

Guide pour initialiser les échanges SESAM-Vitale avec une mutuelle adhérente à la Mutualité française



Ce guide s'applique exclusivement aux échanges SESAM-Vitale avec une mutuelle adhérente à la FNMf/ Mutualité Française **durant la période transitoire où les garanties seront lues sur une attestation papier** (carte mutualiste).

Informations générales sur SESAM-Vitale et la Mutualité

Rendez-vous sur www.mutualite.fr/sesam-vitale

Avant de faire de la DRE



- ▶ Vérifier auprès de votre éditeur que votre version de progiciel est agréé SV 1.40 (version 1.40.4 a minima).
- ▶ Initialiser les tables de conventions présentes sur votre poste de travail selon les consignes de votre éditeur. Trois possibilités :
 - 🖨 *Par mise à jour automatique à partir des fichiers de conventions diffusés par la FNMf dans votre boîte à lettres Sesam-Vitale si vous avez opté pour cette solution auprès de la FNMf (possible à partir de la version 1.40.4)
 - 🖨 Par téléchargement des conventions Sesam-Vitale disponibles sur le site Internet
 - 🖨 *Le cas échéant, par un service offert par votre éditeur.

**solutions conseillées*

Site Internet

www.mutualite.fr/sesam-vitale

Sigles ou mots employés

AMC	Assurance Maladie Complémentaire
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ARL	Accusé de Réception Logique
DRE	Demande de Remboursement Electronique
FSE	Feuille de soins électronique
SIREN	Identifiant unique des mutuelles (enregistrement au Répertoire Nationale des Mutuelles)
RSP	Rejet Signalement Paiement (retour Noémie)
OCT	Organisme Concentrateur Technique (intermédiaire utilisé par le professionnel de santé pour télétransmettre ces flux)
SV	SESAM-Vitale
Gestion Séparée	Les parts AMO et AMC sont gérés par deux organismes distincts
Gestion Unique	Les parts AMO et AMC sont gérées par un même organisme.



Ci-dessous, nous vous rappelons les étapes à effectuer pour élaborer une DRE (***l'ordre de certaines étapes est dépendant de votre logiciel***).

Si vous utilisez un OCT, conformez-vous à ses recommandations.

- ▶ Demander au patient sa carte Vitale et son attestation papier
- ▶ Lire les données en carte Vitale
- ▶ Saisir et vérifier les droits sur l'attestation papier
 - 👁️ identité de la personne entre carte vitale et attestation papier :
Le rapprochement se fait par : Nom + Prénom + Date de naissance du bénéficiaire
 - 👁️ Période des droits valide
 - 📄 N° d'adhérent à saisir

Aide
Fiche 1 - Lire une carte mutualiste

- ▶ Saisir l'identification de la mutuelle
 - 📄 SIREN (*ne pas confondre avec le code préfectoral*)

- ▶ Proposer le tiers-payant

Aide
Fiche 4 : Choix conventions

- ▶ Choisir la convention dans vos tables de conventions parmi celles visualisées sur votre poste de travail :
 - ? Tiers payant uniquement avec MGCorse (valeur TP)
 - ? **Type de convention MU**, on est en Gestion séparée.
→ une DRE sera élaborée.

S'il n'est pas possible de faire de la DRE avec la mutuelle, continuer à appliquer les procédures existantes (facture papier ou flux électroniques existants)

- ▶ Saisir le cas échéant
 - 📄 L'indicateur de traitement : si votre logiciel le demande, saisir la valeur « 33 ».

- ▶ Uniquement en tiers-payant, choisir la formule de tarification en fonction des garanties indiquées en carte.

Aide
Fiche 2 : Formule de tarification

FICHE 1 : Lire une carte mutualiste

Ci-dessous le modèle de carte préconisé par la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMf) auprès des mutuelles.

