

CONTRAT REGISSANT LES MODALITES DE TIERS PAYANT DE LA PART COMPLEMENTAIRE
CENTRES DE SANTE

Entre

Raison sociale :
Sis au (adresse)

.....
pour le numéro d'identification (numéro de facturation délivré par le régime obligatoire) suivant :

Représenté par :

Civilité : Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Fonction du signataire :

Ci-après dénommé le « **Centre de Santé** » ;

Et

L'Association pour l'amélioration des échanges d'information entre les complémentaires et les professionnels et établissements de santé (Association Inter-AMC), association régie par la loi du 1er juillet 1901, dont le siège social est situé 255, rue de Vaugirard, à Paris 15ème, déclarée à la Préfecture de police de Paris, sous le n°W751230710, et publiée au Journal Officiel le 19 septembre 2015, dûment mandatée par ses membres – ci-après dénommés AMC - et représentée par son Président, Monsieur Pierre FRANÇOIS,

Ci-après dénommée « l'**Association Inter-AMC** » ;

Agissant en son nom et au nom et pour le compte des **AMC** tels que définis ci-après

Ensembles dénommés les « **Parties** » et individuellement la « **Partie** » ;

Fait à Paris, le

**Pour l'Association Inter-AMC
Le Président**

Signature

Je reconnais avoir pris connaissance du présent contrat et en accepter toutes les conditions. En cas d'évolution de ce contrat, les modifications me seront transmises par voie électronique et je pourrai, le cas échéant le résilier. Je peux à tout moment consulter le contrat en vigueur et ses annexes à l'adresse www.tpcomplementaire.fr

Pour le Centre de Santé

L'article 83 de la loi de modernisation de notre système de santé organise le déploiement de la pratique du tiers payant et impose notamment aux organismes d'assurance maladie complémentaire (sociétés d'assurances, institutions de prévoyance et mutuelles) de permettre à leurs assurés de bénéficier, au titre des contrats responsables, du tiers payant complémentaire.

Dans ce contexte, les Centres de Santé auront la possibilité de pratiquer le tiers payant sur la part complémentaire.

L'Association Inter-AMC a été créée à l'initiative des organismes d'assurance maladie complémentaire qui ont souhaité simplifier les échanges d'information et notamment faciliter l'accès des professionnels de santé à un dispositif de tiers payant simplifié et unifié.

Elle regroupe les acteurs de la complémentaire santé en France (fédérations d'organismes d'assurance maladie complémentaire et organismes d'assurance maladie complémentaire, gestionnaires et opérateurs de tiers payant) et reçoit le mandat de ses membres qui s'engagent auprès des Centres de Santé sur les modalités de mise en œuvre du tiers payant complémentaire.

Au vu de ce qui précède, l'Association Inter-AMC propose au Centre de Santé, qui l'accepte, un cadre unifié pour la mise en œuvre du tiers payant complémentaire, selon les modalités décrites ci-après (le « Contrat de Tiers Payant »).

LES PARTIES CONVIENNENT CE QUI SUIT

▲ ARTICLE 1 - DEFINITIONS

Les mots et expressions ci-après mentionnés, qu'ils soient écrits au singulier ou au pluriel, auront la signification suivante dans le présent contrat :

AMC : désigne une société d'assurance, une institution de prévoyance, une mutuelle, un organisme délégataire de gestion des prestations santé ou opérateur de tiers payant, identifié par un numéro d'AMC sur l'Attestation remise au Bénéficiaire, et pour lequel l'Association Inter-AMC a reçu mandat de conclure le Contrat de Tiers Payant, en son nom et pour son compte.

Attestation : désigne l'attestation de tiers payant complémentaire remise par l'AMC au Bénéficiaire et comportant notamment des informations d'identification normalisées.

Bénéficiaires : désigne les personnes physiques bénéficiant d'une couverture complémentaire santé, ainsi que leurs ayants droits, à qui le service de tiers payant est proposé par un AMC.

Portail de Services Inter-AMC : désigne l'interface informatique mise à disposition du Centre de Santé par l'Association Inter-AMC, à partir de laquelle il peut s'inscrire et signer le Contrat de Tiers Payant, consulter et mettre à jour les informations le concernant et recevoir les éléments techniques nécessaires au bon fonctionnement du tiers payant.

Référentiel Technique : désigne l'ensemble des cahiers des charges, référentiels d'échanges et standards publiés par l'Association Inter-AMC pour unifier les procédures de mise en œuvre du tiers payant complémentaire.

