Association Inter-AMC

Projet Chantier N°5 Services en Ligne Pilote/beta-test

Cahier des charges norme « DROITAMC »

Type de document : Cahier des charges

Réf. : CDC_DROITAMC

Date de dernière mise à jour : 9 février 2016

Version : 0.8

Etat : Document de travail

Rédacteur : GT chantier 5 – assoc.inter-AMC

SUIVI DES REVISIONS ET VALIDATIONS

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

Validation

Date	Version	Comité de validation
jj/mm/aaaa	V XX.YY	xx

Historique des révisions

Date	Version	Auteurs	Action (pages)	Commentaire
21/08/2015	V0.0.1	FNMF & Sintia	Initialisation document	
10/09/2015	V0.0.2	CTIP & Sintia	Compléments	
		xx		

Notice de droit d'auteur

Ce document est la propriété de l'association Inter-AMC. La publication ci-après n'entraîne aucune cession des droits d'auteurs à quelle que personne que ce soit.

SOMMAIRE

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

CHAPITRE 1 - TERMES ET DEFINITIONS 6
CHAPITRE 2 - AVANT-PROPOS 7
CHAPITRE 3 - INTRODUCTION 7
CHAPITRE 4 - OBJET DU DOCUMENT 7
CHAPITRE 5 - DOCUMENTS DE REFERENCE 8
CHAPITRE 6 - DOMAINE D'APPLICATION 8
6.1 ACTEURS CONCERNES 9
6.1.1 Patients /Assurés 9
6.1.2 Professionnels de santé (PS) 9
6.1.3 AMC 10
6.2 PRESTATIONS CONCERNEES 10
6.3 CONTEXTES EXCLUS 11
6.4 PRESENTATION DES IDENTIFIANTS UTILISES 11
6.4.1 Les identifiants PS 11
6.4.2 Les identifiants AMC 12
6.4.3 Les identifiants du patient 12
CHAPITRE 7 - DESCRIPTION GENERALE DE L'OFFRE DE SERVICES AMC 14
7.1 PROCESSUS GENERAL DE L'OFFRE DE SERVICES AMC POUR LE PILOTE/BETA-TEST MEDECINS 14
7.2 COMPOSANTS DU PROCESSUS 15
7.2.1 La Carte CPS 15
7.2.2 Le support de droits AMC 15
7.2.3 Annuaire AMC 15
7.2.4 Les services en ligne proposés par les AMC aux PS 17
7.2.5 Facturation SESAM Vitale 1.40 et retour Noémie 580 18
7.3 DENOMINATION ET VERSIONS DES SERVICES AMC 18
CHAPITRE 8 - FONCTIONNEMENT DES SERVICES 19
8.1 CINEMATIQUE GENERALE DES ECHANGES 19
8.2 LES SERVICES EN LIGNE AMC ET SESAM-VITALE 20
8.2.1 Appel des SEL AMC dans la cinématique de facturation SV 20
8.2.2 Fonctionnement des SEL AMC dans le système SV 21
8.3 PRESENTATION DES SERVICES AMC 21
8.3.1 Les cas d'usage des SEL AMC 21
8.3.2 Les Services en ligne AMC (SEL AMC) 22
CHAPITRE 9 - LE SERVICE IDB 23
9.1 PRINCIPES DU SERVICE IDB 23
9.1.1 Présentation générale du service IDB 23
9.1.2 Liste des fonctionnalités du service IDB 23
9.1.3 Messages du service IDB 23
9.2 FONCTIONNEMENT DU SERVICE IDB 24
9.2.1 Etape 1 : Appel IDB par l'Editeur (élaboration message « IDBREQ ») 24
9.2.2 Etape 2 : Traitement par l'AMC de la demande IDB (élaboration message « IDBRSP ») 26
9.2.3 Etape 3 : Traitement LPS du retour IDB (traitement message « IDBRSP ») 32

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

CHAPITRE 10 - LE SERVICE CLC 36

10.1 PRINCIPES DU SERVICE CLC 36
10.1.1 Présentation générale du service CLC 36
10.1.2 Liste des fonctionnalités assurées par le service CLC 36
10.1.3 Messages du service CLC 36
10.2 FONCTIONNEMENT DU SERVICE CLC 37
10.2.1 Etape 1 : Appel CLC par éditeur (élaboration message « CLCREQ ») 37
10.2.2 Etape 2 : Traitement par l'AMC de la demande CLC (élaboration message « CLCRSP ») 38
10.2.3 Etape 3 : Traitement LPS du retour CLC (traitement message « CLCRSP ») 40

CHAPITRE 11 - ILLUSTRATION DES SERVICES IDB ET CLC DANS LE PROCESSUS DE FACTURATION SV 43

CHAPITRE 12 - COMPLEMENTS A LA GESTION DES SERVICES IDB ET CLC 46

12.1 GESTION DES REJETS 46
12.2 GESTION DES FORMULES 46
12.2.1 Formule générique 46
12.2.2 Formules spécifiques 50

CHAPITRE 13 - CADRE TECHNIQUE D'INTEROPERABILITE 50

CHAPITRE 14 - ANNEXES 50

DICTIONNAIRE DES DONNEES 50
CODES REJET 50
CODIFICATION DES DOMAINES / CATEGORIES DE SOINS 51

CHAPITRE 1 - TERMES ET DEFINITIONS

Terme	Acronyme	Définition
Organisme d'assurance maladie complémentaire	**AMC**	Désigne l'Assurance Maladie Complémentaire (en tant que telle ou en tant qu'organisme complémentaire gestionnaire)
Organisme d'assurance maladie obligatoire	**AMO**	Désigne le régime de base de la Sécurité Sociale, pouvant être géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie pour les salariés (CNAMTS), le Régime Social des Indépendants (RSI) pour les professions libérales et les travailleurs indépendants, la Mutualité Sociale Agricole (MSA) pour les chefs d'exploitation agricole, ou l'un des multiples délégataires qui assurent la gestion des salariés sous régimes spéciaux.
Attestation de tiers payant AMC	**Attestation TP AMC**	Désigne le support adressé par l'AMC à chacun de ses assurés, destiné à permettre aux professionnels et établissements de santé dans lequel l'assuré est pris en charge de savoir s'ils peuvent facturer directement l'AMC pour la part qu'il couvre et selon quelles modalités
Norme d'échange entre les PS et l'AMO	**B2**	
Codes actes		Codification des actes facturés aux AMC par les PS, situés en position 76-80 de la B2 du type 4 de la B2 (ou 56-60 du type 3), et dont la liste des valeurs est définie en annexe 10 de la B2 (codification des prestations).
Demande de remboursement électronique	**DRE**	Facture adressée par le prestataire de soins directement à l'organisme d'assurance maladie complémentaire du patient sous la forme d'un flux de données transmis de manière électronique.
Feuille de Soins Electronique	**FSE**	
Identifiant de l'organisme AMC	**N° AMC**	
Logiciel du professionnel de santé	**LPS**	Logiciel de gestion administrative du malade / du patient du professionnel de santé
Numéro de sécurité sociale en France	**NIR**	Numéro d'inscription au répertoire (sous-entendu de l'INSEE)
Organisme Concentrateur Technique	**OCT**	Cf. définition chap. XX
Opérateur AMC	**OPT**	Cf. définition chap. XX
Prestataire de soins	**PS**	
Reste à charge	**RAC**	
SESAM Vitale	**SV**	
Tiers payant	**TP**	Dispense d'avance de frais.
Web service	**WS**	Un web service correspond à une technologie permettant à des applications de dialoguer à distance via Internet. Cette communication est basée sur le principe de demandes et réponses, effectuées avec des messages standardisés. Dans le cadre du projet, il s'agit d'une communication entre le logiciel du prestataire de soins et le système d'information de l'AMC. La finalité est donc d'intégrer dans les logiciels des prestataires de soins, ces web services, aussi bien en termes de demande (quelles sont les conditions de déclenchement automatique de l'appel au web service) que de traitement de la réponse (comment les informations reçues en retour doivent être exploitées).
Carte de Professionnel de Santé	**CPS**	
Service en ligne	**SEL**	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

CHAPITRE 2 - AVANT-PROPOS

L'association inter-AMC propose une solution pour simplifier la mise en œuvre du tiers payant pour les professionnels de santé, dans l'intérêt des assurés et de l'ensemble des acteurs concernés par la dispense d'avance de frais.
Dans le prolongement des travaux déjà engagés, elle travaille à la cohérence des outils de tous les acteurs impliqués dans le tiers payant. Elle met en place, avec ses partenaires, un socle de règles communes (cahiers des charges, normes techniques et de gestion…) afin d'améliorer et moderniser les échanges entre les professionnels de santé et les organismes complémentaires. Ces travaux complètent ceux déjà engagés dans le cadre de SESAM-Vitale.

Il s'agit de la première édition de ce document.
Elle concerne la mise en œuvre d'un « bétatest », et n'embarque à ce stade aucune règle de gestion portant sur le déploiement de l'offre de service (phase de transition entre la situation actuelle et la situation future).

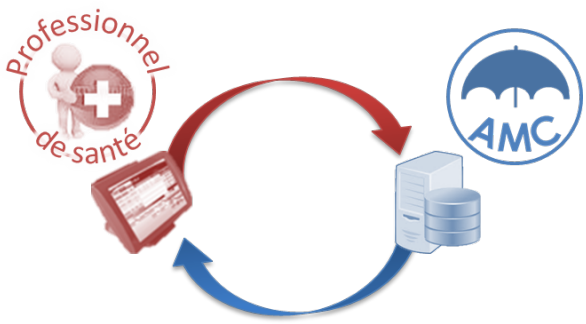
CHAPITRE 3 - INTRODUCTION

Les Services En Ligne (SEL) constituent une offre de services inter-AMC dont l'objectif est de simplifier, fiabiliser et unifier les relations entre PS et AMC en utilisant des solutions basées sur des échanges d'informations en temps réel.

CHAPITRE 4 - OBJET DU DOCUMENT

Ce cahier des charges est le document nécessaire à la mise en œuvre des services en ligne AMC. Il est destiné principalement aux éditeurs de logiciel PS, aux éditeurs de logiciel AMC, aux prestataires de soins, aux AMC et à leurs éventuels opérateurs, en charge de mettre en œuvre ces services..

Il expose les principes, normes et outils inter AMC utilisés pour les échanges directs entre le logiciel du PS et le système d'information de l'AMC et leurs déclinaisons par domaine. Il décrit les modalités d'intégration des services AMC à mettre en œuvre dans ce processus d'échanges.



Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

CHAPITRE 5 - DOCUMENTS DE REFERENCE

Le cahier des charges DROITAMC est un des éléments composant le socle documentaire des SEL AMC. Afin d'en faciliter l'appropriation, une grille de recommandation de lecture avant ce document a été établie :

Nom du document	Intitulé du document	Version	Recommandation
XXX_GNL_PRINCIPES	Présentation des principes généraux relatifs aux échanges préparatoires à la facturation TP pour la médecine de ville vers les AMC	Rédaction à venir	Obligatoire
CDC Harmonisation des attestations de tiers payant AMC	Cahier des charges décrivant les zones harmonisées des attestations de TP AMC	V1.0	Facultatif
CDC éditeurs annuaire	Cahier des charges relatif à l'Annuaire AMC, décrivant les modalités de recueil des adresses des services AMC pour les prestataires de soins	V?	Obligatoire
CDC SV	Cahier des charges SESAM Vitale	V 1.40	Obligatoire ?

CHAPITRE 6 - DOMAINE D'APPLICATION

Ce document est applicable au Pilote/beta-test suivant :

- des Médecins généralistes et spécialistes (hors radiologues, hors chirurgien-dentiste, hors directeur de Labo) Secteur 1 et Secteur 2 exerçant « en ville » et pratiquant du TP avec des AMC et/ou des AMO (A la demande des éditeurs il pourra être élargi à des Médecins ne pratiquant pas encore du TP)
- des consultations ou visites ou actes techniques, toujours en mode connecté
- une facturation des soins en mode Sesam-Vitale (DRE avec utilisation des tables de conventions)

- des AMC ou OTP acceptant la DRE, les SEL et ayant rempli l'Annuaire AMC
- les critères (N° AMC, Typ Conv, et CSR) présents sur l'attestation AMC doivent être les mêmes pour rechercher l'adresse d'IDB dans l'Annuaire, et pour rechercher la ligne de convention dans le poste du PS (tables de convention SV diffusée par l'AMC).

Dans un second temps, ce pilote sera étendu aux centres de santé, au mode visite non connecté et sous réserve d'une étude préalable, à la facturation en ligne,
Ce pilote (ou Béta-test) a pour objectif de vérifier la qualité du dispositif : l'acceptation terrain (via le taux de rejets dans les réponses aux SEL) et l'efficience de la garantie de paiement (via le N° d'engagement dans les factures et le taux de rejets dans les RSP correspondants). Ce pilote/beta-test devra également permettre de mesurer l'efficience de l'annuaire (le taux d'échec). A l'issue de ce pilote/beta-test, les spécifications de ces services seront améliorées si nécessaire pour être déployées dans le cadre de la généralisation du tiers payant

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

La liste des spécialités des médecins concernés par le pilote/beta-test figure en annexe du présent document.

6.1 ACTEURS CONCERNES

6.1.1 Patients /Assurés

Patient/assuré	Sujet de la prestation, auquel est associé : • Vu du PS un NIR issu de la carte Vitale présentée • Vu de l'AMC un NIR et/ou un numéro d'adhérent Les patients pris à 100% par l'AMO sont intégrés au dispositif. Les patients non couverts par une caisse AMO ne sont pas concernés par le dispositif de l'association inter-AMC (ils ne possèdent pas de carte Vitale).

