

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
12/09/95

Origine :
CABDIR

MMES et MM les Directeurs

des CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE

Réf. :
CABDIR n° 10/95

Plan de classement :

118						
-----	--	--	--	--	--	--

Objet :

ECHANGES DE L'IMAGE-DECOMPTE AVEC LES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES.

Pièces jointes :

0	7
---	---

Liens :

Date d'effet :

Dossier suivi par :

Téléphone :

Date de Réponse :

L.LE NEVE-RICORDEL - M. WESTEEL

42.79.33.02 - 20.42.34.11

@

Cabinet Du Directeur

12/09/95
Origine :
CABDIR

MMES et MM les Directeurs
des CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE

N/Réf. : CABDIR n° 10/95

Objet : Echanges de l'image-décompte avec les organismes complémentaires.

Ces dernières années, les relations entre les Caisses Primaires d'Assurance Maladie et les Organismes Complémentaires se sont considérablement développées et ont permis de rendre un meilleur service à l'assuré.

Cependant, la mise en place de ces échanges ainsi que les tarifications observées ont mis en évidence des différences très sensibles d'une région à l'autre.

C'est pourquoi, dans le but d'une généralisation et d'une uniformisation de ces échanges, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés a signé quatre accords-cadres avec les partenaires exhaustivement définis par la loi n° 89.1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, à savoir :

1. Entreprises régies par le Code des Assurances, représentées par la F.F.S.A. (Fédération Française des Sociétés d'Assurances),
2. Institutions relevant du Titre III du Livre VII du Code de la Sécurité Sociale, représentées par le C.T.I.P. (Centre Technique des Institutions de Prévoyance),

1. Institutions relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du Code rural, représentées par la C.C.M.S.A. (Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole),

2. Mutuelles relevant du Code de la Mutualité, représentées par la F.N.M.I. (Fédération Nationale de la Mutualité Interprofessionnelle).

Ces accords ont été négociés dans un souci d'égalité du service rendu tant aux assurés sociaux qu'aux organismes complémentaires et sont annexés à la présente (Annexe 1).

La signature de ces accords-cadres a permis de renégocier dans un premier temps trois conventions types avec la F.F.S.A., le C.T.I.P. et la F.N.M.I. qui doivent être prises en compte par l'ensemble des Caisses Primaires d'Assurance Maladie et de déterminer une tarification du service rendu, identique quelle que soit la nature de l'organisme complémentaire qui contracte avec les C.P.A.M.

I. LES CONVENTIONS

Trois conventions types sont donc annexées à la présente circulaire et respectent les dispositions reprises dans les accords cadres signés respectivement entre les représentants de la CNAMTS et du C.T.I.P. le 5 mai 1994, de la F.N.M.I. le 20 octobre 1994 et le 20 juillet 1995 et de la F.F.S.A. le 20 janvier 1995 (Annexe 2).

Ces trois textes ont été rédigés dans le souci constant d'une prise en compte des spécificités de chaque partenaire tout en essayant au maximum d'uniformiser les trois documents, en particulier le coût du service rendu négocié initialement sur la base d'un forfait par bénéficiaire à 0,40 FHT du décompte lien d'archive a été harmonisé lors de la négociation des conventions types (voir point 2 de la circulaire " Coût de la prestation de service).

En outre, quelques différences apparaissent dans la rédaction des articles 7 et 8, plus particulièrement en ce qui concerne la date échéance de constatation d'adhésion de l'ensemble des organismes complémentaires au processus d'échanges qui varie en fonction de la date de signature de l'accord cadre.

Cette échéance est fixée au 30 juin 1996 pour les Mutuelles, au 31 décembre 1996 pour les sociétés d'Assurances et les Institutions de Prévoyance.

Par ailleurs, les termes de l'article 13, qui définit la durée d'application de la convention différent également selon les partenaires signataires :

- pour les Mutuelles et les Sociétés d'Assurances, il est stipulé une durée de vie du texte de deux ans renouvelable par tacite reconduction,

- pour les Institutions de Prévoyance, la convention prend effet à la date de signature du document par les partenaires jusqu'au 31 décembre de l'année en cours, puis est renouvelable par tacite reconduction d'année civile en année civile.

Outre ces deux particularités, les autres articles sont sensiblement identiques.

L'attention des C.P.A.M. est à nouveau appelée sur la nécessité de signer une convention avec chaque organisme complémentaire qui désire bénéficier des télétransmissions d'informations.

Par mesure de simplification, il est préconisé qu'une seule convention soit négociée par Centre de Traitement Informatique. Le représentant de l'organisme complémentaire intéressé signe dans ce cas un seul document qui circule pour accord dans les différentes C.P.A.M. rattachées à ce Centre. Pour les C.P.A.M., la signature est apposée soit par le Président, soit par le Directeur.

Par ailleurs, pour permettre un suivi efficace de la généralisation des accords, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie sont invitées à les transmettre au Maître d'Ouvrage Délégué qui est chargé du secrétariat de la Commission de suivi prévue par les différents accords.

II. LE COUT DE LA PRESTATION DE SERVICE

Dans l'optique d'une simplification dans les relations entre les C.P.A.M. et les organismes complémentaires, un coût unique a été négocié qui tient compte d'une part, d'une condition de généralisation de l'adhésion au processus NOEMIE I des organismes complémentaires et d'autre part, de la volonté des Caisses Primaires d'Assurance Maladie de respecter les termes des accords-cadres ainsi que des conventions types.

Ce coût est fixé à 0,70 F HT par décompte lien d'archives fourni. Il correspond au coût moyen généré pour l'Assurance Maladie par cette opération. Il est calculé sur une base de transmission de l'ensemble des décomptes édités à partir du fichier DECENR sans tri préalable des informations transmises.

Ce coût doit être respecté par l'ensemble des Caisses Primaires d'Assurance Maladie car il s'agit d'un prix plafond conforme à la jurisprudence existant en la matière.

Dans la logique d'un accord national engageant les parties signataires sur la généralisation des échanges, il apparaît indispensable, et ce, dans l'intérêt du réseau, d'appliquer cette tarification.

Bien entendu, toute demande de service supplémentaire générant des contraintes au plan local, pourra justifier une tarification supérieure.

La présente circulaire ne préconise que des échanges dans le cadre de NOEMIE I (cession de l'image-décompte) correspondant aux différents accords signés entre la CNAMTS et les organismes complémentaires.

Pour autant, il n'est pas exclu que des accords locaux permettent de négocier la mise en oeuvre des options NOEMIE II et NOEMIE III.

Dans ce cas, la tarification de référence à prendre en compte reste celle définie antérieurement par la circulaire DGA n° 8/92 du 30 octobre 1992, à savoir :

Pour l'option 2 : Fourniture du reflet du décompte + calcul de la part complémentaire (sans décompte commun) 5 F HT par bénéficiaire adhérent et par an + 2 F HT par décompte lien d'archives.

Pour l'option 3 : Fourniture du décompte commun : 5 F HT par bénéficiaire adhérent et par an + 2 F HT par décompte lien d'archives + 50 % du coût de l'affranchissement en cas d'envoi par la Caisse.

En tout état de cause, l'organisme complémentaire choisit librement l'option qui lui convient. De même, toute modification de l'option initiale doit être négociée et ne peut être imposée par l'une ou l'autre des parties.

III. LA T.V.A.

Le coût de la prestation précédemment défini correspond à la facturation de la fourniture du décompte électronique par les C.P.A.M. à l'ensemble des organismes complémentaires sans tri préalable des informations transmises.

La question s'est posée, à diverses reprises, de savoir si cette facturation doit être assujettie à la T.V.A..

Jusqu'à présent, les Mutuelles et les Institutions de Prévoyance, qui sont considérées comme des organismes à but non lucratif, bénéficient à ce titre de l'exonération de la T.V.A. et ce, conformément à l'article 261.7.1 du Code Général des Impôts qui précise que sont exonérées " les opérations faites au bénéfice de toute personne par des oeuvres sans but lucratif qui présentent un caractère social ou philanthropique et dont la gestion est désintéressée lorsque les prix ont été homologués par l'autorité publique ou que des opérations analogues ne sont pas couramment réalisées à des prix comparables par des entreprises commerciales, en raison notamment du concours désintéressé des membres de ces organismes ou des contributions publiques ou privées dont ils bénéficient... ".

En ce qui concerne les Sociétés d'Assurances, la situation n'est pas clairement définie. C'est pourquoi, afin de leur appliquer éventuellement ces mêmes dispositions, une demande est en cours auprès des services fiscaux (service de la législation fiscale).

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie seront avisées dès réception des conclusions de cette instance. En l'attente, les conventions signées par les CPAM devront mentionner expressément que la tarification est hors taxe quel que soit l'organisme complémentaire signataire.

IV. LES ASSOCIATIONS DE PREVOYANCE

En dehors des organismes complémentaires cités précédemment, il existe un certain nombre de structures de type loi 1901, à savoir les associations de prévoyance.

Il s'agit de groupement de personnes physiques en association ayant pour but d'obtenir des tarifs préférentiels pour leurs membres.

Les dispositions législatives actuelles ne permettent pas de reconnaître les associations de prévoyance en tant qu'organismes complémentaires au sens de la loi n° 89.1009 du 31 décembre 1989.

Il est donc juridiquement impossible, en l'état, de contracter directement avec ces associations.

De ce fait, il est recommandé de vérifier la nature de chaque organisme complémentaire avant toute signature de convention. La seule hypothèse envisageable pour permettre à ces associations de bénéficier des échanges d'informations pour leurs sociétaires est que l'organisme complémentaire qui lui a donné délégation de gestion ait lui-même signé une des conventions-types prévues par la présente circulaire.

V. LES COURTIER

Les courtiers recherchent pour le compte de leurs clients le meilleur contrat possible. Ils sont inscrits au Registre du Commerce et sont propriétaires de leurs fichiers. Ils sont souvent chargés sur délégation des organismes complémentaires de gérer l'encaissement des primes et le service des prestations.

C'est pourquoi, avant de télétransmettre la fourniture électronique du décompte vers un courtier, il est impératif de s'assurer :

- que le ou les organismes complémentaires qu'il représente ont bien signé les conventions type,
- que ce courtier a bien été mandaté par ces organismes complémentaires. Pour ce faire, il est tenu de produire une attestation de délégation de gestion reçue de chaque organisme complémentaire,
- de lui faire compléter le document joint en annexe 3.

Lorsque ces trois conditions sont réunies, il n'y a plus d'obstacles à procéder, sous réserve du respect des conditions techniques, à la transmission des informations.

