

ACCORD DE FLUX

Contrat référencé : F-002-IND-.....

N° contrat à compléter par le n° du professionnel de santé (9 chiffres,) attribué par l'Assurance maladie et utilisé pour les échanges Sesam-Vitale

PROTOCOLE

FIXANT LES MODALITES D'ECHANGES ELECTRONIQUES

ENTRE LES GROUPEMENTS MUTUALISTES ADHERANT A LA FEDERATION NATIONALE DE LA MUTUALITE FRANÇAISE (F.N.M.F.) ET UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ

ENTRE :

La Fédération Nationale de la Mutualité Française, organisme reconnu d'utilité publique, régi par le Code de la Mutualité et inscrit au Registre national des Mutuelles sous le numéro 304 426 240, sise 255 rue de Vaugirard 75015 Paris, représentée par Monsieur Emmanuel ROUX, en sa qualité de Directeur Général,, dûment mandaté,

Ci-après dénommée « la FNMF »

ET :

D'UNE PART,

Raison sociale ou Nom/ prénom

Profession :

adresse.....

N° ADELI (individuel ou BUSINESS (Structures)
9 caractères

D'AUTRE PART.

Ci-après dénommé(e) « le professionnel de santé »

DEFINITIONS

Dans le présent protocole :

- La terminologie « accord » ou « convention » est équivalente. Cette dernière terminologie est utilisée dans les cahiers des charges SESAM- Vitale.
- Groupement mutualiste : désigne la mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, adhérente de la FNMF, visée par l'annexe 1 ou ayant adhéré au présent protocole selon les modalités définies à l'article 2 ci-après.
- AMC : Organisme d'Assurance Maladie Complémentaire
- AMO : Organisme d'Assurance Maladie Obligatoire
- Gestion unique RO/RC : Qualifie la gestion de la part obligatoire et de la part complémentaire par un même organisme
- Gestion séparée RO/RC : Qualifie la gestion de la part complémentaire de manière séparée de la part obligatoire (2 organismes distincts)
- Structure locale mutualiste : est une Union Régionale mutualiste ou un groupement délégué par cette dernière.

ER

- FSE : Feuille de Soins Electronique. Elle comporte les éléments de facturation pour l'AMO (part obligatoire) ou pour l'organisme en gestion unique (part obligatoire et complémentaire).
- DRE : Demande de remboursement électronique. Elle comporte les éléments de facturation pour l'AMC (part complémentaire uniquement)
- CPS : Carte du Professionnel de Santé
- ARL : Accusé de réception logique. Retour transmis par l'AMC au Professionnel de Santé dans le cadre d'un échange électronique pour lui signifier que tout ou partie des éléments transmis est conforme ou non aux normes en vigueur
- RSP : Rejet-Signalement-Paiement. Retour transmis par l'AMC au Professionnel de Santé pour lui indiquer si la DRE est rejetée, payée ou mise en attente.
- OCT : Organisme Concentrateur Technique. Organisme intermédiaire assurant l'acheminement des flux pour le compte du Professionnels de Santé.

PREAMBULE :

- La FNMF a pour vocation de défendre les intérêts collectifs de ses adhérents, d'en assurer la représentation et de faciliter leurs activités.
- Dans ce contexte, elle a été mandatée par certaines de ses nouvelles adhérentes pour négocier et signer avec des professionnels de santé un protocole fixant les modalités d'échanges électroniques SESAM-Vitale.
- Ce contrat a pour vocation de s'ouvrir à tout moment à d'autres organismes mutualistes adhérant à la FNMF et souhaitant mettre en place ce dispositif.

CECI EXPOSE, IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1 : OBJET

Le présent protocole a pour objet de définir les modalités des échanges de flux électroniques entre les groupements mutualistes adhérant à la FNMF et le professionnel de santé ayant opté pour ce dispositif dans les conditions ci-après énoncées.

Les échanges concernés sont définis par l'annexe technique 5 jointe au présent protocole.

Dans le présent protocole, seuls les échanges entre le professionnel de santé et les Groupements mutualistes concernant la garantie complémentaire santé sont visés (cas de la gestion séparée RO/RC). Il ne concerne pas les échanges entre le professionnel de santé et les Groupements mutualistes relatifs à la gestion de la garantie complémentaire santé associée au régime obligatoire d'assurance maladie (cas de la gestion unique RO/RC).

