

CIRCULAIRE

CIR-8/2016

Document consultable dans Médi@m

Date :

05/04/2016

Domaine(s) :

dossier client prof. de santé

activités comptables financières

Nouveau	<input type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input checked="" type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Aides Télétransmissions
versement 2016 - Aides
pérennes, à la maintenance,
forfaits centres de santé

Liens :

LR-DDGOS-105/2015

Cir-2/2015

Plan de classement :

P04-01 P13-04

Emetteurs :

DDGOS DDFC

Pièces jointes : 2

à Mesdames et Messieurs les

Directeurs

CPAM

CARSAT

UGECAM

CGSS

CTI

Agents Comptables

Médecins Conseils

Régionaux

Chef de service

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

Paiement des aides à la transmission en 2016 - Aides pérennes,
à la maintenance, forfaits structure, forfaits centres de santé.

Mots clés :

Télétransmission ; feuilles de soins électroniques ;
scannérisation ; dématérialisation ; centres de santé

**La Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins**



Mathilde LIGNOT-LELOUP

**Le Directeur Délégué
des Finances et de la Comptabilité**



Joel DESSAINT

CIRCULAIRE : 8/2016

Date : 05/04/2016

Objet : Aides Télétransmissions versement 2016 - Aides pérennes, à la maintenance, forfaits centres de santé

Affaire suivie par :

Marie-Pierre CHEVALLIER (toutes professions)
Sandrine AUJOUX DE MATOS (pharmaciens)
Marie-Angé LARREUR (auxiliaires médicaux)
DDGOS/DOS/DPROF (centres de santé)
Bernadette LEMASQUERIER (DDFC aspect comptables)
Florent GRILLOT (DDFC - DRFEC)
Lydie RONDELLE (DDFC - DMOAC)

mp.chevallier@cnamts.fr
sandrine.aujoux-dematos@cnamts.fr
marie-ange.larreur@cnamts.fr
centre-de-sante.dprof@cnamts.fr
bernadette.lemasquerier@cnamts.fr
florent.grillot@cnamts.fr
lydie.rondelle@cnamts.fr

La présente circulaire a pour objet :

- d'indiquer les modalités de calcul et de paiement des aides à la télétransmission aux professionnels de santé concernés en 2016 :
 - aide pérenne pour :
 - les pharmaciens mutualistes;
 - les pharmaciens d'officines,
 - les chirurgiens- dentistes;
 - les sages-femmes;
 - les infirmiers;
 - les masseurs – kinésithérapeutes;
 - les orthophonistes;
 - les orthoptistes;
 - les pédicures-podologues;
 - aide à la maintenance :
 - les chirurgiens- dentistes;
 - les sages-femmes;
 - les infirmiers;

- les masseurs – kinésithérapeutes;
 - les orthophonistes;
 - les orthoptistes;
 - les pédicures-podologues;
- forfaits structures et forfaits professionnels de santé pour les Centres de Santé;
- forfait à la numérisation et télétransmission pour les pharmaciens titulaires d'officine, les masseurs-kinésithérapeutes, et les infirmiers.
- compte tenu des dispositions réglementaires et conventionnelles en vigueur, de préciser :
 - les imputations budgétaires et comptables;
 - la procédure de support.

SUPPORT AUX CAISSES (rappel)

Toutes les questions concernant les aides à la télétransmission (contestations, anomalies.....) devront être adressées exclusivement au CSN.

ATTENTION : Aucune réponse ne sera faite par messagerie ou téléphone individuel.

Depuis le 3 mai 2004, un support « aide à la télétransmission » a été mis en place au Centre de Support National (CSN) à l'attention des caisses.

- Soit par un formulaire « création demande » sur le serveur Intranet du CSN **www.support-national.cnamts.fr** Application « AIDES A LA TELETRANSMISSION » (privilégier ce point d'entrée) ;
- Soit par messagerie à la boîte aux lettres : **support-national.cnamts.fr** (préciser Application = Aides à la télétransmission) ;
- Soit par téléphone au 08 20 33 14 10 ;
- Soit par fax : 08 20 33 14 11.

1 Modalités de calcul des Aides

1.1 Rappel sur les aides à verser au titre de l'année 2015

A la suite de négociations avec les différentes catégories de professionnels de santé, une aide conventionnelle à la télétransmission de feuilles de soins électroniques a été mise en place à partir de l'année 2000 suivant plusieurs modalités.