VI. PROTOCOLES RELATIFS AUX ECHANGES INFORMATISES ENTRE UN ORGANISME INTERMEDIAIRE OU CONCATRATEUR ET LA OU LES CPAM

Il est également prévu que les C.P.A.M. puissent signer un protocole avec les organismes intermédiaires ou concentrateurs.

Deux protocoles-types (Annexes 4 et 4 bis), outre l'identification des parties en présence, stipulent l'obligation pour l'organisme intermédiaire de respecter à la fois les normes définies dans le cahier des charges intitulé IRIS INTER REGIMES et les conditions fixées par la Commission Nationale Informatique et Libertés en sa décision n° 93.109 du 7 décembre 1993.

Le protocole-type de l'annexe 4 bis (le protocole-type 4 bis est à utiliser exclusivement lors de la signature de la convention avec une Société d'Assurances relevant du G.A.P.), en accord avec le Groupement des Assurances de Personnes, doit être signé simultanément avec la convention pour toute société d'assurance relevant du G.A.P. et d'ASSURNET (organisme concentrateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances et du G.A.P.).

Bien entendu, ce protocole, même s'il est signé par les C.P.A.M., laisse le choix aux organismes complémentaires ou aux courtiers de traiter et de travailler directement avec les C.P.A.M. ou d'utiliser les services de cet organisme concentrateur.

VII. LES PRINCIPES TECHNIQUES

Un cahier des charges, IRIS INTER REGIMES, a été rédigé en commun par la MSA,, la CANAM et la CNAMTS. Il définit les normes d'échanges avec les organismes complémentaires (Annexe 5).

Ce cahier des charges, très technique, s'adresse en particulier au personnel informaticien des organismes complémentaires. Un cahier des charges simplifié a donc été élaboré pour diffusion plus large et devra être complété par chaque Centre Informatique selon modèle en annexe 6.

Il est rappelé que ce document ne règle que les échanges dans le cadre de NOEMIE I.

VIII. IDENTIFICATION DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

Un code identifiant national de 7 caractères numériques plus une clé de contrôle numérique est actuellement utilisé.

Ce code a la structure suivante pour les :

A. SOCIETES MUTUALISTES

Shéma non intégré dans la base

Positions 1 - 2 : Code correspondant à l'indicatif du département du numéro attribué par la D.A.S.S. (positions 1 - 2)

Position 3 : Code catégorie 0, 1 ou 9 selon couverture locale, régionale ou nationale de la mutuelle.

Positions 4 - 7 : Numéro d'ordre dans le département délivré par la D.A.S.S..

Position 8 : Clé de contrôle selon le modulo pair/impair.

B. LES INSTITUTIONS DE PREVOYANCE

La structure définie ci-après prend en compte le fait que les institutions de prévoyance délèguent parfois leur gestion à des courtiers.

Il est cependant constaté que ces courtiers sont à la fois délégataires de gestion pour les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance. C'est pourquoi, il est décidé d'inclure dans les positions 5 à 7 le numéro de délégataire attribué par ASSURNET à chaque courtier.

Shéma non intégré dans la base

Positions 1 - 2 - 4 : N° identifiant l'institution de prévoyance complété par " 0 " à gauche.

Position 3 : Code catégorie 8.

Positions 5 - 7 : N° du délégataire de l'institution de prévoyance (courtiers...) attribué par ASSURNET à chaque courtier en assurances complété par " 0 " à gauche.

Position 8 : Clé de contrôle selon modulo pair/impair.

C. SOCIETES D'ASSURANCES

Shéma non intégré dans la base.

Positions 1 - 2 - 4 : N° identifiant la société d'assurances complété par " 0 " à gauche.

Position 3 : Code catégorie 4.

Positions 5 - 7 : N° du délégataire de la société d'assurances (courtiers...) complété par " 0 " à gauche.

Position 8 : Clé de contrôle selon le modulo pair/impair.

En ce qui concerne les sociétés d'assurances et leurs cabinets de courtage, l'organisme habilité, au plan national, à délivrer l'identifiant ci-dessus est :

ASSURNET FRANCE
Immeuble KUPKA " B "
16, rue Hoche
92906 PARIS LA DEFENSE CEDEX

quel que soit le mode de transmission choisi par l'organisme complémentaire soit direct avec les CPAM, soit via ASSURNET.

D. EXEMPLE DE NUMEROTATION POUR UN COURTIER QUI A RECU DELEGATION A LA FOIS DE SOCIETES D'ASSURANCES ET D'INSTITUTIONS DE PREVOYANCE

Un courtier X a reçu par ASSURNET un numéro de délégataire 368 pour la gestion des dossiers pour le compte de sociétés d'assurances.

Ce courtier sera donc identifié de la manière suivante :

Positions :

1 2 3 4 5 6 7 8

0 0 4 1 3 6 8 clé Positions 1, 2, 4 : N° d'identification des Sociétés d'Assurances représentées en l'espèce 001 et 004

0 0 4 4 3 6 8 clé Position 3 : Code catégorie Sociétés d'Assurances = 4

Positions 5, 6, 7 : N° délégataire pour ce courtier attribué par ASSURNET

Position 8 : Clé de contrôle

5 4 8 3 3 6 8 clé Positions 1, 2, 4 : N° d'identification de l'institution de prévoyance représentée en l'espèce 543

Position 3 : Code catégorie Institution de Prévoyance = 8

Positions 5, 6, 7 : N° délégataire pour ce courtier attribué par ASSURNET

Position 8 : Clé de contrôle

Remarques :

Les caisses qui avaient jusqu'alors identifié les organismes complémentaires selon des critères définis localement, sont invitées dès à présent à procéder à une transposition de ces numéros selon la structure nationale décrite ci-dessus. En effet, il ne peut être admis qu'un même organisme complémentaire soit identifié différemment selon son partenaire.

Par ailleurs, afin d'éviter les problèmes liés à la constitution des identifiants, il est conseillé de faire compléter, lors de l'adhésion à la procédure d'échanges, un imprimé de demande de renseignements dont présentation ci-après.

E. IMPRIME DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Un imprimé unique a été créé afin que les organismes complémentaires soient en présence d'un même document pour toutes les C.P.A.M. (Annexe 7).

Cet imprimé reprend :

Au recto :

- l'identification de l'organisme complémentaire (mutuelles, Institutions de prévoyance, sociétés d'assurances ou courtiers) qui manifeste le désir d'adhérer à la procédure,

l'identification de l'organisme signataire de la convention lorsque le demandeur est un courtier mandaté par une société d'assurances ou une institution de prévoyance,

la nature du service demandé par l'organisme complémentaire,

l'équipement informatique de l'organisme complémentaire.

Au verso :

- La structure des différents numéros d'identification des organismes complémentaires,
- l'avis de la C.P.A.M. sollicitée.

Cette circulaire a été élaborée dans le but d'apporter aux CPAM des éclaircissements sur les relations et les accords formalisés entre la CNAMTS et les représentants nationaux des organismes complémentaires cités en préambule.

Toutes difficultés dans l'application de ces directives ou toutes interrogations soulevées à la lecture de cette circulaire peuvent être soumises auprès de la CNAMTS ou du Maître d'Ouvrage Délégué : M. Daniel WESTEEL - CPAM Lille 20 42 34 11.

Madame Françoise COLIN - contacts administratifs et juridiques 20 42 34 40

Monsieur Christian DARTIGEAS - contacts techniques et informatiques 20 42 34 20

Madame Chantal DESMET - contacts techniques et informatiques 20 42 35 46

Le Directeur

Gérard RAMEIX

ANNEXE 1

ACCORDS-CADRES

ANNEXE 2

C O N V E N T I O N

Entre d'une part,

la SOCIETE D'ASSURANCES

représentée par son Directeur, ...
dûment mandaté

Et d'autre part,

la (ou les) CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE ...
représentée par son Président
dûment mandaté.

PREAMBULE

La (ou les) C.P.A.M. signataire est soucieuse d'apporter un service de qualité aux assurés sociaux qui ont souscrit un contrat auprès d'une Société d'Assurances habilitée au titre de la loi 89.1009 du 31 Décembre 1989.

La (ou les) C.P.A.M. signataire dispose désormais d'un ensemble de programmes informatiques qui permet d'offrir, dès le paiement de la part Sécurité Sociale, à toute Société d'Assurances habilitée ou délégataires de gestion agréés par elle, l'adhésion à l'option 1 prévue à l'article 3.

La Société d'Assurances signataire partageant le même souci,

Il est convenu que :

ARTICLE 1

Toute Société d'Assurances affiliée au GROUPEMENT DES ASSURANCES DE PERSONNES de la FEDERATION FRANCAISE DES SOCIETES D'ASSURANCES désireuse d'adhérer à la procédure d'échanges proposée par la (ou les) Caisse Primaire signataire doit impérativement respecter les conditions et les procédures nationales et, s'il y a lieu locales applicables en l'espèce, définies dans le cahier des charges techniques annexé à la présente convention.

En raison des circonscriptions géographiques limitées de chaque Caisse Primaire, la présente convention ne vaut que pour les assurés sociaux et leurs ayants droit affiliés à la (ou aux) C.P.A.M. signataire.

ARTICLE 2

Un cahier des charges annexé à la convention précise les normes techniques à utiliser et les circuits administratifs détaillés.

ARTICLE 3

La Société d'Assurances, signataire de la convention, bénéficie des dispositions prévues à l'option 1, visée au préambule, à savoir la fourniture électronique du décompte à la Société d'Assurances ou aux délégataires de gestion agréés par elle.

Les autres options, NOEMIE II et III, ne sont pas concernées par la présente convention et font l'objet d'un texte séparé qui en précisera les conditions de mise en oeuvre.

Par ailleurs, les parties signataires s'engagent à ne pas dénoncer unilatéralement la convention actuelle en supprimant l'option 1 pour imposer le choix des options précitées, à savoir NOEMIE II ou III.

ARTICLE 4

Le mode de transmission de l'information émanant du Centre Informatique de la (ou des) C.P.A.M. signataire est la télétransmission.

ARTICLE 5

La Société d'Assurances s'engage à fournir le fichier de ses bénéficiaires dans les conditions prévues au cahier des charges, le Centre Informatique n'assurant la gestion et les mouvements du fichier des adhérents à cette Société d'Assurances qu'exclusivement sur la base d'informations émanant de celle-ci ou de ses délégataires de gestion.

La création et la gestion du fichier sont assurées par échange informatique suivant les normes et la périodicité figurant au cahier des charges.

L'ensemble des informations destinées à constituer le fichier doivent correspondre strictement au fichier de la norme "Noémie" et aux informations obligatoires exigées par cette norme.

Toute information dont la vérification est assurée par confrontation avec le fichier central des assurés et bénéficiaires non conforme à celui-ci sera rejetée obligatoirement sans redressement de l'information erronée.