Les échanges de flux électroniques émis par le professionnel de santé à destination des Groupements mutualistes ne font l'objet d'aucune rémunération spécifique. Ils sont réalisés dans l'objectif de faciliter l'accès aux soins des patients/ assurés.

ARTICLE 2 : L'ENTREE DANS LE DISPOSITIF DES GROUPEMENTS MUTUALISTES

- 1) Rentrent dans le dispositif les groupements mutualistes adhérant à la FNMF qui lui ont donné mandat de négocier et signer le présent accord en leur nom et pour leur compte. La liste de ces mutuelles figure en annexe 1.
- 2) Peuvent rentrer dans le dispositif, au cours de l'exécution du présent accord, les groupements adhérant à la FNMF qui complètent et signent le bulletin d'adhésion joint en annexe 2 et retournent celui-ci à la FNMF.

ER

ARTICLE 3 : OBLIGATIONS DES PARTIES

A. La FNMF

La FNMF est chargée du suivi et de la gestion des adhésions et des résiliations au présent protocole.

La FNMF accuse réception des adhésions et des résiliations au présent accord et met à disposition de la structure locale mutualiste, et du professionnel de santé un état des adhésions et des résiliations au présent protocole.

Elle s'engage à assurer :

- un contrôle ou une habilitation de la capacité technique du Groupement mutualiste à répondre aux échanges selon les modalités définies dans l'annexe technique 5 du présent accord ;
- une centralisation et une diffusion au professionnel de santé, pour le compte de ses Groupements mutualistes adhérents, des informations utiles à l'alimentation des tables de conventions du poste de travail du professionnel de santé selon les modalités du cahier des charges technique SESAM-Vitale publié par le G.LE SESAM-Vitale ;
- un recueil et une mémorisation des informations relatives au professionnel de santé ainsi que leur mise à disposition auprès des Groupements mutualistes adhérents à la FNMF ;
- un recueil et une mémorisation des informations relatives aux Groupements mutualistes ayant adhéré au présent protocole, ainsi que leur mise à disposition auprès des Professionnels de santé adhérent au présent protocole.

B. Le Professionnel de Santé :

Il dispose de la liberté de choix de son équipement informatique (progiciel, moyen et réseau de communication, ...) sous réserve que celui-ci soit conforme aux référentiels en vigueur ou au cahier des charges techniques publié par le GIE SESAM-Vitale.

Il doit également être doté de carte de la famille CPS prévues à l'article L. 161-33 du Code de la sécurité sociale.

Il dégage la FNMF de toute responsabilité relative à des dysfonctionnements pouvant intervenir dans le cadre des échanges objet du présent protocole entre lui-même et les Groupements mutualistes.

Il s'engage à :

- à compléter le formulaire d'information en annexe 6 du présent contrat
- transmettre des demandes de remboursements électroniques selon les dispositions fixées dans le présent protocole et ses annexes, et conformément à la réglementation en vigueur ;
- télétransmettre les informations de facturation à l'adresse précisée par la table de conventions mises à disposition ou transmises au professionnel de santé par la FNMF, ou à défaut sur le support d'ouverture de droits émis par le Groupement mutualiste (carte vitale, support papier) ;
- accepter les supports d'ouverture de droits délivrés par le Groupement mutualiste (carte Vitale, support papier), comme mode d'identification de l'assuré et de ses droits au remboursement de la part complémentaire. Ces supports devront comporter notamment la liste minimum des informations d'identification donnée en annexe 3. D'un commun accord entre le professionnel de santé et le Groupement mutualiste, l'information d'ouverture des droits pourra évoluer vers des échanges dématérialisés en temps réel de type téléservices ;
- élaborer des documents FSE et DRE cohérents c'est-à-dire sur la base des mêmes informations de facturation ;

- télétransmettre les éléments de facturation de la prestation tels que la dépense réelle, la base de remboursement régime obligatoire, la part remboursée par le régime obligatoire, le top de substitution, le top générique (uniquement pour les officines pharmaceutiques) ;
- télétransmettre les éléments de facturation tels que la dépense réelle pour les prestations non remboursées par le régime obligatoire et prises en charge par le Groupement mutualiste ;

Il doit impérativement utiliser le mode d'échanges SESAM-Vitale de la DRE avec tout groupement mutualiste ayant adhéré au présent accord. Tout autre mode de transmission, à l'exclusion des documents d'entente préalable, de prise en charge ou devis, est supprimé à compter de la signature du présent protocole.

