



**Avenant au Cahier des charges  
SESAM-Vitale**

**EV78 - Tiers Payant ALD -  
MATER**

*Systeme de facturation 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 doit être soumise au **consentement du G.I.E. SESAM-Vitale**, quel que soit le média utilisé, y compris électronique. Il en est de même pour sa traduction, sa transformation ou son adaptation, quel que soit le procédé utilisé.

**Tout manquement à ces obligations constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle**

## **AVENANT FACTURATION EV78 - Tiers Payant ALD - MATER**

<b>Référence du document</b>	<i>Version du document</i> <b>1.80</b>
	<i>Date</i> <b>19/11/2015</b>
	<i>Référence</i> <b>PDT-CDC-070</b>
<b>Vue générale</b>	<i>Professionnels de Santé concernés</i> <b>Tous</b>
	<i>Palier concerné</i> <b>1.40 Addendum 7</b>
<b>Compatibilités</b>	<i>Cahier des Charges SESAM-Vitale</i> <b>V7.20</b>
	<i>Package d'agrément</i> <b>1.40.11</b>
	<i>Référentiel DI</i> <b>v3.90</b>
	<i>Référentiel TLA</i> <b>v4.00 et v4.10</b>
<b>Légende</b>	<b>Texte surligné en jaune</b> Texte ajouté pour l'évolution
	<b>Texte surligné en gris</b> Texte ajouté pour la partie corrective
	<del>Texte barré bleu suivant la couleur</del> Texte supprimé du CDC SESAM Vitale



## TABLE DES MATIERES

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>6</b>
	1.1 CONTEXTE.....	6
	1.2 IDENTIFICATION DU SOCLE FONCTIONNEL DE REFERENCE CIBLE .....	7
	1.3 GUIDE DE LECTURE.....	7
<b>2</b>	<b>EV78 : TIERS PAYANT ALD-MATERNITE .....</b>	<b>8</b>
	2.1 PRESENTATION DE LA MESURE .....	8
	2.2 SYNTHESE DES IMPACTS .....	9
	2.3 DETAIL DES IMPACTS PAR DOCUMENT .....	11
	2.3.1 <i>Impacts Documents communs SFG / CDC / DI / TLA</i> .....	11
	2.3.2 <i>Impacts CDC-Editeurs</i> .....	15
	2.3.3 <i>Impacts DI : RH-INTEG-DSF-020 Partie 1</i> .....	19
	2.3.4 <i>Impacts TLA : RH-TLA-DSF-003</i> .....	20

# 1 Introduction

## 1.1 Contexte

Ce document constitue un avenant aux documents suivants :

- Cahier des charges SESAM-Vitale 1.40.
- Référentiel DI
- Référentiel TLA

### Evolution

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

**EV78 : « Tiers Payant ALD - MATER »**

### PS concernés

La mesure EV78 concerne les Professionnels de Santé suivants :

**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**

---

## 1.2 Identification du socle fonctionnel de référence cible

---

### Consigne d'implémentation

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



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

---

## 1.3 Guide de lecture

---

### Indications dans la marge

-  Les éléments importants et les remarques sont indiqués par une main dans la marge.
-  Les questions importantes sont indiquées par un point d'interrogation dans la marge.

---

### Codes couleur

Les codes couleur suivants sont utilisés dans cet addendum n°6 et également dans les documents du cahier des charges SESAM-Vitale 1.40 afin de permettre la lecture par thèmes :

**Texte surligné en jaune** Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale

**Texte surligné en gris** Texte ajouté pour la partie corrective du CDC SESAM Vitale

~~Texte barré suivant la couleur~~ Texte supprimé du CDC SESAM Vitale

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

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

## 2 EV78 : Tiers Payant ALD-Maternité

### 2.1 Présentation de la mesure

#### Réglementation

Projet de Loi de modernisation de notre système de santé, texte adopté N°505 par l'ASSEMBLÉE NATIONALE, le 14/04/2015– Article 18

Le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

**1° À compter du 1er juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;**

**2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.**

#### Précisions

##### *Part non remboursée par l'AMO*

La part non remboursée par l'AMO est à la charge de l'Assuré.  
Elle peut éventuellement être remboursée, en partie ou en totalité, par la complémentaire santé de l'assuré.