Tout contentieux résultant d'informations erronées ou obsolètes du fichier de la Société d'Assurances ou de ses délégataires de gestion est de la responsabilité de ceux-ci.

ARTICLE 6

La Société d'Assurances signataire fournit également, pour constitution du fichier ad hoc, l'ensemble des éléments d'identification la concernant y compris le choix paramétré des conditions de l'échange informatique, relatives aux références nationales conformes à la Norme NOEMIE.

ARTICLE 7

Conformément à l'accord CNAM/FFSA, annexé à la présente, le coût de la prestation de service prévue pour l'option 1 est repris à l'avenant numéro 1 dit avenant tarifaire. Il ne sera maintenu qu'autant qu'auront été constatées au 31 Décembre 1996, d'une part l'adhésion à cette procédure des Sociétés d'Assurances adhérentes au GROUPEMENT DES ASSURANCES DE PERSONNES de la FEDERATION FRANCAISE DES SOCIETES D'ASSURANCES et pratiquant effectivement l'assurance santé et, d'autre part l'acceptation des C.P.A.M. de mettre le présent accord en application.

Le constat de la généralisation des échanges se fera dans le respect des conditions définies par l'accord-cadre précité.

ARTICLE 8

La Commission de Concertation prévue à l'article 11 aura notamment pour rôle de s'assurer que jusqu'au 31 Décembre 1996 la volonté des parties signataires a essentiellement pour but de parvenir à une généralisation réelle en s'efforçant de régler, au mieux des intérêts des deux parties, l'ensemble des difficultés techniques qui empêcherait la réalisation de cet objectif.

En cas de non généralisation au 31 Décembre 1996, le coût de la prestation de service de la présente convention sera renégocié.

ARTICLE 9

Le coût de la prestation de service prévu à l'avenant numéro 1 s'appuie sur le principe suivant :

un coût par décompte lien d'archive fourni

La première revalorisation de cet élément de facturation interviendra au 1er Janvier 1997 sur la base de l'indice SYNTEC, l'indice de base étant celui en vigueur au 31 Décembre 1994.

ARTICLE 10

Dans le cas où seraient conclues des conventions de tiers-payant, de la part complémentaire, entre une profession de santé et les Sociétés d'Assurances, le choix du canal de transmission des informations correspondantes est laissé, conformément à l'accord-cadre, à la libre convenance du professionnel de santé sans que les Caisses Primaires ou les Sociétés d'Assurances puissent exercer une discrimination à son égard en fonction de ce choix.

ARTICLE 11

Les parties signataires s'accordent pour admettre que toutes difficultés résultant de l'application de la présente convention-type pourront être examinées à titre amiable par la Commission de Concertation créée au plan national tel que prévu à l'accord-cadre annexé et constituée de représentants du G.A.P., des C.P.A.M. et de la C.N.A.M.T.S., dès lors que ces difficultés n'auront pu être résolues au plan local.

Par ailleurs, les parties s'engagent à faire parvenir aux organes centralisés désignés par elles-mêmes toutes informations relatives aux évolutions techniques par un envoi régulier des mises à jour.

ARTICLE 12

Chaque partie signataire :

s'engage formellement à effectuer les déclarations prévues par la loi "Informatique et Libertés" ;

s'interdit formellement tout autre usage que celui fixé par la présente convention des fichiers dont elle aura connaissance.

Conformément à l'avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés,

la Société d'Assurances et les délégataires de gestion agréés par elle s'engagent à :

détruire les fichiers dès la fin de leur utilisation aux fins de règlement à leurs adhérents ;

informer les adhérents au niveau du contrat ou du bulletin d'adhésion de la transmission d'informations par la (ou les) C.P.A.M. signataire par l'intermédiaire de son Centre Informatique

la (ou les) C.P.A.M. signataire s'engage à

donner la possibilité à chaque adhérent ou bénéficiaire de renoncer à tout moment par écrit à la communication des informations qui le concernent.

ARTICLE 13

La présente convention est conclue pour une durée de deux ans renouvelable par tacite reconduction sauf dénonciation formelle six mois au moins avant sa date d'échéance par l'une des parties signataires et sous réserves du respect par le G.A.P. de la condition de généralisation prévue à l'article 7.

Toutefois, en cas d'anomalies graves suspectées ou de non respect des règles essentielles de la présente convention, notamment sur la gestion des fichiers, la (ou les) C.P.A.M. signataire informe la Société d'Assurances des anomalies relevées, saisit simultanément la Commission de Concertation et suspend immédiatement l'échange informatique tout en créant une sauvegarde des informations qui, au moment du règlement du litige, permettra de reprendre les échanges informatiques.

La Commission de Concertation est tenue de donner un avis dans les quinze jours suivants au Directeur de la Caisse Primaire concernée.

Fait à

Le Président
de la (ou des) CPAM de ...

Le Directeur de...

AVENANT NUMERO 1

AVENANT TARIFAIRE

Le coût de la prestation de service est fixé (pour l'option 1 visée à l'article 3)

sur la base d'une rémunération de 0,70 Fr HT, par décompte lien d'archives fourni sans sélection préalable autre que les choix prévus par le Cahier des Charges Techniques annexé à la présente convention.

Ce tarif sera révisé annuellement au 1er Janvier suivant l'évolution de l'indice SYNTEC en Décembre de chaque année.

A titre transitoire cette revalorisation ne sera effective qu'au 1er Janvier 1997 sur la base de calcul suivante :

$$0,70 \text{ Fr HT} \times (0,125 + \frac{0,875 \text{ iSY}}{\text{iSYO}})$$

iSY : indice Syntec de Décembre 1996

iSYO : indice Syntec de Décembre 1994

Toute prestation de service, autre que celle décrite dans le cahier des charges, et sous réserve de sa faisabilité technique, fera l'objet d'une facturation particulière à négocier entre les partenaires.

ANNEXE 2

C O N V E N T I O N

Entre d'une part,

LA MUTUELLE ...
représentée par son Président, ...
dûment mandaté

et d'autre part,

LA (OU LES) CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE
représentée par son Président,
dûment mandaté.

PREAMBULE

La (ou les) C.P.A.M. signataire est soucieuse d'apporter un service de qualité aux assurés sociaux qui ont souscrit un contrat auprès d'une Mutuelle régie par le Code de la Mutualité, habilitée au titre de la loi 89-1009 du 31 Décembre 1989.

La (ou les) C.P.A.M. signataire dispose désormais d'un ensemble de programmes informatiques qui permet d'offrir, dès le paiement de la part Sécurité Sociale, à toute Mutuelle habilitée l'adhésion à l'option 1 prévue à l'article 3.

La Mutuelle signataire partageant le même souci,

Il est convenu que :

ARTICLE 1

Toute Mutuelle désireuse d'adhérer à la procédure d'échanges proposée par la (ou les) C.P.A.M. signataire doit impérativement respecter les conditions et les procédures nationales et, s'il y a lieu, locales applicables en l'espèce, définies dans le cahier des charges techniques annexé à la présente convention.

En raison des circonscriptions géographiques limitées de chaque Caisse Primaire, la présente convention ne vaut que pour les assurés sociaux et leurs ayant droits affiliés à la (ou les) C.P.A.M. signataire.

ARTICLE 2

Un cahier des charges annexé à la convention précise les normes techniques à utiliser et les circuits administratifs détaillés.

ARTICLE 3

La Mutuelle, signataire de la convention, bénéficie des dispositions prévues à l'option 1, visée au préambule, à savoir la fourniture électronique du décompte à la Mutuelle.

Les autres options, Noémie II et III, ne sont pas concernées par la présente convention et font l'objet d'un texte séparé qui en précisera les conditions de mise en oeuvre.

Par ailleurs, les parties signataires s'engagent à ne pas dénoncer unilatéralement la convention actuelle en supprimant l'option 1 pour imposer le choix des options précitées, à savoir Noémie II et III.

ARTICLE 4

Le mode de transmission de l'information émanant du Centre Informatique de la (ou des) C.P.A.M. signataire est la télétransmission.

ARTICLE 5

La Mutuelle s'engage à fournir le fichier de ses bénéficiaires dans les conditions prévues au cahier des charges, le Centre Informatique n'assurant la gestion et les mouvements du fichier des adhérents à cette Mutuelle qu'exclusivement sur la base d'informations émanant de celle-ci.

La création et la gestion du fichier sont assurées par échange informatique suivant les normes et la périodicité figurant au cahier des charges.

L'ensemble des informations destinées à constituer le fichier doivent correspondre strictement au fichier de la norme "Noémie" et aux informations obligatoires exigées par cette norme.

Toute information dont la vérification est assurée par confrontation avec le fichier central des assurés et bénéficiaires non conforme à celui-ci sera rejetée obligatoirement sans redressement de l'information erronée.

Tout contentieux résultant d'informations erronées ou obsolètes du fichier de la Mutuelle est de la responsabilité de celle-ci.

ARTICLE 6

La Mutuelle signataire fournit également, pour constitution du fichier ad hoc, l'ensemble des éléments d'identification la concernant y compris le choix paramétré des conditions de l'échange informatique relatives aux références nationales conformes à la Norme NOEMIE.

ARTICLE 7

Conformément à l'accord CNAM/FNMI, le coût de la prestation de service prévue pour l'option 1 et repris à l'avenant numéro 1 dit avenant tarifaire ne sera maintenu qu'autant qu'aura été constatée au 30 Juin 1996 la généralisation de la procédure aux Mutuelles adhérentes à la F.N.M.I.

ARTICLE 8

La Commission de Concertation prévue à l'article 11 aura notamment pour rôle de s'assurer que jusqu'au 30 Juin 1996, la volonté des parties signataires a essentiellement pour but de parvenir à une généralisation réelle, en s'efforçant de régler, au mieux les intérêts des deux parties, l'ensemble des difficultés techniques qui empêcherait la réalisation de cet objectif.

En cas de non généralisation au 30 Juin 1996, les conditions tarifaires de la présente convention seront renégociées.

ARTICLE 9

Le coût de la prestation de service prévu à l'avenant numéro 1 s'appuie sur le principe suivant :

une facturation par décompte lien d'archives fourni

la première revalorisation de cet élément de facturation interviendra au 1er Janvier 1997 sur la base de l'indice SYNTEC , l'indice de base étant celui en vigueur au 31 Décembre 1994.

ARTICLE 10

Dans le cas où seraient conclues des conventions de tiers-payant, de la part complémentaire, entre une profession de santé et la Mutuelle, le choix du canal de transmission des informations correspondantes est laissé à la libre convenance du professionnel de santé sans que la (ou les) C.P.A.M. signataire ou la Mutuelle puissent exercer une discrimination à son égard en fonction de ce choix.

