

# « Participation assuré » de 18 euros

## Comment facturer en SESAM-Vitale ?

*Médecins  
Sages Femme  
Centres de santé  
médicaux et polyvalents  
Logiciels 1.40*

Un ticket modérateur forfaitaire sur les actes lourds est instauré par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2006 et le Décret N° 2006-707 du 19 juin 2006 paru au JO du 20 juin 2006. Cette mesure prévoit que les patients, jusqu'ici exonérés en raison de la valeur des actes réalisés, acquittent une participation minimale sur les actes médicaux dont le montant est supérieur ou égal à 91 euros ou sur les actes affectés d'un coefficient supérieur ou égal à 50.

A ce jour, le ticket modérateur forfaitaire, appelé « participation assuré », est fixé à 18 €.

Cette participation s'applique aux établissements de santé privés et publics (hospitalisation et soins externes), ainsi qu'à la médecine de ville.

Quelles sont les règles d'application en cabinet médical libéral ou en centre de santé ?

Comment télétransmettre la « participation assuré » avec SESAM-Vitale ?

### **Les règles générales d'application de la « participation assuré »**

---

La « participation assuré » est appliquée :

- dès lors qu'il y a dépassement du **seuil d'exonération** des actes médicaux **selon les règles en vigueur** à savoir :
  1. montant supérieur ou égal à 91 euros pour des actes ou cumul d'actes CCAM
  2. montant supérieur ou égal à 91 euros pour un cumul d'actes NGAP et CCAM
  3. coefficient des actes supérieurs ou égal à 50 pour des actes ou cumul d'actes NGAP
- dès lors qu'il y a au moins un acte concerné par la participation de 18 euros.

Les règles d'application par actes et patients sont détaillées dans le tableau ci-après.

Le décret prévoit l'application d'une seule Participation Assuré de 18 euros par séance de soins quel que soit le nombre d'actes cumulés pour atteindre le seuil d'exonération. Par séance de soins, il faut comprendre : actes dispensés à une même date, par un même professionnel de santé, pour un même patient.

Les règles de cumul sont inchangées.

La « participation assuré » s'applique, que les soins soient ou non dispensés dans le cadre du parcours de soins. A ce titre, elle peut se cumuler avec la majoration du ticket modérateur.

**A titre transitoire, cette mesure n'est pas appliquée aux actes dentaires.**

### **Les possibilités de prise en charge par l'Assurance Maladie Complémentaire**

---

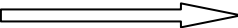
Les organismes d'assurance maladie complémentaire prennent en charge, sauf exception, les 18 € au titre du ticket modérateur.

La prise en charge complémentaire est acquise de droit pour les bénéficiaires de la CMU-Complémentaire et de l'AME- Complémentaire.



