## Le système de facturation

La facturation à l’assurance maladie s’effectue dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions de la présente convention ainsi que celles du cahier des charges des spécifications des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM Vitale et en utilisant une solution agréée CNDA ou homologuée GIE SESAM-Vitale.

### Section 1 : Le système de facturation SESAM-Vitale

La facturation des actes et prestations s’effectue par principe selon une transmission électronique sécurisée grâce au service de la télétransmission des feuilles de soins pour les assurés sociaux (système SESAM-Vitale). En cas d’impossibilité, la facturation peut s’effectuer par le biais de la facturation « SESAM dégradé » définie à l’article xx ou de la feuille de soins sur support papier définie à l’article xx.

On entend par « feuille de soins électronique » ci-après désignée « FSE », la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la carte Vitale (physique ou application mobile) et de la carte du professionnel de santé (CPS).

On entend par feuille de soins SESAM "dégradé", la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la seule carte du professionnel de santé.

On entend par feuille de soins papier, la feuille de soins sur support papier établie sur l'imprimé conforme au modèle cerfa.

#### L’utilisation de la carte de professionnel de santé

La réalisation et l’émission de FSE conformément aux spécifications SESAM-Vitale nécessitent l’utilisation d’une carte de professionnel de santé (CPS).

Le coût des cartes de professionnel de santé délivrées dans ce cadre est pris en charge par les caisses, pour la durée de la présente convention.

####

#### Utilisation de la carte Vitale

La « carte Vitale » est utilisée pour identifier et authentifier électroniquement l’assuré afin de permettre la prise en charge des soins par les organismes gestionnaires de l’assurance maladie. La « carte Vitale » se présente sous la forme d’une carte physique ou sous la forme d’une application sur un terminal mobile.

La facturation à l’assurance maladie intervient par principe selon une transmission électronique sécurisée. Le médecin vérifie l’ouverture du droit aux prestations de l’assuré ou de ses ayants droit sur les données contenues dans la carte d’assurance maladie dite « Vitale » sous la forme d’une carte physique. L’assuré peut mettre à jour sa carte Vitale physique en pharmacie.

Afin de sécuriser la facturation et éviter certains rejets liés aux droits aux prestations de l’assuré ou de ses ayants droit, le médecin a recours au service d’acquisition des informations relatives à la situation administrative de l’assuré, intégré au poste de travail (ADRi). Ce service permet au médecin d’obtenir une situation de droit à jour pour le patient lors de l’établissement de la feuille de soin électronique, en interrogeant directement les droits de ce dernier dans les bases de données de l’Assurance Maladie. L’utilisation de la carte Vitale sous sa forme application mobile fait appel systématiquement au service en ligne de consultation des droits des assurés de l’assurance maladie. La situation ainsi obtenue par appel au service d’acquisition des droits de l’assuré est opposable à la caisse gestionnaire de la même manière que le sont les données de droits présentes dans la « carte Vitale » physique.

L'appréciation de la justification de l'ouverture des droits s'effectue à la date des soins.

Les organismes d’assurance maladie s’engagent, lorsque le médecin pratique la dispense d’avance des frais sur la part couverte par l’assurance maladie obligatoire, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés en mode sécurisé via la carte vitale (physique ou application mobile), sur la base des informations relatives à la couverture maladie obtenue quel que soit le support utilisé (physique ou application mobile) à la date de la réalisation de l’acte.

En cas de tiers-payant intégral coordonné par l’assurance de maladie obligatoire pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), les organismes d’assurance maladie s’engagent à effectuer le paiement de la part obligatoire et de la part complémentaire des FSE sur la base des informations relatives à la couverture maladie obtenues via la carte vitale (physique ou application mobile) à la date de réalisation de l’acte.

#### La qualité de service des caisses d’assurance maladie

Les caisses s’engagent à maintenir un niveau et une qualité de service informatique afin d’assurer le règlement des FSE dans les conditions prévues par la présente convention.