ARTICLE 11

Les parties signataires s'accordent pour admettre que toutes difficultés résultant de l'application de la présente convention-type pourront être examinées à titre amiable par une Commission de Concertation créée au plan national et constituée de représentants de la F.N.M.I., des C.P.A.M. et de la C.N.A.M.T.S. dès lors que ces difficultés n'auront pu être résolues au plan local.

Par ailleurs, les parties s'engagent à faire parvenir aux organes centralisés désignés par elles-mêmes toutes informations relatives aux évolutions techniques par un envoi régulier des mises à jour.

ARTICLE 12

Chaque partie signataire :

s'engage formellement à effectuer les déclarations prévues par la loi "Informatique et Libertés" ;

s'interdit formellement tout autre usage que celui fixé par la présente convention des fichiers dont elle aura connaissance.

Conformément à l'avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

la Mutuelle s'engage à :

détruire les fichiers dès la fin de leur utilisation aux fins de règlement à leurs adhérents ;

informer les adhérents au niveau du contrat ou du bulletin d'adhésion de la transmission d'informations à la (ou aux) C.P.A.M. signataire par l'intermédiaire de son Centre Informatique ;

la (ou les) C.P.A.M. signataire s'engage à :

donner la possibilité à chaque adhérent ou bénéficiaire de renoncer à tout moment par écrit à la communication des informations qui le concernent.

ARTICLE 13

La présente convention est conclue pour une durée de deux ans renouvelable par tacite reconduction sauf dénonciation formelle 6 mois au moins avant sa date d'échéance par l'une des parties signataires.

Toutefois, en cas d'anomalies graves suspectées ou de non respect des règles essentielles de la présente convention, notamment sur la gestion des fichiers, la (ou les) C.P.A.M. signataire informe la Mutuelle des anomalies relevées, saisit simultanément la Commission de Concertation et suspend immédiatement l'échange informatique tout en créant une sauvegarde des informations qui, au moment du règlement du litige, permettra de reprendre les échanges informatiques.

La Commission de Concertation est tenue de donner un avis dans les quinze jours suivants au Directeur de la Caisse Primaire concernée.

Fait à

Le Président
de la ou des CPAM de...

Le Président
de la Mutuelle

AVENANT NUMERO 1

AVENANT TARIFAIRE

Le coût de la prestation de service est fixé (pour l'option 1 visée à l'article 3)

sur la base d'une rémunération de 0,70 Fr HT, par décompte lien d'archives fourni sans sélection préalable autre que les choix prévus par le Cahier des Charges Techniques annexé à la présente convention.

Ce tarif sera révisé annuellement au 1er Janvier suivant l'évolution de l'indice SYNTEC en Décembre de chaque année.

A titre transitoire cette revalorisation ne sera effective qu'au 1er Janvier 1997 sur la base de calcul suivante :

$$0,70 \text{ Fr HT} \times (0,125 + \frac{0,875 \text{ iSY}}{\text{iSYO}})$$

iSY : indice Syntec de Décembre 1996

iSYO : indice Syntec de Décembre 1994

Toute prestation de service, autre que celle décrite dans le cahier des charges, et sous réserve de sa faisabilité technique, fera l'objet d'une facturation particulière à négocier entre les partenaires.

AVENANT NUMERO 2

T.V.A.

Le prix figurant dans la présente convention et ses avenants tarifaires annuels s'entendent hors taxes.

La (ou les) C.P.A.M. signataire appliquera, sous réserves d'une évolution de la doctrine et de la jurisprudence fiscales, une tarification HT sans facturation de la T.V.A., les Mutuelles visées par la présente convention étant en l'état actuel des renseignements fiscaux recueillis par les deux parties, exonérées de cette taxe.

ANNEXE 2

C O N V E N T I O N

Entre d'une part,

l'INSTITUTION DE PREVOYANCE

représentée par son ...
dûment mandaté

Et d'autre part,

LA (OU LES) CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE

représentée par son Président,
dûment mandaté.

PREAMBULE

La (ou les) C.P.A.M. signataire est soucieuse d'apporter un service de qualité aux assurés sociaux qui ont souscrit un contrat auprès d'une Institution de Prévoyance au sens de l'article L. 931.1 du Code de la Sécurité Sociale habilitée au titre de la loi 89-1009 du 31 Décembre 1989.

La (ou les) C.P.A.M. signataire dispose désormais d'un ensemble de programmes informatiques qui permet d'offrir, dès le paiement de la part Sécurité Sociale, à toute Institution de Prévoyance habilitée ou intermédiaire agréé par elle, l'adhésion à l'option 1 du processus NOEMIE, c'est-à-dire la fourniture électronique du décompte.

L'Institution de Prévoyance partageant le même souci,

Il est convenu que :

ARTICLE 1

Toute Institution de Prévoyance affiliée au CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PREVOYANCE désireuse d'adhérer à la procédure d'échanges proposée par la (ou les) Caisse Primaire signataire doit impérativement respecter les conditions et les procédures nationales et, s'il y a lieu, locales applicables en l'espèce, définies dans le cahier des charges techniques annexé à la présente convention.

En raison des circonscriptions géographiques limitées de chaque Caisse Primaire, la présente convention ne vaut que pour les assurés sociaux et leurs ayants droit affiliés à la (ou aux) C.P.A.M. signataire.

ARTICLE 2

Un cahier des charges annexé à la convention précise les normes techniques à utiliser et les circuits administratifs détaillés.

ARTICLE 3

L'Institution de Prévoyance, signataire de la convention, bénéficie des dispositions prévues au préambule, à savoir la fourniture électronique du décompte.

L'adhésion à toute autre option de NOEMIE ne peut résulter que d'une négociation locale et ne peut être imposée par l'une des parties.

ARTICLE 4

Le mode de transmission de l'information émanant du Centre Informatique de la (ou des) C.P.A.M. signataire est la télétransmission.

ARTICLE 5

L'Institution de Prévoyance s'engage à fournir le fichier de ses bénéficiaires dans les conditions prévues au cahier des charges, le Centre Informatique n'assurant la gestion et les mouvements du fichier des adhérents à cette Institution de Prévoyance qu'exclusivement sur la base d'informations émanant de celle-ci.

La création et la gestion du fichier sont assurées par échange informatique suivant les normes et la périodicité figurant au cahier des charges.

L'ensemble des informations destinées à constituer le fichier doit correspondre strictement au fichier de la norme "Noémie" et aux informations obligatoires exigées par cette norme.

Toute information dont la vérification est assurée par confrontation avec le fichier central des assurés et bénéficiaires non conforme à celui-ci sera rejetée obligatoirement sans redressement de l'information erronée. Comme prévu dans la référence NOEMIE, les motifs de rejet seront précisés.

Tout contentieux résultant d'informations erronées ou obsolètes du fichier de l'Institution de Prévoyance est de la responsabilité de celle-ci.

ARTICLE 6

L'Institution de Prévoyance signataire fournit également, pour constitution du fichier ad hoc, l'ensemble des éléments d'identification la concernant y compris le choix paramétré des conditions de l'échange informatique relatives aux références nationales conformes à la norme NOEMIE.

ARTICLE 7

Conformément à l'accord CNAM/CTIP, annexé à la présente, le coût de la prestation de service pour la fourniture électronique du décompte repris à l'avenant numéro 1, ne restera applicable au-delà du 31 décembre 1996 qu'autant qu'aura été constatée par la C.N.A.M.T.S. à cette date, l'adhésion à cette procédure de la totalité des Institutions de Prévoyance adhérentes au C.T.I.P. assurant une couverture maladie complémentaire et dans la mesure où les C.P.A.M. auront accepté de mettre le présent accord en application.

ARTICLE 8

La Commission de Concertation prévue à l'article 11 aura notamment pour rôle de s'assurer que jusqu'au 31 Décembre 1996 la volonté des parties signataires a essentiellement pour but de parvenir à une généralisation réelle en s'efforçant de régler au mieux des intérêts des deux parties, l'ensemble des difficultés techniques qui empêcherait la réalisation de cet objectif.

En cas de non généralisation au 31 Décembre 1996, le coût de la prestation de service de la présente convention sera renégocié.

ARTICLE 9

Le coût de la prestation de service prévu à l'avenant numéro 1 s'appuie sur le principe suivant :

un coût par décompte lien d'archives fourni

La première revalorisation de cet élément interviendra au 1er Janvier 1997 sur la base de l'indice SYNTEC, l'indice de base étant celui en vigueur au 31 Décembre 1994.

Le coût de la prestation de service sera renégocié en cas de modification significative du contenu du décompte lien d'archives.

ARTICLE 10

Dans le cas où seraient conclues des conventions de tiers-payant de la part complémentaire, entre une profession de santé et les Institutions de Prévoyance, le choix du canal de transmission des informations correspondantes est laissé à la libre convenance du professionnel de santé sans que les Caisses Primaires ou les Institutions de Prévoyance puissent exercer une discrimination à son égard en fonction de ce choix.

ARTICLE 11

Les parties signataires s'accordent pour admettre que toutes difficultés résultant de l'application de la présente convention-type pourront être examinées à titre amiable par une Commission de Concertation créée au plan national et constituée de représentants des Institutions de Prévoyance, du C.T.I.P., des C.P.A.M. et de la C.N.A.M.T.S., dès lors que ces difficultés n'auront pu être résolues au plan local.

Par ailleurs, les parties s'engagent à faire parvenir aux organes centralisés désignés par elles-mêmes toutes informations relatives aux évolutions techniques par un envoi régulier des mises à jour.

ARTICLE 12

Chaque partie signataire :

s'engage formellement à effectuer les déclarations prévues par la loi "Informatique et Libertés" ;

s'interdit formellement tout autre usage que celui fixé par la présente convention, des fichiers dont elle aura connaissance.

Conformément à l'avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés,

- l'Institution de Prévoyance s'engage à :

détruire les fichiers dès la fin de leur utilisation aux fins de règlement à leurs adhérents ;

informer les adhérents au niveau du contrat ou du bulletin d'adhésion de la transmission d'informations à la (ou aux) C.P.A.M. signataire par l'intermédiaire de son Centre Informatique ;

- la (ou les) C.P.A.M. signataire s'engage à :

donner la possibilité à chaque adhérent ou bénéficiaire de renoncer à tout moment par écrit à la communication des informations qui le concernent.

ARTICLE 13

La présente convention prend effet à la date de signature du document par les parties en cause et ce jusqu'au 31 Décembre de l'année en cours.