▲ ARTICLE 2 - OBJET

Le Contrat de Tiers Payant a pour but d'organiser la procédure de délégation de paiement commune à tous les AMC et de garantir au Centre de Santé le remboursement des dépenses engagées par les Bénéficiaires au titre de leur couverture complémentaire, dans les conditions ci-après.

▲ ARTICLE 3 - CHAMP D'APPLICATION

Le Contrat de Tiers Payant concerne les actes et prestations de soins de ville, remboursables par le régime obligatoire, réalisés par le Centre de Santé au profit d'un Bénéficiaire.

Le tiers payant complémentaire s'applique à tous les Bénéficiaires de chacun des AMC et porte sur tout ou partie de la part laissée à la charge du Bénéficiaire après intervention du régime obligatoire, dans la limite indiquée par l'AMC au Centre de Santé dans les conditions décrites à l'annexe technique.

Le Contrat de Tiers Payant s'adresse à l'ensemble des Centres de Santé disposant d'un logiciel conforme aux prérequis mentionnés à l'annexe technique. Il peut être complété par des dispositions spécifiques à chaque AMC proposées par ailleurs au Centre de Santé. N'entre pas dans le champ du présent Contrat de Tiers Payant l'activité dentaire du Centre de Santé qui fait l'objet d'un contrat spécifique.

▲ **ARTICLE 4 - PARTIES**

L'Association Inter-AMC conclut le présent Contrat de Tiers Payant en son nom et au nom et pour le compte de chacun des AMC.

Ainsi, par son adhésion à ce Contrat de Tiers Payant, le Centre de Santé contractualise avec chacun des AMC dont la liste est régulièrement mise à jour et mise à disposition par l'Association Inter-AMC. La liste des AMC à la date des présentes figure en annexe.

▲ **ARTICLE 5 - PROCEDURE DE TIERS PAYANT**

Pour chaque Bénéficiaire, la procédure de tiers payant suivante s'applique, pour chaque prestation comme suit :

- Le Bénéficiaire présente au Centre de Santé son support de droits au régime obligatoire, son Attestation en cours de validité et la prescription médicale lorsque cela est nécessaire;
- Le Centre de Santé s'assure de la concordance des informations fournies par le Bénéficiaire (NIR, nom, prénom, date de naissance) sur ces deux supports, de l'ouverture des droits et, le cas échéant, de la validité de la prescription ;
- Le Centre de Santé applique le tiers payant complémentaire à partir des informations communiquées par l'AMC, et selon les modalités techniques à sa disposition. Il s'adresse au Bénéficiaire pour obtenir le paiement de l'éventuel reste à charge ;
- Le Centre de Santé adresse une demande de remboursement à l'AMC sur la part complémentaire ;
- L'AMC règle au Centre de Santé la part complémentaire, par virement, sur le compte indiqué par ce dernier.

Les modalités techniques de mise en œuvre de cette procédure sont décrites dans l'annexe technique, qui fait partie intégrante du présent article.

Celle-ci précise notamment les conditions dans lesquelles ces modalités techniques sont intégrées automatiquement dans le logiciel du Centre de Santé.

▲ **ARTICLE 6 - ENGAGEMENTS DE L'AMC**

Afin de garantir le fonctionnement de la procédure de tiers payant, chacun des AMC accepte la mise en œuvre de la délégation de paiement et prend les engagements suivants :

→ **6.1. Conformité technique**

Chaque AMC s'engage à mettre en œuvre le Référentiel Technique publié par l'Association Inter-AMC.

Chaque AMC s'engage à faire évoluer son système d'information en fonction de la réglementation et de l'évolution du Référentiel Technique publié par l'Association Inter-AMC.

→ **6.2. Garantie de paiement**

Chacun des AMC garantit au Centre de Santé le paiement de la part complémentaire, sous réserve de l'application du tiers payant sur la part obligatoire.

La garantie de paiement du Centre de Santé est obtenue, après vérification des droits et calcul de la part complémentaire, qui font l'objet d'une interrogation en ligne réalisée automatiquement par le logiciel du Centre de Santé.

En cas d'impossibilité pour le Centre de Santé de réaliser une vérification des droits, chacun des AMC garantit au Centre de Santé le paiement de la part complémentaire sur la base des informations figurant sur l'Attestation présentée par le Bénéficiaire dans les conditions de la procédure décrite à l'article 5 du présent Contrat de Tiers Payant.

