Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 26 février 2021 portant approbation de l'avenant n° 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés

NOR : *SSAS2106540A*

Le ministre de l'économie, des finances et de la relance et le ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment ses articles L. 162-14-1, L. 162-14-1-1, L. 162-15 et L. 322-5-2,

Arrêtent :

Art. 1er. – Est approuvé l'avenant n° 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés annexé au présent arrêté et conclu le 22 décembre 2020 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Chambre nationale des services d'ambulances et la Fédération nationale de la mobilité sanitaire.

Art. 2. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 26 février 2021.

Le ministre des solidarités et de la santé,
Pour le ministre et par délégation :
La cheffe de service adjointe à la directrice générale de l'offre de soins,
C. Lambert

Le ministre de l'économie, des finances et de la relance,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
F. Von Lennep

ANNEXE

AVENANT 10 À LA CONVENTION NATIONALE DES TRANSPORTEURS SANITAIRES PRIVÉS

Entre :

L'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM), représentée par
M. Thomas Fatome son directeur général,

et :

La Chambre nationale des services d'ambulances, représentée par
M. Dominique Hunault, son président ;
La Fédération nationale de la mobilité sanitaire, représentée par
M. Thierry Schifano, son président ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 160-8, L. 162-14-1, L. 162-15, L. 322-5, et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les entreprises de transport sanitaire privé et l'Assurance maladie signée le 26 décembre 2002 et publiée au *Journal officiel* du 23 mars 2003, ses annexes et avenants ;

Il a été convenu ce qui suit :

Les parties signataires du présent avenant conviennent que la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et les organismes d'Assurance maladie obligatoire, signée le 26 décembre 2002 et publiée au *Journal officiel* du 23 mars 2003, reconduite tacitement depuis cette date, ses avenants et ses annexes, sont modifiés par les dispositions suivantes.

Toutes les dispositions contraires aux dispositions du présent avenant sont abrogées.

Préambule

Les transporteurs sanitaires jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de l'accès aux soins des patients, principalement ceux atteints de pathologies lourdes ou isolés dans des territoires ruraux, leur mobilisation pour le maintien de la continuité des soins pendant la crise sanitaire affectant actuellement notre système de santé en témoigne.

La rénovation de l'organisation des soins liée à différents facteurs comme le vieillissement de la population, la plus grande spécialisation et technicité de la médecine et le développement du virage ambulatoire entraînent un recours de plus en plus accru aux transports sanitaires.

L'augmentation du poste de dépenses de l'Assurance maladie en découlant connait un rythme soutenu qui justifie périodiquement des mesures pour les encadrer.

Alors que les transporteurs sanitaires ont démontré leur capacité à faire face à leur environnement juridique et économique, des difficultés financières se sont fait jour, notamment en raison d'une hausse progressive de leurs charges et de la stabilité des tarifs conventionnels depuis 2013.

Des aides ponctuelles ont alors été décidées par les pouvoirs publics et par l'UNCAM pour accompagner les professionnels. Cependant elles ne répondent que partiellement à leur demande de plus de lisibilité dans le pilotage de leur activité.

Ainsi, face à l'enjeu d'adaptation continue de notre système de santé et à la nécessité de restaurer l'équilibre économique du secteur, les fédérations nationales des transporteurs sanitaires et l'UNCAM décident de prendre par voie d'avenant de nouvelles mesures tarifaires.

A ce titre, les partenaires conventionnels conviennent de revaloriser les tarifs du véhicule sanitaire léger et de l'ambulance ; ils soutiennent le transport assis plus rentable pour les entreprises et moins coûteux pour l'Assurance maladie, en favorisant particulièrement le transport partagé.

Ils se sont accordés pour mieux rémunérer les interventions et transports urgents pré-hospitaliers dans le cadre d'une réforme engagée par les pouvoirs publics pour réorganiser localement cette mission de service public, sous l'égide des agences régionales de santé.

En outre, depuis quelques années les transporteurs sanitaires se sont inscrits volontairement dans les différents projets de l'Assurance maladie pour alléger leurs tâches administratives en simplifiant et fiabilisant leurs échanges.

Une nouvelle aide de l'Assurance maladie à l'équipement des entreprises va permettre de poursuivre cet objectif dans le cadre plus général de la politique d'innovation du numérique en santé.

Enfin, les partenaires conventionnels partageant la nécessité de rénover en profondeur leurs relations conventionnelles s'engagent à procéder à la révision de l'intégralité du texte de la convention actuelle dans le cadre d'un nouvel avenant au plus tard à la fin du premier trimestre 2021.

Ils conviennent d'engager des travaux six mois avant l'éventuelle reconduction de la convention pour étudier les résultats de l'application de l'avenant précité et les éventuelles adaptations tarifaires qui leur sembleraient devoir y être apportées.

1. **Réviser la tarification des transports sanitaires**

1.1. *La valorisation des transports en VSL*

Article 1er

Révision tarifaire

Les parties signataires conviennent de la nécessité de revaloriser les tarifs des transports de patients en VSL comme défini par l'annexe 1 du présent avenant.