Elle sera ensuite renouvelable par tacite reconduction à compter du 1er Janvier suivant pour une année civile sauf dénonciation formelle 6 mois au moins avant sa date d'échéance par l'une des parties signataires et sous réserve du respect des conditions de généralisation prévues à l'Article 7.

Toutefois, en cas d'anomalies graves suspectées ou de non respect des règles essentielles de la présente convention, notamment sur la gestion des fichiers, la (ou les) C.P.A.M. signataire informe l'Institution de Prévoyance des anomalies relevées, saisit simultanément la Commission de Concertation et suspend immédiatement l'échange informatique tout en créant une sauvegarde des informations qui, au moment du règlement du litige, permettra de reprendre les échanges informatiques.

La Commission de Concertation est tenue de donner un avis dans les quinze jours suivants au Directeur de la Caisse Primaire concernée.

Fait à
le

Le Président
de la (ou des) CPAM

Le Directeur de ...

AVENANT NUMERO 1

Le coût de la prestation de service pour la fourniture électronique du décompte est fixé sur la base d'une rémunération de 0,70 Fr HT, par décompte lien d'archives fourni, sans sélection préalable autre que les choix prévus par le Cahier des Charges Techniques annexé à la présente convention.

Ce tarif sera révisé annuellement au 1er Janvier suivant l'évolution de l'indice SYNTEC en Décembre de chaque année.

A titre transitoire cette revalorisation ne sera effective qu'au 1er Janvier 1997 sur la base de calcul suivante :

$$0,70 \text{ Fr HT} \times (0,125 + \frac{0,875 \text{ iSY}}{\text{iSYO}})$$

iSY : indice Syntec de Décembre 1996

iSYO : indice Syntec de Décembre 1994

Le coût de la prestation de service, figurant dans la présente convention et dans son avenant, s'entend hors taxes. La (ou les) C.P.A.M. signataire appliquera donc une tarification hors taxes sans facturation de la T.V.A., sous réserve d'une évolution ultérieure des conditions fiscales présidant à ces échanges

Toute prestation de service, autre que celle décrite dans le cahier des charges, et sous réserve de sa faisabilité technique, fera l'objet d'une facturation particulière à négocier entre les partenaires.

**LETTRE D'ENGAGEMENT
DU COURTIER EN ASSURANCE**

Je soussigné responsable dûment
mandaté

représentant

.....

inscrit au registre du commerce sous le numéro :

.....

agissant en qualité de délégataire de gestion de la ou les Sociétés d'Assurances suivantes
:

domicilié à :

.....

identifié sous le numéro :

agissant au nom et pour le compte de nos clients assurés sociaux

déclare avoir pris connaissance des conditions fixées par la convention signée avec la ou
les Sociétés d'Assurances ci-dessus

m'engage à respecter les clauses de celle-ci

dégage de toute responsabilité la Caisse Primaire d'Assurance maladie concernant
l'utilisation, le détournement et plus généralement pour toute utilisation de ses fichiers
contraire à la réglementation en vigueur

s'engage formellement à effectuer les déclarations prévues par la loi " Informatique et
Libertés "

s'interdit formellement tout autre usage que celui fixé par la convention cadre des
fichiers dont il aura connaissance

Fait à

Le

Signature

(Prénom,

du Responsable

Nom, Fonction)

ANNEXE 4

PROTOCOLE RELATIF AUX ECHANGES INFORMATISES ENTRE UN ORGANISME INTERMEDIAIRE ET LA (OU LES) CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE

Entre d'une part,

La (ou les) CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE ...

représentée(s) par son (ou leurs) Président(s), ...
dûment mandaté(s)

et

d'autre part,

.....

organisme intermédiaire, agissant en tant que concentrateur
dûment représenté par ...

PREAMBULE

L'organisme intermédiaire, défini ci-dessus, assure soit le routage des informations soit le routage et le traitement des informations, dans le cadre des échanges de données informatisées établis conventionnellement entre les Organismes Complémentaires et les Caisses Primaires d'Assurance Maladie et réciproquement.

ARTICLE 1

La transmission de ces informations doit s'effectuer dans le respect des normes fixées par les Caisses Nationales des régimes obligatoires de Protection Sociale de l'Assurance Maladie : Régime Agricole, Régime Général et Régime des Professions Indépendantes. Ces normes sont définies dans le cahier des charges intitulé " IRIS INTER-REGIMES - Télétransmission d'informations entre les Organismes d'Assurance Maladie et les Organismes Complémentaires - NOEMIE ", et précisent la structure et le contenu des enregistrements.

ARTICLE 2

L'organisme intermédiaire s'engage à respecter les conditions fixées par la Commission Nationale Informatique et Libertés en sa décision n° 93/109 du 7 Décembre 1993, à savoir :

absence de traitement particulier des informations transmises pour son propre compte et interdiction de cession de ces informations

destruction des informations dès que l'accusé de réception attestant de leur bonne transmission aura été délivré par le destinataire, caisse gestionnaire ou organismes complémentaires .

interdiction d'enrichissement ou de consultation des informations pour un motif n'entrant pas dans sa mission ,stricto sensu, d'organisme intermédiaire

ARTICLE 3

Le présent protocole est établi pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction sauf dénonciation formelle 3 mois au moins avant sa date d'échéance par l'une des parties signataires.

ARTICLE 4

Le contrat peut être résilié de plein droit en cas de manquement aux obligations qu'il contient, par simple lettre recommandée avec accusé de réception après un délai de quinze jours faisant suite à l'invitation à l'organisme défaillant de s'y conformer.

Fait à, le

Le(s) Président(s)
de la (ou des) CPAM de

Le Président

ANNEXE 4bis

PROTOCOLE GENERAL RELATIF AUX ECHANGES
DE DONNEES INFORMATIQUES ENTRE LA
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE
ET LES ENTREPRISES D'ASSURANCES ADHERENTES
AU G.A.P.

Les soussignés :

La CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE de

.....

représentée par son Président, M.

.....

Le GROUPEMENT DES ASSURANCES DE PERSONNES de la FEDERATION
FRANCAISE DES SOCIETES D'ASSURANCES, ci-après dénommé le G.A.P.,
s'engageant pour le compte de ses sociétés membres pratiquant l'assurance santé
complémentaire, représentée par son Président, Monsieur Daniel PFEIFFER,

ont constaté l'intérêt qui s'attache à procurer à leurs assurés communs un service aussi
efficace et rapide que possible notamment en mettant en place entre eux des relations de
télétransmission permettant d'échanger des fichiers d'informations et de supprimer pour
l'assuré l'obligation d'une deuxième démarche en vue d'obtenir auprès de son assureur
complémentaire le remboursement de ses prestations complémentaires,

sont conscients qu'une telle mise en place d'échanges informatiques doit répondre à des
règles précises et unitaires afin d'en garantir le développement harmonieux et la
pérennité, à des coûts d'exploitation raisonnables pour les deux parties.

Dans cet esprit, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de

..... et le G.A.P. souscrivent aux engagements conclus
entre le Président de la CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES
TRAVAILLEURS SALARIES et le Président de la FEDERATION FRANCAISE DES
SOCIETES D'ASSURANCES dans l'accord-cadre fixé par échange de lettres en date
des 20 et 26 janvier 1995 et rappellent en tant que de besoin les principes suivants :

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de

..... et les entreprises d'assurances membres
du G.A.P. conviennent de faire le choix des normes NOEMIE développées par la
.C.N.A.M.T.S. pour leurs échanges de données informatiques qu'il s'agisse de l'envoi
des fichiers d'assurés des entreprises d'assurances vers la C.P.A.M. ou de la transmission
des doubles magnétiques des décomptes de la C.P.A.M. vers les entreprises d'assurances
et des opérations connexes se rattachant à ces deux fonctions.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de

et les entreprises d'assurances membres du G.A.P. sont conscientes de l'intérêt qui s'attache à faire évoluer les normes NOEMIE en vue d'une adaptation plus précise aux problèmes d'échanges posés ou pour les mettre en conformité avec les évolutions des règles de l'Echange des Données Informatiques. Ils conviennent que ces objectifs ne doivent pas avoir pour conséquence de mettre en cause le caractère unitaire national de ces normes qu'ils s'engagent à respecter. La conduite de ces évolutions tiendra compte en ce qui concerne l'assurance maladie, avec un réel souci de partenariat, des demandes formulées par le G.A.P.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de met en oeuvre des règles de coût de la prestation de service, conformément à l'avis du Conseil d'état de 1991. Le coût retenu est considéré comme une tarification plafond et toute modification significative du contenu de l'unité de comptage " le décompte/liens d'archives télétransmis " entraînera une nouvelle évaluation par les parties du coût du service rendu.

Le G.A.P., conscient des difficultés qui pourraient résulter pour la C.P.A.M. de et (le CETELIC) d'avoir à négocier et organiser les échanges informatiques avec une grande multiplicité d'entreprises d'assurances :

reconnaît la convention-type et son cahier des charges. Cette convention sera annexée au présent protocole comme étant celle qui devra nécessairement être conclue entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de et chaque entreprise d'assurances, que cette dernière gère le contrat d'assurance maladie complémentaire directement ou par l'intermédiaire de délégataires de gestion agréés par elles. Nonobstant, les courtiers délégataires de gestion feront connaître leur engagement à respecter les termes de la convention-type, par lettre dont le modèle est présenté en annexe au protocole général,

présente ASSURNET FRANCE/section SANTE à la C.P.A.M. de et (à son CETELIC) ASSURNET FRANCE/section SANTE représentée au présent protocole par son Président, Monsieur Didier LANCIAUX, cosignataire, s'engage pour les dispositions ci-après le concernant.

Le réseau ASSURNET FRANCE/section SANTE a pour vocation d'être l'interlocuteur technique de l'ensemble des entreprises d'assurances contractantes adhérentes au G.A.P. et de leurs délégataires agréés aux fins d'organiser le routage des informations décrites ci-dessus et dans le respect de la convention-type et du cahier des charges.

La C.P.A.M. signataire observant toutefois qu'elle n'exercera aucune discrimination en ce qui concerne le choix des Sociétés d'Assurances signataires, celle-ci restant libre de choisir soit ASSURNET, soit une liaison directe avec elle.

ASSURNET FRANCE/section SANTE transmettra à la C.P.A.M. de (et au CETELIC) les fichiers d'assurés provenant des entreprises d'assurances membres ou de leurs délégataires et recueillera auprès de la C.P.A.M. de (et du CETELIC) les informations relatives aux doubles magnétiques de décomptes pour les acheminer aux entreprises d'assurances destinataires ou à leurs délégataires.

ASSURNET FRANCE/section SANTE met à la disposition de la C.P.A.M., du CETELIC et des organismes d'assurance complémentaires membres, un numéro d'appel téléphonique d'assistance technique (hot line).