6.1.2 Professionnels de santé (PS)

Les acteurs rattachés à la sphère des PS dans les échanges avec les AMC de cette première version sont les suivants :

Professionnel de santé	Les Professionnels de Santé : - disposent d'une CPS qui sert de carte d'habilitation et outil de sécurisation des échanges de flux électroniques, - élaborent la facturation des soins sur leur Poste de Travail, transmettent aux organismes d'Assurance Maladie les FSE et les DRE. Ces factures électroniques, regroupées en lots et en fichiers, sont transmises directement ou via un Organisme Concentrateur Technique aux Organismes d'Assurance Maladie. Les connexions sont toujours à l'initiative du Professionnel de Santé, - reçoivent des retours électroniques. Professionnel de Santé Médecin (famille Prescripteur secteur 1 et 2) rattaché à l'une des spécialités suivantes : cf annexe liste des spécialités PS couvertes par le pilote/Beta-test
Logiciel du professionnel de santé	Ensemble de matériels et logiciels contribuant à l'ensemble des activités du Professionnel de Santé.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

Organisme Concentrateur Technique (OCT)	Organisme tiers, intervenant en tant que sous-traitant pour le compte d'un ou plusieurs PS, de manière temporaire ou pérenne, pour une ou plusieurs activités parmi les suivantes, de façon à sécuriser les échanges : - conversion des formats d'échange émis par les PS à destination de l'AMO et/ou des AMC - conversion des formats d'échange reçus de l'AMO et/ou des AMC à destination des PS - gestion des protocoles - routage des flux à destination de l'AMO et ou des AMC Il est placé sous la responsabilité du PS.

6.1.3 AMC

AMC	Organisme d'assurance maladie complémentaire. Il peut traiter en direct l'ensemble des demandes des PS ou bien avoir recours à un sous-traitant.
Opérateur AMC	Organisme tiers, intervenant en tant que sous-traitant pour le compte d'un ou plusieurs AMC, de manière temporaire ou pérenne, pour une ou plusieurs activités parmi les suivantes : - réception et traitement[1] des demandes émises par les PS - réception et traitement des demandes de calcul du montant à facturer à l'AMC émises par les PS - réception, paiement des factures émises par les PS et émission d'un bordereau de paiement ou rejet

Dans la suite du document, le terme AMC sera employé pour représenter l'AMC lui-même ou son éventuel opérateur.

L'ensemble des AMC (identifiés par un N° AMC présent sur le support de droits) est concerné, ainsi que leurs opérateurs.

6.2 PRESTATIONS CONCERNEES

Les spécifications et recommandations concernent les factures AMC tiers payant émises dans un contexte de soins de ville (hors établissements) :
Les médecins peuvent facturer plusieurs types de codes actes :

[1] Traitement s'entend soit par gestion et réponse de l'opérateur au PS, soit par routage de la demande à l'AMC, traitement par l'AMC et réponse au PS via l'opérateur.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

- des actes cliniques (C, CS, V, VS, CSC, CNP, …)
- des actes de majoration associée (MCG, MCS, MPC, MCC, MNO, …)
- des actes techniques CCAM (ADE, ADI, ATM, …)
- des indemnités de déplacement
- des majorations nuit/férié/dimanche
- un ticket modérateur forfaitaire 18 euros (PAV)

L'exhaustivité de ces codes actes est disponible dans l'annexe 10 de la norme B2[2].

Les médecins peuvent également pratiquer des dépassements d'honoraires.
Les prestations liées aux PS du béta-test relèvent des domaines suivants :

- MEDG (pour médecins généralistes)
- MEDS (pour médecins spécialités hors radiologues)

Un domaine correspond à un périmètre de soins dans lequel le contrat reliant les PS et les AMC s'appliquent.

Ce cahier des charges s'applique à l'ensemble des actes.

6.3 CONTEXTES EXCLUS

Sont donc exclus de ce pilote/beta-test :

- les actes des cas particuliers type Pro-pharmaciens.
- dans un premier temps, les cas d'absence de connexion
- l'annulation d'un engagement de paiement obtenu suite à un échange de SEL

6.4 PRESENTATION DES IDENTIFIANTS UTILISES

6.4.1 Les identifiants PS

La carte CPS ou carte de professionnel de santé est une carte d'identité professionnelle électronique. Elle contient les données d'identification de son porteur (identité, profession, spécialité), ses situations d'exercice (cabinet ou établissement) mais aussi un volet spécifique contenant des données de tarification de l'assurance maladie (DAM).

Il y a donc deux identifiants utilisés pour un même PS :

- Le numéro d'identification AM : Il s'agit du N° de facturation du prestataire de soins auprès de l'AMO. Ce numéro est aussi celui utilisé par les professionnels de santé pour le conventionnement AMC. Il est sur 9 chiffres récupérables soit dans le volet « DAM » de la carte CPS protégé par la saisie du code porteur à la lecture de la carte, soit dans le LPS.
- Le numéro RPPS : il s'agit un numéro unique attribué au PS référencé dans le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé. Il suit le professionnel tout au long de sa carrière (même

[2] Disponible au lien : http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/documentation-technique/norme-b2/annexes-de-la-norme-b2.php

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

en cas de changement de département ou d'exercice). Il remplace le numéro Adeli[3]. Le numéro RPPS est sur 11 chiffres récupérables directement sur la CPS ou dans le LPS.

Pour le Pilote/beta-test Médecins, a minima, le N° de facturation devra être utilisé.

6.4.2 Les identifiants AMC

Tout AMC est identifié par un N°AMC dans les échanges avec les PS, porté sur l'attestation de tiers payant AMC de chaque assuré et ou tout autre support AMC. Cet identifiant est complété d'un type de convention, et éventuellement d'un critère secondaire qui permettront d'identifier avec certitude la structure destinatrice des flux.

6.4.2.1 Le numéro AMC

Le numéro AMC est l'identifiant porté sur le support AMC dans le pavé normalisé en inter AMC après la mention « **N°AMC** : **»**.

6.4.2.2 Le type de convention

Cette donnée permet d'identifier les conventions propres à une organisation ou une structure AMC, il participe ainsi à la détermination du destinataire des flux. Il est indiqué sur le support AMC dans le pavé normalisé en inter AMC après la mention « **Typ Conv** : ».

6.4.2.3 Le critère secondaire

Cette donnée participe aussi à la détermination du destinataire des flux. Il est indiqué sur le support AMC dans le pavé normalisé en inter AMC après la mention « **CSR :** ».
Le critère secondaire permet de distinguer différentes populations d'assurés pour lesquelles la destination des flux peut différer (exemples : organismes AMC disposant de plusieurs centres de traitement suite à fusion, organismes AMC ayant délégué la gestion d'une partie de leurs contrats à un opérateur de tiers payant, …).

6.4.3 Les identifiants du patient

Il convient de distinguer d'une part les assurés sociaux qui sont des personnes titulaires d'un droit au regard de la protection sociale. Ils disposent :

- d'une carte Vitale dont la mise à jour leur incombe et sont identifiés notamment par un NIR ouvrant-droit de la carte qui leur est propre,
- d'une attestation de TP AMC matérialisant sa situation vis à vis d'un AMC,
- d'éventuels autres supports en fonction de leur situation (CMU, ACS…).

D'autre part, les ayant-droits sont des personnes rattachées à un assuré bénéficiant des droits aux prestations de l'Assurance Maladie. Ils disposent :

[3] Le n° ADELI était un nombre à **9 chiffres** dont 4 premiers chiffres déterminés par le département d'exercice, suivi d'un identifiant propre à la profession.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

- d'une carte Vitale de l'assuré social dont ils dépendent et sont identifiés notamment par le NIR ouvrant-droit de la carte (celui de l'assuré social porteur de la carte),
- d'une attestation de TP AMC matérialisant sa situation vis à vis d'un AMC,
- d'éventuels autres supports en fonction de leur situation (CMU, ACS…).

Pour un bénéficiaire, l'Ouvrant-droit AMO peut être différent de l'Ouvrant-droit AMC (personne portant le contrat AMC). De ce fait, le PS devra stocker dans son logiciel pour chaque patient, en plus de leurs données administratives classiques, le NIR contenu sur la carte vitale **et le numéro adhérent fourni par l'AMC**.- Le numéro adhérent permet de faire le lien avec le contrat AMC .

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

CHAPITRE 7 - DESCRIPTION GENERALE DE L'OFFRE DE SERVICES AMC

7.1 PROCESSUS GENERAL DE L'OFFRE DE SERVICES AMC POUR LE PILOTE/BETA-TEST MEDECINS

Ce chapitre décrit le processus organisationnel tel que les différents acteurs le mettront en place dès la mise en œuvre du Pilote/beta-test Services en Ligne AMC. C'est sur cette base que sont conçus les échanges relatifs aux droits et à la facturation entre les PS et les AMC.
Le principe est donc d'avoir recours, à chaque étape clé et en temps réel, aux services en ligne proposés par les AMC aux PS. La facturation quant à elle sera gérée en mode DRE SV.

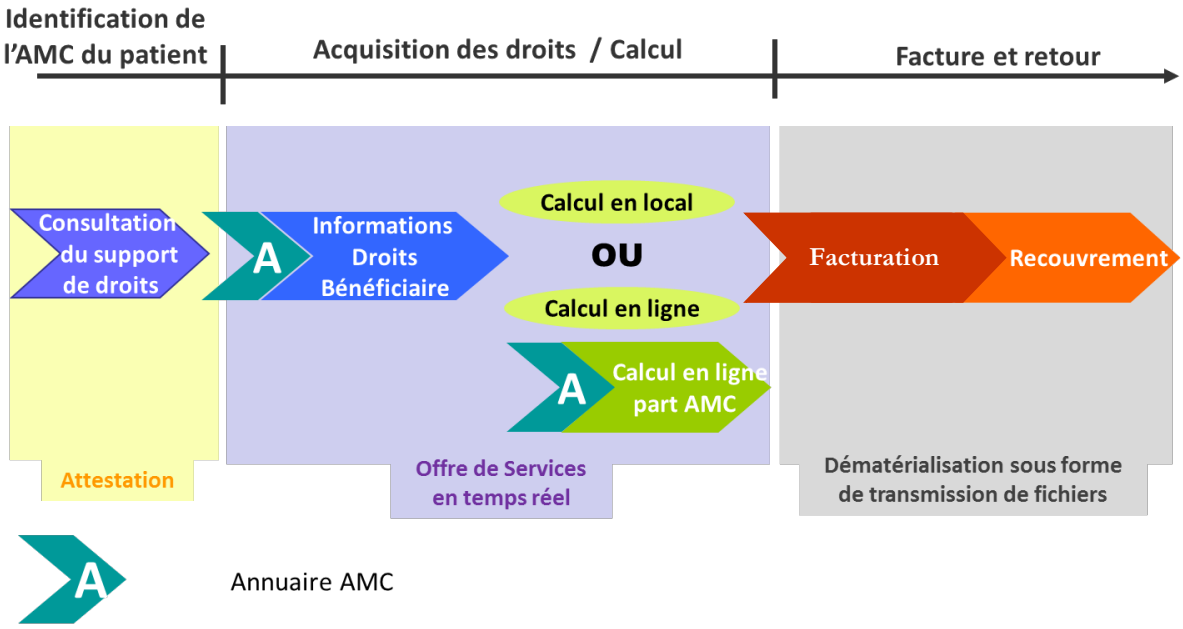


Figure 1. Schéma synthétique du processus d'échanges entre PS et AMC

Le processus d'échange est synthétisé par le schéma ci-dessus :

- Le PS acquiert et saisit les éléments d'identification de l'AMC (ou critères d'accès aux services en ligne) présents sur l'attestation de tiers payant AMC ;
- Ces éléments permettent au LPS d'interroger l'Annuaire AMC afin de récupérer l'adresse du service d'Information Droits Bénéficiaire (IDB) de l'AMC concerné ;
- Le LPS interroge le service IDB à l'adresse obtenue et récupère les éléments nécessaires à la vérification des droits du bénéficiaire et à la garantie de paiement (montants ou consignes de traitement et N° d'engagement de paiement).

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

- Dans le cas où l'AMC indique une consigne de traitement, le LPS respecte cette consigne (calcul en local ou en ligne). Dans le cas du calcul en ligne, le LPS interroge le service Calcul (CLC), après avoir au préalable réinterroger l'Annuaire AMC pour obtenir l'adresse du service CLC. Le LPS récupère alors les montants et l'engagement AMC.
- Le LPS constitue et adresse la facture (DRE) à l'AMC ;
- L'AMC, après traitement des factures, transmettra un retour d'informations de paiement au PS.
- En cas de rejet par l'AMC (facture réalisée sans respecter les montants ou les consignes de traitement AMC par exemple), il transmettra un retour notifiant le rejet au PS.

Trois phases sont à distinguer lors de la rencontre avec un patient :

- La phase **d'accueil du patient** : elle démarre à l'arrivée du patient et s'achève avec la réception de la réponse de l'AMC à la demande de droits concernant le patient.
- La phase de **soins** : elle comprend à la fois la ou les consultation(s) médicale(s), tous les actes diagnostiques et techniques associés (ex. examens radiologiques, prélèvements, etc.), et la saisie/le codage des actes et consultations pratiqués sur le patient.
- La phase de **facturation des soins au patient** : elle consiste à déterminer le niveau de reste à charge du patient (RAC), calculé par déduction à partir de la connaissance du montant de la part prise en charge par l'AMC.

7.2 COMPOSANTS DU PROCESSUS

7.2.1 La Carte CPS

La carte du professionnel de santé CPS ou d'un salarié (CPE-CDE) permet au Prestataire de soins de s'authentifier lors du lancement des services en ligne AMC.

7.2.2 Le support de droits AMC

Pour interroger les services en ligne AMC, le LPS doit obtenir les 3 informations présentes sur le support de droits AMC présenté par le patient.

Si le support de droits est une attestation AMC papier, le prestataire de santé devra saisir ces informations, qui pourront être enregistrées dans sa base patient.
L'attestation AMC papier respecte la norme Inter-AMC décrite dans le document « CDC Harmonisation des attestations de tiers payant AMC ».

