

CONVENTION REFERENCEE : MDV 001- _____

N° de convention à compléter par le n° du Professionnel de Santé attribué par l'Assurance maladie et utilisé pour les échanges Sésam-Vitale (N° FINESS OU ADELI 9 chiffres)

**ACCORD TIERS-PAYANT
FIXANT LES MODALITES D'APPLICATION DU TIERS-PAYANT
DANS LE CADRE DES ECHANGES ELECTRONIQUES ENTRE EMOA MUTUELLE DU
VAR ET UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ**

ENTRE :

EMOA Mutuelle du Var, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 783 169 220, sise 285, rue de la Cauquièrre – CS 60117, 83 184 SIX FOURS LES PLAGES Cedex, représentée par Monsieur POULY Jean-Marc, en sa qualité de Directeur, dûment mandaté,
Ci-après dénommée « **EMOA Mutuelle du Var** »

D'UNE PART,

ET

Raison sociale ou Nom /Prénom :

N° FINESS (Structures) 9 caractères :

Profession :

Spécialité ou domaine d'activité (code et libellé) :

Adresse :

Code Postal Ville

Téléphone : Télécopie :

E-mail (obligatoire) :
.....

Ci-après dénommé(e) « **le Professionnel de Santé** »

D'AUTRE PART,

DEFINITIONS :

La terminologie « accord » ou « convention » est équivalente. Cette dernière terminologie est utilisée dans les cahiers des charges SESAM-Vitale.

- AMC : Organisme d'Assurance Maladie Complémentaire
- AMO : Organisme 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.
- 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 Electronique. 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

Le présent accord de tiers-payant est le résultat des négociations entreprises avec le Professionnel de Santé pour préciser les conditions d'application du tiers payant dans le cadre des échanges électroniques SESAM-Vitale intervenant entre EMOA Mutuelle du Var et lui-même.

CECI EXPOSE, IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1 : OBJET

Le présent accord a pour objet de définir les modalités d'application de la dispense d'avance de frais réalisée sur la part complémentaire prise en charge par EMOA Mutuelle du Var dans le cadre des échanges de flux électroniques SESAM- Vitale entre EMOA Mutuelle du Var et le Professionnel de Santé. Les échanges de flux électroniques émis par le Professionnel de Santé à destination de EMOA Mutuelle du Var 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 : BENEFICIAIRES

Pourront bénéficier de la dispense d'avance de frais sur la part complémentaire les adhérents de EMOA Mutuelle du Var ayant opté pour ce dispositif, ainsi que leurs ayants droit, qui satisfont aux obligations définies à l'article 3 ci-dessous.

ARTICLE 3 : OUVERTURE DES DROITS

Pour l'application de la dispense d'avance de frais, l'adhérent devra en exprimer la demande et obligatoirement justifier auprès du Professionnel de Santé de sa double qualité d'assuré social et d'adhérent en présentant :

- sa carte d'assurance maladie "VITALE" (ou son attestation des droits à la sécurité sociale) qui ne doit pas figurer sur la liste d'opposition des cartes Vitales ;
- sa carte d'adhérent à EMOA Mutuelle du Var en cours de validité à la date des soins.

Pour ce qui concerne la dispense d'avance de frais de la part de l'assurance maladie complémentaire, les informations figurant sur la carte d'adhérent prévalent sur celles qui seront inscrites et mises à jour sur la carte d'assurance maladie « VITALE ».

Le Professionnel de Santé ne peut être tenu responsable des utilisations frauduleuses opérées à son insu par des personnes autres que ses préposés.

ARTICLE 4 : CONDITIONS ET CHAMPS D'APPLICATION

Les conditions d'exécution et de facturation des actes sont définies selon la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les professionnels de santé et les Caisses d'Assurance Maladie Obligatoire, ainsi que par leurs avenants successifs.

Les actes nécessitant une prescription préalable par un Professionnel de Santé pour lesquels aucune prescription n'a été réalisée sont exclus du champ d'application du présent accord.

La dispense d'avance de frais pour la part complémentaire à l'assurance maladie obligatoire s'effectue lorsque :

- l'adhérent en exprime la demande au Professionnel de Santé et lui présente les documents précisés à l'article 3 – OUVERTURE DES DROITS ;
- le Professionnel de Santé engage la procédure de paiement direct pour la part complémentaire, objet du présent accord.