#### *Tiers-payant AMC*

La prise en compte du Tiers payant ALD-Mater ne remet aucunement en cause le fonctionnement global de la 1.40 sur le tiers-payant de la part AMC. Le PS, à partir de sa convention de tiers-payant avec la complémentaire de son patient, peut pratiquer en complément du tiers-payant AMO, un tiers-payant AMC sur un reste à charge assuré non couvert par l'AMO, comme le permet le fonctionnement de la 1.40.

#### Impacts SESAM-Vitale

À compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016, les progiciels SESAM-Vitale doivent positionner par défaut le tiers payant pour la part obligatoire :

- pour les factures effectuées en nature d'assurance maternité,
- pour les factures présentant des soins en rapport avec l'ALD,



## 2.2 Synthèse des impacts

### Impacts documents communs

L'annexe 2 et l'annexe 2bis sont des documents communs aux référentiels trois référentiels : CDC-Editeurs, DI et TLA

	Partie impactée	Nature de l'impact / Commentaire
A2	R29	Ajout de 2 nouveaux cas de TP AMO réglementaire Reformulation de la règle
	P0bis	Ajouter l'application du tiers payant AMO aux paramètres permettant de déterminer la diminution du taux
A2bis	Table 14	<ul style="list-style-type: none"> <li>dans le cas de soins en rapport avec ALD et MT non déclaré : la diminution du taux hors parcours de soins doit être égal à 0 (et non au taux UNCAM)</li> <li>Ajouter une colonne « Tiers Payant AMO appliqué ». Pour les cas déjà présents en table 14, ce paramètre prend la valeur « indifférent ».</li> <li>Pour les bénéficiaires de l'ACS, la diminution du taux hors parcours de soins doit être égal : <ul style="list-style-type: none"> <li>à 0 (zéro) si le TP AMO est appliqué</li> <li>au taux UNCAM si le TP AMO n'est pas appliqué.</li> </ul> </li> <li>Ajouter des précisions sur les termes « tous » et « toutes »</li> </ul>

### Impacts CDC-Editeurs

	§	Nature de l'impact / Commentaire
Corps	3.2.2.1	<i>Ajout du Tiers payant AMO en cas de maternité et de soins en rapport avec le protocole ALD</i>  <i>Ajout d'un § général de présentation du TP AMO. Ce § inclut la partie « Accès au tiers payant AMO » « Accès du bénéficiaire au tiers payant AMO » et « Droits éventuels à exonération » déjà existante</i>
		<i>Modification de ce § : suppression de la nécessité de déclarer un MT pour être dispensé d'orientation explicite</i>
	3.2.4.2	<i>Modification de ce § : suppression de la nécessité de déclarer un MT pour ne pas être modulé du TM</i>
	4.2.1.4	<i>Précision pour le positionnement du Tiers Payant AMO par défaut</i>

**Impacts DI****RH-INTEG-  
DSF-020 Partie 1**

§	Nature de l'impact / Commentaire
4.1.1.2.7.5	<i>Modification de ce § : suppression de la nécessité de déclarer un MT pour être dispensé d'orientation explicite et ne pas être modulé du TM</i>
	<i>Ajout du Tiers payant AMO en cas de soins en rapport avec le protocole ALD</i>
4.1.1.3.4.2.2	<i>Ajout d'une présentation générale du contexte maternité</i>
	<i>Ajout du Tiers payant AMO en cas de maternité</i>
4.1.1.3.5.1	<i>Précision pour le positionnement du Tiers Payant AMO par défaut</i>

**Impacts TLA****RH-TLA-DSF-003**

§	Nature de l'impact / Commentaire
2.2.2.5	<i>Modification de ce § : suppression de la nécessité de déclarer un MT pour être dispensé d'orientation explicite et ne pas être modulé du TM</i>
	<i>Ajout du Tiers payant AMO en cas de soins en rapport avec le protocole ALD</i>
2.3.4.2	<i>Ajout d'une présentation générale du contexte maternité</i>
	<i>Ajout du Tiers payant AMO en cas de maternité</i>
2.3.5	<i>Précision pour le positionnement du Tiers Payant AMO par défaut</i>

## 2.3 Détail des impacts par document

### 2.3.1 Impacts Documents communs SFG / CDC / DI / TLA

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

.../...