## Le détail des situations soumises à la « participation assuré »

Tableau de synthèse

	Application de la « participation assuré »	Exclusions
<b>Actes</b>	<p><b>Actes concernés par la « participation assuré »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prestations NGAP de lettres-clés : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ <b>K, KC (hors actes dentaires, à titre transitoire)</b></li> <li>➢ <b>KE</b></li> <li>➢ <b>SF</b></li> </ul> </li> </ul> <p>avec <b>coefficient &gt; ou = à 50</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CCAM prestation de codes regroupement :</li> </ul> <p><b>ACO, ADA, ADC, ADE, ATM</b>  <b>d'un montant &gt; ou = à 91 €</b></p>	<p><b>Actes exclus de la « participation assuré »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Actes de radiologie (hors échographie) : <b>Z, ZN, ADI</b></li> <li>➢ <b>K et KC dentaires (à titre transitoire).</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Codes <b>ADI</b> (Radiologie). A noter que ces actes servent à l'évaluation du seuil d'exonération mais que la « participation assuré » ne leur est pas appliquée si tous les actes de la séance relèvent du code ADI.</li> </ul>
<b>Patients</b>	<p>Tout patient (assuré ou bénéficiaire) quel que soit son âge et sa situation dans le parcours de soins, à l'exception des <b>cas d'exclusion.</b></p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>Cas particuliers :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les bénéficiaires de la <b>CMU-Complémentaire</b> sont soumis à la mesure, mais la « participation assuré » est prise en charge par l'organisme de protection complémentaire</li> <li>▪ De même pour l'<b>AME complémentaire</b> : la « participation assuré » est prise en charge par l'Etat</li> <li>▪ Bénéficiaire <b>du régime local d'Alsace Moselle</b> : la « participation assuré » est prise en charge par le régime local</li> <li>▪ Bénéficiaires relevant de certains régimes spéciaux : certains régimes spéciaux (SNCF, Mines ...) couvrent la « participation assuré »*.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nature d'assurance : Accident du Travail /Maladie Professionnelle, et Maternité.</li> <li>▪ Bénéficiaires dits « exonérés » : pensionnés d'invalidité ou de guerre, titulaires de rentes AT, ....</li> <li>▪ Soins conformes au protocole ALD.</li> <li>▪ Certains soins particuliers exonérés : traitement de la stérilité, soins aux prématurés, test de dépistage du virus HIV.</li> <li>▪ Soins dispensés dans le cadre d'un programme national de prévention maladie.</li> <li>▪ Titulaires d'une allocation de solidarité aux personnes âgées (FSV).</li> </ul>

\* Situations et modalités de facturation communiquées par les régimes spéciaux concernés

## Les principes de la facturation de la « participation assuré »

### Hors tiers payant

Dans le cas d'une facture hors tiers payant, l'assuré paie la totalité des honoraires.

### En tiers payant Assurance Maladie Obligatoire (TP AMO)

Dans le cas d'une facture en tiers payant AMO, la « participation assuré » doit être versée par le patient.

**Cas particuliers** : la « participation assuré » n'est pas demandée au patient s'il est pris en charge par le régime local Alsace Moselle, s'il relève de la CMU-Complémentaire, de l'AME-Complémentaire ou d'un régime spécial couvrant la « participation assuré ».

### En tiers payant Assurance Maladie Complémentaire (TP AMC)

La « participation assuré » pourra, selon les garanties, faire l'objet d'une prise en charge totale ou partielle en tiers payant par la complémentaire.

## La facturation des soins en SESAM-Vitale

**A compter du 1<sup>er</sup> septembre 2007, en télésmission SESAM-Vitale (tiers payant ou non),** vous transmettez un indicateur pour informer la caisse que les actes pratiqués relèvent du dispositif « participation assuré ».

Cet indicateur prend la forme d'un code prestation «**PAV**» (Participation Assuré en Ville).

Il est nécessaire de positionner l'indicateur «**PAV**», immédiatement après l'acte de la séance de soins concernée par la « participation assuré ». Cet acte de référence (acte auquel sera rattaché le code « PAV») doit impérativement avoir une valeur supérieure à 18 euros et faire partie de la liste des actes soumis à la mesure.

## La facturation avec les versions de logiciels déployés SESAM Vitale 1.40 Addendum 1

Les logiciels SESAM-Vitale actuellement déployés ne permettent pas de déduire la participation assuré du montant remboursable par l'assurance maladie obligatoire. La déduction est réalisée par les régimes lors du traitement du flux (FSE) transmis.