Synthèse des textes sur les aides à la télétransmission SESAM-Vitale

- **Pharmaciens d'Officines** : Convention nationale conclue le 4 avril 2012 et approuvée par voie d'arrêté du 4 mai 2012 (JO du 6 mai 2012) ;

- **Pharmacies Mutualistes** : les dispositions de la convention nationale de 2012 relatives aux rémunérations conventionnelles ont été étendues aux pharmacies mutualistes par arrêté du 18/12/2014 (JO du 20/12/2014).

Ces pharmacies perçoivent désormais les mêmes rémunérations que les pharmaciens d'officine et ce, dès l'année de référence 2014 ;

- **Chirurgiens-Dentistes** : Convention nationale conclue les 11 et 19 mai 2006, approuvée par arrêté du 14 juin 2006 (JO du 18 juin 2006), reconduite tacitement le 18/06/2011 ;
- **Sages-Femmes** : Convention nationale conclue le 11 octobre 2007, approuvée par arrêté du 10 décembre 2007 (JO du 19 décembre 2007), reconduite tacitement le 19/12/2012, et modifiée notamment par son avenant n°2 conclu le 06 décembre 2013 (JO du 27 février 2014) ;
- **Infirmiers** : Convention nationale conclue le 22 juin 2007, approuvée par arrêté du 18 juillet 2007 (JO du 25 juillet 2007), reconduite tacitement le 27/07/2012, modifiée notamment par son avenant n° 4 conclu le 19 décembre 2013 (JO du 19 mars 2014) ;
- **Masseurs-kinésithérapeutes** : Convention nationale conclue le 3 avril 2007, approuvée par arrêté du 10 mai 2007 (JO du 16 mai 2007), reconduite tacitement le 16/05/2012, et modifiée notamment par son avenant n°4 conclu le 25 juin 2013 (JO du 19 septembre 2013) ;
- **Orthophonistes** : Convention nationale conclue le 31 octobre 1996 (JO du 9 janvier 1997) et reconduite le 09/01/2013, modifiée notamment par ses avenants n°9 conclu le 19 juillet 2006, approuvé par arrêté du 17 août 2006 (JO du 30 août 2006), n°10 conclu le 1er mars 2007, approuvé par arrêté du 19 avril 2007 (JO du 3 mai 2007) et n°14 conclu le 30 septembre 2013 (JO du 17 décembre 2013) ;
- **Orthoptistes** : Convention nationale conclue le 19 avril 1999 (JO du 5 août 1999) et reconduite tacitement le 31/12/2014, modifiée notamment par ses avenants n°6 conclu le 28 février 2007, approuvé par arrêté du 11 mai 2007 (JO du 16 mai 2007), n°7 conclu le 12 mars 2008, approuvé par arrêté du 16 mai 2008 (JO du 27 mai 2008) et n°10 conclu le 17 octobre 2013 (JO du 11 janvier 2014) ;
- **Pédicures podologues** : Convention nationale conclue le 18 décembre 2007, approuvée par l'arrêté du 24 décembre 2007 (JO du 29 décembre 2007), reconduite tacitement le 30/12/2012 ;
- **Centres de Santé** : Accord national des centres de santé conclu le 8 juillet 2015 et publié au JO du 30 septembre 2015.

1.2 Pharmaciens titulaires d'officine et pharmaciens mutualistes

La convention pharmaceutique entrée en vigueur le 7 mai 2012 intègre les aides à la FSE et à la numérisation dans la rémunération sur objectifs du pharmacien portant sur la qualité de service de l'officine (articles 31.1).

La transmission de FSE est ainsi valorisée par une contribution à la FSE.

1.2.1 La contribution à la FSE

L'article 31.1.1 intitulé « la valorisation de la FSE », prévoit l'application de la majoration en cas d'intégration dans les logiciels du pharmacien de la version 1.40. Par conséquent, le pharmacien perçoit 0,05 € par FSE en version 1.31 et 0,064 € en version 1.40.

Pour les pharmacies mutualistes, la contribution à la FSE due pour l'année 2015 est calculée selon les modalités prévues à l'article 31.1.1 de la convention nationale conformément à l'article 2 de l'arrêté du 18/12/2014 (JO du 20/12). Son versement est intervenu de façon automatique en mars 2016.

L'ancien mode de rémunération de ces pharmacies (identifié sous le code FFN) est donc désormais caduc.