Sont exclues de la garantie de paiement les DRE qui font l'objet :

- d'une opposition de la carte dûment signalée au Professionnel de Santé,
- d'un flux DRE en procédure dégradée,
- d'un forçage des droits, des taux ou des montants.

ARTICLE 5 : MODALITES D'APPLICATION

Le Professionnel de Santé :

- remplit la feuille de soins électronique ;
- perçoit de la part de l'adhérent le montant du reste à charge ;
- transmet à EMOA Mutuelle du Var ou à son centre de gestion une Demande de Remboursement Electronique conformément aux modalités techniques d'échange des DRE décrites en annexes.

Le règlement du Professionnel de Santé s'effectue exclusivement par virement bancaire. Le montant du virement bancaire correspond aux traitements effectués par l'AMC pour un lot de DRE conforme. Le paiement de la part d'assurance complémentaire ne peut faire l'objet d'aucun règlement partiel.

ARTICLE 6 : OBLIGATIONS DES PARTIES

A. 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.

Le Professionnel de Santé s'engage :

- à adresser un relevé d'identité bancaire à EMOA Mutuelle du Var lors de la signature du présent accord en complétant le formulaire d'information en annexe 2 du présent accord et en cas de modification de domiciliation bancaire en désignant si nécessaire un mandataire;
- à transmettre une DRE signée par sa Carte de Professionnel de Santé (CPS) et la carte Vitale du bénéficiaire ;
- télétransmettre les informations de facturation à l'adresse précisée dans la table de convention mises à disposition ou transmises au Professionnel de Santé ;
- 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 remboursées ou non par le régime obligatoire et prises en charge par EMOA Mutuelle du Var.
- à accepter de EMOA Mutuelle du Var un paiement des actes dispensés à ses adhérents et à leurs ayants droit tels que définis à l'article 3 du présent accord ;
- à vérifier la qualité de bénéficiaire du régime d'assurance maladie obligatoire et à accepter les supports d'ouverture de droits délivrés par EMOA Mutuelle du Var (carte Vitale, support papier, carte de tiers payant d'adhérent), 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 données en annexe 1 ;
- à respecter les conditions d'application décrites à l'article 5 - MODALITES D'APPLICATION du présent accord;
- à rembourser la part complémentaire réglée par EMOA Mutuelle du Var lorsque l'adhérent est exonéré du ticket modérateur ou bénéficie d'un remboursement à 100% par sa caisse d'assurance maladie avec un effet rétroactif.

Sur le respect et la sincérité des montants facturés à EMOA Mutuelle du Var conformément aux informations décrites sur les supports de droits décrits à l'article 3 - OUVERTURE DES DROITS - du présent accord :

- à délivrer une facture acquittée à l'adhérent qui se trouve momentanément sans carte d'adhérent (perte, oubli, retard dans le règlement de ses cotisations). Cette facture acquittée, signée par le Professionnel de Santé correspondant au règlement effectué par l'adhérent au Professionnel de Santé, servira de justificatif pour permettre à l'adhérent de se faire rembourser par EMOA Mutuelle du Var ;
- à informer les adhérents des modalités d'application par les moyens les plus appropriés, en vue d'assurer la meilleure application du présent accord ;

B. EMOA Mutuelle du Var

EMOA Mutuelle du Var s'engage :