#### 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>Cette règle a pour objet d'identifier les situations réglementaires génératrices de la dispense d'avance de frais sur les parts AMO et/ou AMC ;</p> <p><b>Attention :</b> elle ne préjuge en rien de l'existence d'autres situations de tiers payant issues d'accords conventionnels AMO/AMC/PS qui ne sont pas décrites dans le présent Cahier des Charges.</p> <p>Dans les cas identifiés ci-après, le contexte tiers payant est obligatoire, i.e. :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la dispense d'avance des frais doit être proposée par le Professionnel de Santé,</li> <li>selon les cas, <ul style="list-style-type: none"> <li>soit sur la part AMO uniquement,</li> <li>soit sur les parts AMO et AMC,</li> </ul> </li> <li>dans la limite du tarif de responsabilité<sup>(1)</sup>.</li> <li>Dans tous les cas le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais proposée.</li> </ul> <hr/> <p>Les cas concernés par le tiers payant réglementaire sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Nature d'assurance " Accident du Travail " :</b> part AMO</li> <li><b>Nature d'assurance " Maternité " :</b> part AMO</li> <li><b>Couverture maladie universelle :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Bénéficiaire de la CMU-C<sup>(3)</sup> :</b> 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<sup>(1)</sup> peut être dépassé.</li> <li><b>Sortant de CMU-C<sup>(3)</sup> :</b> part AMO</li> </ul> </li> <li><b>Permanence des soins :</b> 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</li> <li><b>AME (de base ou Complémentaire) :</b> parts AMO et AMC Dans ce cas, le montant de la participation de l'AMC est</li> </ol>	<p><b>Groupe nature d'assurance :</b> (151x) : Saisie par le PS</p> <p><b>Cadre de remboursement :</b> (1410) Saisie par le PS</p> <p><b>Option conventionnelle * :</b> Saisie par le PS</p> <p><b>Code prestation (1610).</b> Saisie par le PS.</p> <p><b>Coefficient de l'acte (1610).</b> Saisie par le PS.</p> <p><b>Groupe fonctionnel :</b> lu en table 1</p>	Table 1	<p>Art L 432-1 et L432-3 du Code de la Sécurité Sociale.</p> <p>Conventions Nationales des médecins.</p> <p>Art L 861-3 du code de la sécurité Sociale</p> <p>Arrêté du 28/07/2005 Approbation de l'avenant n°8 à la convention nationale des médecins</p>	<p>(1) le tarif de responsabilité correspond à la donnée " prix unitaire " décrite dans le groupe 1610 de l'annexe 1. <b>Rappel :</b> les dépassements ne sont pas pris en charge par l'AMO</p> <p>(2) Cf. règle P1</p> <p>(3) ces situations sont identifiées selon les règles définies dans l'annexe 1 – partie A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>fonction « Lecture droits Vitale » tableau « identification des bénéficiaires de la CMU-C et sortants de CMU-C</li> <li>ou fonction « Acquérir les droits en ligne »</li> <li>L'option conventionnelle est connue du PS</li> </ul>