→ 6.3. Délai et modalités de paiement

L'AMC émet un virement à destination du Centre de Santé dans un délai maximal de sept (7) jours ouvrés suivant la réception par l'AMC d'une demande de remboursement dématérialisée conforme. Ce délai est porté à vingt (20) jours ouvrés en cas de demande de remboursement papier.

Le règlement s'effectuera sur le compte bancaire dont les coordonnées bancaires ont été indiquées par le Centre de Santé.

Le Bénéficiaire est déchargé de son obligation de payer le Centre de Santé à hauteur du montant de la part complémentaire payé par l'AMC.

→ 6.4. Autres engagements

Chacun des AMC s'engage à ne pas redemander au Centre de Santé les informations que celui-ci a communiquées à l'Association Inter-AMC.

Chacun des AMC s'engage à prendre en compte tout changement d'information communiqué par le Centre de Santé sur le Portail de Services Inter-AMC dans un délai maximum de cinq (5) jours ouvrés.

Les demandes de remboursement non conformes feront l'objet d'un rejet motivé.

▲ ARTICLE 7 - ENGAGEMENTS DU CENTRE DE SANTE

Afin de bénéficier du tiers payant et de la garantie de paiement fournie par chacun des AMC, le Centre de Santé prend les engagements suivants :

→ 7.1. Procédure

Le Centre de Santé s'engage à ne procéder à une demande de remboursement qu'après avoir effectué la prestation de soins objet de la demande.

Le Centre de Santé s'engage à respecter la procédure décrite à l'article 5 du présent Contrat de Tiers Payant, laquelle conditionne l'activation de la garantie de paiement de la part complémentaire par l'AMC.

→ 7.2. Délai d'émission de la demande de remboursement

Le Centre de Santé adresse la demande de remboursement dématérialisée conformément à la procédure décrite à l'article 5 du présent Contrat de Tiers Payant.

L'utilisation de la procédure de télétransmission exonère le Centre de Santé de l'expédition de tout document papier, le paiement se fondant sur les éléments reçus par télétransmission.

A défaut, la demande de remboursement pour la part complémentaire peut être présentée dans la limite maximum de deux (2) ans à compter de la date des soins.

En cas de cessation d'activité, le Centre de Santé s'engage à adresser à l'AMC ses demandes de remboursement relatives à des actes et prestations de soins réalisées antérieurement à la date de cessation de son activité au plus tard dans un délai de deux (2) ans suivant la date des soins.

→ 7.3. Trop-perçus

En cas de trop-perçu, le Centre de Santé s'engage à informer l'AMC et à procéder au remboursement de la somme dans les meilleurs délais.

L'AMC peut exercer une action en remboursement des trop-perçus et des sommes versées à tort au Centre de Santé, pendant un délai de 5 ans à compter du jour où l'AMC a pris connaissance ou aurait dû avoir connaissance du trop-perçu.

→ 7.4. Mise à jour des informations

Le Centre de Santé est responsable des informations le concernant et veille à leur mise à jour. Il informe l'Association Inter-AMC de tout changement administratif (coordonnées, coordonnées bancaires, boîtes à lettres électroniques etc...) ou situation de cessation d'activité, via les outils d'interlocution mis à sa disposition par le Portail de Services Inter-AMC.

→ 7.5. Circuit de facturation

Si des conventions de télétransmission de type NOEMIE sont conclues par l'AMC avec les Organismes d'Assurance Maladie Obligatoire, celles-ci ne pourront en aucun cas servir de base aux règlements de la part complémentaire au Centre de Santé, dans le cadre du présent Contrat de Tiers Payant.

▲ ARTICLE 8 - ENGAGEMENTS DE L'ASSOCIATION INTER-AMC

Dans l'objectif de simplification des échanges relatifs à la mise en œuvre du tiers payant complémentaire, l'Association Inter-AMC prend les engagements suivants :

→ 8.1. Référentiel technique

L'Association Inter-AMC élabore et publie le Référentiel Technique applicable par chacun des AMC.

→ 8.2. Services à destination des Centres de Santé

L'Association Inter-AMC s'engage à tenir à jour et mettre à disposition du Centre de Santé la liste des AMC concernés par le présent contrat, selon les modalités définies en annexe technique. Cette liste est mise à disposition du Centre de Santé sur le Portail de Services Inter-AMC à l'adresse www.tpcplementaire.fr.

L'Association Inter-AMC met à disposition des éditeurs de logiciels Centres de Santé un dispositif leur permettant de contrôler la conformité de leur système d'information au Référentiel Technique.

L'Association Inter-AMC met à la disposition du Centre de Santé un espace abonné sécurisé lui permettant de modifier ses informations personnelles, lorsque son équipement le permet.