1.2.2 L'incitation forfaitaire à la numérisation et à la télétransmission

Cette catégorie d'aide est versée aux pharmaciens d'officine et mutualistes sous les deux conditions **cumulatives** suivantes :

- Qu'ils numérisent les pièces justificatives et les adressent à la caisse, soit par télétransmission (article 37.9.1), soit sur support cd-rom (article 37.9.5) conformément aux dispositions conventionnelles relatives à ces deux modes de transmission et ce, quelle que soit la version du logiciel de facturation utilisé (1.31 ou 1.40) ;
- Qu'ils respectent un taux de qualité des pièces numériques fixé à 99 % dans les conditions énumérées à l'annexe III.5 de la convention nationale.

Rappel des modalités de versement :

- Le 1er versement de l'aide (pharmacien intégrant le dispositif) doit intervenir à l'issue de la période initiale de 90 jours (a minima) de vérification des pièces justificatives numériques visée à l'article 37.7.2, dès lors qu'il satisfait aux conditions de qualité. Cette période court à compter de la date de réception des premières pièces.
- Les versements ultérieurs de l'aide interviennent en mars de chaque année au titre de l'année N-1 via l'applicatif aides pérennes.

Pour les pharmacies mutualistes, cette incitation forfaitaire est due à compter de l'année 2014 (cf. article 2 de l'arrêté du 18/12/2014, JO du 20/12).

Depuis l'année 2015, l'intégration de ces pharmacies se fait selon les mêmes modalités que celles retenues pour les pharmacies libérales (paiement manuel pour les nouvelles intégrations de l'année et paiement automatique pour celles déjà installées ayant perçu une rémunération au titre de l'année 2014).

Pour les pharmacies mutualistes, cette incitation forfaitaire est due depuis l'année 2014 (cf. article 2 de l'arrêté du 18/12/2014, JO du 20/12).

1.2.3 Suspension du bénéfice de la contribution financière : valorisation de la FSE

La sanction prononcée par les CPAM à l'encontre d'un pharmacien d'officine a pour effet la suspension du bénéfice de la contribution financière à la FSE définie à l'article 31.1.1 de la nouvelle convention.

1-3 Chirugiens-Dentistes

L'aide pérenne de 275 € est versée si le chirurgien-dentiste a réalisé un taux de télétransmission au moins égal à 70 % sur l'année 2015.

L'aide à la maintenance de 125 € est versée si le chirurgien-dentiste a transmis une FSE au cours de l'année de référence.

1-4 Sages-Femmes

L'aide pérenne versée aux sages-femmes est d'un montant de 300 € pour l'exercice 2015 et les exercices suivants pour un taux de télétransmission de 70 %.

Les sages-femmes qui n'atteignent pas les 70 % mais sont situés entre 60 % et 70 % feront l'objet d'un passage en commission paritaire régionale afin de décider si elles recevront l'aide. L'aide à la maintenance de 100 € est versée si une FSE a été réalisée dans l'année de référence.

1-5 Infirmières

L'aide pérenne versée aux infirmières est d'un montant de 300 € pour un taux de télétransmission supérieur ou égal à 70 % sur l'année 2015.

Les infirmières qui n'atteignent pas les 70 % mais sont situés entre 65 % et 70 % feront l'objet d'un passage en commission paritaire départementale afin de décider si elles recevront l'aide.

L'aide à la maintenance de 100 euros est versée si une FSE a été réalisée dans l'année de référence.

1-6 Masseurs-kinésithérapeutes

Le montant de l'aide pérenne est de 300 € avec un taux de télétransmission de 70 % sur l'année 2015.

Les masseurs kinésithérapeutes qui n'atteignent pas les 70 % mais sont situés entre 65 % et 70% feront l'objet d'un passage en commission socio professionnelle départementale afin de décider s'ils recevront l'aide.

L'aide à la maintenance de 100 € est versée si une FSE a été réalisée dans l'année de référence.

1-7 Orthophonistes

Conformément à l'avenant n° 9 de la convention nationale des orthophonistes, l'aide pérenne de 300 € est versée si la profession de santé a réalisé un taux de télétransmission égal ou supérieur à 70 % sur l'année 2015.

Les orthophonistes qui n'atteignent pas 70 % mais sont situés entre 65 % et 70 % feront l'objet d'un passage en commission paritaire départementale afin de décider s'ils recevront l'aide pérenne.