7.2.3 Annuaire AMC

L'Annuaire AMC est un outil développé par les trois principales Fédérations représentant les AMC (CTIP, FFSA et FNMF) à l'attention des professionnels et établissements de santé en vue de faciliter leurs échanges dématérialisés avec les AMC.

L'annuaire AMC répertorie les services en ligne des AMC et leurs adresses électroniques.
L'utilisation de l'Annuaire AMC permet au prestataire de soins de :

- ne plus avoir à tenir à jour une base des AMC et adresses de leurs services,
- disposer en temps réel d'une information fiable sur l'adressage de ses demandes de services dématérialisés auprès des AMC,

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

- savoir en temps réel si le service demandé est disponible auprès de l'AMC dans sa forme « échanges dématérialisés ».

Le principe général d'utilisation de cet outil est présenté ci-dessous de manière simplifiée.



Les professionnels de santé consultent automatiquement l'Annuaire AMC par le biais de leur logiciel PS, qui a intégré les échanges avec l'Annuaire. L'information reçue de l'Annuaire est automatiquement enregistrée et utilisée lors des échanges suivants avec l'AMC.

Les AMC sont responsables de l'alimentation des informations relatives à l'adressage des services qui les concernent, ainsi que des mises à jour aussi souvent que nécessaire.

Les adresses enregistrées dans l'Annuaire AMC concernent, pour les médecins, les services suivants :

- le **service d'Information Droits Bénéficiaires** en matière d'assurance maladie complémentaire **(IDB)**,
- le **service de calcul en ligne** de la part du montant des soins prise en charge par l'AMC **(CLC),**
- et ultérieurement, la **facturation.**

L'accès à cet Annuaire AMC par un prestataire de soins est soumis à la réunion des conditions suivantes :

- disposer d'une CPS ou d'un certificat de l'ASIP Santé qui garantit que l'émetteur de la demande est un prestataire de soins,
- disposer des informations présentes sur l'attestation AMC du patient, objet de la demande de service.

Pour effectuer une demande d'adressage de service, le prestataire de soins doit renseigner dans son système d'information les informations suivantes :

- Le numéro de l'AMC (N° AMC) : cette information, obligatoire, figure sur l'attestation AMC du patient,

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

- Le type de convention (Typ Conv) : cette information (facultative) est à renseigner dès lors qu'elle figure sur l'attestation AMC ou le retour du dernier service demandé,
- Le critère secondaire de routage (CSR) : cette information (facultative) est à renseigner dès lors qu'elle figure sur l'attestation AMC ou le retour du dernier service demandé,
- Le type de service sur lequel porte sa demande d'adressage : service d'Informations Droits Bénéficiaires (IDB) ou service de calcul en ligne (CLC).

La consultation de l'Annuaire AMC fournit en retour au logiciel du prestataire de soins, l'adresse électronique à utiliser pour solliciter le service demandé. Si les critères d'accès sont insuffisants (CSR non renseigné par exemple), l'Annuaire renvoie jusqu'à 6 adresses possibles. Le PS devra alors choisir, en comparant le typConv et/ou CSR de l'attestation et celui attaché aux adresses renvoyées par l'Annuaire.

L'Annuaire AMC peut être interrogé 24h/24 et 7jours/7. La réponse à chaque demande est fournie en temps réel au logiciel du prestataire de soins. Cette réponse permet à ce dernier d'adresser une demande de service dématérialisée à l'AMC assurant la couverture complémentaire santé du patient.

Un kit d'intégration de l'Annuaire AMC et de développement éditeurs est disponible dans l' « espace éditeurs » du site internet de l'Annuaire (www.annuaireamc.fr) dès lors que l'éditeur est inscrit à l'Annuaire. Il sera toutefois diffusé aux éditeurs avec ce cahier des charges.

7.2.4 Les services en ligne proposés par les AMC aux PS

Les processus d'échanges entre AMC et PS médecins s'appuient notamment sur l'utilisation des services suivants, mis à la disposition des PS pour faciliter les échanges métiers :

- **Le service « Information Droits Bénéficiaire – IDB » :** il s'agit d'un service en temps réel proposé par chaque AMC. Il permet au PS de s'assurer que le bénéficiaire des soins est bien connu de l'AMC le jour de la demande et d'obtenir des informations sur la validité des droits du patient ;
- **Le service « Calcul en ligne – CLC » :** il s'agit d'un service en temps réel proposé par chaque AMC. Il permet au PS d'être informé du montant que l'AMC s'engage à prendre en charge en tiers payant sur le montant des prestations dont a bénéficié le patient. Ce montant est calculé directement par l'AMC à partir des informations communiquées par le PS ; à l'appui de cette information, le PS déduira le montant qu'il doit facturer au patient.

Organisation des services AMC

L'ensemble de ces services doit être développé par les éditeurs de logiciels et les AMC.
Les modalités d'usage des web services listés ci-dessus sont présentées en détail ci-après. Toutefois, ces modalités pourraient différer selon le contexte dans lequel les services sont employés : passage au cabinet ou visite à domicile.
Un principe fort demeure : pour les services (IDB et CLC), le LPS doit attendre la réponse à sa question avant d'émettre une nouvelle interrogation.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

7.2.5 Facturation SESAM Vitale 1.40 et retour Noémie 580

Les échanges de facturation s'appuient sur le module de facturation SESAM Vitale. Dans le processus, au moment de la facturation le LPS génère une DRE qui sera adressée à l'AMC. En retour l'AMC transmettra un retour NOEMIE 580 pour indiquer au PS les informations de paiement ou de rejet. L'ensemble de ces éléments est disponible dans le cahier des charges SESAM Vitale 1.40 et son avenant « Suivi des Factures Tiers-Payant », ainsi que dans le cahier des charges de l'Association inter-AMC « Suivi automatisé des factures et des paiements ».

7.3 DENOMINATION ET VERSIONS DES SERVICES AMC

La norme « **DROITAMC v1.0.0** » désigne un regroupement de spécifications de messages électroniques et règles d'échanges en version 1.0.0 et le cahier des charges associé.

Les versions de travail, non validées et non publiées, liées à l'évolution du document seront nommées de la même façon moyennant l'ajout d'unités (par exemple DROITAMC v1.0.1).

Les évolutions mineures de la norme, publiées et validées, seront nommées de la même façon moyennant l'ajout de dizaines (par exemple DROITAMC v1.1.0).

Les évolutions majeures nécessiteront l'ajout de centaines (par exemple DROITAMC v2.0.0).

Tous les messages de la norme évoluent de façon homogène, si bien que les spécifications de tous les messages seront modifiées au même moment.

Pour désigner la version d'un message de la norme DROITAMC v1.0.0, il suffit de respecter la dénomination suivante :

« Nom du message » DROITAMC v1.0.0

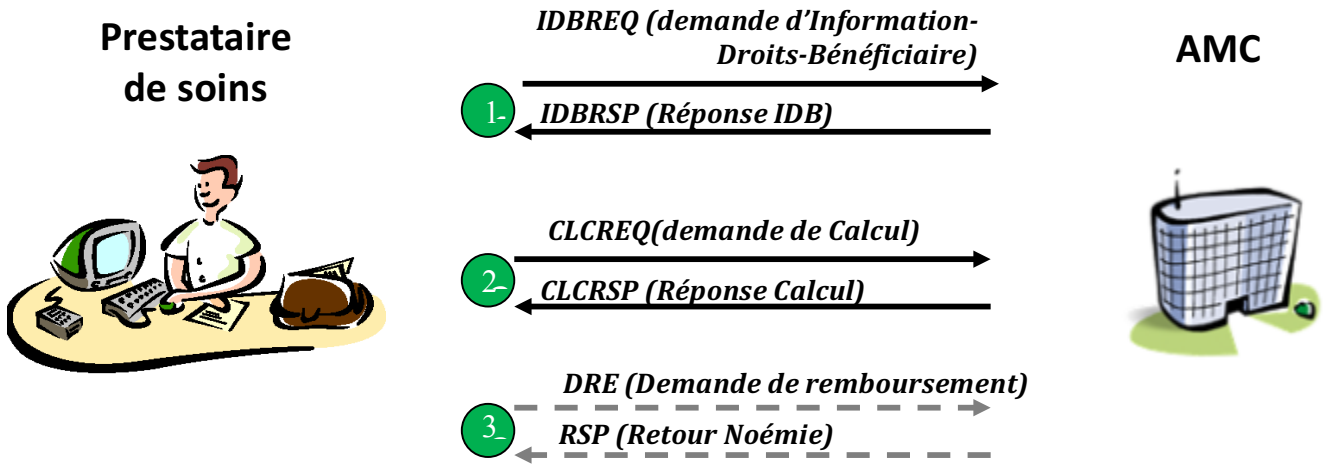
Exemple : « IDBREQ DROITAMC v1.0.0 » désigne le message de demande d'informations sur les Droits du Bénéficiaire de la norme DROITAMC dans sa version v1.0.0 »

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

CHAPITRE 8 - FONCTIONNEMENT DES SERVICES

8.1 CINEMATIQUE GENERALE DES ECHANGES

Le schéma suivant présente la cinématique des échanges entre le prestataire de soins et l'AMC.



Pour obtenir l'engagement de paiement véhiculé dans la DRE, le LPS doit lancer les services en ligne AMC dans l'ordre suivant : 1er appel systématique, le service IDB. Le LPS suit les indications fournies dans la réponse. Si l'AMC l'indique, le LPS lance un 2e appel, le service CLC.
A l'issue des échanges liés aux services en ligne, le LPS reporte dans la DRE les montants calculés en local ou en ligne et la référence d'engagement de paiement fournie par l'AMC.

Les éditeurs de LPS doivent développer les 2 services IDB et CLC.

Règles de gestion liées à la cinématique générale des services

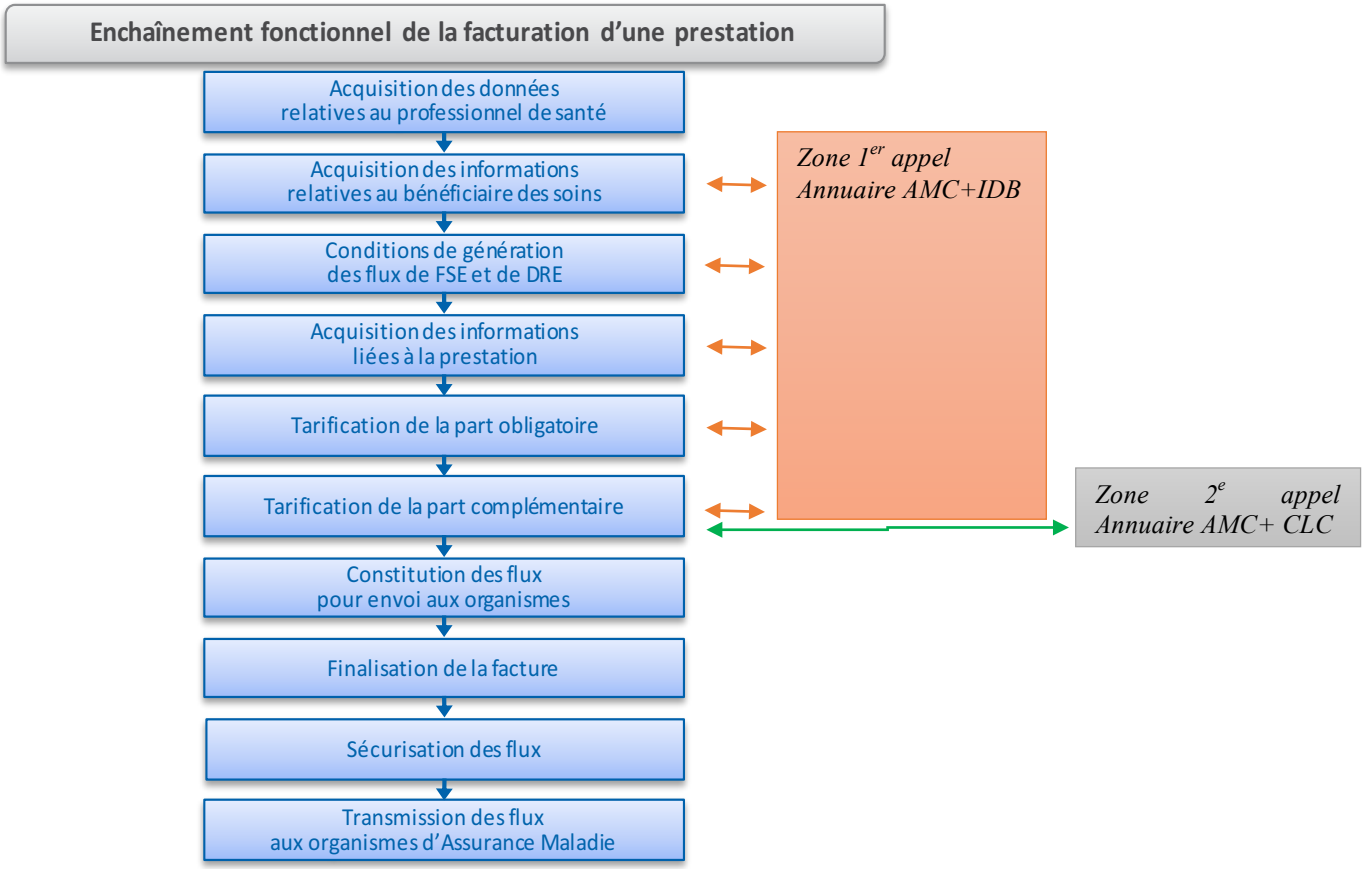
Règle	Libellé de la règle de gestion
R1.	La demande « IDB » d'Information-Droits-Bénéficiaire est toujours le 1er service appelé dans le processus de facturation.
R2.	Chaque demande « IDB » peut être suivie d'une demande « CLC » de calcul, puis d'une émission de demande de remboursement selon la réponse à IDB fournie par l'AMC.
R3.	Les éditeurs de logiciels des prestataires de soins doivent développer les deux services que sont IDB et CLC.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

R4.	Lorsque la réponse à IDB de l'AMC fournit un descriptif des prestations prises en charge ne nécessitant pas un calcul en ligne de la part complémentaire, cette réponse est complétée d'un numéro d'engagement de l'AMC. Dans ce cas, le logiciel du prestataire de soins calcule les montants de la part complémentaire en appliquant les règles fournies dans la réponse à IDB de l'AMC, et transmet une demande de remboursement comprenant les montants calculés par le logiciel et le numéro d'engagement de l'AMC fourni dans la réponse IDB de l'AMC.
R5.	Lorsque la réponse à IDB de l'AMC demande au LPS d'effectuer un calcul en ligne de la part complémentaire, le LPS appelle CLC et transmet une demande de remboursement comprenant les montants et le numéro d'engagement fournis par l'AMC dans sa réponse à CLC.