**Exemple** : Echographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques à 95,16 €

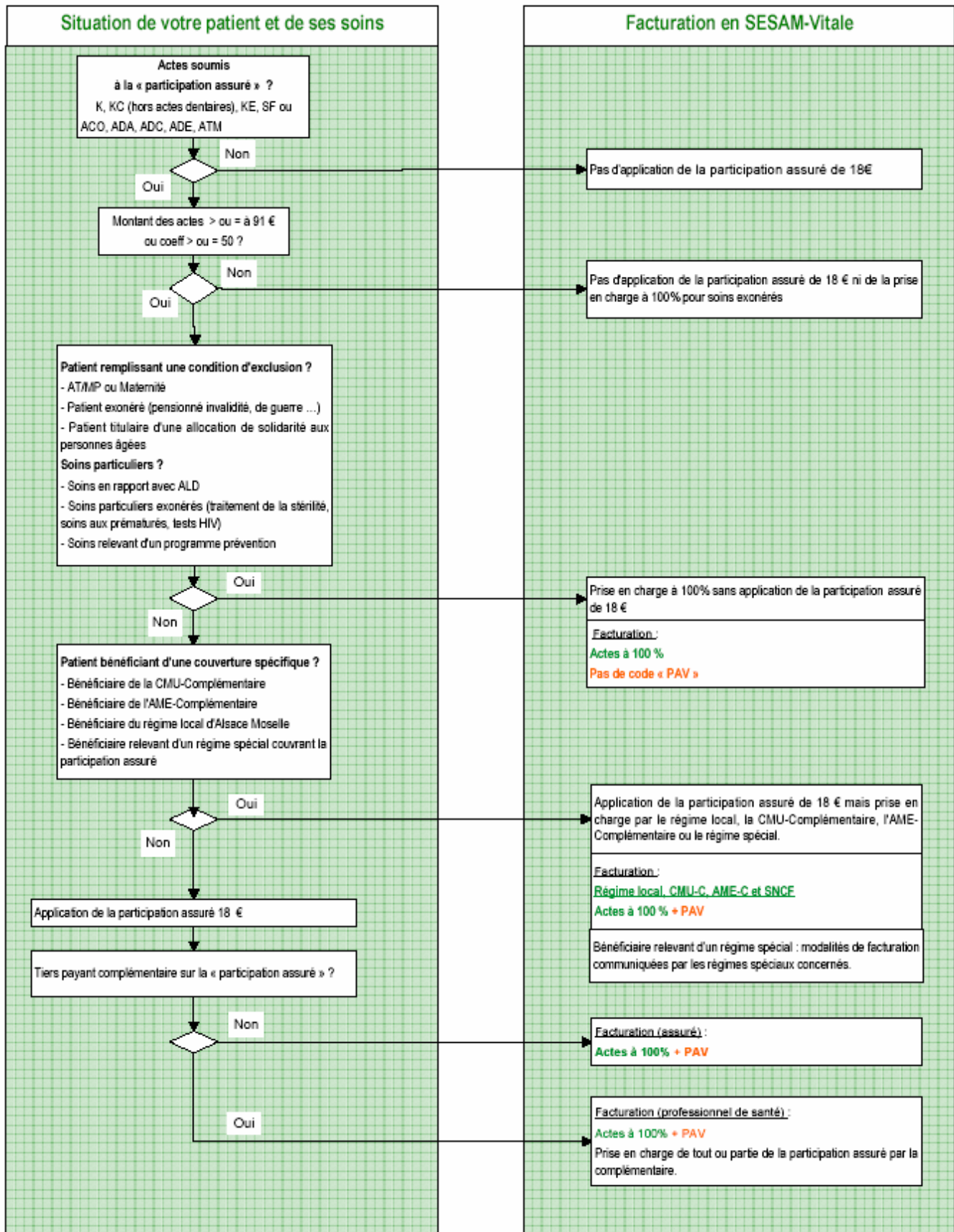
**Facturation** → DZQM006 à 95,16 € + «PAV» à 0 €

Montant remboursable AMO indiqué dans la FSE = 95,16 €

Identifiant de l'assuré		Identifiant du professionnel	
[blanc]		[blanc]	
Date	Code acte	Taux AMO	Montant remboursable AMO
1607/07	DZQM006(+) PAV	100%	95,16€

## Participation assuré 18€

Modalités de facturation : Logiciels SESAM-Vitale déployés en version 1.40 Addendum 1