L'aide à la maintenance de 100 € est versée si une FSE a été réalisée dans l'année de référence.

1-8 Orthoptistes

Conformément à l'avenant n°7, le montant de l'aide est de 300 € pour un taux de télétransmission de 75 % sur l'année 2015.

Les orthoptistes qui ont réalisé un taux situé entre 65 % et 75 % feront l'objet d'un passage en commission paritaire régionale.

L'aide à la maintenance de 100 € est versée si une FSE a été réalisée dans l'année de référence.

1-9 Pédicures podologues

La convention nationale permet aux pédicures-podologues de se conventionner depuis le 30 décembre 2007.

Cette profession bénéficiera d'une aide au titre de l'exercice 2015 : une indemnisation à la feuille de soins électronique de 0,07 € lorsque la part d'activité télétransmise correspond au moins à 30 % fin 2015.

Une aide à la maintenance de 100 € est versée si une FSE est réalisée dans l'année de référence.

1-10 Centres de Santé

Comme précisé dans la LR-DDGOS-105/2015, l'année 2015 est la dernière année au titre de laquelle les centres de santé seront rémunérés pour les aides à la télétransmission selon la procédure applicable jusqu'à lors.

L'aide versée aux centres de santé est conditionnée par la réalisation en 2015 d'un taux de télétransmission de 70 %.

L'attribution de l'aide aux centres de santé qui n'atteignent pas le taux de 70 % mais un taux situé entre 50 % et 70 % pourra faire l'objet d'un examen en commission paritaire régionale ou départementale afin de décider si elle bénéficiera aux centres de santé concernés.

Il existe deux types de forfaits :

1) le forfait structure

Le centre de santé reçoit un nombre de forfaits variant en fonction de sa taille :

Un centre de santé employant moins de 4 professionnels de santé (4 exclu) équivalent temps plein : 1 forfait structure.

Un centre de santé employant de 4 à 7 professionnels de santé (4 inclus; 7 exclu) équivalent temps plein : 2 forfaits structure.

Un centre de santé employant de 7 à 10 professionnels de santé (7 inclus; 10 exclu) équivalent temps plein : 3 forfaits structure.

Un centre de santé employant à partir de 10 professionnels de santé équivalent temps plein : 4 forfaits de structure (10 inclus).

2) Le forfait professionnel de santé

Le centre de santé reçoit autant de forfaits que de professionnels de santé salariés par lui en équivalent temps plein (ETP).

Règles pour arrondir les ETP :

Lorsque la décimale est en dessous de 0,5 exclu : l'arrondi se fait à l'entier inférieur (ex : 3,2 ETP = 3 forfaits professionnels de santé).

Lorsque la décimale est au-dessus de 0,5 inclus : l'arrondi se fait à l'entier supérieur (ex : 3,5 ETP = 4 forfaits professionnels de santé ; 4,8 ETP = 5 forfaits professionnels de santé).

Rappel important : cette rémunération ne sera versée qu'aux centres de santé ayant adhéré à l'accord national avant le 31/12/2015. A titre exceptionnel, une tolérance est accordée aux centres de santé ayant adhéré jusqu'au 31 janvier 2016 (décision CPN CDS du 25 janvier 2016).

A compter de 2016, l'indicateur « télétransmission et téléservices » figure dans le bloc commun complémentaire optionnel de la rémunération forfaitaire spécifique prévu par le nouvel accord national ; L'aide pérenne est donc intégrée à cette rémunération.

Seuls les centres de santé figurant dans la liste transmise par les caisses au plus tard le 8 janvier 2016 et ayant adhéré à l'accord national sont susceptibles de recevoir les aides en paiements automatiques.

1-11 Rappel sur le taux de télétransmission et cas particuliers

Principe sur la période de prise en compte

Pour les professionnels de santé ayant débuté la télétransmission avant le 1er janvier 2015, le taux de télétransmission est calculé sur la période allant du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2015.

Pour ceux ayant commencé à télétransmettre en cours d'année, le calcul du taux est effectué depuis le premier jour du mois suivant la date de démarrage des télétransmissions de FSE (la 1ère FSE) jusqu'au 31 décembre 2015.

Principes retenus pour le calcul des taux

Règle de gestion dans le calcul des taux

Depuis 2008, l'extraction des actes dans le SNIIRAM concerne l'Inter Régimes ; par conséquent le calcul du taux s'effectue sur l'ensemble de l'activité du professionnel de santé ou centre de santé à partir du moment où celui-ci télétransmet une facture pour au moins l'un des régimes.