ASSURNET FRANCE/section SANTE recevra les facturations correspondant au coût du service rendu par la C.P.A.M. de et en effectuera le règlement global à la C.P.A.M. de pour le compte de l'ensemble des entreprises d'assurances conventionnées avec elle.

Ces opérations s'effectueront dans le respect des règles d'éthique et de secret professionnel qui s'y rattachent et notamment celles découlant de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

ASSURNET FRANCE/section SANTE s'engage à respecter les conditions fixées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) dans sa délibération n° 93-109 du 7 décembre 1993, à savoir :

l'absence de traitement particulier des informations transmises pour son propre compte et l'interdiction de toute cession de ces informations,

l'interdiction d'enrichissement ou de consultation des informations pour un motif n'entrant pas dans sa mission, stricto-sensu, d'organisme complémentaire,

la destruction des informations dès que l'accusé de réception attestant de leur bonne transmission aura été délivré par le destinataire, caisse gestionnaire ou organismes complémentaires.

Le présent protocole est établi pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction sauf dénonciation formelle 3 mois au moins avant sa date d'échéance par l'une des parties signataires.

Il peut être résilié de plein droit en cas de manquement aux obligations qu'il contient, par simple lettre recommandée avec accusé de réception après un délai de quinze jours faisant suite à l'invitation à l'organisme défaillant de s'y conformer.

Fait à, le

Le(s) Président(s) de la (ou des)
C.P.A.M. de

Pour le GROUPEMENT des
ASSURANCES de PERSONNES
Le Président,

Didier PFEIFFER

Pour ASSURNET FRANCE/section SANTE
Le Président,

Didier LANCIAUX

CAHIER DES CHARGES
IRIS INTER-REGIMES

Ce document sera adressé aux Caisses
courant octobre 1995 avec la norme B2 et
NOEMIE PS

ANNEXE 6

C.T.I.

Caisses Primaires de

CAHIER DES CONDITIONS

TECHNIQUES POUR

L'ECHANGE INFORMATIQUE DES DONNEES

AVEC

LES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

l'Assurance Maladie

Sécurité Sociale

NOEMIE 1

Caisse Primaire d'Assurance Maladie
de

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS

CREATION ET GESTION DU FICHER ORGANISMES COMPLEMENTAIRES (3)

CONSTITUTION ET GESTION DES ENREGISTREMENTS ADHERENTS (4 - 7)

1 - MODALITES DE TELETRANSMISSION

2 - LA REFERENCE DE CREATION DES ENREGISTREMENTS ADHERENTS

2.1 Présentation des enregistrements Adhérents

2.2 Mise à jour des enregistrements Adhérents

2.3 Epuration des enregistrements Adhérents

2.4 Rejets et Signalements

2.5 Mise à niveau des informations Adhérents

ENVOI DES INFORMATIONS DE PAIEMENTS VERS L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE (8 - 10)

1 - CONSTITUTION DES ENREGISTREMENTS DE RETOUR D'INFORMATIONS

1.1 Adhérent présent et date des soins comprise dans la période de validité du contrat

1.2 Adhérent présent et date des soins hors période de validité du contrat

1.3 Adhérent présent dans plusieurs Organismes Complémentaires avec chevauchement de contrats

1.4 Adhérent inconnu

LES AVIS DE PAIEMENT AUX ASSURES ET PARTENAIRES DE SANTE (11 - 12)

1 - AVIS DE PAIEMENT AUX ASSURES

2 - AVIS DE REGLEMENT AUX PARTENAIRES DE SANTE (pharmacies, cliniques, etc.)

FACTURATION DU SERVICE RENDU A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE (13)

LES CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE DE TESTS (14)

LES TESTS DE TRANSMISSION DES DONNEES (15 - 21)

1 - LES PROTOCOLES DE TRANSMISSION

2 - LES TESTS AVEC LE PROTOCOLE XMODEM CNAMTS

3 - LES TESTS AVEC LE PROTOCOLE PESIT HORS SIT

4 - LES CONDITIONS DE TRANSMISSION APRES LA PHASE DE TEST

LES TESTS DE TRAITEMENT DES DONNEES (22 - 27)

1 - PRESENTATION DU FICHIER D'ENREGISTREMENTS ADHERENTS

2 - PRODUITS EDITES A DESTINATION DE L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE

3 - PRECISIONS

AVANT-PROPOS

L'ambition de ce document technique est d'apporter aux non spécialistes la possibilité d'une compréhension plus aisée de l'ensemble des circuits.

Par ailleurs ce cahier des conditions techniques annexé à la convention type nationale a pour but d'aider à l'harmonisation nationale de mise en oeuvre des échanges avec les Organismes Complémentaires, enjeu indispensable de leur généralisation.

Des adaptations locales peuvent néanmoins y être apportées dans les parties signalées à cet effet.

Il est donc insuffisant pour les techniciens et informaticiens des Organismes Complémentaires qui se référeront au Cahier des Charges IRIS INTER-REGIMES, Télétransmission d'informations entre les Organismes d'Assurance Maladie et les Organismes Complémentaires.

L'échange d'informations par des moyens informatiques entre les Organismes Complémentaires et les Caisses Primaires d'Assurance Maladie s'effectue uniquement dans le cadre de la Norme Nationale N.O.E.M.I.E. (Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs).

L'utilisation de cette Norme se fait dans les deux sens

Organismes	Caisses Primaires
(par l'intermédiaire de leurs Centres de	Complémentaires
	Traitement
Informatique)	

les Organismes Complémentaires alimentant des rubriques spécifiques du Fichier Assurés Central géré par les Caisses Primaires.

Celles-ci, selon les données fournies par les Organismes Complémentaires, retournent à ces derniers les informations relatives aux prestations réglées concernant les bénéficiaires de soins identifiés formellement par les Organismes Complémentaires.

La procédure, décrite dans le présent document, fait ressortir les phases indispensables à la mise en oeuvre technique de ce type d'échange.

Elle constitue la base sur laquelle peuvent s'appuyer les Partenaires pour faciliter et standardiser, autant que possible, le déroulement technique des opérations.

CREATION ET GESTION DU FICHIER ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

Préalablement à tout échange, il est nécessaire d'obtenir de l'Organisme Complémentaire des informations le concernant.

Ces informations renseignent sur :

- l'identification de l'Organisme Complémentaire :

.code identification national (7 caractères numériques + 1 clé de contrôle numérique)
selon la structure définie par la circulaire CNAMTS N° / du

.adresse et raison sociale

- la domiciliation :

Cette information n'est pas à fournir par les Organismes Complémentaires ne souhaitant recevoir que l'image magnétique du décompte de la part Sécurité Sociale sans tarification ni paiement de la part complémentaire.

- les différentes options relatives aux :

. modes de règlement

. éditions

. paiements etc.

- le recours à un concentrateur technique :

. identification

. N° SIRET

L'Organisme Complémentaire se verra donc questionné par la Caisse avec laquelle est passée convention, ou par la Caisse déléguée dans le cadre d'un même CTI, au moyen de l'imprimé " Demande de renseignements - Echanges de données informatisées - Organismes Complémentaires CPAM ".

Les 2 premiers volets complétés de ce document doivent être adressés, à l'appui de la convention, à la Caisse Primaire intéressée.

Celle-ci en retournera un exemplaire, au demandeur, revêtu de son avis et précisera les conditions de mise en oeuvre des tests.

Elle en informera également les autres Caisses rattachées au même CTI pour enregistrement dans une base de données.

Toute modification, à l'initiative de l'Organisme Complémentaire, devra être portée, selon accords locaux, à la connaissance de chaque Caisse Primaire pour enregistrement dans la base de données qu'elle gère ou de la Caisse déléguée d'un même CTI.

CONSTITUTION ET GESTION DES ENREGISTREMENTS ADHERENTS

Pour permettre les échanges, et notamment le retour d'informations vers l'Organisme Complémentaire, il est indispensable que celui-ci transmette à la Caisse Primaire intéressée (via son Centre de Traitement Informatique) des données concernant les adhérents pour lesquels il assure une couverture complémentaire.

Le terme " adhérent " trouve sa correspondance, au sein de l'Assurance Maladie, par celui de " bénéficiaire " : l'assuré(e) et chaque ayant droit qui lui est rattaché constituant chacun un bénéficiaire et donc un adhérent.

Les informations relatives à chaque adhérent, enregistrées dans le Fichier Assurés Central (F.A.C.) de la Caisse concernée, sont exclusivement de la responsabilité de l'Organisme Complémentaire qui les fournit.

1 - MODALITES DE TELETRANSMISSION

L'Organisme Complémentaire peut utiliser, en fonction des volumes transmis, deux protocoles de transmission : " PESIT/HORS SIT " (gros volumes) et " XMODEM CNAMTS " (volumes faibles ou moyens).

XMODEM CNAMTS doit avoir reçu une certification par un organisme désigné par la CNAMTS. La liste des sociétés informatiques ayant obtenu l'agrément de cet organisme certificateur est disponible auprès des Organismes d'Assurance Maladie.

Le protocole " XMODEM CNAMTS " permet un compactage de type 3 (voir cahier des charges XMODEM).

L'Organisme d'Assurance Maladie tient à la disposition de l'Organisme Complémentaire ou de sa société de services informatiques le cahier des charges du protocole " XMODEM CNAMTS ". Le protocole " PESIT/HORS SIT " est disponible auprès du GSIT (Groupement des systèmes interbancaires de compensation, avenue Ledru-Rollin à Paris).

Ces deux protocoles sont susceptibles de modifications en fonction d'évolutions techniques.

2 - LA REFERENCE DE CREATION DES ENREGISTREMENTS ADHERENTS

La référence, permettant de créer ou de mettre à jour des enregistrements ADHERENTS, est unique.

Elle est numérotée 408 dans le catalogue des références NOEMIE.

Le principe de création et de maintenance des enregistrements ADHERENTS est décrit ci-après.

2.1 Présentation des enregistrements Adhérents

Le fichier d'enregistrements présenté par l'Organisme Complémentaire doit comporter autant de lots que d'Organismes d'Assurance Maladie rattachés à un même centre informatique avec indication, entre autres, dans l'entité 000 (début de fichier) de la référence 408 :

- du code organisme gestionnaire
- de l'identification du fichier : (information donnée par l'Organisme d'Assurance Maladie).

La prise en compte des enregistrements Adhérents par le(s) Centre(s) de Traitement Informatique des Organismes d'Assurance Maladie ne s'effectue qu'au vu des informations validées par ces derniers.

Un accusé de réception des flux validés est envoyé à l'Organisme Complémentaire au moyen de la référence 929.