#### L’équipement informatique du médecin

Le médecin met en œuvre les moyens nécessaires :

* pour disposer d’un équipement informatique lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la dernière version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
* pour disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conforme aux dispositions réglementaires en vigueur ;
* pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques.

#### La Liberté de choix de l’équipement et du réseau

Le médecin a la liberté de choix de l’équipement informatique grâce auquel il effectue la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE), sous réserve que la solution informatique soit agréée par le Centre national de dépôt et d’agrément (CNDA) de l’assurance maladie, ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant un protocole internet conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale.

Le médecin a le libre choix de son fournisseur d’accès internet ou de tout service informatique dès lors qu’ils sont conformes aux spécifications du système SESAM-Vitale et compatibles avec la configuration de son équipement. Les parties signataires mettent en œuvre les moyens nécessaires pour faire en sorte que les logiciels agréés SESAM-Vitale intègrent au minimum une interface qui les rende compatibles avec le plus grand nombre des fournisseurs d’accès internet.

Il peut aussi recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), dans le respect des dispositions légales et réglementaires ayant trait à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, et relatives à la confidentialité et l’intégrité des flux de FSE. Cet organisme tiers, dont le médecin a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité du médecin avec lequel il conclut un contrat à cet effet. Lorsqu’il souhaite utiliser les services d’un OCT, le médecin doit impérativement s’assurer que les procédures mises en œuvre par l’OCT sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de feuilles de soins électroniques, pour la part couverte par les régimes obligatoires.

#### Le respect des règles applicables aux informations électroniques

Le médecin doit s’assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données notamment en matière de déclaration de fichiers.

Les dispositions de la présente convention ne font pas obstacle à des transmissions directes par le médecin à des organismes complémentaires (Demande de Remboursement Electronique, DRE).

Un « éclatement » de la FSE vers des organismes complémentaires peut être effectué, selon des modalités prévues par le cahier des charges SESAM-Vitale, par un OCT mandaté par le médecin.

### Sous-section 1 : Principes généraux d’élaboration d’une feuille de soins électronique

#### Etablissement des FSE

La télétransmission des FSE s’effectue selon les règles édictées dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur complétées des dispositions de la présente convention.

#### Délai de transmission des FSE

Le médecin s’engage à adresser à la caisse d’affiliation de l’assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés, que le paiement s’effectue en paiement direct ou en dispense d’avance des frais.

#### Procédure en cas d’échec d’émission d’une feuille de soins électronique

En cas d’échec d’émission d’une FSE, le médecin fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.

En cas de nouvel échec de la télétransmission de la FSE et selon les conditions décrites par le code de la sécurité sociale, le médecin établit un duplicata sous forme papier de la FSE. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la feuille de soins électronique non transmise (numéros de FSE et de lot).

En cas de duplicata d’une feuille de soins établie sans dispense d’avance des frais à l’assuré, le médecin signe le duplicata et le remet à l’assuré.

En cas de duplicata avec dispense totale ou partielle des frais consentie à l’assuré, le médecin adresse à la caisse d’affiliation de l’assuré le duplicata de la feuille de soins signé par lui-même et par l’assuré. A défaut, si l’assuré n’est pas en mesure de signer la feuille de soins, le médecin l’adresse lui-même à la caisse d’affiliation de l’assuré en indiquant que l’assuré n’a pas pu signer la feuille de soins.

Dans les autres cas d’impossibilité de produire une feuille de soins électronique, le médecin remplit une feuille de soins papier.

### Section Les autres procédures de facturation

#### La feuille de soins SESAM « dégradé »

En cas d'impossibilité de produire des FSE sécurisée Vitale du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte Vitale sous la forme d’une carte physique ou sous la forme d’une application sur un terminal mobile, le médecin réalise une feuille de soins SESAM « dégradé ».