- en procédure de dispense d'avance de frais, à effectuer le paiement au Professionnel de Santé de la part complémentaire des prestations facturées dans la DRE, à condition qu'elle soit établie sur la base des informations relatives à la couverture maladie obligatoire contenues dans la carte d'assurance maladie et des informations complémentaires contenues dans les supports d'ouverture de droits délivrés par EMOA Mutuelle du Var au moment de la prise en charge par le Professionnel de Santé, sous réserve d'un contrôle par le Professionnel de Santé de la validité (opposition Vitale, période de validité de la carte de tiers payant de l'adhérent) des supports d'ouverture de droits délivrés par l'Assurance Maladie Obligatoire et par EMOA Mutuelle du Var ;
- à rembourser par virement bancaire au Professionnel de Santé ou à son mandataire désigné par le Professionnel de Santé au moment de son adhésion la part d'assurance maladie complémentaire dans un délai de 4 jours ouvrés à compter de l'envoi de l'Accusé de Réception Logique (ARL) positif sous réserve que l'ensemble des conditions nécessaires au paiement soient réunies ;
- à fournir au Professionnel de Santé les références du ou des virements bancaires nécessaires à leur identification dans le flux RSP;
- à laisser le libre choix du Professionnel de Santé à ses adhérents. Toutefois, sans porter atteinte à ce libre choix, EMOA Mutuelle du Var se réserve le droit de communiquer à ses adhérents, à titre d'information, une liste des professionnels de santé avec lesquels il a conclu un accord de tiers payant dans le cadre des échanges de flux électroniques. Les modalités de communication devront être conformes à la réglementation en vigueur;
- 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 ;
- à fournir à ses adhérents des supports d'informations (carte de tiers payant de l'adhérent) comportant les informations minimales décrites dans l'annexe 1 du présent accord;
- à porter le présent accord, ainsi que les modifications qui pourraient y être apportées ultérieurement, à la connaissance de ses adhérents qui le demanderont;
- en vue d'assurer la meilleure application du présent accord, à informer ses adhérents des modalités d'application par les moyens les plus appropriés.

ARTICLE 7 : RESPECT DE LA LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTES »

Les parties du présent accord 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, déformées, endommagées ou que des tiers non autorisés y aient accès.

Elles 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 8 : DATE D'EFFET - DUREE

Le présent contrat prend effet à l'égard de EMOA Mutuelle du Var et du Professionnel de Santé à compter de sa signature et ce pour une durée indéterminée.

ARTICLE 9 : RESILIATION

1. Modalités de résiliation collective de l'accord

a) Résiliation avec préavis par EMOA Mutuelle du Var

EMOA Mutuelle du Var peut 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.

b) Résiliation par le Professionnel de Santé

Le Professionnel de Santé pourra résilier le présent accord à tout moment, sans justification, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à EMOA Mutuelle du Var, 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.

c) Résiliation de plein droit

Le présent accord sera résilié de plein droit, sans préavis ni indemnité, à l'égard de l'ensemble des parties dans les deux cas suivants :

- retrait définitif de l'habilitation pour l'exercice de l'activité du Professionnel de Santé. Le Professionnel de Santé devra immédiatement en informer EMOA Mutuelle du Var, 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 indûment perçues à EMOA Mutuelle du Var.

2. Modalités de résiliation individuelle de l'accord

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 à son encontre, après envoi d'une mise en demeure restée infructueuse pendant un délai de 15 jours.

ARTICLE 10 : CONTROLE

Le Professionnel de Santé signataire donnera toute facilité à EMOA Mutuelle du Var pour l'exercice d'un contrôle éventuel en respectant la réglementation en vigueur sur l'accès aux données médicales à caractère personnel.

EMOA Mutuelle du Var est en droit d'effectuer des rapprochements entre ses remboursements et ceux effectués par l'AMO.

ARTICLE 11 : FORCLUSION – CONTENTIEUX – CONCILIATION – LITIGES

1. Forclusion :

Sous peine de forclusion, les dossiers ou bordereaux doivent être transmis par le Professionnel de Santé au centre de gestion de EMOA Mutuelle du Var, dans un délai maximum de 24 mois à compter de la date des soins. Pour être recevable, toute réclamation portant sur des prestations acceptées ou refusées doit être adressée à EMOA Mutuelle du Var dans un délai de 6 mois à compter du paiement ou du refus (réception de la RSP).

2. Contentieux :

Les contentieux susceptibles de survenir pour l'utilisation abusive ou frauduleuse de la carte d'adhérent de tiers- payant seront engagés par EMOA Mutuelle du Var à l'encontre de l'adhérent concerné.

Cependant les contentieux seront exercés par le Professionnel de Santé lorsqu'ils seront consécutifs à la présentation d'une carte d'adhérent périmée, à une date d'ouverture des droits à EMOA Mutuelle du Var antérieure ou postérieure à la date des actes exécutés, ou pour des actes dont le bénéficiaire n'est pas inscrit sur la carte d'adhérent de EMOA Mutuelle du Var .