▲ ARTICLE 9 - CONTACT AMC

En complément des dispositifs d'assistance proposés par les AMC, l'Association Inter-AMC met à disposition du Centre de Santé une assistance centralisée (point de contact inter-AMC), accessible depuis un numéro d'appel unique communiqué sur le Portail de Services Inter-AMC.

▲ ARTICLE 10 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

10.1. Le Centre de Santé est informé que les données à caractère personnel le concernant sont traitées pour les finalités suivantes :

- la création et la mise à jour d'un fichier des Centres de Santé qui ont conclu un Contrat de Tiers Payant, dont le responsable de traitement est l'Association Inter-AMC ;
- la mise en œuvre du tiers payant complémentaire, dont chacun des AMC est responsable de traitement.

L'Association Inter-AMC et chacun des AMC s'engagent à ne faire aucune utilisation commerciale des données à caractère personnel concernant le Centre de Santé.

10.2. Le Centre de Santé est informé que les données à caractère personnel le concernant (le nom, le prénom, l'adresse, le numéro d'inscription au répertoire partagé des professionnels de santé, ses coordonnées bancaires), qu'il communique à l'Association Inter-AMC, ne sont recueillies que pour la gestion du présent Contrat de Tiers Payant et pour la mise en œuvre du tiers payant par les AMC à qui elles seront communiquées.

Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés, le Centre de Santé dispose d'un droit d'accès, d'opposition pour motif légitime, de suppression et de rectification sur la totalité des informations communiquées le concernant dans le cadre du présent Contrat de Tiers Payant. Le Centre de Santé peut exercer ces droits vis-à-vis de l'Association Inter-AMC à l'adresse mentionnée dans l'onglet mentions légales du Portail de Services Inter-AMC, et vis-à-vis de chacun des AMC, sur les sites indiqués sur le Portail de Services Inter-AMC dont l'adresse est la suivante : www.tpcplementaire.fr.

En tout état de cause, le Centre de Santé peut à tout moment accéder et modifier les informations le concernant en se connectant à l'espace abonné sécurisé du Portail inter-AMC ou en appelant le point de contact inter-AMC s'il n'a pas accès à cet espace.

10.3. Le Centre de Santé s'engage à prendre toutes précautions utiles afin de préserver la confidentialité et la sécurité des données à caractère personnel collectées pour les besoins de la mise en œuvre du tiers payant.

Le Centre de Santé utilisant les services d'un organisme concentrateur technique (OCT) qui intervient sous sa responsabilité doit s'assurer que celui-ci est en conformité avec les obligations de la loi Informatique et libertés à laquelle il est soumis et qu'il ne doit, en particulier, réaliser aucun stockage ni traitement sur les données concernant les droits des assurés complémentaires qui lui ont été transmises à destination des Centres de Santé.

▲ ARTICLE 11 - PRISE D'EFFET, DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT

11.1. Le présent Contrat de Tiers Payant est conclu pour une durée indéterminée et prend effet à compter de sa signature.

La délégation de paiement peut commencer à être mise en œuvre après un délai maximum de cinq (5) jours à compter de la réception par le Centre de Santé de la confirmation, par voie électronique, de son adhésion au présent Contrat de Tiers Payant.

11.2. Le Contrat de Tiers Payant pourra être résilié :

- A tout moment par chacune des Parties, sous réserve du respect d'un préavis de trois (3) mois après notification par lettre recommandée avec avis de réception ;
- En cas de manquements graves et répétés du Centre de Santé à ses obligations, par l'AMC ayant constaté ces manquements, sous réserve du respect d'un préavis d'un (1) mois après notification par lettre recommandée avec avis de réception adressée au Centre de Santé, préalablement mis en demeure de présenter ses observations.

Dès lors qu'un AMC n'apparaît plus dans la liste des AMC, pour quelque raison que soit, le Contrat de Tiers Payant avec cet AMC est considéré comme résilié automatiquement et immédiatement à compter de la date de mise à jour de ladite liste.

La cessation d'activité du Centre de Santé entraîne la résiliation automatique et immédiate du présent Contrat de Tiers Payant à compter de la date de ladite cessation d'activité. Pour les actes et prestations de soin réalisés avant la date de cessation d'activité, le présent Contrat de Tiers Payant continuera de s'appliquer dans les mêmes délais et conditions que ceux mentionnés à l'article 7.2 §3.