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>au minimum équivalent au ticket modérateur.</p> <p>Remarque : Pour un bénéficiaire de l'AME de base, ce tiers-payant se traduit par une avance de frais sur la part complémentaire, la part obligatoire étant à zéro.</p> <p>6. ACS <sup>(4)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TP Social AMO :</b> <b>part AMO / médecin</b> Ce cas concerne les bénéficiaires de l'ACS n'ayant pas souscrit un contrat complémentaire ACS encadré et les Professionnel de Santé <b>médecin</b> uniquement.</li> <li>• <b>TPi ACS :</b> <b>parts AMO et AMC</b> Ce cas concerne les bénéficiaires ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS.</li> </ul> <p>7. <b>Centre de Santé :</b> <b>part AMO</b> Ce cas concerne les soins sont réalisés en Centre de santé.</p> <p>8. <b>Délivrance à la mineure d'un contraceptif :</b> <b>part AMO</b></p> <p>9. <b>Soins conformes au protocole ALD :</b> <b>part AMO</b> Ce cas concerne les factures dont l'une au moins des prestations de la facture correspond à des soins conformes au protocole ALD</p>		A-T1	<p>TP Social AMO : convention médecins</p> <p>TPi ACS : Décret n°2014-1144 du 8 octobre 2014</p> <p>L162-32 du code de la Sécurité Sociale</p> <p>Projet de Loi de modernisation de notre système de santé, texte adopté N°505 par l'ASSEMBLÉE NATIONALE, le 14/04/2015- Article 18</p>	(4) Cf. §3.2.2.6.3 Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire du Cahier des Charges SESAM-Vitale
	<b>Soins conformes au protocole ALD : saisie par le PS</b>	Tables 8.x		

.../...

**P0bis - Détermination de la diminution de taux à prendre en compte hors parcours de soins**

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Pour les cas concernés par le parcours de soins, le taux doit être, sauf exception, diminué en cas de non respect du parcours de soins c'est à dire quand la position par rapport au parcours de soins est égal à « hors parcours ».</p> <p>La valeur de diminution du taux de remboursement dépend de différents paramètres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ le code régime du bénéficiaire,</li> <li>▪ la caisse gestionnaire du bénéficiaire,</li> <li>▪ la situation particulière du bénéficiaire</li> <li>▪ la nature d'assurance,</li> <li>▪ la nature de prestation,</li> <li>▪ l'existence de la déclaration d'un Médecin Traitant,</li> <li>▪ le code justificatif d'exonération,</li> <li>▪ <b>l'application du tiers payant sur la part obligatoire*</b>.</li> </ul>	<p><b>Taux de remboursement :</b> <i>donnée intermédiaire issue de la règle T13</i></p> <p><b>Code régime (1310)</b></p> <p><b>Code caisse gestionnaire (1310)</b></p> <p><b>Situation particulière du bénéficiaire:</b> cf. A1-A §2.1.3.4.</p> <p><b>Groupe nature d'assurance :</b> (151x) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Code prestation :</b> (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Existence de la déclaration d'un Médecin Traitant :</b> <i>saisi par le PS.</i></p> <p><b>Position de la facture par rapport au parcours de soins :</b> <i>Donnée intermédiaire issue de la règle R37bis</i></p> <p><b>Code justificatif d'exonération lié à la prestation :</b> <i>donnée intermédiaire issue de la règle T3 ou de la règle T8</i></p> <p><b>Tiers payant AMO* :</b> <i>voir cadre de remboursement (1410)</i></p> <p><b>Diminution du taux hors parcours de soins :</b> <i>Donnée résultat</i></p>	Table T14	Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13 Août 2004	<p>* L'application par le PS du Tiers Payant sur la part obligatoire est reflétée par la valeur du cadre de remboursement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• valeurs 2, 3 ou 5 : TP AMO appliqué</li> <li>• valeurs 1 ou 4 : TP AMO non appliqué</li> </ul>

.../...

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

.../...