8.2 LES SERVICES EN LIGNE AMC ET SESAM-VITALE

8.2.1 Appel des SEL AMC dans la cinématique de facturation SV



Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

8.2.2 Fonctionnement des SEL AMC dans le système SV

Le 1er service AMC appelé par le LPS est toujours IDB quel que soit le moment de l'appel au sein du processus de facturation. Avant tout appel au service AMC, le LPS appelle l'annuaire AMC. Le détail du fonctionnement est donc le suivant :

Le LPS interroge en automatique l'Annuaire AMC pour récupérer l'adresse du SEL IDB. Si l'AMC propose le service, le LPS enchaine immédiatement et obligatoirement en interrogeant le service IDB

Pour éviter tout rejet lors de la recherche du bénéficiaire de soins par l'AMC dans le cadre du service IDB, il est souhaitable de remplir le N° adhérent.

- ⇨ Lorsque les données nécessaires à l'interrogation de l'Annuaire AMC et du service IDB sont issues de l'attestation, le LPS doit prévoir la saisie des 4 données : N° AMC - Typ Conv - CSR - N° Adhérent.

  A minima, le professionnel de santé saisit le N° AMC figurant sur le support AMC et lance l'appel à l'Annuaire AMC et au service IDB. Si cela se révèle insuffisant, la réponse de l'Annuaire AMC et/ou d'IDB demande un complément de saisie sur les informations d'identification de l'AMC ou de l'adhérent et le LPS relance le service IDB avec un message complété des informations demandées.
- ⇨ Lorsque les données sont acquises automatiquement depuis la carte Vitale ou un autre support, le PS n'est pas sollicité. Les 4 données nécessaires sont récupérées automatiquement par le LPS.

Le service IDB permet l'acquisition des informations du bénéficiaire des soins.

L'appel au service IDB peut être déclenché au plus tôt à l'acquisition des informations relatives au bénéficiaire de soins et au plus tard au moment de la tarification AMC dans le processus SV.

Le 2ème service AMC, CLC, est appelé par le LPS si la réponse à IDB indique que les montants AMC doivent être calculés en ligne par l'AMC. Ce service CLC est donc éventuellement appelé par le LPS après le service IDB et seulement au moment de la tarification au sein du processus de facturation. Avant tout appel au service CLC, le LPS réinterroge l'annuaire AMC pour déterminer l'adresse du SEL CLC.
Pour appeler le service CLC, le LPS reprend le message IDB complété des informations des prestations et du résultat de la tarification AMO.

8.3 PRESENTATION DES SERVICES AMC

8.3.1 Les cas d'usage des SEL AMC

Les cas d'usages des SEL AMC sont décrits selon les modes d'organisation des PS (médecins). :

- Organisation avec Accueil préalable /prise de RDV. Le PS souhaite connaître les droits du patient avant de réaliser ses actes. Ce mode concerne les centres de santé Médicaux, Maison

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

de Santé ou dans le cas du cabinet libéral individuel, la prise de rendez-vous par une secrétaire ou la préparation des visites.

- Organisation en mode direct (consultation en cabinet ou visite si la connexion est possible)

8.3.2 Les Services en ligne AMC (SEL AMC)

Les SEL AMC IDB et CLC sont des échanges en temps réel. Toute demande émise par un prestataire de soins (IDB ou CLC) reçoit une réponse en temps réel de la part de l'AMC

Les demandes de services IDB et CLC utilisent un format de message unique. La différenciation se fait au niveau des modalités d'alimentations des rubriques.

Les réponses de services IDB et CLC utilisent un même format de message. La différenciation se fait au niveau de la présence des rubriques :

- Un rejet
- Une consigne de traitement (**uniquement dans IDB**)
- Un montant

Ces trois rubriques sont exclusives les unes des autres.

Une consigne de traitement est une indication pour déclencher un calcul :

- Calcul en local en fournissant une formule
- Calcul en ligne en demandant d'appeler CLC

Si en exploitant les consignes de traitement en retour d'IDB, le LPS identifie au moins une fois pour les actes exécutés la nécessité de faire appel à CLC, alors toute l'étape de tarification doit solliciter un CLC pour l'ensemble des actes facturés.

Chaque réponse à un service contenant au moins un Montant AMC ou une formule de calcul en local, contient un N° d'engagement (de paiement) avec une date de fin d'engagement.

Si le PS réalise plusieurs demandes pour un même patient dans la même journée (par exemple : plusieurs consultations dans la même journée), tous les engagements restent valables jusqu'à leur fin de validité. L'AMC doit donc conserver tous les numéros d'engagement délivrés et leurs dates de validité.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

CHAPITRE 9 - LE SERVICE IDB

9.1 PRINCIPES DU SERVICE IDB

9.1.1 Présentation générale du service IDB

Ce service en ligne répond au process suivant :

- Le patient se présente auprès du prestataire de soins
- Le prestataire de soins identifie l'AMC à partir du support de droits fourni par le patient.
- Le prestataire de soins effectue la demande d'Information-Droits-Bénéficiaire (IDB) auprès de l'AMC identifié, en lui transmettant la date des prestations qu'il a réalisées ou va réaliser, et les conditions qui s'appliquent à ces prestations.
- Si IDB est déclenché à l'issue des soins lorsque les prestations sont connues et tarifées, le logiciel peut également les fournir dans la demande IDB.
- L'AMC répond de manière systématique et en temps réel et renvoie soit:
    - Un accord
        - avec des consignes de traitements.
        - ou avec des montants valorisés par acte si la demande comportait des prestations avec leur tarification AMO.
    - un rejet argumenté.
- L'AMC s'engage sur la validité de sa réponse.
- Si l'AMC rend une formule ou un montant, il s'engage également par le biais d'un N° et une date de fin d'engagement.
- Les prises en charge de chacune des prestations peuvent bénéficier ou non du tiers payant; l'AMC le précise dans sa réponse. Dans le cadre du « pilote/beta-test », les prises en charge doivent s'exprimer en tiers payant.

9.1.2 Liste des fonctionnalités du service IDB

Le service IDB offre les fonctionnalités suivantes au PS:

- Vérification par l'AMC de la contractualisation avec le PS
- Confirmation de validité des droits AMC du bénéficiaire pour l'AMC
- Fourniture des modalités d'acquisition de l'engagement de paiementAMC (sous forme de formules, de montants ou appel à CLC)

9.1.3 Messages du service IDB

Deux messages sont définis dans la norme DROITAMC pour permettre le dialogue IDB entre le prestataire de soins et l'AMC :

- **IDBREQ** : Il s'agit du message de demande d'Information-Droits-Bénéficiaire émis par le prestataire de soins vers l'AMC.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

- **IDBRSP** : Il s'agit du message de réponse de l'AMC au prestataire de soins suite à une demande d'Information-Droits-Bénéficiaire.

9.2 FONCTIONNEMENT DU SERVICE IDB

9.2.1 Etape 1 : Appel IDB par l'Editeur (élaboration message « IDBREQ »)

Systématiquement appelé en interrogeant préalablement l'Annuaire AMC, il est toujours le 1er service dans la cinématique des SEL AMC.

La demande IDB se fait par le message IDB avec des rubriques optionnelles et une étiquette IDB, conformément à la description du message « IDBREQ » présente dans le document « Cadre d'Interopérabilité technique des échanges ».

Scénario d'appel IDB dans le processus de facturation
Selon le déclenchement IDB dans le processus de facturation SV, la requête IDB s'enrichie des groupes de données SV présents au moment de l'appel
Le remplissage IDB se fait dès que possible, c'est-à-dire dès lors qu'un groupe de données SV est complet.

La correspondance des groupes de données de la requête IDB avec les groupes de données SV est également indiquée dans le document « Cadre d'Interopérabilité des échanges ».

Règle	Libellé de la règle de gestion
R6.	Il est obligatoire de procéder à une demande IDB avant tout envoi d'une DRE à l'AMC
R7.	Le LPS peut lancer une demande IDB vers l'AMC à tout moment dans le processus de la facturation SV jusqu'à l'étape de la tarification AMC.
R8.	Le déclenchement d'une demande IDB génère automatiquement au préalable le lancement d'une demande d'adressage du service IDB auprès de l'Annuaire AMC.
R9.	Les critères d'accès à l'Annuaire AMC pour l'adressage de la demande IDB sont les suivants :

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

	- N° AMC, - type de convention (TypConv), - critère secondaire de routage (CSR), - domaine selon la spécialité du PS ou le contexte (MEDG ou MEDS pour le pilote/beta-test), - service : « IDB », - type d'adresse valorisé à « EDI » pour préciser que l'adresse demandée est de type web service - code norme service, valorisé à « DROITAMC », - version norme service en fonction de la version de norme « DROITAMC » implémentée dans le LPS. Les 3 premiers critères (N° AMC, TypConv et CSR) sont issus du support AMC présenté par le bénéficiaire des soins.. Les informations complémentaires nécessaires pour interroger l'Annuaire AMC sont décrites dans le CDC Annuaire.
R10.	Si l'annuaire AMC répond que le service IDB n'existe pas, le LPS doit enchainer sur le processus actuel sans service en ligne. Cf code retour approprié dans le CDC Annuaire
R11.	Toute demande IDB est identifiée de manière unique.
R12.	Une demande IDB ne concerne qu'un seul bénéficiaire des soins.
R13.	Lorsque le « N° adhérent » est présent sur le support de droits AMC, il est recommandé de transmettre cette donnée dans la demande IDB pour faciliter l'identification du bénéficiaire par l'AMC. En effet, dans certaines situations où le bénéficiaire des soins possède un double rattachement AMO, la carte Vitale présentée n'est pas toujours en cohérence avec les informations du contrat chez l'AMC. L'AMC a donc un risque de ne pas reconnaitre le bénéficiaire à partir du NIR et de la date de naissance. La présence du « N° adhérent » permet alors d'identifier le bénéficiaire des soins. En l'absence de saisie, et dans le cas où ce N° d'adhérent est déjà enregistré dans le LPS, il doit être transmis dans la demande IDB.
R14.	Le LPS procède à une demande IDB par date de soins. Si des prestations sont réalisées sur plusieurs jours consécutifs, une nouvelle demande IDB doit être effectuée chaque jour.
R15.	La date des soins renseignée doit être comprise entre le jour de la demande IDB et 27 mois avant la date du jour de la demande inclus.
R16.	Une demande IDB de contexte. Il s'agit exemple :.
R17.	Une demande IDB doit également obligatoirement contenir des informations relatives à la relation conventionnelle du PS vis-à-vis de l'AMO, pour permettre aux AMC de respecter la règlementation en vigueur qui impose des contraintes et obligations en matière de niveau de remboursement des frais de santé. Ces informations sont par exemple : - Le code conventionnel AMO du PS qui émettra la DRE - Le code spécialité du PS - L'indicateur CAS qui indique que le médecin est signataire du contrat d'accès aux soins ou non.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

R18.	Lorsqu'une demande d'IDB est réalisée après la tarification AMO, elle peut donc contenir l'ensemble des prestations qui feront l'objet de la facturation, y compris celles qui ne donnent pas lieu à une part AMC (acte pris à 100% par l'AMO).
R19.	Dans les cas où une demande IDB ne peut être émise (réponse négative de l'annuaire ou problème de connexion), le LPS doit en informer le PS et proposer de passer en Hors TP. *Le contrat du chantier 2 précisera cette règle pour la généralisation*
R20.	Plusieurs demandes IDB pour un même patient et une même date de soin sont indépendantes les unes des autres. Elles peuvent toutes donner lieu à une facturation AMC.
R21.	Les services en ligne IDB peuvent être appelés par le prestataire de soins dans un cadre de tiers payant ou hors tiers payant selon « accords ». Ce cadre est obligatoirement en tiers payant pour le « pilote/beta-test ».
R22.	Il n'y a pas de procédure d'annulation de web service IDB à mettre en œuvre par le PS puisque c'est l'AMC qui fixe la date de fin d'engagement dans sa réponse.