1.2. *Les transports partagés en VSL*

Article 2

Tarification des transports partagés de trois patients au plus

Les dispositions relatives à la facturation des transports partagés sont remplacées par les dispositions qui suivent.

Lorsque le transport est réalisé avec un, deux ou trois patients dans le véhicule, une facture est établie pour chaque patient.

La facture comporte le détail de la tarification du transport correspondant à la distance effectivement parcourue pour chaque patient dans les conditions suivantes :

- les détours éventuels consécutifs à la prise en charge des patients en des points différents et quel que soit leur nombre dans la limite de trois ne peuvent excéder de 10 kilomètres le trajet le plus direct ;
- les kilomètres supplémentaires sont facturables sur la base de la distance réellement parcourue pour chaque patient dans la limite de 10 km pour chacun d'entre eux.

Chaque facture comporte un abattement dont les modalités de calcul sont définies ci-après :

– 23 % pour deux patients présents dans le même véhicule, au cours du transport, quel que soit le parcours réalisé en commun ;
– 35 % pour trois patients présents dans le même véhicule, au cours du transport, quel que soit le parcours réalisé en commun.

Par ailleurs, les niveaux d'abattement accordés par l'Assurance maladie aux entreprises ayant adhéré à l'option conventionnelle de l'avenant 7 à la présente convention et équipées du dispositif de géolocalisation des véhicules au 31 décembre 2020 sont rappelés ci-après :

– 15 % pour deux patients présents dans le même véhicule, quel que soit le parcours réalisé en commun ;
– 33 % pour trois patients présents dans le même véhicule, au cours du transport, quel que soit le parcours réalisé en commun.

L'abattement s'applique à la totalité de la facture comprenant le forfait départemental ou minimum de perception et le tarif kilométrique départemental, majorés éventuellement soit en cas de transport de nuit, soit en cas de transport le dimanche ou un jour férié.

Article 3

Le développement des transports partagés

Les parties signataires confirment que les transports partagés contribuent à préserver l'utilisation du VSL comme mode de transport adapté aux besoins des patients et rémunéré selon des conditions tarifaires avantageuses pour le transporteur sanitaire et l'Assurance maladie.

Les transports partagés représentant actuellement environ 15 % du total des dépenses de transports en VSL, les parties signataires souhaitent favoriser cette pratique et se fixent comme objectif de doubler la part des transports partagés.

Article 4

Le dispositif financier incitatif

Afin d'atteindre cet objectif, les parties décident de mettre en place pour chaque transporteur sanitaire un reversement a posteriori d'une part des économies supplémentaires obtenues entre la part de transport partagé du transporteur et celle constatée après un an.

Le taux de reversement des économies supplémentaires générées par la progression de la part du transport partagé varie selon le taux de transport partagé constaté chaque fin d'année :

– 25 % pour les entreprises dont le taux de transport partagé est compris entre 5 et 10 % ;
– 35 % pour celles dont le taux est compris entre 10 et 20 % ;
– 45 % pour celles dont le taux dépasse 20 %.

La première rémunération est versée en 2022 au titre de 2021. Ce modèle de rémunération est valable deux ans.

Article 5

Le dispositif de pénalisation

Afin de pénaliser les entreprises qui ne réaliseraient pas suffisamment de transport partagé, un malus de 5 % est appliqué la deuxième année de mise en place du dispositif sur l'ensemble du montant des dépenses de VSL pour les entreprises réalisant moins de 5 % de transport partagé.

L'éventuelle pénalité est applicable en 2022 au titre de 2021. Ce modèle de pénalisation est valable deux ans.

Article 6

Suivi du dispositif

Les mois d'avril, mai et juin 2020, pour lesquels le taux moyen national est inférieur à 5 % et qui correspondent à la période de plus faible activité des transporteurs en raison de la crise sanitaire, ne sont pas comptabilisés dans le montant des dépenses du transport partagé pris en compte pour le calcul du reversement des économies.

Dans le cas où en 2021 l'activité globale chuterait et où le taux moyen de transport partagé au niveau national serait inférieur à 5% les dépenses des mois correspondants sont également neutralisés.

Un suivi est établi par les parties signataires dans le cadre de la commission nationale de concertation afin d'observer l'évolution de la part de transport partagé.

A l'issue des 2 ans, en fonction des résultats les parties signataires décident de revoir ces modalités globales de rémunération, d'incitation et de pénalisation, en particulier lorsque l'objectif de transport partagé de 30 % est atteint.

1.3. *La valorisation des transports en ambulance*

Article 7

Révision tarifaire

Les parties signataires conviennent de revaloriser les tarifs des transports de patients en ambulance comme défini par l'annexe 2 du présent avenant.

1.4. *Les transports bariatriques*

Article 8

Une tarification en cours de définition

Les transports bariatriques constituent une offre de transports indispensable dans la chaîne de soins ; ils doivent être organisés et valorisés pour éviter aux patients concernés de renoncer à l'accès aux soins ou de faire appel en dernier recours aux transports urgents.