**Table 14 Table de détermination de « diminution TAUX » hors parcours de soins**

Nature d'Assurance	Situation particulière du Bénéficiaire	Code Régime	Caisse Gestionnaire	Code prestation	Code justificatif d'exonération	Situation au regard PdS	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant	Tiers Payant AMO appliqué	Diminution du taux Hors parcours de soins	
Maternité	Sans objet	Tous <sup>(1)</sup>	Toutes	Toutes <sup>(2)</sup>	Sans objet	Toutes <sup>(4)</sup>	Indifférent <sup>(5)</sup>	indifférent	0 (zéro)	
AT	Sans objet	Tous <sup>(1)</sup>	Toutes	Toutes <sup>(2)</sup>	Sans objet	Toutes <sup>(4)</sup>	Indifférent <sup>(5)</sup>	indifférent	0 (zéro)	
Maladie	ACS	Tous <sup>(1)</sup>	Toutes	Toutes <sup>(2)</sup>	Sans objet	Toutes <sup>(4)</sup>	Indifférent <sup>(5)</sup>	OUI	0 (zéro)	
	Hors ACS	Tous <sup>(1)</sup>	Toutes	Table 14.1	Tous <sup>(3)</sup>	Toutes <sup>(4)</sup>	Indifférent <sup>(5)</sup>	NON	Taux UNCAM	
								indifférent	0 (zéro)	
								« soins conformes au protocole ALD »	OUI	0 (zéro)
								Indifférent <sup>(5)</sup>	indifférent	0 (zéro)
								Toutes <sup>(4)</sup>	Non ou ne sait pas	indifférent
Autres que 14.1 <sup>(2)</sup>	Autres <sup>(3)</sup>	« Hors Accès Direct Spécifique »	Oui	indifférent	0 (zéro)					
			Non ou ne sait pas	indifférent	Taux UNCAM					
			Autre que « Hors Accès Direct Spécifique »	Indifférent <sup>(5)</sup>	indifférent	Taux UNCAM				

(1) Liste des codes régime : cf. A1-A0 : groupe 1310

(2) Liste des codes prestation : cf. Annexe 2bis : Table 1

(3) Liste des codes justif d'exonération : cf. A1-A0 : groupe 1820

(4) Liste des situations du Parcours de soins : cf. A1-A0 : groupe 1180

(5) Existence de la déclaration d'un Médecin traitant : « Indifférent » signifie « toutes valeurs », à savoir :

a. « Oui »

b. ou « Non ou ne sait pas »

Ces 2 valeurs sont les seules possibles pour ce paramètre.

.../...

## 2.3.2 Impacts CDC-Editeurs

### 2.3.2.1 Impacts Corps du CDC

.../...

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

.../...

##### Maternité

En assurance maternité tous les frais médicaux remboursables (consultations, frais pharmaceutiques, examens de laboratoire, ...) sont pris en charge à 100 %, dans la limite des tarifs de base de l'Assurance Maladie à partir du premier jour du sixième mois de grossesse.

Cette prise en charge à 100 % se poursuit jusqu'au douzième jour après l'accouchement.

En conséquence, la facturation de ces soins est demandée sous la nature d'assurance « maternité ».

La nature d'assurance maternité est déterminée par le Professionnel de Santé.

Dans certaines situations le contexte de maternité peut être détecté par le progiciel (cf. Annexe1-A0 – Groupe 1512)

En assurance maternité, le Professionnel de Santé doit proposer le tiers payant sur la part obligatoire, le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

##### Les droits des bénéficiaires à l'Assurance Maladie Obligatoire

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

L'acquisition des droits en ligne avec le service ADR apporte au Professionnel de Santé les informations sur les droits du bénéficiaire des soins uniquement.

##### *Droits de base*

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

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

##### *Tiers Payant AMO*

###### *Cas général*

Le Professionnel de Santé a la possibilité d'accorder à l'assuré l'avance de frais (également dénommé Tiers Payant) sur la part obligatoire dans la mesure où les droits AMO sont ouverts à la date de référence AMO.

###### *Cas de Tiers Payant réglementaire*

Dans certains cas prévus par la réglementation, le Professionnel de Santé est tenu de proposer l'avance de frais à l'assuré, celui-ci pouvant la refuser.

Ces cas de tiers payant réglementaire sont identifiés par la règle R29 de l'annexe 2.

#### Accès *du bénéficiaire* au tiers payant *AMO*

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

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

#### *Droits éventuels à exonération*

Les informations relatives à une exonération de ticket modérateur issue du support de droits AMO ne sont accessibles qu'aux Professionnels de Santé, aux établissements de santé. Cet accès requiert l'emploi d'une Carte de Professionnel de Santé (CPS, CPE, CDE, CPF).

