de l'identification mutuelle (informations contenues notamment dans la zone mutuelle). La période de validité des droits est déterminée à partir des dates mentionnées dans cette zone.

Dans le cas où le dispositif intégré identifierait un sortant de **C2S CMU-C**, il doit proposer au Professionnel de Santé l'application du tiers payant sur la part obligatoire.

La situation du bénéficiaire permet l'application du tiers payant sur la part obligatoire qui est conditionnée aux dates de validité lues en zone service AMO bénéficiaire, ou en zone mutuelle du support de droits AMO ou lues sur l'attestation AMO.

Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire

Le dispositif intégré doit permettre au Professionnel de Santé d'identifier les droits et la situation du bénéficiaire des soins au regard du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire.

Il doit afficher à l'écran la mention suivante, en fonction de la situation du bénéficiaire de soins au regard de l'ACS :

Mention à afficher	Situation du bénéficiaire au regard de l'ACS
« ACS-TP Social AMO »	Dans le cas d'un bénéficiaire d' ACS TP Social AMO -Bénéficiaire du dispositif ACS Tiers Payant AMO n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire -Bénéficiaire du dispositif ACS Tiers Payant AMO ayant souscrit un contrat complémentaire non accrédité
« TPi ACS A »	Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS A
« TPi ACS B »	Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS B
« TPi ACS C »	Bénéficiaire du dispositif ACS ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS C

.../...

§3.4. Traitement de tarification complémentaire pour la **C2S CMU**

.../...

§3.4.2.2 **C2S CMU complémentaire**

Lors d'une prestation dispensée à un bénéficiaire de la **CMU complémentaire C2S**, le paramétrage et le choix de la formule appliquée dans la tarification complémentaire sont liés au type de prestation.

Dans ce cas, le dispositif intégré renseigne la formule et les paramètres en conséquence :



Dans le cas de prestation LPP d'équipement d'optique ou de prothèses auditives :

Optique

Pour information :

• **Optique**

~~Le montant remboursable par l'organisme complémentaire contient le ticket modérateur + le complément au ticket modérateur (forfait). Les équipements d'optiques concernés sont caractérisés par le groupe fonctionnel général « optique » et par le sous-groupe fonctionnel détail « CMU-C ».~~

• **Prestations soumises à PLV**

~~Le montant remboursable par l'organisme complémentaire correspond au montant de la dépense plafonné au PLV de l'acte et diminué du montant de la part AMO [MIN(PLV, montant de la dépense) - part AMO].~~

~~La formule 011 « Frais réels plafonné » est proposée au Professionnel de Santé.~~

~~Le Professionnel de Santé renseigne alors le paramètre **plafond** n°1 avec le PLV présent en base LPP diminué du montant de la part AMO.~~

~~Ce paramètre correspond au montant global, de niveau acte, pris en charge au titre de la CMU-C (i.e ticket modérateur + forfait de dépassement CMU-C fixé par arrêté ministériel).~~

~~Ce montant (Ticket modérateur + forfait CMU-C) figure sur l'accord de prise en charge CMU-C suite à devis au niveau de chaque prestation.~~

~~A défaut, le Professionnel de Santé calcule le plafond (Ticket modérateur + forfait CMU-C) pour le renseigner dans la formule, conformément à la réglementation en vigueur.~~

~~Il est de la responsabilité du Professionnel de Santé d'appliquer le forfait en adéquation avec le contexte médical.~~

• **Prestations non soumises à PLV**

~~Le montant remboursable par l'organisme complémentaire correspond au ticket modérateur (BR-Part AMO).~~

~~La formule à appliquer est : 052 « 100% TM » (aucun paramètre).~~

• **Prothèses auditives**

~~Les prothèses auditives sont caractérisées par les codes prestation de groupe fonctionnel général = « audiology » et groupe fonctionnel détaillé = « Prothèse auditive »)~~

~~Le montant remboursable par l'organisme complémentaire correspond au montant de la dépense, plafonné au montant maximum C2S Audio (MAX_{C2S}) diminué du montant de la part AMO :~~

~~[MIN (MAX_{C2S}, montant de la dépense) - part AMO].~~

Ce montant maximum C2S Audio correspond au TRSS de la prestation, majoré du forfait C2S d'audiologie : $MAXC2S = TRSS + FAC2S$

En l'absence de forfait défini réglementairement, le montant FAC2S est égal à zéro.



A noter que le forfait C2S d'audiologie est un montant fixe, indépendant de la prestation LPP.

Pour illustration, en décembre 2021, il est égal à 400€ pour les bénéficiaires des soins de plus de 20 ans. Pour les bénéficiaires des soins jusqu'à 20 ans, il n'y a pas de forfait réglementaire.

La formule 011 « Frais réels plafonné » est proposée au Professionnel de Santé.

Le Professionnel de Santé renseigne alors le paramètre n°1 avec le maximum C2S Audio diminué du montant de la part AMO.

- Autres prestations LPP (i.e. hors Optique et hors Prothèses auditives)

Le montant remboursable par l'organisme complémentaire correspond au ticket modérateur (BR-Part AMO).

La formule à appliquer est : 052 « 100% TM » (aucun paramètre).

Prothèses auditives

Les prothèses auditives sont caractérisées par le code prestation « PAU ».

La formule 011 « Frais réels plafonné » est proposée au Professionnel de Santé.

Il est de la responsabilité du Professionnel de Santé d'appliquer le tarif en adéquation avec le contexte.

La formule fonctionne comme expliqué précédemment pour l'optique.



Dans le cas de soins dentaire :

Pour le forfait dentaire CMU-C, le remboursement se fait sur la base des frais réels plafonné au montant du forfait (formule 011 avec le paramètre n° 1 valorisé au montant du forfait).

Un forfait dentaire CMU-C est caractérisé par une prestation de groupe fonctionnel « soins dentaire » et de sous groupe fonctionnel « Forfait CMU ».

Pour l'acte support auquel le forfait dentaire CMU-C est associé, le dispositif intégré utilise la formule 052 (aucun paramètre).



Et pour toute autre prestation liée à la C2S CMU-C :

Le dispositif intégré de santé utilise la formule 052 « 100%TM » (aucun paramètre).