9.2.2 Etape 2 : Traitement par l'AMC de la demande IDB (élaboration message « IDBRSP »)

Les différents niveaux de remplissage de la requête IDB entrainent des traitements et des réponses AMC différents. En fonction de l'étape d'appel d'IDB dans le processus de facturation SV, la demande IDB est plus ou moins riche. Le tableau suivant décrit les niveaux de contrôles et de réponse AMC selon que l'appel IDB par le LPS est réalisé après l'étape d' « Identification du Bénéficiaire » ou après l'étape de « Tarification AMO » des actes :

Scenarii appel IDB dans la facturation SV	**Contrôles AMC**	**Résultat possible du traitement AMC Consignes de traitement = CLC ou formule**
Identification PS *Identification Bénef*	Contrôle PS Recherche bénéficiaire Recherche d'ouverture de droits	. Consignes traitement Préconisation en cas de formule : Réponse par défaut en TP, en parcours de soins et nature d'assurance maladie. . Rejet(s)
Identification PS *Identification Bénef* *Contexte facture*	Contrôle PS Recherche bénéficiaire Recherche d'ouverture de droits en TP dans le contexte précisé	. Consignes traitement Préconisation en cas de formule : la réponse doit porter sur le contexte exprimé . Rejet(s)
Identification PS *Identification Bénef* *Contexte facture* *Acte*	Contrôle PS Recherche bénéficiaire Recherche d'ouverture de droits en TP dans le contexte précisé et pour ces actes	. Consignes traitement Préconisation en cas de formule : limiter la réponse sur les actes transmis si possible . Rejet(s)
Identification PS *Identification Bénef* *Contexte facture*	Contrôle PS Recherche bénéficiaire	. Montant AMC (à favoriser plutôt qu'un renvoi à CLC) . Consignes traitement

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

Acte *Tarification AMO*	Recherche d'ouverture de droits en TP dans le contexte précisé et pour ces actes + éventuellement calcul des montants AMC	Préconisation en cas de formule : limiter la réponse doit porter sur les actes transmis si possible . Rejet(s)

En fonction du résultat possible du traitement AMC, la réponse sera formalisée de la façon suivante

Type de retour IDB	Type de réponse	Consigne de traitement	Action à réaliser par le LPS
Retour avec Montants AMC	Montants calculés	Montant AMC rempli par acte facturé	Reporter les montants dans la facture ; si au sein de la facture, un acte n'est pas en TP alors le montant est à 0. Reporter le N° d'engagement récupéré depuis IDB
Retour avec Consigne de traitement	Consigne indiquée au niveau des actes, et/ou des catégories de soins et/ou du domaine	Pour chaque niveau, la consigne peut être une Demande de calcul ou une formule Il est possible de préciser des consignes différentes selon que l'acte est sans dépassement, avec dépassement ou en situation d'impossibilité de connexion (cf tableau ci-dessous)	Si la consigne est une demande de calcul, déclencher la demande de calcul lors de la tarification, Si la consigne est une formule, exécuter la formule lors de la tarification (via STS ou moteur LPS) Reporter le N° d'engagement récupéré depuis IDB
Rejet	Rejet	Motif	Demande éventuelle de complément d'info

S'il n'y a pas de tiers payant sur un acte, une catégorie de soins ou un domaine, l'AMC peut répondre avec un montant valorisé à zéro et associer au motif « Pas de TP sur la part AMC », ou par la consigne de traitement « 000 ».

Les types de retour IDB sont exclusifs les uns des autres.

Chaque réponse positive à un service (avec montant ou avec consigne de traitement) contient un N° d'engagement (de paiement) avec une date de fin d'engagement.
Dans le cas où la réponse de l'AMC contiendrait une consigne de traitement avec CLC, seul le n° d'engagement de la réponse CLC sera positionné dans la facture.

La description du message « IDBRSP » est présentée dans le document « Cadre d'Interopérabilité des échanges ».

Les modalités de remplissage des consignes de traitement (CT) sont décrites dans le tableau suivant:

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

Consignes de traitement / Périmètre des 3 consignes de traitement	Sans dépassement CT1	Avec dépassement CT2	Hors connexion CT3
Domaine	Formule ou CLC	Formule ou CLC	Formule (CLC interdit)
Catégorie de soins (0 à n)	Formule ou CLC	Formule ou CLC	Formule (CLC interdit)
Acte (0 à n)	Formule ou CLC	Formule ou CLC	Formule (CLC interdit)

Les règles de remplissage des consignes de traitement sont les suivantes :

- La réponse contient systématiquement 3 consignes de traitement, pour un périmètre donné :
  - CT1 : consigne en cas d'actes sans dépassement,
  - CT2 : consigne en cas d'actes avec dépassement,
  - CT3 : consigne en cas de connexion impossible pour CLC.

- Chaque formule est un tout unique et non un complément de la consigne précédente. Le tableau ci-dessous illustre ce principe avec des exemples :

	CT1	CT2	CT3	commentaire
Cas 1 : l'AMC fait du TP sur le TM uniquement	*Formule : 100%BR-MRO*	*Formule : 100%BR-MRO*	*Formule : 100%BR-MRO*	
Cas 2 : l'AMC fait du TP à hauteur de 110% de la BR	*Formule : 100%BR-MRO*	*Formule : 110%BR-MRO*	*Formule : 110%BR-MRO*	
Cas 3 : l'AMC fait du TP sur le TM et demande un CLC pour les actes avec dépassement	*Formule : 100%BR-MRO*	*CLC*	*Formule : 100%BR-MRO*	*Hors connexion, l'AMC ne souhaite pas communiquer la prise en charge du dépassement potentiel et limite le TP: 100%BR-MRO*
Cas 4 : l'AMC demande systématiquement un CLC avec une solution en cas de non connexion	*CLC*	*CLC*	*Formule : 100%BR-MRO*	
Cas 5 : l'AMC demande systématiquement un CLC	*CLC*	*CLC*	*0*	*0 en CT3 signifie : Pas de TP si pas de connexion*
Cas 6 : pas de TP en hors parcours de soins	*0*	*0*	*0*	*Le PS a précisé le contexte « hors parcours de soins »* et l'AMC ne fait pas de TP dans ce contexte

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

Lorsque la réponse AMC indique le mode de calcul exprimé en « Consigne de traitement », les règles suivantes doivent être respectées :

Le périmètre domaine est toujours rempli.
Si l'AMC souhaite différencier la couverture en TP par acte ou catégorie de soins, sa réponse devra être renseignée de la façon suivante :

Exemple 1 :

Mode de calcul : C (pour consigne de traitement CT)
Entité consigne de traitement
Domaine : MEDS (pour médecin spécialiste)
TP : Oui
CT1 : formule 100% TR-MRO
CT2 : formule 110% TR-MRO
CT3 : formule 100% TR-MRO
Entité consigne de traitement
Acte : ADE
TP : Oui
CT1 : formule 100% TR-MRO
CT2 : formule 150% TR-MRO
CT3 : formule 100% TR-MRO
Entité consigne de traitement
Acte : ATM
TP : Oui
CT1 : formule 100% TR-MRO
CT2 : formule 150% TR-MRO
CT3 : formule 100% TR-MRO

Interprétation :
A l'exception des Consignes de traitement spécifiques pour les actes ADE et ATM, tous les autres actes du domaine suivent les Consignes de traitement indiquées au niveau du domaine.

Exemple 2 :

Mode de calcul : C (pour consigne de traitement CT)
Entité consigne de traitement
Domaine : MEDS
TP : Oui
CT1 : formule 100% TR-MRO
CT2 : formule 100% TR-MRO
CT3 : formule 100% TR-MRO
Entité consigne de traitement
Catégorie : ATEC (actes techniques dont la liste figure en annexe)
TP : Oui
CT1 : formule 100% TR-MRO
CT2 : formule 110% TR-MRO
CT3 : formule 100% TR-MRO
Entité consigne de traitement
Acte : ADE
TP : Oui
CT1 : formule 100% TR-MRO
CT2 : CLC
CT3 : formule 100% TR-MRO

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

Interprétation :
A l'exception des consignes de traitement spécifiques pour l'acte ADE, tous les autres actes de la catégorie 'actes techniques' suivent les Consignes de traitement indiquées au niveau de la catégorie de soins ATEC. Les actes n'appartenant pas à la catégorie ATEC doivent suivre les Consignes de Traitement indiquées au niveau du domaine.
Mais si le PS pratique plusieurs actes dont un acte ADE avec dépassement, alors tous les actes à facturer doivent faire l'objet d'un CLC. La DRE ne peut pas contenir des actes dont le montant AMC est calculé en local par le LPS, et des actes calculés en ligne par l'AMC, Si l'AMC demande un CLC pour un acte ou une catégorie, le SI de l'AMC doit être en capacité de recevoir et traiter en mode CLC tous les actes et toutes les catégories de ce domaine de soins

Exemple 3 :

Mode de calcul : M (pour montants)
Entité acte calculé
Code acte : CS
TP : Oui
Montant AMC : 8.90 euros
Entité acte calculé
Acte : ATM
TP : Oui
Montant AMC: 50 euros

Interprétation :
Les montants correspondent à la part AMC garantie en TP pour chaque acte transmis par le PS.
Règles de gestion :

Règle	Libellé de la règle de gestion
R23.	L'AMC doit obligatoirement apporter une réponse en temps réel à toute demande IDB d'un prestataire de soins dans le délai prévu contractuellement. Il n'y a pas de réponse différée possible. Cette réponse, systématiquement émise et exprimée par le « code retour », peut être un « KO technique », un accord ou un refus.
R24.	Le contenu de la demande et de la réponse à IDB doit être systématiquement enregistré dans le système d'information de l'AMC.
R25.	Toute réponse IDB est identifiée de manière unique
R26.	L'AMC retourne une seule réponse par demande de service IDB.
R27.	La réponse AMC ne peut concerner qu'un seul bénéficiaire des soins correspondant aux critères envoyés par le PS, à l'exception du cas des jumeaux (triplés,…) décrit dans la règle suivante.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

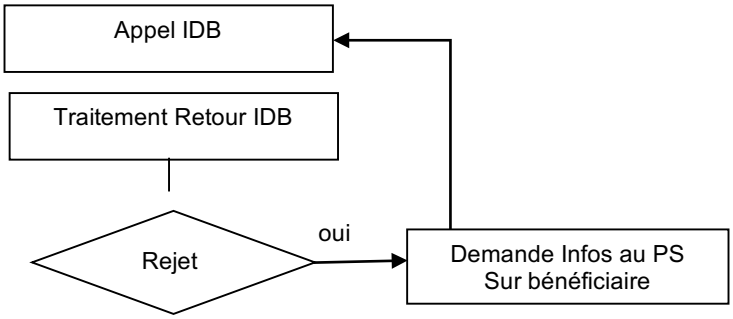
R28.	Lorsque l'AMC identifie plusieurs bénéficiaires (cas des jumeaux, triplés,…), il doit répondre par un « KO fonctionnel » et renvoyer les bénéficiaires identifiés en précisant pour chacun d'eux les nom, prénom, rang de naissance et N° adhérent. Dans ce cas, aucun droit n'est délivré par l'AMC. Le PS devra transmettre une nouvelle demande IDB après avoir choisi le bon bénéficiaire et l'AMC devra l'identifier sur les critères transmis par le PS (sur les nom/prénom si nécessaire).
R29.	Lorsque la réponse AMC exprime un accord, l'AMC s'engage vis-à-vis du PS et de son patient sur le contenu de sa réponse. Chaque réponse positive à un service contient obligatoirement le N° adhérent du bénéficiaire de soins, l'indicateur de traitement et le détail des modalités de calcul au regard des informations qui lui sont communiquées . Le N° et la date de fin d'engagement sont présents si la réponse IDB contient au moins un montant ou une consigne de traitement différente de CLC. L'AMC retrouvera ce N° d'engagement dans la DRE émise par le PS.
R30.	L'AMC a le libre choix de communiquer ou non au PS les garanties du patient. Il peut donc choisir de fournir une formule pour un calcul en local par LPS, ou d'imposer au PS un calcul en ligne par l'AMC lui-même.
R31.	Lorsque la demande IDB contient les actes valorisés par le PS, l'AMC conserve le choix de calculer le montant pris en charge et de transmettre ces montants dans sa réponse IDB sans demander le service spécifique CLC, ou de répondre au PS uniquement en consignes de traitement.
R32.	Lorsque l'AMC répond en mode « consignes de traitement, il a la possibilité d'indiquer des modalités de calcul en local pour le cas général, et de demander un calcul en ligne pour une prestation spécifique. Dans le cas où la prestation spécifique est réalisée par le PS, ce sont alors toutes les prestations dispensées qui feront l'objet d'un calcul en ligne avant la facturation par le PS.
R33.	Si les droits que souhaitent délivrer l'AMC sont trop complexes, l'AMC doit demander un calcul en ligne de la part AMC. Par exemple, il n'est pas possible de différencier les droits pour un même code acte en fonction du domaine de soins dans lequel il est pratiqué. A titre d'exemple, si l'AMC rembourse différemment la consultation du dermatologue et la consultation de l'ophtalmologue réalisées dans un centre de santé, aucune formule de calcul ne doit être délivrée dans la réponse IDB.
R34.	Une demande IDB est valable pour un contexte de facturation défini (parcours de soins, nature d'assurance, ...). De ce fait, l'AMC pourrait recevoir plusieurs demandes IDB dans la même journée pour des contextes différents. Dans ce cas, l'AMC doit délivrer un nouveau numéro d'engagement à chacune de ses réponses.
R35.	L'AMC peut recevoir plusieurs demandes IDB pour un même bénéficiaire de soins. C'est notamment le cas lorsque la validité de la réponse a expiré avant la réalisation des prestations par le PS. L'AMC doit donc gérer les différentes demandes.
R36.	L'AMC doit rejeter toute demande IDB dont la date des soins est postérieure à la date d'émission de la demande.
R37.	L'AMC doit accepter de répondre à toute demande IDB qui porte sur des soins passés jusqu'à 27 mois avant la date du jour de la demande.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