11.3. En cas de modification des règles de remboursement par le régime obligatoire ou de modification du cadre conventionnel, législatif ou réglementaire, le présent Contrat de Tiers Payant pourra être modifié par l'Association inter-AMC, avec accord du Centre de Santé, ou résilié sans préavis. Le Centre de Santé en est alors immédiatement informé.

11.4. Chaque partie s'engage à respecter la confidentialité de la raison de la cessation de la pratique du tiers payant et à n'en faire aucune publicité.

▲ ARTICLE 12 - MODALITES JURIDIQUES APPLICABLES AUX CONVENTIONS EXISTANTES

Le présent Contrat de Tiers Payant annule et remplace les conventions de tiers payant précédemment conclues entre les AMC et les Centres de Santé, pour les clauses ayant le même objet. Toutes les autres clauses de ces conventions restent valables.

Chaque AMC peut conclure avec le Centre de Santé une convention additionnelle afin de proposer des services supplémentaires ou complémentaires au Contrat de Tiers Payant.

▲ ARTICLE 13 - CONTESTATION RELATIVE A UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

L'AMC peut, après en avoir informé le Centre de Santé, procéder à tout contrôle afférent à un règlement qu'il a effectué.

Le Centre de Santé et l'AMC font leur affaire de tout litige ou contestation concernant une demande de remboursement ou un règlement.

L'Association Inter-AMC doit être tenue indemne de toute demande ou réclamation relative au règlement d'une demande de remboursement.

▲ ARTICLE 14 - CONCILIATION AMIABLE

Les Parties s'engagent à chercher une solution amiable sur tous les différents relatifs au présent Contrat de Tiers Payant qui les opposeraient.

En cas d'échec, les Parties auront recours aux tribunaux compétents.

Annexe Technique

Modalités techniques du dispositif de tiers payant

Cette annexe au Contrat régissant les modalités techniques de tiers payant de la part complémentaire décrit les modalités techniques applicables à la procédure de tiers payant entre l'AMC et le Centre de Santé, et en particulier les conditions dans lesquelles le Centre de Santé bénéficie de la garantie de paiement sur la part complémentaire mentionnée à l'article 6 du présent Contrat.

A1-Définitions

Les définitions suivantes complètent celles de l'Article 1 du Contrat.

Les mots et expressions ci-après mentionnés, qu'ils soient écrits au singulier ou au pluriel, auront la signification suivante :

Tables : désigne les tables techniques nécessaires au fonctionnement du tiers payant, et en particulier, les tables de conventions SESAM-Vitale nécessaires au fonctionnement du dispositif de facturation SESAM-Vitale telles que décrites dans les cahiers des charges publiés par le GIE SESAM-Vitale. Les tables de conventions sont en particulier utilisées par le logiciel du Centre de Santé pour émettre des Demandes de Remboursement Electronique (DRE).

Mode Nominal : désigne le mode de fonctionnement cible du tiers payant AMC lorsque le Centre de Santé et l'AMC disposeront d'un système d'information conforme au Référentiel Technique et permettant au Centre de Santé de disposer d'une procédure automatisée.

Mode Transitoire : désigne le mode de fonctionnement du tiers payant AMC lorsque le Centre de Santé et/ou l'AMC ne disposent pas encore d'un système d'information conforme au Mode Nominal.

Dispositif Identification Droits Bénéficiaires (IDB) : désigne les échanges normés d'informations temps réel, entre le logiciel du Centre de Santé et l'AMC, dont les règles de mise en œuvre figurent dans le Référentiel Technique après sa publication par l'Association Inter-AMC.

A2-Equipement du Centre de Santé

Le Centre de Santé dispose d'un équipement placé sous son entière responsabilité, doté en particulier d'un logiciel de son choix satisfaisant aux critères suivants :

- En Mode Nominal, il lui permet de dématérialiser les échanges d'informations avec les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Ce logiciel doit être :
 - Agréé par le Centre National de Dépôt et d'Agrément (CNDA), pour la partie facturation SESAM-Vitale, ainsi que pour les services propres aux AMC (dispositif IDB, lecture du Code Datamatrix normalisé), dont l'intégration doit être conforme au Référentiel Technique.
- En Mode Transitoire, ce logiciel doit être agréé par le CNDA, pour la transmission des demandes de remboursement dématérialisées vers l'AMC.

Le logiciel du Centre de Santé est par ailleurs conforme au Référentiel Technique pour l'accès intégré au Portail de Services Inter-AMC.

Le Centre de Santé doit également être doté d'une carte de la famille CPx (CPE, CDE, CPS) telle que prévue à l'article L. 161-33 du Code de la sécurité sociale.