C. Le Groupement Mutualiste :

Il s'engage à :

- respecter les modalités d'échanges, notamment accepter tous les formats d'échanges en vigueur, conformément aux publications faites par le GIE SESAM-Vitale
- procéder à la mise à niveau de ses matériels et logiciels utilisés pour la télétransmission et obtenir un agrément SESAM-Vitale auprès de la FNMF
- fournir à ses adhérents assurés des supports d'informations comportant les informations minimales décrites dans l'annexe 3 du présent accord

Il dégage la FNMF de toute responsabilité relative à des dysfonctionnements pouvant intervenir dans le cadre des échanges objet du présent accord entre lui-même et le professionnel de santé.

ARTICLE 4 : RESPECT DE LA LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTES »

Les parties s'engagent expressément à prendre toutes dispositions utiles afin de garantir et préserver la sécurité des données à caractère personnel dont ils auraient pu avoir connaissance et, notamment, d'empêcher que ces données soient détournées de leur finalité, divulguées, endommagées ou que des tiers non autorisés y aient accès.

Ils s'engagent à effectuer, le cas échéant, les déclarations de fichiers auprès de la CNIL conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978.

ARTICLE 5 : DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR ET DUREE

- 1) Le présent protocole prend effet à l'égard de la FNMF, des groupements mutualistes ayant mandaté celle-ci et du professionnel de santé à compter de sa signature et ce pour une durée indéterminée.
- 2) Le présent protocole prend effet à l'égard des groupements mutualistes ayant adhéré à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, dûment complété et ce pour une durée indéterminée.

ARTICLE 6 : RESILIATION

1) Modalités de résiliation collective de l'accord

1-1) Résiliation avec préavis

a) Résiliation par les groupements mutualistes

L'ensemble des groupements mutualistes peut donner mandat à la FNMF de résilier le présent accord à tout moment, sans justification, par lettre recommandée avec avis de réception adressée au professionnel de santé, sous réserve de respecter un délai de préavis de trois mois.

Dans ce cas, le présent accord prendra fin à l'égard de l'ensemble des parties, à savoir la FNMF, l'ensemble des groupements mutualistes et le professionnel de santé.

b) Résiliation par la FNMF et par le professionnel de santé

La FNMF pourra résilier le présent accord à tout moment, sans justification, par lettre recommandée avec avis de réception adressée aux groupements mutualistes et au professionnel de santé, sous réserve de respecter un délai de préavis de trois mois.

Le professionnel de santé pourra résilier le présent accord à tout moment, sans justification, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à la FNMF et à l'ensemble des groupements mutualistes, sous réserve de respecter un délai de préavis de trois mois.

Dans ce cas, le présent accord prendra fin à l'égard de l'ensemble des parties, à savoir : la FNMF, l'ensemble des groupements mutualistes et le professionnel de santé.

1-2) Résiliation de plein droit

Le présent accord sera résilié de plein droit, sans préavis ni indemnité, à l'égard de l'ensemble des parties en cas de retrait définitif de l'habilitation pour l'exercice de l'activité du professionnel de santé.

Le professionnel de santé devra immédiatement en informer la FNMF, par courrier recommandé. Le contrat sera réputé résilié à compter de la date du retrait de l'habilitation. Le professionnel de santé sera tenu de restituer les sommes financièrement perçues aux groupements mutualistes concernés.

2) Modalité de résiliation individuelle de l'accord

2-1) Résiliation par un groupement mutualiste

Chaque groupement mutualiste ayant donné mandat à la FNMF ou ayant adhéré à la convention peut résilier, à titre individuel, le présent accord à tout moment, sans justification, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à la FNMF, sous réserve de respecter un délai de préavis de trois mois.

Conformément à l'article 3A du contrat, la FNMF mettra à disposition, un état des résiliations actualisé à la structure locale mutualiste et au professionnel de santé lorsque la résiliation sera effective.

La présente résiliation individuelle ne remet pas en cause le dispositif contractuel, qui continue à produire ses effets à l'égard des autres parties.