2.2 Mise à jour des enregistrements Adhérents

Celle-ci est à l'initiative de l'Organisme Complémentaire qui présente un fichier dont la structure est conforme à la Norme NOEMIE en utilisant la même référence qui a servi pour la création initiale des enregistrements Adhérents.

Ce fichier peut comporter des mouvements :

- de création de nouveaux enregistrements Adhérents
- de mise à jour d'enregistrements Adhérents déjà créés : pour cette opération il s'agit simplement de remplacer l'enregistrement existant par un nouvel enregistrement
- d'interrogation en vue de consulter les informations contenues dans les enregistrements Adhérents
- d'annulation d'enregistrements Adhérents existants.

L'identification de ce fichier dans l'entité 000 (début de fichier) de la référence intéressée doit être différente de celle utilisée lors de la création initiale (information fournie par l'Organisme d'Assurance Maladie).

Exemple : Créations Initiales : NOEVAL

Mises à jour : NOEMAJ

Fréquence d'envoi : à l'appréciation de l'Organisme Complémentaire sachant que le délai de mise à jour peut avoir une incidence sur le retour des informations de paiement.

IMPORTANT : En aucun cas il n'y a enrichissement des informations à partir des fichiers gérés par les Organismes d'Assurance Maladie.

2.3 Epuration des enregistrements Adhérents

L'épuration des enregistrements doit être effectuée par des mouvements d'annulation qui pourront être transmis dans le fichier des mises à jour (cf point 2.2).

Le mouvement d'annulation peut, exceptionnellement, être déclenché à l'initiative de l'Organisme d'Assurance Maladie dans le seul cas où l'adhérent demande à celui-ci de ne pas transmettre les informations de paiement le concernant au titre du respect de la loi Informatique et Libertés (Article 26 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978).

L'Organisme Complémentaire en est avisé afin de ne pas représenter ultérieurement un mouvement de mise à jour pour cet adhérent.

2.4 Rejets et Signalements

Le traitement des enregistrements fournis par l'Organisme Complémentaire donne lieu à un contrôle de validité de la structure et du contenu de ces enregistrements.

La détection d'une anomalie provoque, selon le niveau et l'importance de l'erreur, soit le rejet de la totalité de l'envoi soit un signalement vers l'émetteur à l'initiative de la Caisse Primaire.

Un deuxième niveau de contrôle est institué qui met en oeuvre la confrontation des informations validées des enregistrements Adhérents avec celles contenues dans les fichiers gérés par l'Organisme d'Assurance Maladie.

Le résultat peut faire apparaître des anomalies ou des impossibilités signalées à l'Organisme Complémentaire au travers d'une référence spécifique : la référence 929.

CAS PARTICULIER DE PLURALITE D'ORGANISMES COMPLEMEN-TAIRES POUR UN MEME ADHERENT

Lors de la prise en compte d'un enregistrement émanant de l'Organisme Complémentaire, un contrôle est mis en oeuvre visant à vérifier que l'enregistrement n'existe pas déjà pour un autre organisme.

Si tel est le cas, un signalement est effectué à l'Organisme Complémentaire qui présente cet enregistrement sans qu'il soit fait obstacle à sa création dans le fichier intéressé.

L'information qui est communiquée ne fera en aucun cas état de l'identification (codifiée ou non) de l'autre Organisme Complémentaire ni du type et de la durée du contrat passé avec ce dernier.

L'Organisme Complémentaire qui reçoit le signalement fera donc son affaire des suites à lui donner.

Cette information sera également fournie à l'Organisme Complémentaire précédent.

2.5 Mise à niveau des informations Adhérents

Sur demande exceptionnelle de l'Organisme Complémentaire, l'Organisme d'Assurance Maladie peut retourner, au moyen de la référence 929, la totalité des informations contenues dans le Fichier Assurés Central (F.A.C.) pour les adhérents concernant le demandeur.

Cette demande doit se justifier par le souhait de l'Organisme Complémentaire de se remettre, à une date donnée, en phase avec les enregistrements de l'Organisme d'Assurance Maladie.

Toutefois, pour éviter de pénaliser les temps de traitement du centre informatique de ce dernier, toutes les demandes reçues au cours d'un même mois seront traitées au cours d'une seule exploitation le mois suivant.

ENVOI DES INFORMATIONS DE PAIEMENTS VERS L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Selon les conventions conclues entre l'Organisme d'Assurance Maladie et l'Organisme Complémentaire, les références 690 et 691 de retour d'informations vers ce dernier permettent de fournir les données relatives au seul paiement des prestations de l'Assurance Maladie pour que l'Organisme Complémentaire calcule la part qu'il couvre éventuellement

Les références à retenir vont couvrir l'ensemble de ce champ de possibilités. Elles vont retracer les diverses options envisageables.

Les points clés à privilégier sont le numéro de l'Organisme Complémentaire, le numéro d'adhérent de préférence aux identifiants classiques (numéro de matricule assuré et identifiant bénéficiaire). Pour ce type d'intervenant il est prévu un retour avec les adresses des acteurs en jeu. Tout type de prestations est envisagé a priori.

1 - CONSTITUTION DES ENREGISTREMENTS DE RETOUR D'INFORMATIONS

Les enregistrements de paiement issus de la liquidation des prestations par l'Organisme d'Assurance Maladie sont confrontés aux informations figurant dans les enregistrements Adhérents et donnent lieu, selon la situation rencontrée, au traitement suivant :

1.1 Adhérent présent et date des soins comprise dans la période de validité du contrat

. Constitution d'un fichier d'enregistrement de retour d'informations selon la référence de la Norme NOEMIE choisie :

- Référence 690 qui fournit les informations relatives aux prestations en nature (actes professionnels, prestations sanitaires diverses, frais hospitaliers, etc.) et en espèces (indemnités journalières)
- Référence 691 qui ne transmet que les informations concernant les prestations en nature seules.

1.2 Adhérent présent et date des soins hors période de validité du contrat

. Pas d'enregistrement de retour NOEMIE vers l'Organisme Complémentaire.

1.3 Adhérent présent dans plusieurs Organismes Complémentaires avec chevauchement de contrats

. La période de chevauchement est neutralisée : il n'y a pas d'enregistrement de retour d'informations vers l'un ou l'autre des Organismes Complémentaires en concurrence.

. Les informations relatives aux soins dont la date se situe AVANT ou APRES cette période de chevauchement sont transmises à l'Organisme Complémentaire intéressé.

Exemple : - l'O.C. A déclare une période de contrat T1 ; T2 puis annule son enregistrement à une date T3
l'O.C. B déclare, à une date T', une période de contrat T'1 ; T'2 se chevauchant en partie sur la période de contrat de l'O.C. A

Le schéma n'est pas intégré dans la base.

Si date de soins < T1 : Aucun retour d'informations vers O.C. A, O.C. B

Si date de soins (T1 ; T') : Transmission des informations vers O.C. A

Si date de soins (T' ; T'1) : Transmission des informations vers O.C. A

Si date de soins (T'1 ; T2) :Aucun retour d'informations vers O.C. A, O.C. B

Si date de soins (T2 ; T3) : Transmission des informations vers O.C. B

Si date de soins (T3 ; T'2) : Transmission des informations vers O.C. B

Si date de soins > T'2 : Aucun retour d'informations vers O.C. A, O.C. B

1.4 Adhérent inconnu

A l'évidence, il ne peut y avoir de retour d'informations vers un Organisme Complémentaire.

L'envoi du fichier vers l'Organisme Complémentaire s'effectue par télétransmission selon le protocole retenu.

La fréquence d'envoi est fonction de l'Organisme Complémentaire puisque c'est lui qui prend l'initiative de consulter, dans le cadre de télétransmission, si un fichier de retour d'informations est disponible.

Cette consultation reste possible, en règle générale, pendant un délai d'une semaine à compter de la création du fichier.

Une fois consulté le fichier est détruit après sauvegarde sur bande magnétique ou cartouche pendant une durée variable (au minimum 2 mois) selon l'Organisme d'Assurance Maladie. Ce délai permet à l'Organisme Complémentaire d'obtenir, exceptionnellement, un duplicata du fichier mis initialement à sa disposition.

LES AVIS DE PAIEMENT AUX ASSURES ET PARTENAIRES DE SANTE

1 - AVIS DE PAIEMENT AUX ASSURES

Selon les accords passés entre l'Organisme d'Assurance Maladie et l'Organisme Complémentaire, l'assuré est avisé de la transmission d'informations le concernant par un message porté sur l'avis de paiement qui lui est destiné.

Lorsque l'Organisme d'Assurance Maladie a fait le choix du regroupement mensuel, à la quinzaine ou à la semaine de ces avis sur un même document, celui-ci est édité dans les conditions suivantes :

1.1 Tous les soins sont compris dans la période de validité du contrat Adhérent .

Un bordereau regroupant les avis du mois, de la quinzaine ou de la semaine est adressé au destinataire avec un message lui signalant de ne pas transmettre ce document à son Organisme Complémentaire.

1.2 Une partie des soins n'est pas incluse dans la période de validité du contrat Adhérent.

Deux bordereaux sont envoyés à l'intéressé :

l'un regroupant tous les avis pour lesquels les soins se situent dans la période de validité de ce contrat et comportant le message ci-dessus.

l'autre reprenant tous les avis pour lesquels les soins sont hors contrat.

1.3 Une période des soins est couverte par deux contrats

Il y a édition d'un message l'invitant à adresser l'avis de paiement à l'Organisme de son choix.

1.4 Remarque

A noter que quelques Organismes d'Assurance Maladie, préfèrent éditer tous les avis, quelle que soit la situation rencontrée, sur un document unique.

Dans ce cas, c'est au niveau de chaque avis que la distinction apparaît aux fins d'indiquer à l'Organisme Complémentaire ce qu'il doit prendre en compte.

2- AVIS DE REGLEMENT AUX PARTENAIRES DE SANTE (pharmacies, cliniques, etc.)

Suivant les moyens informatiques dont ils disposent, ceux-ci reçoivent.

. soit un bordereau récapitulatif des paiements

. soit un fichier d'enregistrement de retour d'informations de paiement selon les références de la Norme NOEMIE propres à ces partenaires et décrites dans un cahier des charges spécifique.

FACTURATION DU SERVICE RENDU A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE

La facturation du service rendu est effectuée selon les termes de la Convention passée entre les parties.

Elle s'appuie sur des états mensuels édités par le centre informatique de l'Organisme d'Assurance Maladie.

Ceux-ci comportent, outre l'identification de l'Organisme Complémentaire :

- les dates de mise à disposition des fichiers
- les dates de traitement correspondantes (dates comptables indiquées dans les entités 070 NOP-DAT de la référence)
- le dénombrement, par date, des décomptes liens d'archives (entités 160 NOP-ARC de l'application NOEMIE)
- une totalisation de ces dénombrements.