Les parties s'engagent à limiter l'utilisation du mode « dégradé » au profit de la seule transmission de FSE et à suivre l'évolution du volume dans le cadre des commissions paritaires locales.

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé », y compris hors département, le médecin réalise une feuille de soins papier parallèlement au flux électronique.

Le médecin adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives de la transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé » (feuille de soins sous forme papier) s’il n’utilise pas le dispositif dématérialisé prévu ci-après. Les feuilles de soins SESAM « dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement et ne rentrent pas dans le calcul du taux de télétransmission.

#### Dématérialisation de la transmission de la feuille de soins – Scannérisation et transmission électronique de la feuille de soins papier, dispositif SCOR

La pièce numérique est la feuille de soins établie sur le modèle cerfatisé en vigueur et signé par le patient. La signature du patient pourra être manuscrite sur la feuille de soins papier puis le document sera numérisé par le médecin. L’assurance maladie s’engage à proposer une évolution du cahier des charges SESAM Vitale permettant au patient d’apposer sa signature sur un terminal de signatures doté d’un écran tactile.

L’assurance maladie met à disposition un service de transmission électronique de la feuille de soins papier numérisée (SCOR).

#### Nature de la pièce numérique

La pièce numérique est considérée comme la « pièce justificative » ouvrant droit au remboursement et à la prise en charge conformément à la réglementation en vigueur. Dès lors que le processus d’envoi et de réception de la pièce numérique est réalisé dans les conditions définies dans la présente convention, le médecin se trouve dispensé d’adresser à l’organisme de prise en charge le duplicata ou la copie de la feuille de soins sur support papier.

Le médecin est responsable de l’établissement de la pièce numérique et de sa fidélité à la feuille de soins papier.

#### Principe de la numérisation de la feuille de soins

Le médecin s’engage à numériser la feuille de soins par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité de la pièce numérique à la feuille de soins papier et ce, dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges ainsi que ses annexes fonctionnelles publiés par le GIE SESAM-Vitale.

Le médecin s’engage à effectuer l’opération de numérisation de la feuille de soins au moment où il établit la facturation correspondante.

#### Qualité de la pièce numérique

Le médecin s’engage à s’assurer de la lisibilité de la pièce numérique en amont de sa transmission aux organismes de prise en charge.

#### Valeur probante des pièces justificatives numériques

La pièce justificative numérique transmise par le médecin dans les conditions mentionnées ci-après s’agissant du principe de la télétransmission a la même valeur juridique et comptable que la feuille de soins support papier.

#### Transmission

La transmission de la pièce numérique s’effectue, par principe, en télétransmission vers le serveur informatique dédié, dénommé « point d’accueil inter-régimes », dans le respect des dispositions de la présente convention et du cahier des charges en vigueur ainsi que ses annexes fonctionnelles publiés par le GIE SESAM-Vitale.

Un accusé de réception logique (ARL) « PJ » est envoyé au médecin à la suite de la transmission sur le point d’accueil inter-régimes des lots de pièces numériques. Un ARL « PJ » positif atteste de l’acquisition du lot et de sa conformité à la norme d’échange.

La télétransmission du lot de PJ numériques intervient après l’envoi du lot de facturation en mode dégradé.

#### Cas d’échec de la transmission des pièces jointes numériques

En cas d’impossibilité technique de télétransmettre la PJ numérique, le médecin met tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de cinq jours ouvrés à compter de la première tentative. En cas de persistance de l’impossibilité de télétransmettre à l’issue de ce délai, le médecin en informe la caisse et transmet les pièces sous format papier (duplicata).

#### Non réception de la PJ numérique

En cas de non réception par l’organisme de prise en charge malgré un ARL PJ positif de télétransmission, ce dernier prend contact avec le point d’accueil inter régimes qui lui transmet à nouveau le lot. A défaut de réception d’un ARL positif, le médecin transmet à nouveau la pièce numérique qu’il a conservée dans les conditions définies par les dispositions du présent article en cas d’échec de la transmission de la PJ dû à un dysfonctionnement.