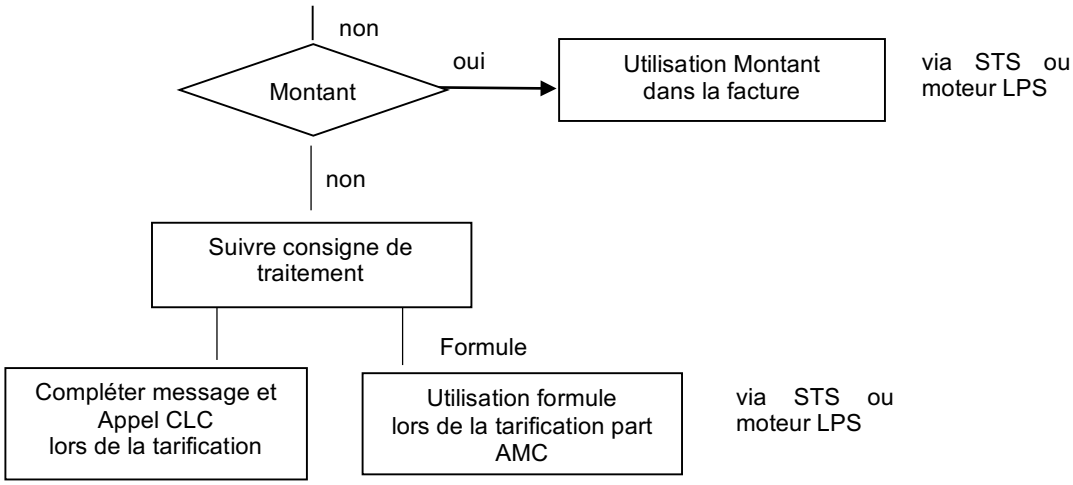
R38.	En réponse à une demande IDB, l'AMC indique systématiquement le N° adhérent du bénéficiaire de soins, le numéro d'engagement et la date de fin d'engagement, l'indicateur de traitement et le détail des modalités de calcul au regard des informations qui lui sont communiquées dès lors que le code retour est « OK ».
R39.	Une demande IDB ne sera pas obligatoirement suivie d'une demande de calcul ou d'une DRE.
R40.	La réponse à une demande IDB n'entraîne pas de mise en réserve de montant par l'AMC.
R41.	La réponse à une demande IDB indiquant les modalités de calcul en local pourra être suivie d'une ou plusieurs DRE associées à cette même réponse IDB.
R42.	L'AMC ne pourra pas rejeter la DRE porteuse du N° adhérent issu du service IDB pour le motif de bénéficiaire inconnu.
R43.	L'AMC contrôlera, à réception de la facture, que la date effective des soins réalisés (indiquée dans la facture) est comprise entre la date des soins déclarée dans le service en ligne et la date de fin d'engagement. Dans le cas contraire, elle peut émettre un rejet de facture.
R44.	L'AMC contrôlera, à réception de la facture, que la date de facture est inférieure ou égale à la date limite de facturation si l'AMC l'avait précisé dans le service en ligne. Dans le cas contraire, elle peut émettre un rejet de facture.
R45.	L'AMC contrôlera la cohérence entre sa réponse IDB et les informations reçues en DRE : N° adhérent, Pièce Justificative AMC, date de soins et Montants par acte, N° d'engagement, date de la facture
R46.	R47. Si l'AMC demande un CLC pour un acte ou une catégorie, le SI de l'AMC doit être en capacité de recevoir et traiter en mode CLC tous les actes de ce domaine de soins

9.2.3 Etape 3 : Traitement LPS du retour IDB (traitement message « IDBRSP »)

Lors de la réception du retour IDB, le LPS suit les consignes indiquées dans le message retour selon l'algorithme suivant :



Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet



Si le retour IDB est de type « Montants AMC », le LPS inclut les montants et le N° engagement dans la facture et déclenche soit les STS soit le process « fin de facture ».
Si l'un des montants AMC est valorisé à zéro, cela signifie : « pas de TP pour cet acte ».

Si le retour est de type « consigne de traitement » :

- La réponse contient 3 consignes de traitement, pour un périmètre donné :
  - CT1 : consigne en cas de non dépassement,
  - CT2 : consigne en cas de dépassement,
  - CT3 : consigne en cas de connexion impossible pour CLC.

  Le remplissage de ces consignes de traitement par l'AMC est décrit est décrit dans le sous-chapitre précédent 9.2.2 « étape 2 : traitement par l'AMC ».
  L'interprétation de ces consignes de traitement par les LPS est illustrée au chapitre 11 « illustration des services IDB et CLC ».

- Au moment de la tarification AMC (après AMO), acte par acte, le LPS :
  1. Recherche explicitement l'acte et exploite les consignes de traitement du périmètre trouvé. A défaut de trouver l'acte spécifié, il recherche la « catégorie de soins » concernée par l'acte et exploite les consignes de traitement indiquées. A défaut, il exploite les consignes de traitement du « domaine »
  2. Détermine si le montant de l'acte inclut un dépassement d'honoraire (le montant à facturer est supérieur à la base de remboursement AMO)
  3. Exploite la CT1, si l'acte en cours de tarification n'est pas en dépassement.
  4. Exploite la CT2, si l'acte en cours de tarification est en dépassement.
  5. Si la consigne de traitement exploitée = « CLC », alors le LPS fait appel au service « CLC ». Dans ce cas, le LPS appelle CLC pour l'ensemble des actes de la facture.
  6. Si le LPS, en raison d'une connexion impossible ne peut pas appeler CLC, il doit alors exploiter la CT3 relative à chaque acte de la facture qui nécessitait un CLC.

Si la consigne de traitement est une formule, la réponse IDB contient un N° engagement. Le LPS inclut la formule et le N° engagement dans la facture et déclenche soit les STS soit le moteur de tarification du LPS.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

Toute consigne de traitement valorisée à zéro signifie « pas de TP » pour l'acte, la catégorie ou le domaine concerné. Dans ce cas le LPS devra afficher l'explication au PS. Dans le cas particulier de la consigne CT3, après une tentative avortée de demande CLC, l'explication donnée au PS sera « pas de TP car connexion impossible ».

Il est préconisé aux éditeurs de LPS de ne pas afficher au PS de formule de calcul ni d'information intermédiaire. Seuls les montants AMC ou la consigne destinée au PS dans le cadre d'un rejet (a minima le motif du rejet) seront affichés au PS.

La description du message « IDBRSP » est présentée dans le document « Cadre d'Interopérabilité des échanges ».
La correspondance des groupes de données de la réponse IDB avec les groupes de données SV est également renseignée dans le document « Cadre d'Interopérabilité des échanges »..

Deux dates sont essentielles pour les services en ligne : La date de soins, renseignée par le LPS dans les flux aller, et la date de fin d'engagement AMC dans les flux retour. Pour comprendre le rôle de ces dates, il est nécessaire de connaître le contrôle que l'AMC réalisera à réception d'une facture construite à partir des services en lignes :

- L'AMC contrôle, à réception de la facture, que la **date effective des soins réalisés** (indiquée dans la facture) est **comprise entre** la **date des soins déclarée dans le service en ligne** et la date de fin **d'engagement**.

Le LPS doit donc vérifier cette date, lors de la construction de la facture.

Si l AMC a précisé une date limite de facturation dans le retour IDB, le LPS vérifie que la date de facture est inférieure ou égale à la date limite de facturation de l AMC, lors de la construction de la facture.

Règle	Libellé de la règle de gestion
R48.	Toute réponse à IDB concerne soit un rejet, une/des consigne(s) de traitement ou un/des montant(s), de façon exclusive.
R49.	Si la réponse correspond à un rejet, il faut traiter ce rejet selon le motif en faisant éventuellement appel à un complément de saisie. C'est le cas notamment lorsque le bénéficiaire n'a pas été identifié par l'AMC sur la base des informations transmises dans IDB dans lequel manquait le N° Adhérent. Le LPS doit inviter le PS à saisir le N° Adhérent en cas d'absence. C'est également le cas lorsque l'AMC a identifié plusieurs bénéficiaires. Le LPS doit alors afficher les nom, prénom, date et rang de naissance et N° adhérent de chacun des bénéficiaires identifiés par l'AMC, et demander au PS de sélectionner le bénéficiaire concerné par les soins. A l'issue de l'intervention du PS, le LPS doit émettre une nouvelle demande IDB avec les informations complétées.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

R50.	Si la réponse est positive, elle contient des informations nécessaires à la facturation et à la garantie de paiement. Il faut donc mémoriser la réponse. Ces informations sont essentiellement les montants AMC ou les consignes de traitement, le N° engagement délivré par l'AMC, le N° Adhérent, … Le N° Adhérent transmis dans la réponse IDB, devra être véhiculé dans la DRE. Si IDB n'est pas suivi d'un CLC, le N° engagement transmis dans la réponse IDB devra également être fourni dans la DRE.
R51.	Si un PS dispose de plusieurs réponses IDB concernant un même bénéficiaire de soins, c'est le contenu de la réponse la plus récente, confirmée par l'horodatage de chaque réponse, qui doit être pris en compte par le SI du PS.
R52.	Une réponse IDB étant valable pour un contexte de facturation défini (parcours de soins, ….), le LPS ne pourra utiliser les montants ou consignes de traitements en références d'engagement, fournis dans la réponse IDB, que si le contexte de soins dans la DRE correspond au contexte indiqué dans la réponse IDB.
R53.	Lorsque la réponse AMC indique une consigne de traitement avec calcul en local pour certains actes et demande un CLC pour d'autres actes, le LPS doit alors automatiquement demander le web service CLC pour l'ensemble des prestations délivrées par le PS si l'une des prestations réalisées est concernée par un CLC, y compris pour celles qui sont associées à une règle de calcul en local. Si la prestation nécessitant un calcul en ligne n'est pas délivrée, alors le LPS peut calculer les montants AMC en local selon les formules et paramètres indiqués.
R54.	Les règles de calcul exprimées par des formules dans la réponse AMC sont propres au bénéficiaire des soins. Elles ne peuvent être stockées dans le système d'information du PS pour servir de base de calcul générique pour l'AMC. Chaque bénéficiaire d'un même AMC dispose en effet de garanties spécifiques.
R55.	Si l AMC précise une date de fin d'engagement dans le retour IDB., le LPS doit vérifier la cohérence des date de soins de la facture avec la date de fin d'engagement de l AMC, lors de la construction de la facture Dans le cas contraire, le LPS doit lancer une nouvelle fois de service IDB pour facturer ses prestations à l'AMC s'il veut s'assurer de leur paiement
R56.	Si l AMC a précisé une date limite de facturation dans le retour IDB, le LPS vérifie que la date de facture est inférieure ou égale à la date limite de facturation de l AMC, lors de la construction de la facture Dans le cas contraire, le LPS doit lancer une nouvelle fois de service IDB pour facturer ses prestations à l'AMC s'il veut s'assurer de leur paiement
R57.	Si un montant AMC est à 0 pour une prestation, il est accompagné d'un motif à afficher au PS. Toute consigne de traitement valorisée à zéro signifie « pas de TP » pour l'acte, la catégorie ou le domaine concerné. Dans ce cas le LPS devra afficher l'explication « pas de TP » au PS. Dans le cas particulier de la consigne CT3, l'explication donnée au PS sera « pas de TP car connexion impossible »
R58.	Lorsque la réponse AMC porte un « message » d'information destiné au PS, son logiciel doit lui afficher le contenu du message.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

CHAPITRE 10 - LE SERVICE CLC

10.1 PRINCIPES DU SERVICE CLC

10.1.1 Présentation générale du service CLC

Ce service en ligne répond au process suivant :

- Le prestataire de soins a déterminé les prestations facturables et les conditions qui s'appliquent à ces prestations.
- Si la réponse IDB indique dans les consignes de traitement qu'il faut enchainer avec un calcul en ligne, le LPS interroge le service CLC pour récupérer les montants et le N° d'engagement, après avoir obtenu l'adresse du service par interrogation de l'Annuaire AMC.
- L'AMC répond de manière systématique et en temps réel. Il renvoie :
  - Soit un accord avec une valorisation du montant AMC pour chacun des actes facturés
  - Soit un rejet argumenté
- L'AMC s'engage sur le paiement des montants AMC énoncés dans sa réponse (N° et date de fin d'engagement).
- A réception de la réponse à la demande de calcul AMC, le LPS est en mesure de déterminer un éventuel reste à charge du patient.
- Les prises en charge de chacune des prestations peuvent bénéficier ou non du tiers payant; l'AMC le précise dans sa réponse
- Le LPS reporte les montants AMC, le N° et la date de fin d'engagement, de la réponse de l'AMC dans la demande de remboursement (DRE).

10.1.2 Liste des fonctionnalités assurées par le service CLC

Le service CLC assure les fonctionnalités suivantes :

- Demande du montant garanti par acte, pris en charge par l'AMC
- Délivrance du numéro et de la durée d'engagement de l'AMC

10.1.3 Messages du service CLC

Deux messages sont définis dans la norme DROITAMC pour permettre le dialogue CLC entre le prestataire de soins et l'AMC :

- **CLCREQ** : Il s'agit du message de demande de calcul de la part complémentaire émis par le prestataire de soins vers l'AMC.
- **CLCRSP** : Il s'agit du message de réponse de l'AMC au prestataire de soins suite à une demande calcul de la part complémentaire.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

10.2 FONCTIONNEMENT DU SERVICE CLC

10.2.1 Etape 1 : Appel CLC par éditeur (élaboration message « CLCREQ »)

Cet appel est réalisé uniquement s'il correspond à une consigne précisée dans la réponse IDB. Il ne peut être lancé qu'au moment de la tarification AMC.

La demande CLC se fait par le message CLC, c'est-à-dire un message IDB complété si nécessaire des informations attendues (cf avec des rubriques devenues obligatoires dans CLC) avec l'étiquette CLC. Le message est envoyé au destinataire CLC récupéré après appel de l'Annuaire AMC.

La description du message « CLCREQ » est présentée dans le document « Cadre d'Interopérabilité des échanges ».
La correspondance des groupes de données de la requête CLC avec les groupes de données SV est également renseignée dans le document « Cadre d'Interopérabilité des échanges ».
.