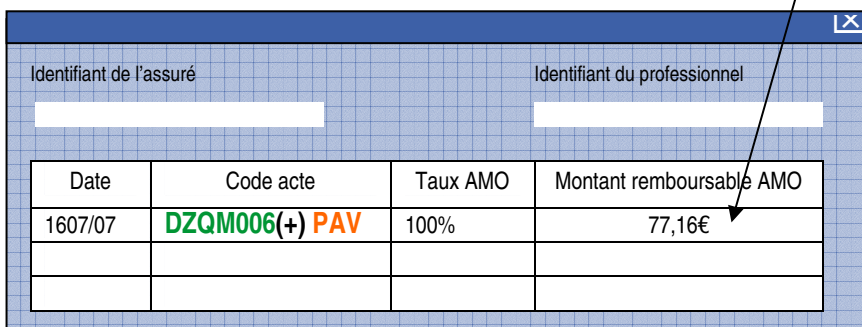
## La facturation avec les versions de logiciels en cours de déploiement SESAM Vitale 1.40 Addendum 2 bis version « Réforme »

La « participation assuré » de 18 euros doit être déduite, selon les modalités proposées par votre éditeur, de la part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) dans la FSE et portée en prise en charge Assurance Maladie Complémentaire dans les cas concernés.

**Exemple :** Echographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques à 95,16 €

**Facturation** → DZQM006 à **95,16 €** + «PAV» à **0 €**

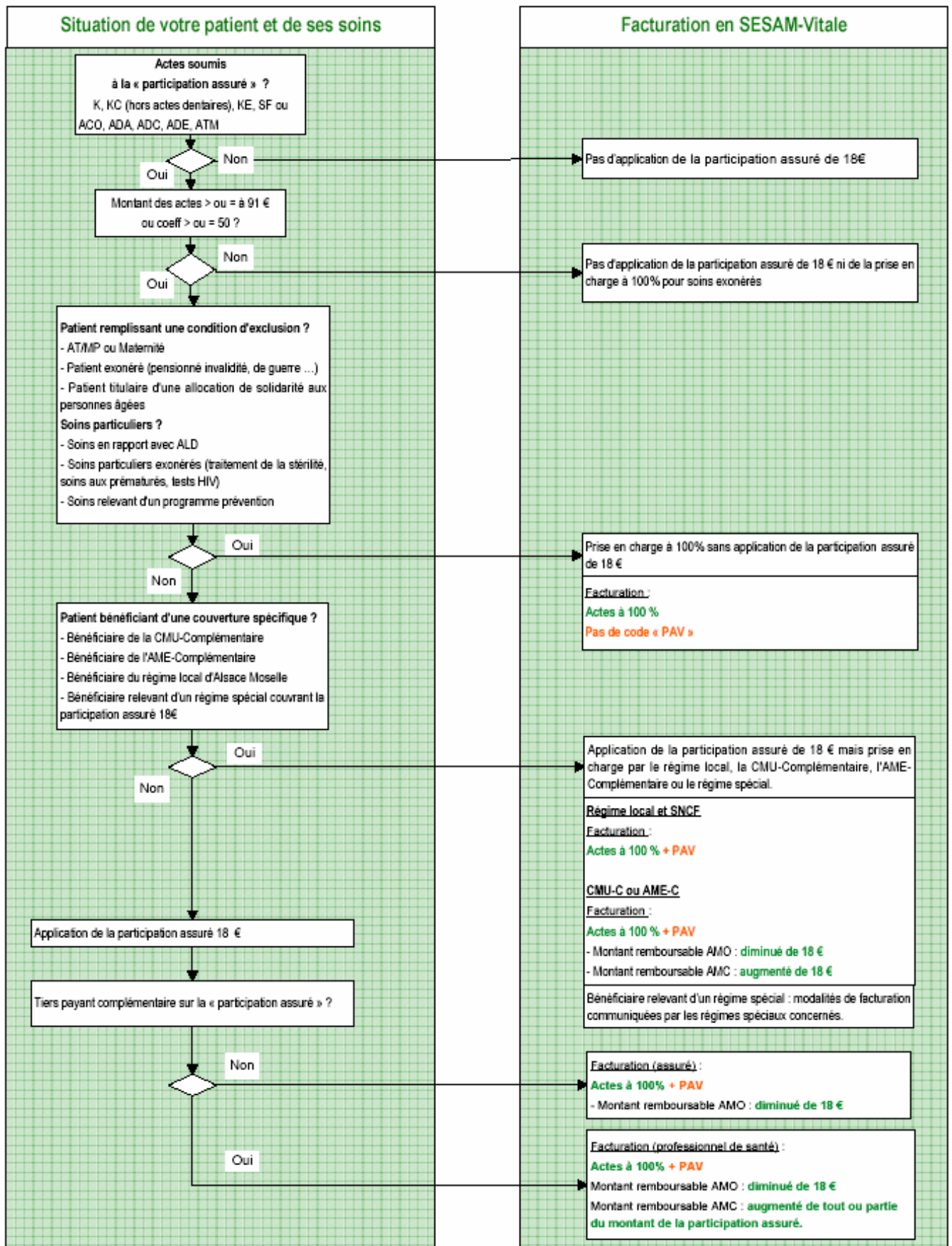
**Montant remboursable AMO indiqué dans la FSE = 95,16 € - 18 € soit 77,16 €**