Le calcul du ratio (rapport entre le nombre d'actes télétransmis en SESAM Vitale sécurisée Vitale (Carte Vitale) et SESAM sans Vitale (pharmaciens) et le nombre d'actes total) se fait sur l'ensemble des situations d'exercice d'un professionnel de santé (numéro de gestion d'assurance maladie).

Dans le cas d'activités multiples et si les dates de démarrage sont différentes, les données sont extraites pour chaque cabinet à partir de la date de démarrage de ce cabinet et le calcul du ratio est fait sur le total.

A noter

Pour les professionnels de santé ayant un taux inférieur au seuil minimal fixé pour leur profession pour percevoir l'aide pérenne et qui n'auront pas bénéficié du versement automatique de l'aide, ceux-ci pourront faire la demande de paiement de cette aide, en Commission paritaire départementale (CPD, CSPD), en invoquant le motif d'un remplacement de longue durée dûment attesté (congé maladie, maternité) pour expliquer la non-atteinte du taux requis sur l'année de référence. Ainsi, en pareil cas, de manière exceptionnelle, le taux de télétransmission peut être recalculé par le CSN pour le professionnel invoquant ce motif et demandant à percevoir l'aide, en tenant compte de la période de remplacement.

Dans ce cas, merci d'utiliser de préférence le Portail Support National :

- Application « AIDES A LA TELETRANSMISSION »;
- Point d'entrée « Vous souhaitez effectuer une demande référencée / Recalcul de taux avec neutralisation période en précisant dans votre demande (si demande effectuée par mail, positionner ces éléments dans le corps du mail) :

- No CPAM/ CGSS;
- No AM du PS;
- Taux calculé en automatique;
- Année de référence;
- Mois à neutraliser;
- Description.

Si grâce à ce recalcul, le professionnel atteint le taux requis par la convention nationale concernée pour percevoir cette aide, celle-ci pourra être versée manuellement au professionnel requérant selon les modalités précisées infra, après recalcul par le CSN sous réserve d'un passage en Commission paritaire et accord de versement.

1-12 L'aide pérenne à la télétransmission des ordonnances numérisées des infirmières, masseurs-kinésithérapeutes : précisions.

Les infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, sont les 2 catégories de professionnels ayant bénéficié conventionnellement d'une généralisation de SCOR avant le 30 octobre 2014.

Précisions :

- L'aide pérenne à la télétransmission et l'aide pérenne à la télétransmission des ordonnances numérisées sont cumulatives ;
- L'aide pérenne à la télétransmission des ordonnances numérisées ne peut être versée qu'au titre d'un seul cabinet, même si le professionnel est titulaire de plusieurs cabinets.

2 Précision sur le versement automatique de l'incitation forfaitaire à la numérisation et à la télétransmission

Concernant l'identification des pharmacies, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes éligibles au paiement en automatique au titre de l'année 2015, c'est à partir d'un fichier industrialisé GIE SESAM-Vitale- CNAMTS qu'elles seront prises en compte.

La procédure consistant à ce que les caisses élaborent le fichier des professionnels de santé concernées pour leur circonscription et le transmettent à la CNAMTS est donc caduque (cf LR DDGOS-105-2015 Pré-requis au calcul et au versement des aides à la télétransmission).

A noter que pour le paiement automatique de 2016 au titre de l'année 2015, seuls les pharmacies, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes avec une date d'envoi des premiers flux SCOR avant le 1^{er} octobre 2014 (soit date = ou < au 30.09.2014) et dont le dernier flux SCOR aura été adressé en 2015 (soit date = ou > au 01.01.2015) seront concernés par cette procédure de paiement automatique en 2016 au titre de l'année 2015.

3 **Rappels sur les modalités de calcul**

Les aides seront versées :

- aux professionnels répondant aux conditions d'attribution de l'aide sur la période de référence (sauf si la requête nationale ne permet pas la détermination du numéro de professionnel de santé à payer) ;
- par la Caisse du lieu d'implantation du professionnel de santé pour le compte de l'ensemble des régimes et des SLM.

En cas de cabinets multiples pour un même praticien, le rattachement de ce dernier est effectué auprès de la caisse du cabinet principal, sous le numéro de professionnel de santé correspondant à ce cabinet.