Règles de gestions :

Règle	Libellé de la règle de gestion
R59.	Il est obligatoire de procéder à une demande CLC avant tout envoi d'une DRE à l'AMC, dès lors que la réponse IDB de l'AMC demandait au PS de procéder à un calcul en ligne
R60.	L'envoi d'une demande CLC n'est possible pour un PS que si une demande IDB a été précédemment émise par ce PS et qu'elle ait obtenu une réponse « OK » au champ « code retour » de l'AMC.
R61.	Le déclenchement d'une demande CLC génère automatiquement au préalable le lancement d'une demande d'adressage du service CLC auprès de l'Annuaire AMC.
R62.	Les critères d'accès à l'Annuaire AMC pour l'adressage de la demande CLC sont les suivants : - N° AMC, - type de convention (TypConv), - critère secondaire de routage (CSR), - domaine selon la spécialité du PS (MEDG ou MEDS pour le pilote/beta-test), - service : « CLC », - type d'adresse valorisé à « EDI » pour préciser que l'adresse demandée est de type web service - code norme service, valorisé à « DROITAMC », - version norme service en fonction de la version de norme « DROITAMC » implémentée dans le LPS.
R63.	Si la réponse à IDB comporte les critères d'accès à l'Annuaire AMC nécessaires à l'obtention de l'adresse URL d'envoi de la demande de service CLC : N° AMC, type de Convention et critère secondaire de routage, alors ces critères d'accès doivent être utilisés.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

R64.	Si la réponse à demande IDB ne comporte pas de critères d'accès à l'Annuaire AMC alors les 3 critères utilisés pour la demande IDB sont renseignés pour adresser la demande CLC Le LPS doit les reprendre automatiquement tels que renseignés dans la demande IDB.
R65.	Le LPS émet une demande CLC vers l'AMC uniquement au moment de la tarification AMC.
R66.	Une demande CLC ne peut être réalisée par anticipation.
R67.	Toute demande CLC est identifiée de manière unique
R68.	Dès qu'un des actes à facturer déclenche un CLC, la demande CLC devra concerner l'ensemble des actes à facturer
R69.	Lorsqu'une demande de CLC est réalisée, elle peut contenir l'exhaustivité des prestations y compris celles qui ne donnent pas lieu à une part AMC.
R70.	La date des soins renseignée doit être comprise entre le jour de la demande CLC et 27 mois avant la date du jour de la demande inclus.
R71.	Une demande CLC doit contenir les éléments de contexte. Par exemple : Dans le parcours de soins **ou** hors parcours.
R72.	Dans les cas où une demande CLC ne peut être émise, le LPS doit suivre la consigne CT3 indiquée dans la réponse IDB.
R73.	Plusieurs demandes CLC relatives à des prestations complémentaires peuvent être émises portant une même date de soins. Chaque demande CLC émise est indépendante de toute précédente demande CLC.

10.2.2 Etape 2 : Traitement par l'AMC de la demande CLC (élaboration message « CLCRSP »)

Idem que traitement IDB précèdent sauf qu'il est impossible que le retour AMC soit de nouveau une consigne de traitement (formule ou demande de CLC).

La requête CLC entraine les traitements et réponses AMC suivants :

Scenarii appel CLC dans la facturation SV	**Contrôles AMC**	**Résultat du traitement AMC**
Ident PS *Ident Benef*	Contrôle du message	. Rejet(s) Informations incomplètes
Ident PS *Ident benef* *Contexte facture*	Contrôle du message	. Rejet(s) Informations incomplètes
Ident PS *Ident benef*	Contrôle du message	. Rejet(s) Informations incomplètes

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

Contexte facture *Acte*		
Ident PS *Ident benef* *Contexte facture* *Acte* *Tarification AMO*	Recherche bénéficiaire Et droits ouverts en TP dans le contexte précisé et pour ces actes + calcul des montants AMC	. Rejet(s) . Montant CLC

En cas d'informations incomplètes, la consigne donnée au LPS est de compléter le message et de relancer CLC
La description du message « CLCRSP » est présentée dans le document « Cadre d'Interopérabilité des échanges ».

Régle de remplissage du retour CLC si retour OK :

Exemple :

Entité acte calculé
Code acte : CS
Montant : 8.90 euros
Entité acte calculé
Acte : ATM
Montant : 50 euros

Interprétation :
Les montants correspondent à la part AMC garantie en TP pour chaque acte transmis par le PS.

Règles de gestion :

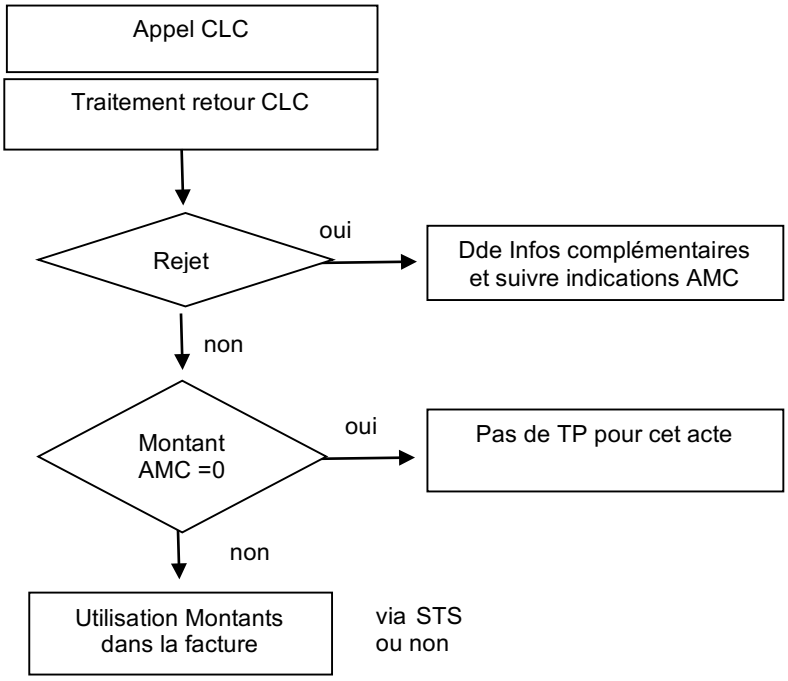
Règle	Libellé de la règle de gestion
R74.	Toute réponse CLC est identifiée de manière unique.
R75.	L'AMC retourne une seule réponse par demande de service.
R76.	Les contenus de la demande et de la réponse à CLC doivent être systématiquement enregistrés dans le système d'information de l'AMC.
R77.	L'AMC conserve toute réponse afin de contrôler la cohérence entre cette réponse et les informations reçues en DRE : N° Adhérent, Nature de Pièce Justificative, Montants par acte et N° d'engagement.
R78.	L'AMC contrôle, à réception de la facture, que la date effective des soins réalisés (indiquée dans la facture) est comprise entre la date des soins déclarée dans le service en ligne et la date de fin d'engagement. Dans le cas contraire, elle peut émettre un rejet de facture.
R79.	L'AMC peut rejeter toute demande CLC dont la date porte sur des soins postérieurs à la date d'émission de la demande.
R80.	L'AMC doit pouvoir répondre à toute demande CLC portant sur une date de soins jusqu'à 27 mois antérieure à la date de la demande.

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

R81.	En réponse à une demande CLC, l'AMC indique le N° adhérent, l'indicateur de traitement, la Nature de Pièce Justificative, le numéro d'engagement et la date de fin d'engagement, le montant pris en charge pour chaque prestation au regard des informations qui lui sont communiquées
R82.	Pour une ou plusieurs prestations, le montant remboursé peut être nul ; l'AMC renvoie alors un montant AMC à 0 pour cette prestation accompagné d'un motif à afficher au PS.
R83.	L AMC précise une date de fin d'engagement dans le retour CLC. le LPS doit vérifier la cohérence des date de soins de la facture avec la date de fin d'engagement de l AMC, lors de la construction de la facture. Dans le cas contraire, le LPS doit lancer une nouvelle fois de service CLC pour facturer ses prestations à l'AMC s'il veut s'assurer de leur paiement
R84.	Si l AMC a précisé une date limite de facturation dans le retour CLC, le LPS vérifie que la date de facture est inférieure ou égale à la date limite de facturation de l AMC, lors de la construction de la facture Dans le cas contraire, le LPS doit lancer une nouvelle fois de service CLC pour facturer ses prestations à l'AMC s'il veut s'assurer de leur paiement

10.2.3 Etape 3 : Traitement LPS du retour CLC (traitement message « CLCRSP »)

Lors de la réception du retour CLC, le LPS suit les consignes indiquées dans le message retour selon l'algorithme suivant :



Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

Préconisation éditeur LPS : pas d'affichage de la formule ni d'aucune information intermédiaire. Affichage de montants ou bien de consigne (a minima le motif) dans le cadre d'un rejet.

La description du message « CLCRSP » est présentée dans le document « Cadre d'Interopérabilité des échanges ».
La correspondance des groupes de données de la réponse CLC avec les groupes de données SV est également renseignée dans le document « Cadre d'Interopérabilité des échanges ».

Deux dates sont essentielles pour les services en ligne : La date de soins, renseignée dans les flux aller, et la date de fin d'engagement dans les flux retour. Pour comprendre le rôle de ces dates, il est nécessaire de connaître le contrôle que l'AMC réalisera à réception d'une facture construite à partir des services en lignes :

- L'AMC contrôle, à réception de la facture, que la **date effective des soins réalisés** (indiquée dans la facture) est **comprise entre** la **date des soins déclarée dans le service en ligne** et la date de fin **d'engagement**.

Le LPS doit donc vérifier cette date, lors de la construction de la facture,

Si l AMC a précisé une date limite de facturation dans le retour CLC, le LPS vérifie que la date de facture est inférieure ou égale à la date limite de facturation de l AMC, lors de la construction de la facture.

Règles de gestion :

Règle	Libellé de la règle de gestion
R85.	Toute réponse CLC concerne un rejet ou un/des montant(s), de façon exclusive.
R86.	Si la réponse correspond à un rejet, il faut traiter ce rejet selon le motif en faisant éventuellement appel à un complément de saisie et suivre les indications de l'AMC (relancer CLC ou reprendre le process au début).
R87.	Si la réponse est positive, elle contient des informations nécessaires à la facturation et à la garantie de paiement. Il faut donc la mémoriser.
R88.	Les éléments nécessaires à la facturation (N° Adhérent, N° d'engagement de paiement, montants, Nature de Pièce Justificative AMC) transmis dans CLC annulent et remplacent les mêmes éléments reçus dans la réponse IDB sur les mêmes prestations, pour constituer la facture.
R89.	Pour chaque prestation dont le montant AMC est nul, le LPS affiche au PS le motif transmis par l'AMC.
R90.	L'AMC précise une date de fin d'engagement dans le retour CLC. le LPS doit vérifier la cohérence des date de soins de la facture avec la date de fin d'engagement de l AMC, lors de la construction de la facture Dans le cas contraire, le LPS doit lancer une nouvelle fois de service CLC pour facturer ses prestations à l'AMC s'il veut s'assurer de leur paiement

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

R91.	Si l AMC a précisé une date limite de facturation dans le retour CLC, le LPS vérifie que la date de facture est inférieure ou égale à la date limite de facturation de l AMC, lors de la construction de la facture Dans le cas contraire, le LPS doit lancer une nouvelle fois de service CLC pour facturer ses prestations à l'AMC s'il veut s'assurer d'une garantie de paiement

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

CHAPITRE 11 - ILLUSTRATION DES SERVICES IDB ET CLC DANS LE PROCESSUS DE FACTURATION SV

Exemples :

Cas 1 : Le bénéficiaire vient pour une simple consultation et il bénéficie d'une garantie à 100%TM pour cet acte. Lors de la consultation le PS exécute aussi un acte technique « ATM ». L'assuré bénéficie d'une garantie de 150%TR-MRO pour cet acte.
Le PS ne pratique pas de dépassement sur ses consultations mais en applique sur ses actes techniques.

Etape du processus SV	SEL émis par le LPS	Contenu Retour AMC	Action LPS
Partie Identification (Bénéficiaire – Contexte – Prestation)	**IDB avec contenu limité aux informations bénéficiaire**	**IDB avec consignes de traitement :** • **Pour domaine MEDG : CT1=CT2=CT3=100%TR-MRO** • **Pour l'acte ATM : CT1=CT3=100%TR-MRO, CT2 = 150%TR-MRO** **+ N° et date de fin d'engagement**	**Enregistrer la réponse pour l'utilisation en tarification AMC**
Tarification AMC	**Rien**		**Exploitation des formules indiquées : Pour C sans dépassement, appliquer CT1 et pour ATM avec dépassement, appliquer CT2**
Facturation			**Envoi DRE avec les montants calculés, N° et date de fin d'engagement**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

Cas 2 : Le bénéficiaire vient pour une simple consultation et il bénéficie d'une garantie à 100%TM pour cet acte. Lors de la consultation le PS exécute aussi un acte technique « ATM ».. L'assuré bénéficie d'une garantie avec prise en charge de dépassement pour laquelle l'AMC souhaite calculer directement le montant AMC avant facturation.
Le PS ne pratique pas de dépassement sur ses consultations mais en applique sur ses actes techniques.

Etape du processus SV	SEL émis par le LPS	Contenu Retour AMC	Action LPS
Partie Identification (Bénéficiaire – Contexte – Prestation)	**IDB avec contenu limité aux informations bénéficiaire**	**IDB avec consignes de traitement :** • **Pour l'acte C : CT1=CT2=CT3=100%TR-MRO** • **Pour l'acte ATM : CT1=100%TR-MRO, CT2=CLC, CT3=0** **+ N° et date de fin d'engagement**	**Enregistrer la réponse pour l'utilisation en tarification AMC**
Tarification	**CLC pour les 2 actes facturés C et ATM**	**CLC avec les montants pour C et ATM** **+ N° et date de fin d'engagement**	**Enregistrer la réponse pour l'utilisation en DRE**
Facturation			**Envoi DRE avec les montants, N° et date de fin d'engagement, transmis dans la réponse CLC**

Cas 3 : Le bénéficiaire est en consultation avec le PS qui exécute aussi un ATM. L'assuré bénéficie d'une garantie de 100%TM pour l'acte C et de 150%TR-MRO pour l'acte ATM.
Le PS ne pratique pas de dépassement sur ses consultations mais en applique sur ses actes techniques.