2-2) Résiliation par le professionnel de santé à l'égard d'un groupement mutualiste

Le professionnel de santé souhaitant interrompre les échanges électroniques avec un Groupement mutualiste, pourra résilier le présent protocole à l'égard de ce seul Groupement mutualiste, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à ce dernier, sous réserve de respecter un délai de préavis d'un mois.

Le Professionnel de santé devra en informer la FNMF.

La présente résiliation ne remet pas en cause le dispositif contractuel, qui continue à produire ses effets à l'égard des autres parties.

2-3) Résiliation de plein droit pour faute :

Chacune des parties peut considérer le contrat comme étant résilié de plein droit, sans préavis ni indemnité, à l'égard d'une autre partie, qui a commis des manquements graves à ses engagements conventionnels son encontre, après envoi d'une mise en demeure restée infructueuse pendant un délai de 15 jours.

La présente résiliation ne remet pas en cause le dispositif contractuel, qui continue à produire ses effets à l'égard des autres parties.

ARTICLE 7. LITIGES

En cas de litige les parties conviennent de saisir le tribunal compétent après avoir tenté, si elles le souhaitent, toute voie de conciliation.

ARTICLE 8 - ANNEXES

Le présent accord comprend 5 annexes qui en font partie intégrante.

- Annexe 1 : Liste des groupements mutualistes ayant donné mandat à la FNMF de négocier et signer le protocole en leur nom et pour leur compte
- Annexe 2 : Bulletin d'adhésion au protocole des Groupements Mutualiste adhérant à la FNMF
- Annexe 3 : Liste des informations minimales devant être présentes sur le support d'ouverture des droits
- Annexe 4 : Liste des informations minimales devant être présentes sur un support de facturation papier
- Annexe 5 : Annexe technique relative aux modalités techniques d'échanges des Demandes de Remboursement Electroniques
- Annexe 6 : Formulaire à renseigner par le professionnel de santé et à retourner avec le contrat signé

* * * * *

Fait à _____ le _____
en 2 originaux

Pour la F.N.M.F.

Le professionnel de santé

epham

ANNEXE 1 :**LISTE DES GROUPEMENTS MUTUALISTES AYANT DONNE MANDAT A LA FNMF**

La liste des mutuelles ayant donné mandat à la FNMF, ainsi que celles ayant adhéré au dispositif est disponible sur www.mutualite.fr/sesam-vitale.

SPECIMEN

ANNEXE 2 :**BULLETIN D'ADHESION DU GROUPEMENT MUTUALISTE**

La mutuelle (ou union, ou groupement de moyens),
 soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité (ou pour les groupements de moyens : régis par le
 Code de la mutualité) , immatriculée au Registre national des Mutuelles sous le numéro,
 située.....,
 représentée par, en sa qualité de,
 déclare adhérer aux protocoles ci-dessous conclus ou à conclure :

- ☐ Protocole(s) fixant les modalités d'échanges électroniques entre les groupements mutualistes adhérant à la
 FNMF et les professionnels de santé référencé (s) avec le préfixe F-001-ORF
- ☐ Protocole(s) fixant les modalités d'échanges électroniques entre les groupements mutualistes adhérant à la
 FNMF et un professionnel de santé, référencés avec le préfixe F-001-INT

Ces protocoles concernent les professions de santé entrant dans le cadre des échanges SESAM-Vitale.

Le groupement mutualiste déclare accepter la totalité des dispositions énoncées dans ces protocoles.

Fait à Le.....
 en 2 exemplaires

Pour le groupement mutualiste

ANNEXE 3 :**LISTE DES INFORMATIONS DEVANT ETRE PRESENTES A MINIMA DANS LE SUPPORT D'OUVERTURE DES DROITS**

Le support d'ouverture des droits (carte Vitale, support papier²) doit comporter a minima les informations suivantes pour chaque bénéficiaire et selon la charte graphique de la carte mutualiste publiée par la FNMF :

- Identifiant du Groupement Mutualiste (SIREN)
- N° adhérent
- Dates de couverture (début et fin des droits)
- Description de la garantie : garanties et taux/ montants de couverture.

² Le support papier des Groupements Mutualistes est communément appelé carte mutualiste. D'un commun accord entre le professionnel de santé et le groupement mutualiste, les informations d'ouverture des droits pourront être obtenues au moyen d'échanges dématérialisés en temps réel de type téléservice.