En cas de cabinets multiples pour un même praticien remplissant les conditions d'obtention des aides, le paiement ne sera pas effectué en automatique, le risque de ne pas régler le bon destinataire est en effet trop élevé.

Une procédure informatisée, mise en œuvre au DIAP (Département de l'informationnel et de l'aide au pilotage) permet de collecter et de centraliser les données de comptage de l'ensemble des serveurs d'accueil des flux de tous les régimes.

Le DIAP a été ainsi chargé d'effectuer la consolidation des données en cause et de constituer, à destination de chaque CTI, un fichier comportant par CPAM et par professionnel de santé les éléments de calcul des versements à opérer.

A réception de ces fichiers, les CTI doivent les intégrer pour traitement par l'application Paiement/Mandatement (PM).

4 **Rappels sur les modalités de versement de l'aide**

L'intégration par les CTI dans la chaîne PM des données de facturation déterminées par le DIAP permettra de générer automatiquement un paiement à chaque professionnel de santé concerné par le versement des aides, après rapprochement avec le Fichier National des Professionnels de Santé comportant les références bancaires.

Il convient d'indiquer que :

- Si le professionnel de santé ne remplit pas les conditions d'attribution de l'aide, son identification ne figurera pas dans le fichier transmis par le DIAP au CTI ;

En conséquence, il n'y aura pas de retour d'information vers le professionnel de santé pour lui préciser qu'il ne recevra pas d'aide.

- En cas d'anomalie de domiciliation bancaire, un virement interne est généré et le paiement sera à réaliser manuellement par les Agents Comptables des caisses.

Compte tenu de la spécificité de la procédure, donnant lieu à la génération dans les flux de virement d'un versement aux professionnels de santé et afin de permettre d'ordonnancer et d'assurer la validation de la journée de paiement qui incorporera ce versement, la CNAMTS mettra à disposition des Caisses, préalablement au paiement :

- Trois fichiers par caisse (AIDPyxxx, AIDNyxxx et AIDMyxxx) ;

- Deux fichiers communs à toutes les caisses (AIDN3999 et AIDM3999).

a) AIDPyxxx : liste des Professionnels de santé payés en automatique

Un état récapitulatif par aide élaboré par le niveau national listera les numéros de professionnels de santé destinataires de l'aide et les montants versés.

b) AIDMyxxx : Liste des Professionnels de santé remplissant les conditions d'obtention de l'aide mais ne pouvant pas être payés en automatique.

AIDM3999 : Liste des Professionnels de santé remplissant les conditions d'obtention de l'aide mais ne pouvant pas être payés en automatique et ne pouvant être rattachés à une caisse :

Les aides sont détaillées par régime pour les professionnels de santé remplissant les conditions d'obtention de l'aide mais ne pouvant être payés en automatique du fait d'un mauvais renseignement dans le Référentiel des Professionnels de Santé.

Ces fichiers permettent aux caisses de retrouver les professionnels de santé de leur caisse ainsi que de connaître la ventilation des aides, par régime, nécessaire pour réaliser la saisie manuelle dans l'outil QUALIFLUX.

Les raisons d'un paiement non automatique peuvent être les suivantes :

- Le N° de professionnel de santé Emetteur est associé à plusieurs N° de professionnel de santé à payer ;
- Le N° de professionnel de santé n'est pas référencé dans les tables du FNPS ou le N° de Centre de Santé n'a pas de caisse gestionnaire connue ;

Ces cas doivent être traités par les caisses afin de corriger les données du FNPS au niveau régional.

c) AIDNyxxx : liste des Professionnels de santé ne remplissant pas les conditions d'obtention de l'aide AIDN3999 - liste des Professionnels de santé ne remplissant pas les conditions d'obtention de l'aide et ne pouvant être rattachés à une caisse :

Un état par aide listera les N° de professionnels de santé qui ne recevront pas l'aide étant donné qu'ils ne remplissent pas les conditions d'obtention de cette aide.

Les conditions entraînant une insertion dans la table des contestations sont les suivantes:

La table des contestations regroupe les raisons qui nous ont amenés à exclure un PS particulier d'une aide.