A3-Equipement de l'AMC

Les AMC et leurs opérateurs techniques ont un système d'information conforme au cahier des charges SESAM-Vitale et au Référentiel Technique selon leur mode de fonctionnement, nominal ou transitoire.

A4-Echanges de données électroniques

Pour ses échanges avec l'AMC ou son opérateur le Centre de Santé peut recourir à un Organisme Concentrateur Technique (OCT) auquel il est abonné. L'OCT sélectionné est placé sous la responsabilité du Centre de Santé.

A5-Modalités d'application du tiers payant - MODE NOMINAL

a) Présentation de l'Attestation et du support de droits au régime obligatoire

Le Centre de Santé demande au Bénéficiaire de lui présenter son Attestation accompagnée de son support de droits au régime obligatoire (carte Vitale)

Le Centre de Santé, ou son logiciel, interroge, si nécessaire, le service Acquisition Des droits Réels (ADR ou ADRI) de l'Assurance Maladie pour compléter ou mettre à jour les informations de l'Assurance Maladie concernant le Bénéficiaire.

Le Centre de Santé s'assure de la concordance des informations fournies par le Bénéficiaire sur ces deux supports (nom, prénom, date de naissance).

b) Acquisition des informations d'identification AMC

A la première visite, ou lors d'un changement de situation du Bénéficiaire, le Centre de Santé enregistre dans son logiciel les informations d'identification de l'AMC et du Bénéficiaire présentes sur l'Attestation (le « N° AMC », le « Type de Convention », et lorsqu'ils sont renseignés, le « N° adhérent » et le « Critère Secondaire »).

S'il est équipé pour ce faire, ces éléments peuvent être récupérés directement à partir du code Datamatrix figurant sur l'Attestation.

La présentation de ces informations sur l'Attestation, est conforme au Référentiel Technique.

Son logiciel vérifie que l'AMC est bien signataire du présent Contrat de Tiers Payant.

c) Identification des Droits Bénéficiaires (IDB)

Le logiciel du Centre de Santé interroge automatiquement le service en ligne « IDB » de l'AMC pour vérifier et acquérir, en temps réel, les informations des droits AMC du Bénéficiaire.

Cette interrogation porte en particulier, sur les informations d'identification de l'AMC, du Bénéficiaire et du contexte des actes pour lesquels il interroge l'AMC.

L'AMC adresse une réponse contenant les informations sur les droits du Bénéficiaire et des consignes pour le calcul de la part complémentaire par son logiciel :

- Confirmation de l'existence d'une couverture complémentaire auprès de l'AMC pour le Bénéficiaire identifié, au jour de la date des soins.
- Expression des modalités de calcul de la part complémentaire prise en charge en tiers payant,
- Un numéro d'engagement attribué par l'AMC, identifiant sa réponse et l'engageant pour les informations fournies.

Si la réponse de l'AMC indique que les droits ne sont pas ouverts pour ce Bénéficiaire à la date des soins, la délégation de paiement n'est pas applicable, le Centre de Santé s'adresse à son patient pour obtenir le paiement de la part complémentaire.

d) Calcul de la part complémentaire prise en charge en tiers payant par l'AMC

Si les droits sont ouverts pour le Bénéficiaire au jour de la prestation de soins, le logiciel du Centre de Santé calcule la part complémentaire correspondante aux actes et soins réalisés, en respectant les modalités de calcul fournies par la réponse du service IDB.

En saisissant dans son logiciel les actes réalisés, le Centre de Santé obtient, via son logiciel, le montant de la part complémentaire pris en charge en tiers payant par l'AMC :

- Par un calcul effectué localement sur la base des formules et taux mentionnés acte par acte par la réponse au service IDB, ou

- Par interrogation en ligne de l'AMC (CLC), lui fournissant le montant calculé ainsi qu'un numéro d'engagement l'engageant pour le montant calculé. Le logiciel du Centre de Santé calcule, le cas échéant le montant du reste à charge de son patient.

e) Facturation

Le logiciel du Centre de Santé transmet une demande de remboursement dématérialisée à l'AMC ou à son opérateur technique, conforme aux obligations du cahier des charges SESAM-Vitale.

La demande de remboursement dématérialisée contient le numéro d'engagement communiqué par l'AMC, dans sa réponse au service en ligne ayant permis d'élaborer le calcul de la part complémentaire prise en charge en tiers payant.

f) Paiement et retour de paiement

Le paiement des demandes de remboursement acceptées est effectué par l'AMC ou son opérateur, par virements sur le compte préalablement indiqué par le Centre de Santé, Le Centre de Santé peut à tout moment modifier cette information dans les conditions indiquées à l'article A10 de la présente annexe technique.