Date	Code acte	Taux AMO	Montant remboursable AMO
1607/07	DZQM006(+) PAV	100%	77,16€

## Participation assuré 18€

**Modalités de facturation : Logiciels SESAM-Vitale version « Réforme » 1.40 Addendum 2bis  
(en cours de déploiement)**



## **La facturation de la part complémentaire**

---

### **► Contexte de l'évolution pour les organismes d'assurance maladie complémentaire**

Les organismes complémentaires se préparent à traiter ces nouvelles dispositions et adaptent en conséquence leurs systèmes d'information.

Le tiers payant sur la part complémentaire est impacté et en particulier lorsque vous adressez directement votre facture aux complémentaires quelque soit le support :

- Flux papier
- Flux B2
- Flux Vitale 1.40

Les organismes complémentaires ont défini en commun des procédures destinées à faciliter la mise en œuvre de cette mesure.

### **► Règles à respecter**

Les solutions recommandées par les organismes complémentaires s'appuient sur les **principes fondamentaux** suivants :

- Le Professionnel de Santé est réglé par l'organisme complémentaire sur envoi d'une facture comportant les informations minima permettant un traitement et un règlement justifié par l'organisme complémentaire, notamment :
  - montant remboursable AMC renseigné et correct,
  - présence de l'acte générateur de la participation assuré.
- L'organisme complémentaire s'acquitte du montant positionné dans la facture ou la renvoie en rejet au Professionnel de Santé si celle-ci ne comporte pas un montant remboursable AMC correct.

### **► Modalités de mise en œuvre Tiers-payant**

Dans SESAM-Vitale, les organismes complémentaires ne peuvent gérer correctement la participation de l'assuré en Tiers payant qu'à compter du déploiement de la version SESAM Vitale 1.40 Addendum 2 bis version « Réforme » (version 1.40.4), avec des Demandes de Remboursement Electroniques sous le format DRE version 2005.

- **Avec les versions de logiciels antérieures à SESAM Vitale 1.40 Addendum 2 bis version « Réforme »**

Lorsqu'il y a pratique du tiers payant par la complémentaire sur la participation assurée 18 €, le professionnel de santé équipé de ces versions devra **transmettre une facture papier**.

En effet, les montants fournis sur la facture électronique sont alors incorrects : le montant remboursable AMO n'est pas diminué de 18€, le montant remboursable AMC n'est pas augmenté de tout ou partie des 18€ et le code acte informatif PAV a des montants valorisés à zéro.

**La facture papier devra reprendre l'ensemble des éléments nécessaires à son traitement par la complémentaire (Voir le modèle joint) .**

Remarque : Le professionnel de santé peut continuer à transmettre des demandes de remboursement électroniques pour les factures non soumises à la « participation assuré » de 18 euros.