Voici les diverses conditions testées entraînant une insertion dans la table des contestations :

1. Taux de télétransmission inférieur au taux négocié (et PS équipé en version CDC/SV supérieure à celle de référence si autre condition d'éligibilité) ;
2. PS équipé en version CDC/SV inférieure à celle de référence ;
3. PS n'étant pas équipé en version CDC/SV référencée et ayant un taux inférieur ;
4. PS n'étant pas bénéficiaire d'une aide ou forfait du versement en cours (exemple : un centre de santé ne peut pas être bénéficiaire du Forfait Professionnel de Santé s'il n'est pas préalablement éligible au Forfait Structure) ;
5. PS sanctionné sur une année complète ;
6. PS s'excluant du paiement des aides.

Les 2 fichiers communs à toutes les caisses

Pour les professionnels de santé figurant dans les fichiers AIDM3999 et AIDN3999, leurs cas doivent être traités par les caisses afin de corriger les données du FNPS au niveau régional.

Cette date de mise à disposition des fichiers est antérieure à la date d'intégration des fichiers dans PM.

A noter que les fichiers d'informations seront fournis sous deux formats :

- **Le format habituel PDF;**
- **Un format CSV pour permettre une meilleure exploitation par les caisses :**
 - **PAYcXXX**
 - **MANcXXX**

Pour plus d'information, consulter la FAQ du CSN.

4-1 Mise à disposition des fichiers sur le Serveur de Fichiers Inter Partenaires – WEBDAV « Aides et indemnisation à la télétransmission »

Cette mise à disposition des fichiers sous le **Serveur de Fichiers Inter Partenaires « Aides et indemnisation à la télétransmission »** a fait l'objet d'une inscription CIL (Registre de l'article 47 du décret n°2005-1309 du 20 octobre 2005 pris pour l'application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée le 6 août 2004 N°128-2—2012).

<http://aidesteletransmission.dav.exi.cnamts.fr/>

Pour rappel : le compte à utiliser et le mot de passe avaient été communiqués par la DDFC aux Agents Comptables des CPAM et CGSS par la DFC pour les Aides Pérennes, versement 2013.

Il conviendra de suivre la même procédure relative à la connexion au serveur et au répertoire réservé aux CPAM et CGSS que l'an dernier.

5 Dispositions budgétaires et comptables

Les aides sont payées sous des codes actes afin de pouvoir les différencier :

IFT : forfait à la numérisation et à la télétransmission (SCAN ORDO, SCOR) ;

FFS : aide pérenne ;

AMT : aide à la maintenance ;

FFN : aide à la télétransmission des flux non sécurisés (aides aux flux dégradés des pharmaciens mutualistes) ;

FCS : forfait structure ;

FPS : forfait professionnels de santé.

Les aides imputables au Régime Général ou aux SLM sont enregistrées en comptes de charges et font l'objet d'une ventilation entre les branches Maladie et A.T, qui correspond à la répartition arrondie des prestations en nature « soins de ville » de l'exercice 2015, à savoir :

- Branche Maladie : 99 % ;
- Branche A.T. : 1 %.

5-1 Ventilation automatique

Les aides sont ventilées automatiquement via QUALIFLUX, dans COPERNIC.

La clé de répartition ci-dessus est constante et s'applique à tous les organismes du Régime Général, quelle que soit leur catégorie (CPAM ou CGSS).

L'applicatif QUALIFLUX a été mis à jour afin de prendre en compte l'imputation sur le FAC (gestions121), en maladie seulement.

Par conséquent, il est important de régulariser cette répartition dans CAP, par le biais, d'une saisie manuelle.

En effet la dépense n'ayant impacté que le(s) compte(s) en maladie dans la table 353, il convient de régulariser cette ventilation en branche AT en appliquant la clé de répartition définit au point 4.

La prise en charge des aides des SLM est réalisée par le Régime Général via les comptes 657 listés ci-dessous.

Après la régularisation dans CAP, l'imputation de la part relative du Régime Général et des SLM sur le FAC se réalise selon le tableau ci-dessous :

A) Charges

Maladie : Libellés - Comptes

AIDE TELETRANS. - CHIRURGIENS DENTISTES	657211112
AIDE TELETRANS. - INFIRMIERS	657211131
AIDE TELETRANS. - MASSEURS KINESITHERAPEUTES	657211132
AIDE TELETRANS. - ORTHOPTISTES	657211133
AIDE TELETRANS. - PEDICURES-PODOLOGUES	657211134
AIDE TELETRANS. - ORTHOPHONISTES	657211135
AIDE TELETRANS. - SAGES FEMMES FRANC.	657211114
AIDE TELETRANS. - CENTRE DE SANTE	657211116
AIDE TELETRANS.-PHARMACIENS-FSE	657211171
AIDES SCOR - INFIRMIERS	6572111531
AIDES SCOR - MASSEURS KINESITHERAPEUTES	6572111532
AIDES SCOR - PHARMACIENS	657211157