Le logiciel du Centre de Santé reçoit un bordereau électronique de paiement conforme au cahier des charges SESAM-Vitale, précisant notamment, la date comptable d'émission du virement par l'AMC ou son opérateur, la liste des demandes de remboursement payées par ce virement, le libellé du virement communiqué par l'AMC à sa banque lors de l'opération bancaire, le cas échéant, les demandes de remboursement dont le paiement a été refusé, complétées d'un libellé explicite du motif de rejet.

Ces éléments permettent au logiciel du Centre de Santé de proposer un suivi des factures et des paiements conforme au cahier des charges SESAM-Vitale.

g) Conditions techniques d'application de la garantie de paiement

L'application de la garantie de paiement par l'AMC est conditionnée par les éléments suivants :

- La carte Vitale du Bénéficiaire est présente ;
- La prestation a fait l'objet d'une demande d'acquisition des droits auprès de l'AMC, telle que décrite ci-dessus (IDB), laquelle a fait l'objet d'une acceptation de l'AMC ;
- Les informations mentionnées ci-dessus sont présentes dans les flux échangés ;
- Le Centre de Santé ne force pas les montants AMO fournis par son logiciel agréé ;
- Les éléments déclarés par le Centre de Santé dans la demande de remboursement sont identiques à ceux déclarés à l'AMC dans les échanges préalables avec celui-ci (IDB et calcul de la part complémentaire) ;
- Les actes et montants facturés dans la demande de remboursement sont ceux présentés en calcul à l'AMC. Le montant facturé est celui indiqué par l'AMC, soit par un calcul en ligne, soit par un calcul en local en application des taux et formules indiqués par l'AMC. Ces montants ne sont pas modifiés par le Centre de Santé ;
- Le contexte et la date des soins, l'identification du Bénéficiaire et du Centre de Santé, présentés lors de l'identification bénéficiaire et, le cas échéant du calcul, sont identiques à ceux présentés en remboursement dans la demande de remboursement transmise à l'AMC ;
- Le calcul de la part AMC est exécuté conformément au Référentiel Technique ;
- Les soins sont effectués à la date déclarée lors des étapes décrites ci-dessus ;
- La FSE émise à destination de l'AMO comporte les indicateurs d'application du tiers payant complémentaire

h) Incident technique d'appel à IDB

Dans le cas où le logiciel du Centre de Santé n'a pu accéder au service IDB de l'AMC, la garantie de paiement peut être accordée, exceptionnellement, sur la base des informations figurant sur l'Attestation valide au jour des soins, lorsque celle-ci comporte la formule et le taux de calcul applicables pour le domaine de soins concerné.

Pour l'application de cette garantie, le logiciel du Centre de Santé renseigne automatiquement la demande de remboursement d'une mention explicite de cette impossibilité survenue après avoir effectué les tentatives nécessaires d'accès au service IDB de l'AMC.

A6-Modalités d'application du tiers payant - Mode Transitoire

Lorsque le Centre de Santé n'est pas encore équipé du dispositif IDB, conforme au Référentiel Technique, ou lorsque l'AMC n'est pas encore équipé du même dispositif, le tiers payant sur la part complémentaire peut être pratiqué par le Centre de Santé sur la base des informations figurant sur l'Attestation présentée par le Bénéficiaire.

Les conditions mentionnées au A5-h) s'appliquent.

A7 - Demande de remboursement papier

Lorsque le Centre de Santé n'est pas en mesure d'adresser des demandes de remboursement dématérialisées à l'AMC, il peut lui adresser des demandes de remboursement papier, selon les modalités précisées par l'AMC.

Le N° de la demande de remboursement est alors identique à celui de la feuille de soins.

Le Centre de Santé est informé des paiements ou des rejets effectués par l'AMC par les voies d'informations mises à disposition par l'AMC.