Au-delà du délai de conservation des pièces numériques par le médecin prévu par le présent article sur la conservation des preuves et de la protection des données, il est fait application des dispositions ci-après portants sur les modalités d’acheminement des PJ sur support papier.

#### La conservation des preuves et de la protection des données

Le médecin conserve les PJ numériques sur le support de son choix et dans les conditions de pérennité nécessaire, et ce, pendant quatre-vingt-dix jours à compter du jour de télétransmission ou de l’envoi postal à la caisse primaire.

### Sous-section : La facturation via la feuille de soins sur support papier

En cas d’impossibilité de produire des feuilles de soins électroniques ou SESAM « dégradé », la facturation est effectuée via la feuille de soins papier.

En cas de dispense d’avance des frais, le médecin facture directement la part obligatoire des actes et prestations à la caisse d’affiliation de l’assuré. Il se charge de l’envoi à cette même caisse des documents nécessaires à la prise en charge dans les délais qui lui sont impartis par la réglementation.

En cas de paiement direct, l’envoi des feuilles de soins papier est effectué sous la responsabilité de l’assuré.

En cas de dispense d’avance des frais, la caisse règle directement au médecin les sommes correspondantes au remboursement dû par l’assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

### Sous-section : Les engagements de l’Assurance maladie sur la gestion de la facturation des actes

L’ensemble des régimes obligatoires d’assurance maladie s’engagent à harmoniser leurs procédures pour faciliter la facturation des actes.

Les engagements de l’assurance maladie en matière de paiement et de suivi de facturation sont les suivants :

* La garantie de traitement de la facture sous 5 jours ouvrés en cas de facturation en FSE sécurisé Vitale. Si le délai de paiement des FSE (en mode sécurisé Vitale) excède 7 jours ouvrés, une indemnité est versée par l’assurance maladie dans les conditions définies réglementairement. Chaque trimestre, les régimes obligatoires d’assurance maladie publient sur leur site internet les délais de paiement des FSE en tiers-payant.
* La garantie de paiement (article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale) se fait sur la base de l’utilisation de la carte Vitale du patient (carte physique ou sous forme d’application mobile). L’utilisation du seul service ADRi sans lecture de carte Vitale sous forme physique ou application mobile ne donne pas droit à la garantie de paiement.

L’Assurance Maladie s’engage à renforcer l’accompagnement des médecins rencontrant des rejets de facturation. A cette fin, les médecins concernés recevront systématiquement un mail d’information et pourront bénéficier le cas échéant d’un contact sortant, réalisé par un agent de la caisse de rattachement du patient, lorsque l'anomalie s'avère récurrente ou significative (en nombre ou en montant). Cette action pourra venir en complément ou en substitut d'autres actions plus spécifiques du type : guide d'aide à la facturation, visites de délégués du numérique en santé (DNS).

L’assurance maladie s’engage par ailleurs à développer un nouveau service progressivement généralisé à tous sur tout le territoire : l’application carte Vitale. Porteur d’enrichissement du service et de la relation tant pour les professionnels de santé que pour les assurés, l’application carte Vitale induit une optimisation des processus de facturation. L’application carte Vitale permet de limiter les oublis et les pertes de carte Vitale physique, elle apportera aussi de nouvelles fonctionnalités pour les assurés (télésanté, fiabilisation des données d’identification des patients lors de la pré-admission/admission à l’hôpital, accès facilité à Mon Espace Santé, prêt temporaire de l’usage de l’application à un tiers de confiance par exemple). Par ailleurs, dans le processus de paiement, l’appli carte Vitale permet de réduire le volume de feuilles de soins papier et de garantir que les droits des assurés sont bien à jour, ce qui limite les rejets de facturations.

Le médecin soutient le développement de l’appli carte Vitale en s’équipant de matériel compatible et accompagne ses patients dans son utilisation.