Etape du processus SV	SEL émis par le LPS	Contenu Retour AMC	Action LPS
Tarification	**IDB avec contenu intégrant les éléments de tarification pour C et ATM**	**IDB avec consignes de traitement :** • **Pour l'acte C : CT1=CT2=CT3=100%TR-MRO** • **Pour l'acte ATM : CT1=CT3=100%TR-MRO, CT2=150%TR-MRO** **+ N° et date de fin d'engagement**	**Exploitation des formules indiquées : Pour C sans dépassement, appliquer CT1 et pour ATM avec dépassement, appliquer CT2**
Facturation			**Envoi DRE avec les montants calculés par le LPS et N° et date de fin**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

			d'engagement transmis dans la réponse IDB

Cas 4 : Le bénéficiaire est en consultation avec le PS qui exécute aussi un ATM. L'assuré bénéficie d'une garantie avec prise en charge de dépassement pour laquelle l'AMC souhaite calculer directement le montant AMC avant facturation.

Etape du processus SV	SEL émis par le LPS	Contenu Retour AMC	Action LPS
Tarification	**IDB avec contenu intégrant les éléments de tarification pour C et ATM**	**IDB avec les montants pour C et ATM** **+ N° et date de fin d'engagement**	**Enregistrer la réponse pour l'utilisation en DRE**
Facturation			**Envoi DRE avec les montants, N° et date de fin d'engagement, transmis dans la réponse IDB**

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

CHAPITRE 12 - COMPLEMENTS A LA GESTION DES SERVICES IDB ET CLC

12.1 GESTION DES REJETS

L'objectif est de fournir en plus des rejets, des consignes de traitement des rejets que le PS peut consulter dès lors qu'une réponse AMC est négative (Cf IDBRSP et CLCRSP,).
Le LPS doit pouvoir afficher les consignes facilement à partir du tableau de suivi des rejets.
Les consignes sont définies dans la table des consignes de traitement des rejets *(doc : Codes rejets pour médecins pilote/beta-tests - 20150708.xlsx)*
La structure de cette table est sous un format CSV. La table contient les champs suivants :

- Catégorie de rejets
- Codes de rejet
- Libellé du rejet
- Message AMC du rejet
- Consigne de traitement du rejet

Cette table doit pouvoir être mise à jour à distance sur le poste PS, et de façon transparente pour le PS.
La table est remplie à l'occasion des travaux de l'association inter-partenaires. Elle sera complétée au fur et à mesure.

12.2 GESTION DES FORMULES

Trois types de formules sont possibles dans une consigne de traitement de la réponse IDB émise par l'AMC, au niveau de l'entité « Consignes de traitement » :

- Formule générique que le LPS applique pour le calcul du montant de la part AMC : identifiée par la valeur « 090 » et associée à un ensemble de paramètres (pourcentage, forfait, plafond, …),
- Formule qui signifie que le LPS doit demander un calcul en ligne lors de la tarification AMC : identifiée par la valeur « CLC »,
- Formule pour exprimer sans ambiguïté qu'il n y a pas de tiers payant sur la part AMC : identifiée par la valeur « 000 ».

12.2.1 Formule générique

Les formules de calcul sont déjà largement utilisées pour la facturation en mode SESAM-Vitale et plus particulièrement par les STS. Les SEL AMC utilisent la même formule générique :

Min (DR-MRO, Plafond, %DR + %TR + %MRO + %PMSS + %TM + forfait + %TC théorique)

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

Pour simplifier, et dans la mesure où la formule et ses paramètres ne sont pas saisis par le PS, seule la formule générique est retenue dans IDB pour exprimer le calcul en local.

La formule générique permet d'obtenir le montant du remboursement de la part complémentaire calculé en retenant le plus petit montant résultant des 3 fonctions suivantes :

- « DR-MRO » : montant calculé sur le poste du PS, représentant le reste à charge après déduction du montant RO sur le montant de la dépense réelle,
- « Plafond » : montant maximum du remboursement de la part complémentaire, fourni, le cas échéant, par l'AMC,
- « %DR + %TR + %MRO + %PMSS + %TM + forfait + %TC théorique » : l'AMC exprime le calcul du remboursement de la part complémentaire par la somme des pourcentages appliqués aux bases de calcul standard (voir la définition dans le tableau qui suit), à laquelle s'ajoute le cas échéant un montant forfaitaire fourni par l'AMC.

Base de calcul	Description
Plafond	Montant plafonné fourni par l'AMC
DR	Montant de la dépense réelle ou montant facturé par le PS pour la prestation
TR	Tarif de Responsabilité égal soit au tarif de convention, dans le cas où le PS est conventionné, soit au tarif d'autorité lorsque le PS n'est pas conventionné
MRO	Montant RO; il s'agit de la part prise en charge par le régime obligatoire
PMSS	Plafond Mensuel de Sécurité Sociale
TM	Ticket Modérateur; il s'agit de la différence entre le tarif de responsabilité et la part prise en charge par le régime obligatoire
Forfait	Montant forfaitaire fourni par l'AMC
TC théorique	Tarif de Convention; il s'agit de la base de remboursement de la prestation avant la décote pour les PS non conventionnés)

La variable « DR-MRO » est calculée sur le poste du PS.

Les autres variables sont calculées à partir des éléments fournis par l'AMC sous forme de paramètres numérotées de 1 à 8 :

Paramètre	Libellé	Type
Paramètre n° 1	« Plafond »	Montant
Paramètre n° 2	« Pourcentage DR »	Pourcentage
Paramètre n° 3	« Pourcentage TR »	Pourcentage
Paramètre n° 4	« Pourcentage Montant RO »	Pourcentage
Paramètre n° 5	« Pourcentage du PMSS »	Pourcentage
Paramètre n° 6	« Pourcentage TM »	Pourcentage
Paramètre n° 7	« Montant du forfait »	Montant
Paramètre n° 8	« Pourcentage TC »	Pourcentage

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

Le tableau ci-après reprend la description de la formule générique et des exemples d'application de cette formule.

N° de formule	Libellé de la formule	Paramètres de la formule				Calcul de la part complémentaire réalisée sur le poste du PS
		N°	Libellé du paramètre	Type	Val. par défaut (*)	
Formule générique						
090	Formule générique	1	« Plafond »	Montant	DR-MRO	Min (DR-MRO, Plafond, %DR + %TR + %MRO + %PMSS + %TM + forfait + %TC théorique)
		2	« Pourcentage DR »	%	0	
		3	« Pourcentage TR »	%	100%	
		4	« Pourcentage Montant RO »	%	-100%	
		5	« Pourcentage du PMSS »	%	0%-	
		6	« Pourcentage TM »	%	0%	
		7	« Montant du forfait »	Montant	0	
		8	« Pourcentage TC »	%	-0%	

(*) : Lorsqu'elle est précisée, la valeur par défaut d'un paramètre est prise en compte par le LPS seulement si l'AMC ne l'a pas renseignée.

Exemples d'application de la formule

Cas 1 : 100% TM

La formule « 052 » utilisée par l'AMC et qui se traduit par « Min (DR – MRO, %TM) » est équivalente à la formule générique dans laquelle les paramètres « %DR », « %MRO », « %PMSS », « %TR » et « %TC théorique » sont valorisés à zéro.

Pour exprimer cette formule « 052 », l'AMC doit donc transmettre le N° de formule « 090 » associée aux paramètres valorisés comme suit :

N° de formule	Libellé de la formule	Paramètres de la formule				Calcul de la part complémentaire réalisée sur le poste du PS
		N°	Libellé du paramètre	Type	Valeur	
Formule générique						
090	Formule générique	1	« Plafond »	Montant	DR-MRO	Min (DR-MRO, Plafond, %DR + %TR + %MRO + %PMSS + %TM + forfait + %TC théorique)
		2	« Pourcentage DR »	%	0%	
		3	« Pourcentage TR »	%	0%	
		4	« Pourcentage Montant RO »	%	0%	
		5	« Pourcentage du PMSS »	%	0%	
		6	« Pourcentage TM »	%	100%	
		7	« Montant du forfait »	Montant	0	
		8	« Pourcentage TC »	%	0%	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

Cas 2 : 100%

La formule « 029 » utilisée par l'AMC et qui se traduit par « Min (DR – MRO, 100%TR-MRO) » est équivalente à la formule générique dans laquelle les paramètres « %DR », « %MRO », « %PMSS », « %TM » et « %TC théorique » sont valorisés à zéro.

Pour exprimer cette formule « », l'AMC doit donc transmettre le N° de formule « 090 » associée aux paramètres valorisés comme suit :

N° de formule	Libellé de la formule	Paramètres de la formule				Calcul de la part complémentaire réalisée sur le poste du PS
		N°	Libellé du paramètre	Type	Valeur	
Formule générique						
090	Formule générique	1	« Plafond »	Montant	DR-MRO-	Min (DR-MRO, Plafond, %DR + %TR + %MRO + %PMSS + %TM + forfait + %TC théorique)
		2	« Pourcentage DR »	%	0%	
		3	« Pourcentage TR »	%	100%	
		4	« Pourcentage Montant RO »	%	-100%	
		5	« Pourcentage du PMSS »	%	0%	
		6	« Pourcentage TM »	%	0%	
		7	« Montant du forfait »	Montant	0	
		8	« Pourcentage TC »	%	0%	

Cas 3 : 120 % TR – MRO

La formule « 02A » utilisée par l'AMC et qui se traduit par « Min (DR – MRO, 120%TR – MRO) » est équivalente à la formule générique dans laquelle les paramètres « %DR », « %MRO », « %PMSS », « %TM » et « %TC» sont valorisés à zéro.

Pour exprimer cette formule « 02A », l'AMC doit donc transmettre le N° de formule « 090 » associée aux paramètres valorisés comme suit :

N° de formule	Libellé de la formule	Paramètres de la formule				Calcul de la part complémentaire réalisée sur le poste du PS
		N°	Libellé du paramètre	Type	Valeur	
Formule générique						
090	Formule générique	1	« Plafond »	Montant	DR-MRO	Min (DR-MRO, Plafond, %DR + %TR + %MRO + %PMSS + %TM + forfait + %TC théorique)
		2	« Pourcentage DR »	%	0%	
		3	« Pourcentage TR »	%	120%	
		4	« Pourcentage Montant RO »	%	-100%	
		5	« Pourcentage du PMSS »	%	0%	
		6	« Pourcentage TM »	%	0%	
		7	« Montant du forfait »	Montant	0	
		8	« Pourcentage TC »	%	0%	

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

12.2.2 Formules spécifiques

1) La formule « CLC » demande au LPS d'effectuer une demande de calcul en ligne par le service « CLC ».

Dans ce cas, la formule « CLC » est associée à l'acte ou à la catégorie ou au domaine concerné. Cette formule n'est accompagnée d'aucun paramètre.

Formule complémentaire demandant un calcul en ligne par l'AMC			
CLC	Demande CLC	Formule sans paramètre	Pas de calcul en local

2) La formule « 000 » indique au LPS qu'il n y a pas de tiers payant AMC associé à l'acte ou à la catégorie de soins ou au domaine. Le LPS devra mettre le montant AMC à zéro.

Dans ce cas, la formule « 000 » est associée à l'acte ou à la catégorie de soins ou au domaine concerné. Cette formule n'est accompagnée d'aucun paramètre.

Formule complémentaire indiquant l'absence de TP AMC			
000	Pas de TP	Formule sans paramètre	Calcul = 0

CHAPITRE 13 - CADRE TECHNIQUE D'INTEROPERABILITE

CHAPITRE 14 - ANNEXES

DICTIONNAIRE DES DONNEES

Cf documentation : 2015-10-05-Dictionnaire de données IDB-CLC-MEDECIN v2 avec gr SV.xlsx

CODES REJET

Cf documentation : Codes rejets pour médecins pilote/beta-tests - 20150708.xlsx

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet

CODIFICATION DES DOMAINES / CATEGORIES DE SOINS

Ci-dessous la codification à mettre en œuvre dans les SEL AMC **pour le pilote/beta-test**

1- Liste des Domaines

code	signification	Liste des Spécialité PS concernés
MEDG	regroupe tous les actes facturables par les médecins généralistes et remboursables par l'AMO (*)	01, 22, 23
MEDS	regroupe tous les actes facturables par les médecins spécialistes (hors radiologue, médecin biologiste, spécialiste en médecine générale avec diplôme et spécialiste en médecine générale reconnu par l'ordre) et remboursables par l'AMO (*)	02,03,04,05,07,08,10,11,12,13,14,15, 16,17,18,20,21,32,33,34,35,41,42,43, 44,45,46,47,48,49,69,70,71,72, 73,74,75,76,77,78,79,80

(*) : annexe 10 de la norme B2

2- Liste des Catégories de soins

code	signification	Liste des actes concernés
ACLI	regroupe tous les actes cliniques des médecins et les diverses majorations, y compris l'acte PAV (➔ tout sauf actes CCAM)	C,CA,CS,CDE,CSC,CNP CRD,CRM, CRN,CRS,ID,IF,IK,IKM,IKS,K,KA,K C, KCC,MCC,MCS,MCE,MPC,MPE,MPJ ,MNO, MGE,MDN,MDI,MCG,MM,MD,MDD ,MNP, MU,SF,SFI,SCM,V,VA,VS,VNP VRD, VRM,VRN,VRS, PAV
ATEC	regroupe tous les actes techniques (CCAM) des médecins	ADC,ACO,ADA,ATM, VRD,VRM,VRN,VRS,

, , ,

Ce document ne peut être diffusé sans l'autorisation préalable du Groupe projet