SPECIMEN

ANNEXE 4 :**LISTE DES INFORMATIONS DEVANT ETRE PRESENTES A MINIMA SUR UN SUPPORT DE FACTURATION PAPIER
(FACTURE PAPIER, DUPLICATA DE DRE)**

Le support de facturation papier doit comporter a minima les informations suivantes :

- Identifiant, code Spécialité et nom du Professionnel de Santé émetteur
- Identifiant et nom du Groupement Mutualiste destinataire
- Identifiant de la Caisse AMO
- Identifiant, code Spécialité et nom du Professionnel de Santé prescripteur
- Numéro et Date de la facture
- NIR du bénéficiaire des soins ou à défaut de l'ouvrant droit
- Identifiant de l'adhérent
- Nom et prénom du bénéficiaire des soins, date de naissance et rang de naissance
- Les éléments nécessaires au remboursement des prestations suivant les évolutions réglementaires actuelles et futures (Parcours de soins, ...) à un niveau identique à ceux véhiculés sur la feuille de soins papier type Cerfa
- La date de prescription et l'origine de prescription
- Détail des lignes de prestations actes ou séjours selon informations obligatoires présentes dans la norme DRE : date de soins, code acte, prix unitaire, quantité, taux RO, Montant pour l'AMO, Montant pour l'AMC, la dépense réelle, qualificatif de la dépense, et :
 - o le cas échéant, les frais de remplacement, top prévention commune AMO-AMC, qualifiant du dispositif de prévention
 - o dans le cas de la pharmacie, le top de substitution et le top générique
- Montant total pour l'AMO
- Montant total pour l'AMC
- Montant total de la dépense réelle
- Montant total payé par l'assuré

ANNEXE 5 :

MODALITES TECHNIQUES D'ECHANGES DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES (DRE)

1. OBJET

La présente annexe concerne les échanges électroniques de Demandes de Remboursement Electroniques émanant des Professionnels de Santé à destination des Groupements Mutualistes et en sens inverse, des retours d'informations électroniques produits par les Groupements Mutualistes vers les Professionnels de Santé : Accusés de réception du flux DRE et, uniquement dans le cas de tiers payant, le flux RSP (Rejets – Signalements – Paiements).

Elle s'inscrit dans le contexte technique du cahier des charges SESAM-Vitale version 1.40 ou version ultérieure, dans lequel l'élaboration et la transmission des Demandes de Remboursement Electroniques vers les complémentaires sont réalisées par un module logiciel fourni dans les services SESAM-Vitale.

2. GESTION TECHNIQUE DU CONTEXTE CONVENTIONNEL

Un organisme d'Assurance Maladie Complémentaire, ou un organisme mandaté par un ou plusieurs AMC peuvent signer des conventions d'échanges pour la complémentaire avec les Professionnels de Santé ou leur représentants. Dans certains cas, une même convention concerne plusieurs organismes d'Assurances Maladie Complémentaire, on parle alors de « *convention groupée* ».

Une convention est signée par « *l'organisme signataire de la convention* » et fixe notamment les paramètres techniques de l'échange.

La recherche de l'existence d'une convention applicable, se fait dans une « **table de conventions** » dans laquelle l'organisme complémentaire est inscrit pour chaque convention signée.

Une convention est identifiée par « *l'identifiant de l'organisme signataire de la convention* » et le type de convention « tiers payant » ou « hors tiers payant ». Dans le cas de conventions multiples, des critères complémentaires permettent au Professionnel de Santé de choisir la convention appropriée (numéro d'hôte, critère secondaire).

L'adhésion d'un Professionnel de Santé au présent protocole autorise de fait un Groupement Mutualiste à être inscrit en table de convention pour le type de convention « hors tiers payant ». L'inscription en table de convention pour le type de convention « tiers payant » nécessite un accord « tiers payant » entre le Professionnel de Santé et le Groupement Mutualiste.

Si le Professionnel de Santé décide de ne pas appliquer une convention parmi celles proposées par la « table de conventions » ou si aucune convention n'est restituée par ladite table, le logiciel ne doit pas permettre l'émission de flux vers l'organisme complémentaire. Le professionnel de santé peut à tout moment supprimer les informations relatives à un organisme AMC avec qui il ne souhaite pas échanger de flux électroniques, après en avoir informé celui-ci dans les conditions posées par l'article 6 2-2 du présent protocole.