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

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

de validité des droits d'exonération contenus issus du support de droits AMO du patient,

de l'accès au tiers payant tel que défini plus haut.

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

#### **Protocole de Soins ALD**

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

Le Professionnel de Santé le consulte en complément du support de droits AMO.

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

Pour les soins conformes à ce protocole, le Professionnel de Santé doit proposer le tiers payant sur la part obligatoire, le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

.../...

.../...



### §3.2.4.2 Affection exonérante

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

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

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

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

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

.../...

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

#### *Restitution de plusieurs codes situations*

.../...

#### **Date de fin de droits**

Si la date de fin de droits de base est dépassée, le progiciel ne doit pas bloquer la réalisation de la FSE. Il est recommandé qu'il ne signale pas non plus cette situation au Professionnel de Santé.

#### **Accès au tiers payant conditionné par la mise à jour de la carte**

L'accès au tiers payant est interprété en fonction de l'information « date de fin droits AMO ».

La date à prendre en compte pour examiner le droit au tiers payant est celle utilisée pour appliquer la tarification et la réglementation AMO (définie dans l'annexe 2 du Cahier des Charges - Partie Détermination du taux de remboursement).

Si cette date est supérieure à la date de fin de la période de droits AMO présente en carte ou s'il n'y a pas de période de droits AMO remontée de la lecture de la carte, le progiciel doit informer le Professionnel de Santé que la carte n'est pas à jour. Dans ce cas le tiers payant ne peut pas s'appliquer sans forçage. Pour bénéficier à nouveau du tiers payant sans forçage, le bénéficiaire doit effectuer la mise à jour de sa carte (cf. annexe 1-forçage de l'accès au tiers payant)

Ce principe s'applique pour toutes les situations d'accès au tiers payant y compris les situations particulières décrites ci-après.

Dans le cas où la « date de fin de droits AMO » est non renseignée (la date de début étant renseignée) l'accès au tiers payant n'est pas limité dans le temps.

Cette règle ne concerne pas :

- les factures en nature d'assurance SMG,
- les factures en contexte APIAS,

- les factures dont les informations du bénéficiaire des soins ont été acquises avec le service ADR.

Dans ces contextes, le professionnel de santé a la possibilité d'accorder à l'assuré le tiers payant sur la part obligatoire, indépendamment des droits AMO inscrits en carte.

### **Accès au tiers payant en nature d'assurance SMG**

Le tiers payant sur la part obligatoire est fortement recommandée au Professionnel de Santé. A ce titre, le progiciel doit considérer par défaut la facture en « Tiers Payant AMO », le Professionnel de Santé pouvant toujours modifier cette information.

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

#### **CMU**

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

#### **Sortants de CMU-C**

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

**La situation du bénéficiaire permet** 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 ».

#### **AME**

Dans le cas où le progiciel identifie un bénéficiaire de l'AME (de base ou complémentaire), le progiciel doit proposer au Professionnel de Santé l'application du tiers payant sur les parts AMO et AMC.

### **Tiers payant AMO réglementaire**

En cas de Tiers Payant AMO réglementaire (cf. Annexe 2 -règle R29), le progiciel doit considérer par défaut la facture en « Tiers Payant AMO », le Professionnel de Santé pouvant toujours modifier cette information.

.../...

## 2.3.3 Impacts DI : RH-INTEG-DSF-020 Partie 1

.../...

### §4.1.1.2.7.5 Protocole de soins ALD

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

Le Professionnel de Santé le consulte en complément du support de droits AMO.

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

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

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

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

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

**Pour les soins conformes à ce protocole, le Professionnel de Santé doit proposer le tiers payant sur la part obligatoire, le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.**

.../...

### §4.1.1.3.4.2.2 Maternité

En assurance maternité tous les frais médicaux remboursables (consultations, frais pharmaceutiques, examens de laboratoire, ...) sont pris en charge à 100 %, dans la limite des tarifs de base de l'Assurance Maladie à partir du premier jour du sixième mois de grossesse.