AT/MP : Libellés / Comptes

AIDE TELETRANS. - CHIRURGIENS DENTISTES	657221112
AIDE TELETRANS. - INFIRMIERS	657221131
AIDE TELETRANS. - MASSEURS KINESITHERAPEUTES	657221132
AIDE TELETRANS. - ORTHOPTISTES	657221133
AIDE TELETRANS. - PEDICURES-PODOLOGUES	657221134
AIDE TELETRANS. - ORTHOPHONISTES	657221135
AIDE TELETRANS. - SAGES FEMMES FRANC.	657221114
AIDE TELETRANS. - CENTRE DE SANTE	657221116
AIDE TELETRANS.-PHARMACIENS-FSE	657221171
AIDES SCOR - INFIRMIERS	6572211531
AIDES SCOR - MASSEURS KINESITHERAPEUTES	6572211532
AIDES SCOR - PHARMACIENS	657221157

B) Produits

Compte Libellé

75811511 Dot Fac-Aides pérennes

Pour ce qui concerne les autres régimes obligatoires, leur quote-part est imputée dans les comptes : 451124711, 451124713 à 451124718 et 451124721 à 451124728 « CNAMTS – aides pérennes - télétransmission FSE - régime X » ouverts dans la gestion Maladie.

En raison du faible impact des montants correspondants, la gestion TA ne sera pas concernée pour l'ensemble des comptes 45 précités.

La répartition du montant de l'aide entre les autres régimes obligatoires s'effectue :

- Soit au prorata du nombre de FSE transmises par les professionnels de santé à chacun des autres régimes pour les aides basées sur nombre FSE (cf. Annexe . fichier excel du versement colonne « Nombre de FSE/Régime »);

- Soit selon une clé de répartition nationale calculée par le DIAP pour les aides basées sur un taux de télétransmission. La clé nationale, propre à chacune des catégories professionnelles de santé, est déterminée en fonction du nombre de FSE transmises pour la catégorie à chacun des régimes au cours de l'exercice 2014 (cf. Annexe colonne « ratio »).

Les comptes 451124711, 451124713 à 451124718 et 451124721 à 451124728 feront l'objet d'une centralisation par la CNAMTS afin de présenter la demande de remboursement de cette aide aux autres régimes obligatoires.

Les créances correspondantes donneront lieu à l'envoi d'extraits de comptes afin de solder l'opération.

Les dépenses imputées sur le FAC (part charges) sont financées par une dotation budgétaire spécifique de l'exercice couvrant toutes les aides.

Il est précisé que :

- Ces aides doivent donner lieu à déclaration fiscale et seront par conséquent intégrées dans le SNIR, au titre de l'année 2015;
- Ces aides ne doivent pas supporter de récupération au titre des indus de prestations qui seraient constatés pour les professionnels de santé bénéficiaires de l'aide ;
- Le paramétrage local de l'option « paiement différé » dans les tables OPTIE (Option Tiers) génère un paiement différé, quelle que soit la prestation. Il en résulterait, pour les professionnels de santé paramétrés en local de cette manière, une divergence entre la date annoncée pour le versement des aides à la télétransmission et la date de paiement.

5-2 Paiements manuels

Pour les professionnels n'ayant pu être payés en automatique, les caisses devront effectuer un paiement manuel dans COPERNIC suivi d'une saisie manuelle dans QUALIFLUX (avec une régularisation dans CAP cf.§4.1). Afin de diminuer le nombre de demandes auprès du CSN, les aides susceptibles de pouvoir être payées manuellement, ont été détaillées par régime dans les fichiers AIDMyxxx et AIDM3999.

De plus, pour les aides soumises à une clé de répartition vous disposez de toutes les informations (Cf. annexe des clés de répartition). Toutefois pour les autres aides, il convient de s'adresser au CSN pour obtenir le détail par professionnel de santé et par régime quand il ne peut être trouvé directement dans les fichiers.

Seule une saisie manuelle dans QUALIFLUX permet de générer, en norme NEC, un flux garantissant l'alimentation complète du SNIIRAM.