3. Conciliation – Litige :

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

ARTICLE 12- ANNEXES

Le présent accord comprend 4 annexes qui en font partie intégrante :

- Annexe 1 : Liste des informations minimum devant être présentes sur le support d'ouverture des droits
- Annexe 2 : Liste des informations minimum devant être présentes sur un support de facturation papier
- Annexe 3 : Annexe technique relative aux modalités techniques d'échanges des Demandes de Remboursements Electroniques

Fait à _____ le _____

EMOA Mutuelle du Var

Le Professionnel de Santé

ANNEXE 1 :

LISTE DES INFORMATIONS DEVANT ETRE PRESENTES A MINIMA DANS LE SUPPORT D'OUVERTURE DES DROITS

Le support d'ouverture des droits (carte Vitale, support papier*) doit comporter à minima les informations suivantes pour chaque bénéficiaire et selon la charte graphique de la carte d'adhérent.

- Identifiant de EMOA Mutuelle du Var (SIREN)
- N° d'adhérent
- Dates de couverture (début et fin des droits)
- Indicateur de traitement
- Eléments d'adressage des flux : Code routage, identifiant de l'hôte et nom de domaine
- Indicateur STS
- Description de la garantie : garanties et taux/montants de couverture.

*Le support papier de EMOA Mutuelle du Var est communément appelé carte d'adhérent.

ANNEXE 2 :

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 à 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, 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 :
 - le cas échéant,
 - Les frais de déplacement,
 - Top prévention commune AMO-AMC,
 - Qualifiant du dispositif de prévention,
 - 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 3 :

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

1. OBJET

La présente annexe concerne les échanges électroniques de Demandes de Remboursements Electroniques émanant des Professionnels de Santé à destination de EMOA Mutuelle du Var et en sens inverse, des retours d'informations électroniques produits par EMOA Mutuelle du Var 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 Remboursements 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, peut signer des conventions d'échanges pour la complémentaire avec les Professionnels de Santé ou leur représentants.

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 convention » 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 accord autorise de fait EMOA Mutuelle du Var 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 EMOA Mutuelle du Var. Si le Professionnel de Santé décide de ne pas appliquer une convention parmi celles proposées par la « table de convention » ou si aucune convention n'est restituée par ladite table, le progiciel 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.

L'alimentation de la table de convention sur le poste de travail du Professionnel de Santé, pour EMOA Mutuelle du Var, 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 EMOA Mutuelle du Var 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 (CND) ;
- 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 OCT.

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 Electronique

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 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.

Le Professionnel de Santé saisit toutes les informations conventionnellement obligatoires que comporte la Demande de Remboursement Electronique.

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 Electronique (FSE) et la Demande de Remboursement Electronique (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 EMOA Mutuelle du Var ,
- 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 EMOA Mutuelle du Var (carte Vitale, support papier : carte de tiers payant de l'adhérent),
- 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 :

- EMOA Mutuelle du Var 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 Electronique avec la carte Vitale,
- Conserve une archive électronique de la Demande de Remboursement Electronique (DRE) pendant une durée identique à la réglementation de la Feuille de Soins Electronique soit actuellement de 90 jours, afin de la mettre à disposition de EMOA Mutuelle du Var 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 aux 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 EMOA Mutuelle du Var, 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 Electroniques

Dans le cas où le Professionnel de Santé n'est pas en mesure d'établir une Demande de Remboursement Electronique *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 Electronique *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 à minima les informations répertoriées en annexe 2.

Dysfonctionnement lors de la transmission des demandes de remboursements électroniques

En cas d'échec de la transmission d'une Demande de Remboursement Electronique, le Professionnel de Santé fait une nouvelle tentative dans les délais prévus.

En cas d'échec de la réémission d'une Demande de Remboursement Electronique 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 Electronique, le Professionnel de Santé établit de sa propre initiative un duplicata sous forme papier de la Demande de Remboursement Electronique. Pour cela, il utilise une demande de remboursement papier contenant à minima les informations répertoriées en annexe 2.

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.