Cette prise en charge à 100 % se poursuit jusqu'au douzième jour après l'accouchement.

En conséquence, la facturation de ces soins est demandée sous la nature d'assurance « maternité ».

La nature d'assurance maternité est déterminée par le Professionnel de Santé.

**En assurance maternité, le Professionnel de Santé doit proposer le tiers payant sur la part obligatoire, le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.**

voir Annexe 2

#### *Positionnement par défaut en nature d'assurance Maternité :*

Dans certaines situations le contexte de maternité peut être détecté par le dispositif de sorte à ce qu'il propose par défaut la nature d'assurance maternité au Professionnel de Santé

.../...

.../...

#### §4.1.1.3.5.1 Tiers payant pour la part obligatoire

En cas de Tiers Payant AMO réglementaire, le logiciel doit considérer par défaut la facture en « Tiers Payant AMO », le Professionnel de Santé pouvant toujours modifier cette information.

Les situations où un PS n'ayant pas de convention de tiers payant avec le régime d'assurance maladie obligatoire peut pratiquer le tiers payant sur la part obligatoire sont définies dans l'annexe 2 (cf. Règle R18 et R29).

.../...

### 2.3.4 Impacts TLA : RH-TLA-DSF-003

.../...

#### §2.2.2.5 Protocole de soins ALD

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

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

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

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

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

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

Toutefois, si **le patient a déclaré un médecin traitant et que** les soins sont prévus au protocole de soins, alors, le taux de remboursement AMO de la prestation n'est pas modulé, même si le patient se trouve hors parcours de soins. (cf. rh-integ-dsf-022).

**Pour les soins conformes à ce protocole, le Professionnel de Santé doit proposer le tiers payant sur la part obligatoire, le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.**

.../...

#### §2.3.4.2 Données liées à la nature d'assurance

.../...

#### Maternité

~~Voir Rh integ dsf 022~~

En assurance maternité tous les frais médicaux remboursables (consultations, frais pharmaceutiques, examens de laboratoire, ...) sont pris en charge à 100 %, dans la limite des tarifs de base de l'Assurance Maladie à partir du premier jour du sixième mois de grossesse.

Cette prise en charge à 100 % se poursuit jusqu'au douzième jour après l'accouchement.

En conséquence, la facturation de ces soins est demandée sous la nature d'assurance « maternité ».

La nature d'assurance maternité est déterminée par le Professionnel de Santé.

En assurance maternité, le Professionnel de Santé doit proposer le tiers payant sur la part obligatoire, le bénéficiaire des soins peut refuser cette dispense d'avance des frais.

### Positionnement par défaut en nature d'assurance Maternité

Dans certaines situations le contexte de maternité peut être détecté par le TLA de sorte à ce qu'il propose par défaut la nature d'assurance maternité au Professionnel de Santé

.../...

.../...

### §2.3.5 Traitement du contexte Tiers payant

L'objet de ce chapitre est de définir si le Professionnel de santé a voulu et pu pratiquer le tiers payant sur la part obligatoire et/ou sur la part complémentaire.

Cette information sera saisie dans la donnée *Cadre de remboursement* (FAC\_CAD\_RBT)

Mais les données finales transmises dans les factures résultent d'un traitement d'analyse du logiciel TLA permettant de vérifier la cohérence entre les souhaits du PS et les données du bénéficiaire ou les données de facturation saisies.

---

#### *Tiers payant pour la part obligatoire*

En cas de Tiers Payant AMO réglementaire, le progiciel doit considérer par défaut la facture en « Tiers Payant AMO », le Professionnel de Santé pouvant toujours modifier cette information.

Les situations où un PS n'ayant pas de convention de tiers payant avec le régime d'assurance maladie obligatoire peut pratiquer le tiers payant sur la part obligatoire sont définies dans le document rh-integ-dsf-022 (cf. Règle R18 et R29).

---

#### *Tiers payant pour la part complémentaire*

En gestion unique, en hors tiers payant AMC, aucune information relative à la part complémentaire n'est transmise dans la FSE.