L'alimentation de la table de conventions sur le poste de travail du professionnel de santé, pour les groupements mutualistes adhérant à la FNMF, peut s'effectuer selon les choix suivants :

- par le téléchargement d'un fichier normé contenant les conventions applicables à la catégorie ou à la spécialité du Professionnel de Santé
- par la diffusion d'un fichier normé contenant les conventions applicables à la catégorie ou spécialité du Professionnel de Santé de la part de la FNMF dans la Boîte à lettres SESAM-Vitale du Professionnel de Santé. Tout logiciel de facturation agréé SESAM-Vitale 1.40.4. ou version ultérieure est en mesure de gérer la mise à jour automatique des tables de conventions sur le poste de travail du Professionnel de Santé. Dans ce cas, le Professionnel de Santé devra avoir signifié ce choix à la signature de l'avenant d'adhésion ou ultérieurement.

- ponctuellement par saisie manuelle du Professionnel de Santé pour répondre à l'urgence (indisponibilité des fichiers, mise à jour tardive des fichiers, etc...).

3. CONDITIONS D'ELABORATION DE LA PART COMPLEMENTAIRE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE (DRE)

Equipement du Professionnel de Santé

Pour assurer la télétransmission des « demandes de remboursements électroniques », les Professionnels de santé doivent se doter :

- de lecteurs de cartes à microprocesseur conformes aux référentiels en vigueur publiés par le GIE SESAM-Vitale ;
- d'un module logiciel d'élaboration et de transmission des demandes de remboursements électroniques conforme au cahier des charges SESAM-Vitale version 1.40 et ayant obtenu l'agrément du Centre National de Dépôt et Agrément (CNDA)
- de cartes de la famille CPS prévues par l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale
- de moyens et services de communication lui permettant de se connecter à tout réseau pouvant communiquer avec un réseau de type internet.

Conditions d'application d'une convention

Le choix du Professionnel de Santé d'appliquer une convention s'effectue de différentes façons dans son logiciel :

- choix systématique au cas par cas, c'est-à-dire au niveau de chaque facture,
- choix exprimé par convention (mention dans ses informations sur les conventions),
- de manière globale au niveau de son poste de travail.

Le progiciel doit pouvoir paramétrer l'existence ou non de l'utilisation par le Professionnel de Santé d'un service d'éclatement de FSE proposé par un OAT.

Conditions de création de la DRE

Pour générer une DRE sur le poste de travail du Professionnel de Santé, les éléments suivants doivent être réunis:

- l'assuré a fourni les éléments nécessaires et suffisants à la reconnaissance de son organisme complémentaire et de ses droits,
- le Professionnel de Santé respecte les conditions d'élaboration de la part complémentaire décrites précédemment,
- l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire concerné a opté pour l'éclatement des flux à la source pour le type de service retenu par le Professionnel de Santé
- le Professionnel de Santé s'inscrit dans une convention de transmission de DRE avec l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire concerné,
- le Professionnel de Santé a réalisé un acte non remboursable AMO ou un acte non remboursé dans sa totalité par l'AMO.

4. MODALITES DE TELETRANSMISSION DES DRE ET RETOURS ASSOCIES

Établissement de la demande de remboursement électronique

La télétransmission des demandes de remboursements électroniques s'applique à l'ensemble des Professionnels de Santé, des assurés et des assurances complémentaires (sauf organisme en gestion unique) du territoire national selon des règles identiques contenues dans les textes législatifs, réglementaires et conventionnels ainsi que dans le cahier des charges SESAM-Vitale en vigueur, publiés par le GIE SESAM-Vitale, complétés des dispositions de la présente convention. Le Professionnel de Santé établit ses demandes de remboursements électroniques grâce aux informations contenues dans :

- la carte d'assurance maladie,
- la carte de Professionnel de Santé,
- la table des conventions résidente sur le poste de travail du Professionnel de Santé qui contient notamment l'adresse ou les adresses électroniques de l'organisme complémentaire
- le support de droits délivré par l'Organisme d'Assurance Maladie Complémentaire lorsque les données nécessaires ne sont pas disponibles dans la carte Vitale, ou d'un commun accord entre le professionnel de santé et le Groupement mutualiste, au moyen d'échanges dématérialisés en temps réel de type téléservices

Le Professionnel de Santé saisit toutes les informations conventionnellement obligatoires que comporte la demande de remboursement électronique.