DESTINATAIRE DE LA FACTURATION

Sauf avis contraire, le destinataire de la facturation est l'Organisme Complémentaire ayant passé convention avec l'Organisme d'Assurance Maladie.

PERIODICITE DE FACTURATION

Pour des raisons de commodité et d'économie, et selon les négociations pouvant intervenir localement, la périodicité d'émission de la facture peut être

- mensuelle si le montant de la facturation est important
ou
- trimestrielle si le montant de la facturation est moyen
ou
- annuelle si le montant de la facturation est peu important

LES CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE DE TESTS

Avant toute mise en oeuvre, en réel, l'Organisme Complémentaire a la possibilité de tester les phases décrites précédemment en présentant des informations soit directement par télétransmission soit par bande ou cartouche magnétique.

La procédure des tests relatifs à la connexion puis au traitement des données transmises est décrite en annexe, dans ce document.

Ces tests, dont la durée ne doit pas excéder 6 mois afin de ne pas pénaliser, en temps et en personnel, le centre informatique des Caisses, s'effectuent avec la première Caisse Primaire de chacun des CTI avec laquelle une convention est passée.

Un correspondant unique de cette Caisse détermine, en accord avec l'Organisme Complémentaire et le CTI de rattachement, les conditions de cette phase de tests et en suit le déroulement.

Après en avoir contrôlé régulièrement les résultats et en avoir fait part à l'Organisme Complémentaire, il définit conjointement avec celui-ci la date de démarrage en réel.

LES TESTS DE TRANSMISSION DES DONNEES

1 - LES PROTOCOLES DE TRANSMISSION

Les seuls protocoles de télétransmission admis sont :

- XMODEM profil CNAMTS pour les volumes de données faibles ou moyens à transmettre.

L'utilisation de ce protocole ne peut se faire sans la certification par l'organisme délégataire de la CNAMTS : Centre National de Dépôt et de Labellisation (CNDL).

Celui-ci a mis en oeuvre un service VIDEOTEX permettant d'obtenir la liste des sociétés de services ayant reçu son agrément

3614 CNDL

- PESIT profil HORS SIT pour les volumes de données importants à transmettre.

Ce protocole est disponible auprès du Groupement des Systèmes Interbancaires de Télécompensation (GSIT) Avenue Ledru-Rollin à PARIS.

EXCEPTIONNELLEMENT, et pour éviter un investissement supplémentaire le protocole PESIT profil CFT (développé par la Société CREDINTRANS) pourra être admis en lieu et place du protocole PESIT HORS SIT si l'Organisme Complémentaire l'utilise déjà avec un autre CTI.

2 - LES TESTS AVEC LE PROTOCOLE XMODEM CNAMTS

A compléter en fonction des dispositions locales

Pour pouvoir se connecter au CTI de _____, il y a lieu de prendre note des éléments ci-après :

- ACCES AU RESEAU :

- IDENTIFIANT DE TRANSMISSION DE L'UTILISATEUR :

. Numéro National d'Identification de l'Organisme Complémentaire comprenant la clé de contrôle de ce numéro

ou

. Numéro SIRET du Concentrateur Technique dans le cas où l'Organisme Complémentaire effectue la transmission par cet intermédiaire.

- MOT DE PASSE :

. Donné par la CPAM, ce mot de passe comporte, au minimum, 6 caractères alphanumériques.

- IDENTIFIANT DU FICHIER DE TRANSMISSION :

. (à compléter) en phase de test

puis

. (à compléter) pour le transfert de masse des enregistrements ADHERENTS et (à compléter) pour la mise à jour de ceux-ci en phase réelle.

- FORMAT DU FICHIER DE TRANSMISSION :

. Codage ASCII

. Compactage de type 1, 2 ou 3 (se reporter au Cahier des Charges “ Transfert de fichiers XMODEM Version 2.0 ” édité par la CNAMTS).

3 - LES TESTS AVEC LE PROTOCOLE PESIT HORS SIT

A compléter en fonction des dispositions locales

Les éléments à prendre en compte sont les suivants

- ACCES AU RESEAU :

- IDENTIFIANT DE TRANSMISSION DE L'UTILISATEUR :

. Numéro National d'Identification de l'Organisme Complémentaire comprenant la clé de contrôle de ce numéro.

ou

. Numéro SIRET du Concentrateur Technique dans le cas où l'Organisme Complémentaire effectue la transmission par cet intermédiaire.

- IDENTIFIANT DU CTI :

. (à compléter).

- MOT DE PASSE :

. Donné par la CPAM, ce mot de passe comporte, au minimum, 6 caractères alphanumériques.

- IDENTIFIANT DU FICHIER DE TRANSMISSION :

. (à compléter) en phase de test

puis

. (à compléter) pour le transfert de masse des enregistrements ADHERENTS et (à compléter) pour la mise à jour de ceux-ci en phase réelle.

- FORMAT DU FICHIER DE TRANSMISSION :

. Codage ASCII ou EBCDIC

. Compactage : Compression normalisée (compression étendue pour profil CFT).

4 - LES CONDITIONS DE TRANSMISSION APRES LA PHASE DE TEST

A compléter en fonction des dispositions locales

A l'issue de la phase de tests, les conditions de transmission de fichiers sont les suivantes :

Amplitude d'accès au CTI

Transmission de fichiers par le partenaire

Réception de fichiers en retour par le partenaire

Les fichiers sont mis à disposition du partenaire comme suit :

- Transmission par protocole XMODEM CNAMTS

Identifiant des fichiers de prestations réglées :

Identifiant des fichiers de rejets :

Transmission par protocole PESIT HORS SIT

Identifiant des fichiers de prestations réglées et de rejets :

Délai de mise à disposition des fichiers

Les fichiers restent à disposition du partenaire pendant _____ à compter de
leurs dates de création

Passé ce délai les fichiers transférés ou non ne sont plus accessibles par télétransmission
mais sont sauvegardés durant _____ .

La remise à disposition d'un fichier sauvegardé doit être demandée, par écrit, à la CPAM
concernée ou déléguée.

IMPORTANT

L'Organisme Complémentaire doit prévenir, au moins 24 heures à l'avance et par télécopie, le correspondant de la CPAM, avec laquelle s'effectueront les tests, de l'envoi d'un fichier TEST puis du premier fichier REEL.

Ce correspondant avisera, de même, l'Organisme Complémentaire de la mise à disposition d'un fichier TEST de prestations en retour.

LES TESTS DE TRAITEMENT DES DONNEES

Les tests relatifs au traitement des données fournies par l'Organisme Complémentaire ont pour objectif :

- d'une part de valider la présentation et le contenu des informations figurant dans les enregistrements Adhérents

Est, notamment, contrôlé l'existence de l'assuré et de chacun des Adhérents/Bénéficiaires dans le fichier de la CPAM

- d'autre part de recevoir, selon l'option retenue par l'Organisme Complémentaire en accord avec la CPAM

les états concernant le résultat du traitement informatique effectué par le CTI

les enregistrements de rejets ou signalements de la référence 929

des enregistrements (ou un fac simulé de ceux-ci) de prestations retournés sous la référence 690 ou 691.

1 - PRESENTATION DU FICHIER D'ENREGISTREMENTS ADHERENTS

Les informations, permettant l'identification du fichier logique comportant les enregistrements Adhérents, figurant dans l'entité OOO NOP-ENT (EN TETE) de la référence 408 :

- Informations concernant l'EMETTEUR

. Type d'émetteur : - MU si l'Organisme Complémentaire transmet directement le fichier

NOE-TYE

- SI si l'Organisme Complémentaire utilise les services d'un concentrateur technique

. N° d'émetteur : N° de l'O.C. (7 caractères + Clé de contrôle) cadré à

NOE-NUE : droite si émetteur de type MU

N° SIRET si émetteur de type SI.

- Informations concernant le DESTINATAIRE

. Type de destinataire : CP (Caisse Primaire)

N° de destinataire : Blanc (6 caractères)

NOE-NUDR -01 grand régime

N° Caisse (3 caractères numériques)

N° Centre (3 caractères numériques) = 000

-Informations concernant l'ECHANGE

.Application : MU

NOE-APP

.Identification du fichier : - (à compléter)

NOE-FIC

Référence de l'échange : -408

NOE-NRM

Les autres informations à indiquer dans cette entité sont reprises dans le cahier des charges

IRIS INTER-REGIMES

Télétransmission d'informations entre les Organismes d'Assurance

Maladie

et les Organismes Complémentaires

Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs

N.O.E.M.I.E.

2 - PRODUITS EDITES A DESTINATION DE L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE

- Produits édités sur “papier”

Etats “ NOEMIE - BILAN DU CONTROLE ” et “ ENTREES NOEMIE - EDITION DES REJETS ” qui indiquent si la structure du fichier d'enregistrements présentés est acceptée ou refusée avec dans ce dernier cas le motif du rejet

“ LISTE DES REJETS/SIGNALEMENTS ” qui donne le motif du rejet de l'enregistrement Adhérent ou signale une anomalie sans que pour autant l'enregistrement en cause soit refusé après confrontation aux informations du fichier de la CPAM.

“REFLET FICHIER DES CONTRATS MUTUALISTES” qui liste pour chaque enregistrement Adhérent/Bénéficiaire accepté les informations prises en compte.

- Produits pouvant être mis à disposition par télétransmission

Enregistrements de Rejets ou Signalements contenus dans la référence 929 de l'application NOEMIE

Ces enregistrements remplacent la “ Liste des rejets/signalements ” citée plus haut

Le fichier de ces enregistrements se présente comme suit :

(à compléter)

Enregistrements des Contrats Mutualistes pris en compte et retournés par la référence 929.

Ces enregistrements remplacent l'état “ Reflet Fichier des Contrats Mutualistes ”

(à compléter)

Enregistrements de Prestations Régliées repris dans les références 690 ou 691 de l'application NOEMIE

Un message “ ATTENTION IL S’AGIT D’UN FICHER TEST ” dans les positions 92 à 128 NOE-MES de l’entité 000 NOP-ENT signale au Partenaire qu’il se trouve en présence d’un fac simulé d’enregistrements de prestations.

(à compléter)

3 - PRECISIONS

Périodicité de traitement des tests

Sauf impératifs, le traitement des tests s'effectue (à compléter)

Communication des résultats

Seul le correspondant désigné de la CPAM est habilité à communiquer les résultats des tests au Partenaire.

Aucun résultat ne sera fourni directement par le CTI au Partenaire.

Les imprimés “ demande de renseignements ” ne sont pas intégrés dans la base.