A8-Informations adressées à la complémentaire

Les échanges d'informations adressées directement par le Centre de Santé à l'AMC sont décrits dans le Référentiel Technique et respectent en particulier les règles suivantes :

- Les échanges dématérialisés sont sécurisés par la carte CDE/CPE du Centre de Santé ; la demande de remboursement dématérialisée est sécurisée par la carte Vitale tel que prévu dans le cahier des charges SESAM-Vitale ;
- L'ensemble des flux comporte notamment les informations suivantes :
 - Les informations d'identification de l'AMC (N° AMC, TypConv, CSR) ;
 - Les informations d'identification du Bénéficiaire, figurant sur la carte Vitale, éventuellement mises à jour ou complétées par l'appel au service ADR de l'Assurance Maladie, (NIR ouvrant-droit, date et rang de naissance, NIR bénéficiaire si celui-ci est fourni par l'organisme obligatoire, codes régime et caisse assurance maladie) et celles figurant sur l'Attestation, éventuellement mises à jour par l'appel au service IDB ;
 - Les informations concernant le Centre de Santé (Nom du Centre de Santé et numéro d'identification (numéro de facturation délivré par le régime obligatoire lequel est déclaré préalablement dans le présent Contrat de Tiers Payant)) ainsi que, le cas échéant, la situation conventionnelle du professionnel. et sa situation au regard du Contrat d'Accès aux Soins ;
 - Les informations concernant le contexte des soins renseignées par le professionnel de santé :
 - ▶ Si applicable, la situation au regard du parcours de soins ;
 - ▶ La date des soins ;
 - ▶ Pour les médecins, la date d'accident de droit commun
- Les flux de calcul et de remboursement comportent obligatoirement, en plus des informations ci-dessus :
 - Le total de la dépense réelle, (part du régime obligatoire, part à rembourser par l'AMC en tiers payant et reste à charge du Bénéficiaire) ;
 - Pour chaque acte de soins :
 - ▶ Date d'exécution des actes de soins;
 - ▶ Code des actes effectués, coefficient, prix unitaire et quantité ;
 - ▶ Le montant de la dépense réelle, le taux de participation du régime obligatoire, le montant du remboursement du régime obligatoire et le montant à rembourser par l'AMC ;

- Pour la demande de remboursement, le Numéro et la date de la demande de remboursement, et en mode nominal, le numéro d'engagement retourné par l'AMC dans sa dernière réponse, la nature de pièce justificative des droits.

A9-Mise à jour des Tables

Le logiciel du Centre de Santé doit disposer des Tables nécessaires au fonctionnement des services en ligne et du tiers payant.

En mode transitoire, le Portail de Services Inter-AMC met à disposition du logiciel du Centre de Santé les tables de conventions SESAM-Vitale des organismes complémentaires, par l'envoi des « fichiers normés » sur la boîte à lettre électronique indiquée par le Centre de Santé lors de son inscription. Le logiciel du Centre de Santé doit avoir préalablement paramétré le Portail comme « émetteur de confiance » conformément aux spécifications de SESAM-Vitale.

En mode nominal, la mise à jour des Tables peut être assurée par l'éditeur du logiciel du professionnel de santé si une clause le prévoit ainsi dans le contrat le liant au professionnel de santé.

Ces Tables sont mises à jour par le Portail de Services Inter-AMC autant que nécessaire et à chaque évolution touchant un AMC.

A10-Informations concernant le Centre de Santé

Lors de la procédure d'inscription, via le Portail de Services Inter-AMC, le Centre de Santé renseigne les informations le concernant qui sont indispensables à la mise en œuvre du tiers payant AMC.

Il fournit notamment :

- ses identifiants (numéro de facturation) utilisés pour sa facturation AMO-AMC et qui figurent dans Carte de Directeur d'Établissement (CDE);
- ses coordonnées postales ;
- ses coordonnées bancaires précisant le compte sur lequel les règlements réalisés par virement par les AMC lui seront versés ;
- les données de contact nécessaires au bon fonctionnement du tiers payant.

Le Centre de Santé peut à tout moment modifier les renseignements le concernant, en se connectant sur le Portail de Services inter-AMC à son espace abonné sécurisé, à défaut en les communiquant auprès du point de contact Inter-AMC.

L'ensemble des informations administratives concernant le Centre de Santé est transmis aux AMC.

A défaut d'accès au Portail de Services Inter-AMC le Centre de Santé communique ces informations au point de contact mis à sa disposition.

A11-Publication des cahiers des charges applicables au Référentiel Technique

L'Association Inter-AMC publie le Référentiel Technique applicable à la mise en œuvre du Contrat de Tiers Payant. Le GIE SESAM-Vitale relaie cette information auprès des éditeurs de logiciel des Centres de Santé.

En cas d'évolution nécessaire, le Centre de Santé en sera informé via sa boîte à lettre « de contact ».

Annexe Liste des AMC

La liste des AMC ayant donné mandat à l'Association Inter-AMC est disponible sur le site www.tpcomplementaire.fr (liste des AMC&OTP)