Circuit des informations

Suite à l'exécution de la prestation de santé, le Professionnel de Santé ou son intermédiaire technique établit la Feuille de Soins Électronique (FSE) et la Demande de Remboursement Électronique (DRE), après avoir vérifié :

- la validité de l'ouverture des droits aux prestations de l'assuré figurant sur le support de droits délivré par l'Organisme d'Assurance Maladie Obligatoire et le Groupement Mutualiste, ou obtenu au moyen d'échanges dématérialisés en temps réel de type téléservice,
- la concordance des données personnelles du bénéficiaire (date de naissance) figurant sur le support de droits AMO (le cas échéant sur l'attestation Vitale) et le support de droits délivré par le Groupement Mutualiste (carte Vitale, support papier) ou obtenues au moyen d'échanges dématérialisés en temps réel de type téléservice,
- L'absence de la carte sur la liste d'opposition lorsque celle-ci sera opérationnelle.

En fonction de la réglementation et des technologies disponibles, le Professionnel de Santé renseigne les champs identifiant :

- le Groupement Mutualiste ou son intermédiaire technique avec son adresse électronique,
- l'assuré ou son bénéficiaire,
- les informations concernant la prestation et notamment la dépense réelle, la base de remboursement du régime obligatoire, le montant remboursé par le régime obligatoire, le top de substitution ainsi qu'un top générique (cas des pharmacies), et tout élément lié à la réglementation.
- signe avec la carte CPS et fait signer au client/patient ou à son représentant légal, la Demande de Remboursement Électronique avec la carte Vitale,
- conserve une archive électronique de la Demande de Remboursement Électronique (DRE) pendant une durée identique à la réglementation de la Feuille de Soins Électronique soit actuellement de 90 jours afin de la mettre à disposition du Groupement Mutualiste en cas de contestation ou de contrôles opérés par ce dernier.

Règles d'envoi des DRE et de traitement des ARL

Les règles d'envoi relatives au DRE sont les suivantes :

- Le Professionnel de Santé doit émettre les DRE dans les **3 jours ouvrés** qui suivent la date de facturation.
- L'organisme AMC doit renvoyer un ARL dans les **2 jours** qui suivent la date d'émission du lot de DRE par le Professionnel de Santé.

Les règles de traitement des ARL sont les suivantes :

- A réception d'un ARL positif, le Professionnel de Santé est déchargé de sa mission de transmission des DRE.
- A réception d'un ARL négatif, le Professionnel de Santé devra intervenir pour corriger son lot et le réémettre vers le Groupement Mutualiste afin d'obtenir un ARL positif, et ce dans les 2 jours qui suivent la date d'émission de l'ARL.

5. TRAITEMENT DES INCIDENTS

Dysfonctionnement lors de l'élaboration des demandes de remboursements électronique

Dans le cas où le Professionnel de Santé n'est pas en mesure d'établir une demande de remboursement électronique *sécurisée* :

- soit parce que l'assuré ne dispose pas de sa carte d'assurance maladie,
- soit en raison d'un incident technique au niveau du lecteur de carte ou du module logiciel,

il télétransmet une demande de remboursement électronique *dégradée* ou *non sécurisée*. Il utilise le réseau de télécommunication habituel pour les télétransmissions de demandes de remboursements électroniques, à l'Organisme d'Assurance Maladie Complémentaire (ou son intermédiaire technique) d'affiliation de l'assuré. Cette télétransmission s'effectue sans transmission de papier.

Il peut également, à titre exceptionnel, élaborer hors télétransmission une demande de remboursement *sur support papier*. En cas de paiement direct par l'assuré, ce support papier est alors remis à ce dernier. La demande de remboursement papier contient a minima les informations répertoriées en annexe 4.

Dysfonctionnement lors de la transmission des demandes de remboursements électroniques

En cas d'échec de la transmission d'une demande de remboursement électronique, le Professionnel de Santé fait une nouvelle tentative dans les délais prévus.