▪ **En versions de logiciels SESAM Vitale 1.40 Addendum 2 bis version « Réforme »**

Lorsqu'il y a pratique du tiers payant par la complémentaire sur la participation assurée 18 €, l'organisme complémentaire réceptionne dans la DRE les informations suivantes :

- Sur une ligne prestation figure l'acte de référence soumis à 18€ avec les caractéristiques suivantes :
  - le taux RO à 100%,
  - un montant remboursable AMO diminué de 18€ (par forçage du montant AMO)
  - le montant remboursable AMC augmenté de tout ou partie des 18€ (selon le contrat complémentaire du bénéficiaire).
- Sur la ligne suivante, un code acte informatif codé PAV trace la présence d'une participation de 18€. Sur cette ligne, la Base de remboursement, le taux RO, le Montant remboursable par l'AMO et le Montant remboursable par l'AMC sont à zéro.

Remarque : Dans cette configuration, le professionnel de santé peut transmettre les DRE dans tous les cas de tiers payant. Cette version est donc recommandée par les organismes complémentaires.

▪ **Cas particuliers**

La grande majorité des organismes complémentaires adapte ses systèmes d'informations afin de pouvoir traiter la participation 18 € en tiers payant au 1/09/2007. Néanmoins il est possible que certains ne pourront être en capacité, à cette date, de gérer cette mesure. Ces organismes feront part de leurs dispositions temporaires par les modes de communication traditionnels.

**Modalités de mise en œuvre en Hors Tiers payant**

Les DRE Hors Tiers payant, quelle que soit la version SESAM Vitale 1.40, permettent de traiter la participation assuré et donc à l'organisme complémentaire de rembourser son adhérent/ assuré

**Demandez à votre éditeur de logiciel, l'évolution réglementaire créant le code prestation « PAV » / Fiche réglementaire N° 041v2 (CDC 1.40)**





ACTES EFFECTUES									
Date des soins	Code Acte (NGAP/CCAM)	Prix unitaire	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Remboursement régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge assuré
						Taux	Montant		
12/01/2007	ADC	150	1	150	150	100%	132	18	0
12/01/2007	PAV	0	0	0	0	0	0	0	0
12/01/2007	ATM	100	1	100	100	100%	100	0	0
TOTAL					250		232	18	0
<p><b>EXEMPLE DE FACTURATION POUR UNE GARANTIE PROPOSANT DU TP SUR LA PART COMPLEMENTAIRE</b>  Remarques : le code prestation informatif PAV doit être situé directement après l'acte générateur des 18€ (c'est-à-dire : acte concerné par la mesure, s'il y a plusieurs actes concernés c'est celui dont le montant est le + élevé de la facture)</p>									

ACTES EFFECTUES									
Date des soins	Code Acte (NGAP/CCAM)	Prix unitaire	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Remboursement régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge assuré
						Taux	Montant		
12/01/2007	ADE	50	1	50	50	100%	32	18	0
12/01/2007	PAV	0	0	0	0	0	0	0	0
12/01/2007	ADI	100	1	100	100	100%	100	0	0
TOTAL					150		132	18	0
<p><b>EXEMPLE DE FACTURATION POUR UNE GARANTIE PROPOSANT DU TP SUR LA PART COMPLEMENTAIRE et un acte ADI</b>  Remarques : l'acte ADI n'est pas concerné par la mesure des 18€, il rentre néanmoins dans le cumul des actes pour le calcul du seuil d'application de la mesure</p>									

ACTES EFFECTUES									
Date des soins	Code Acte (NGAP/CCAM)	Prix unitaire	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Remboursement régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge assuré
						Taux	Montant		
12/01/2007	ADC	150	1	150	150	100%	132	18	0
12/01/2007	PAV	0	0	0	0	0	0	0	0
12/01/2007	ATM	100	1	100	100	100%	100	0	0
12/01/2007	MTD	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL					250		232	18	0
<p><b>EXEMPLE DE FACTURATION POUR UNE GARANTIE PROPOSANT DU TP SUR LA PART COMPLEMENTAIRE DANS LE PARCOURS DE SOINS (ACCES DIRECT SPECIFIQUE)</b>  Remarques : le code prestation informatif PAV doit être situé directement après l'acte générateur des 18€ (c'est-à-dire : acte concerné par la mesure, s'il y a plusieurs actes concernés c'est celui dont le montant est le + élevé de la facture)</p>									