Identifiant mutuelle
identifie la mutuelle pour les échanges SESAM-Vitale
31255 230 pour MGCORSE

Données pour choisir la convention
Données de la zone « SESAM-Vitale »

- Type de convention** : valeur « MU » en gestion séparée
valeur « RO » en gestion unique
- Critère secondaire** : donnée présente uniquement en cas de besoin

Libellé de la mutuelle (en haut à gauche)

Critères de rapprochement

N° adhérent

MUTUELLE GENERALE DE LA CORSE ou INTERIALE Mutuelle		CODE.PREF.	20M00038	PERIODE DE VALIDITE	DU 01/01/09 AU 31/12/09					
		N° ADHERENT	123456							
		EDITEE LE	09-12-20	GESTION FLUX 615 :20000038						
N°SIREN		SESAM/VITALE Type de convention « MU »								
NOM - PRENOM QUALITE - DATE DE NAISSANCE	OPTION MUT.	PHAR	LABO	DESO	DEPR	HOSP				
DURAND MICHEL A 20/01/1952	AZUR	100	100	400	(1) 400	(2) 100				
DURAND ANNIE C 17/09/1959	VEGA	100	0409 100	400	(1) 400	(2) 100				
DURAND JULIE E 17/06/1986	VEGA	100	100	400	(1) 400	(2) 100				
DURAND LAURIANE E 10/12/1989	VEGA	100	100	400	(1) 400	(2) 100				

(1) Plafonné à 350€par an et par bénéficiaire
(2) Forfait journalier limité à 10€par jour

LES TAUX REGIME OBLIGATOIRE INCLUS S'APPLIQUENT AU TARIF DE RESPONSABILITE DE LA SECURITE SOCIALE

Expression des garanties

Validité des droits

Le type de garantie est donné en titre de colonne (exemple : PHAR) dont la signification est donnée au verso de la carte.

Le taux, indiqué par bénéficiaire, peut être exprimé :

- ▶ par un taux s'appliquant au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale - Exemple 100 % ici pour la garantie PHAR
Attention : sauf indication contraire, les taux sont exprimés Régime obligatoire inclus.
- ▶ par spécification dans une ligne de renvoi - Exemple : pour la garantie HOSP, un renvoi (2) indique que le remboursement du forfait journalier est limité à 10€ par jour.
- ▶ La combinaison des 2 est possible - Exemple : ici sur Garantie DEPR et HOSP.

La date de début de couverture par défaut est indiquée en haut à droite (ici, 01/01/09).

Si elle diffère pour un ou plusieurs bénéficiaires, elle est précisée par bénéficiaire au-dessus du taux (ici, 0409 indique un début de couverture au 1^{er} avril 2009 pour Annie DURAND).

La date de fin de couverture en haut à droite s'applique à tous les bénéficiaires (ici, 31/12/09).

FICHE 2 : Déterminer la formule de tarification

- ▶ Le plus souvent, un professionnel de santé aura à utiliser un nombre limité de formules. Le tableau ci-dessous vous donne, selon votre profession, les formules les plus usitées en regard **des garanties les plus courantes¹** avec des taux exprimés sur la base du régime obligatoire inclus. La classe de garantie et les paramètres à saisir sont fournis sur l'attestation papier.

Vous êtes ...	Classe de garantie	Garantie	Formule à choisir	Paramètres à saisir
Pharmacien	PHCO -PHNO PHOR	% TR – MRO (MRO inclus)	02A	Taux
Médecin	COSL-CERL	% TR – MRO (MRO inclus)	02A	Taux
Radiologue	LARA			
Laboratoire	LARA			
Infirmier	AUXM			
Kiné	AUXM			
Orthophoniste	AUXM			
orthoptiste	AUXM			
Pédicure	AUXM			
Chirurgien-dentiste	DESO	% TR – MRO (MRO inclus)	02A	Taux

- ▶ Pour toutes les autres garanties plus complexes ou exprimées sur une base différente, il vous faudra choisir la formule appropriée parmi celles proposées par votre logiciel. En cas de difficulté, vous pouvez contacter la mutuelle.

¹ Les classes de garanties indiquées sont celles les plus utilisées sur la carte : d'autres classes peuvent exister. La signification des classes est précisée au verso de la carte.