En cas d'échec de la transmission d'une demande de remboursement électronique dans les conditions décrites à l'article R. 161-47-I du code de la sécurité sociale ou si le Professionnel de Santé n'est pas en mesure pour des raisons indépendantes de sa volonté de transmettre une demande de remboursement électronique, le Professionnel de Santé établit de sa propre initiative un duplicata sous forme papier de la Demande de Remboursement Électronique. Pour cela, il utilise une demande de remboursement papier contenant a minima les informations répertoriées en annexe 4.

En cas de duplicata d'une demande de remboursement établie sans dispense d'avance des frais consentie à l'assuré, le duplicata signé par le Professionnel de Santé est remis à l'assuré ou en cas d'impossibilité (absence de l'assuré) est adressé à l'Organisme d'Assurance Maladie Complémentaire de l'assuré par le Professionnel de Santé.

A défaut de co-signature par l'assuré du duplicata, les Organismes d'Assurance Maladie Complémentaires se réservent la possibilité de faire attester par l'assuré la réalité des informations portées sur le duplicata, qu'il y ait eu ou non dispense d'avance de frais.

6. HABILITATION TECHNIQUE FNMF

Comme indiqué à l'article 4 "Obligations des parties et des adhérents au présent accord" du Protocole, la FNMF contrôle dans le cadre des échanges spécifiés dans la présente annexe, la capacité de chaque centre de traitement des Groupements Mutualistes à recevoir des DRE et émettre un retour RSP conforme aux formats en vigueur et ceci, avant tout premier échange sur le terrain. En cas de résultat positif, le centre de traitement mutualiste reçoit un agrément SESAM-Vitale délivré par la FNMF.

SPECIMEN

ANNEXE 6 :**FORMULAIRE D'INFORMATION A COMPLETER PAR LE PROFESSIONNELS DE SANTE**

En cas de plusieurs professionnels de santé regroupés au sein d'un même lieu d'exercice (cabinet médical, ...), signer l'accord et remplir un bulletin d'adhésion par professionnel de santé.

Identification du Professionnel de Santé

Numéro d'identification

(N° de professionnel de santé attribué par l'Assurance maladie, utilisé dans les échanges SESAM-Vitale)

Spécialité ou domaine d'activité (code et libellé)

 -

(voir listes au verso)

Nom – prénom du Prof. de santé ou nom Ets : _____

Adresse : _____

Code Postal :

Ville : _____

Téléphone : Télécopie :

E-mail : _____

(Le bon enregistrement de votre signature par la Fnmf sera confirmé par mail)

Contact

(si différent de ci-dessus)

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : Télécopie :

E-mail : _____

Diffusion des tables de conventions

Souhaitez-vous recevoir dans votre boîte à lettres SESAM-Vitale les fichiers permettant de mettre à jour automatiquement les tables de conventions sur votre poste de travail et concernant les groupements mutualistes adhérent à la FNMf ?

OUI

NON (Rayer la mention inutile)

Si OUI, préciser l'adresse de votre boîte à lettre SESAM-Vitale : _____

Si NON, obligation de télécharger sur www.mutualite.fr/sesam-vitale ou mise à jour automatique par votre éditeur s'il propose ce service (pas de saisie manuelle).

Le signataire informera la FNMf, à l'adresse indiquée ci-dessous, en cas de modification des informations fournies.

Fait en 2 exemplaires à le

Cachet et signature du Professionnel de Santé

Par la signature de ce document, vous autorisez la FNMf à enregistrer les informations ci-dessus dans un fichier informatique, transmis aux Groupements Mutualistes adhérents à la FNMf dans l'objectif de permettre le développement des échanges SESAM-Vitale entre les Professionnels de Santé et les Groupements Mutualistes. La FNMf s'engage à ne pas détourner le traitement de cette finalité. En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez auprès de la FNMf d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Vous pouvez également vous opposer à la communication à certaines personnes, de ces informations (article 26 L.1978). Il vous est précisé que dans ce dernier cas, ainsi que si vous ne répondez pas aux informations obligatoires, la FNMf ne sera pas en mesure d'exercer, en ce qui vous concerne, la mission d'information qui lui a été confiée par ses Groupements Mutualistes.

Adresse FNMf : Mutualité Française - DSI Solutions Santé - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS cedex 15

mél : contact.sv@mutualite.fr

ER