FICHE 3 : Rappel des modalités de fonctionnement



- ▶ MODALITE SPECIFIQUE AU HORS TIERS PAYANT
 - La fourniture au bénéficiaire d'une trace de son paiement en y faisant figurer la référence de la DRE transmise

- ▶ MODALITES D'ENVOI ET CONSERVATION DES FLUX:
 - Respect des délais de transmissions
 - ⌚ 3 jours ouvrés qui suivent la date de facturation, pour la DRE
 - ⌚ 2 jours pour renvoyer le lot après réception d'un ARL négatif
 - Sauvegarde des DRE et des ARL pendant 90 jours.

- ▶ MODALITES EN CAS DE DYSFONCTIONNEMENTS
 - En cas d'absence de la carte Vitale, réaliser une DRE dégradée ou une facture papier
 - En cas de panne du lecteur ou de la CPS, réaliser une DRE non sécurisée ou une facture papier
 - En cas de panne réseau, réaliser une facture papier.

- ▶ LA GARANTIE DE PAIEMENT EN TIERS PAYANT EST CONDITIONNEE PAR :
 - La réalisation d'une DRE sécurisée
 - La vérification des droits du patient à partir de la carte mutualiste ou carte Vitale (si présents)
 - Le calcul des montants AMC avec les modules de tarification STS (**ne pas forcer les droits, les taux et les montants AMO et AMC**).

- ▶ LES MODALITES MISES EN ŒUVRE PAR LA MUTUELLE EN TIERS PAYANT
 - Retour d'un ARL dans les 2 jours qui suivent l'envoi d'une DRE sécurisée ou non
 - Garantie du paiement en Tiers payant conformément aux règles citées ci-dessus (les factures papier ou les flux non sécurisés ne sont pas concernés)
 - Règlement dans les 4 jours ouvrés suivants l'envoi de l'ARL
 - Règlement total ou rejet total d'une DRE : pas de paiement partiel
 - Retour d'une information de liquidation sur les DRE en Tiers-payant sous un format unique (RSP 580) avec fourniture de la référence de virement bancaire.

Fiche 4 – SESAM-Vitale : Choisir une convention « Mutuelle »



Lorsque le professionnel de santé recherche une convention pour une mutuelle donnée à partir de la saisie de l'identifiant (**SIREN**), dans certains cas, il aura à choisir entre plusieurs conventions. Les lignes de conventions restituées à l'écran doivent contenir suffisamment de critères visualisés pour permettre d'effectuer le choix en fonction des éléments fournis sur la carte mutualiste :

- ▶ **SIREN OU RMN** Identifiant de la mutuelle
Le SIREN saisi est visualisé

- ▶ **Libellé de l'organisme signataire** Élément visuel pour le Professionnel de santé
Pour bien choisir la convention, ce libellé sera différencié dans le cas où une mutuelle dispose de plusieurs centres de traitements (voir explication du critère secondaire)

- ▶ **Type de convention** (zone SESAM-VITALE sur la carte mutualiste)
La valeur **RO** fait référence à une convention en **gestion unique** : une FSE avec part complémentaire sera élaborée.
La valeur **MU** fait référence à une convention en **gestion séparée** : une DRE sera élaborée pour la part complémentaire.

- ▶ **Type d'accord** Pour choisir la convention en fonction de la situation de facturation : Tiers-payant (**T**) ou Hors Tiers-payant (**H**)

- ▶ **Critère secondaire** (zone SESAM-VITALE sur la carte mutualiste)
↻ Critère de choix pour des cas particuliers : **Mutuelle ayant plusieurs centres de traitement**
Exemple : Une mutuelle, résultante de la fusion de deux mutuelles, dispose toujours de deux centres de traitement informatiques destinataires des DRE. Des lignes de conventions distinctes seront présentes dans les tables de conventions.
La ligne de convention sera choisie en fonction du critère secondaire indiqué dans la zone SESAM-Vitale de la carte mutualiste.

Le libellé de la mutuelle pourra également être un élément de différenciation.
Exemple : La mutuelle de la Seine adoptera deux libellés distincts reportés en tables de conventions et, selon l'adhérent, en carte mutualiste : « Mutuelle de la Seine (Nord) » et « Mutuelle de la Seine (Sud) ».

A savoir ...

En règle générale, pour une mutuelle donnée (identifiée par un RNM), il existera 2 lignes de conventions pour un professionnel de santé donné : 1 ligne Tiers-payant, 1 ligne Hors Tiers-payant.