Les parties signataires conviennent de s'inscrire dans les travaux actuellement menés par le ministère des solidarités et de la santé pour construire la future organisation de ce type de transports répondant aux besoins des patients et d'intégrer la fixation de la tarification des transports bariatriques au programme de travail de la commission nationale de concertation, pour une application en 2021.

1.5. *Les transports urgents pré-hospitaliers ou TUPH*

Article 9

La réforme des transports urgents pré-hospitaliers

Les parties signataires constatent la nécessité de réformer en profondeur les transports urgents pré-hospitaliers.

En effet, l'organisation du système de garde n'est actuellement pas optimale et la tarification correspondante n'est pas à la hauteur de l'investissement des entreprises et est coûteuse structurellement pour l'Assurance maladie.

Par conséquent, les dispositions relatives à la garde telle que définies par la convention ses avenants et annexes sont remplacées par les dispositions suivantes.

Article 10

Les objectifs de la réforme

Cette réforme s'est fixée comme objectifs de garantir la prise en charge des interventions et des transports de patients en situation d'urgence dans les délais requis et dans tous les départements, de mieux mobiliser les transporteurs sanitaires investis dans cette mission et d'assurer l'équilibre économique des entreprises.

Les partenaires conventionnels considèrent que l'optimisation de la sectorisation constitue une condition préalable à la mise à disposition de moyens en véhicule et en personnel par les transporteurs sanitaires et à la participation financière de l'Assurance maladie.

Conscientes de la nécessité d'affecter le financement de cette activité en adéquation avec le service effectivement rendu aux patients, elles décident de suivre annuellement les impacts de cette réforme organisationnelle et tarifaire afin de mettre en place les éventuels ajustements nécessaires.

Article 11

Définitions

On entend par transports urgents pré-hospitaliers dans le présent avenant, les interventions et les transports réalisés par un transporteur sanitaire à la demande du SAMU - centre 15. Sont visés ici les transports primaires correspondant aux transports effectués en vue de l'admission d'un patient dans un établissement de santé à l'exclusion des transports entre deux établisements de santé, que le patient soit hospitalisé ou pas.

Les interventions et transports urgents pré-hospitaliers sont obligatoirement assurés par une ambulance.

Lorsque le transport urgent n'est pas prescrit dans le cadre de la régulation du SAMU - centre 15 mais par un médecin libéral, il n'entre pas dans le champ des interventions ou transports urgents pré-hospitaliers, au sens du présent avenant.

Le présent avenant décrit les modalités de rémunération des transporteurs sanitaires réalisant des interventions et transports urgents pré-hospitaliers dans le respect de la réglementation en vigueur et du cahier des charges départemental défini par chaque agence régionale de santé.

On entend par service ambulancier UPH la période pendant laquelle le transporteur sanitaire est tenu de mettre à disposition les moyens pour réaliser des interventions et des transports urgents pré-hospitaliers demandés par le SAMU ; il est alors inscrit au tableau de service ambulancier UPH établi par l'agence régionale de santé.

Article 12

Les principes organisationnels

Sur la base des principes édictés par le ministère des solidarités et de la santé, l'agence régionale de santé doit redéfinir l'organisation locale des transports urgents pré-hospitaliers, en lien avec les acteurs et les besoins du territoire.

Chaque ARS détermine les services ambulanciers UPH pour adapter leur périmètre aux délais d'intervention demandés, définir le nombre de moyens affectés à l'activité et mobilisés en véhicule et en personnel, les horaires de garde à différencier selon les secteurs en fonction du niveau d'activité et des besoins des patients et affecter les ambulances.

Article 13

Le nouveau modèle de rémunération des TUPH

Les parties signataires sont convenues de définir un nouveau modèle de rémunération des TUPH ayant pour objet de valoriser le service rendu et l'investissement du transporteur sanitaire dans les services ambulanciers UPH afin de l'inciter à réaliser des interventions dans un cadre organisé et de diminuer ainsi l'absence de réponse aux demandes du SAMU ou carences.

Ce nouveau modèle s'appuie sur trois composantes tarifaires constituant la rémunération du transporteur sanitaire qui effectue des interventions et des transports UPH à la demande du SAMU :

– un forfait de 150,00 € par trajet incluant les 20 premiers km parcourus ;
– un tarif kilométrique de 2,32 € applicable à partir du 21e km , conformément à l'annexe 2 ;
– un coût horaire de 64,00 € pour évaluer le revenu minimal garanti à percevoir exclusivement par les entreprises qui assurent des services ambulanciers UPH et inscrites à ce titre au tableau de service départemental fixé par les ARS et les ATSU.

Cette rémunération ne donne pas lieu à la facturation des majorations de nuit, dimanche et jour férié.

Article 14

Les interventions non suivies de transports vers les services d'urgence ou « sorties blanches »

Les interventions réalisées vers le point de prise en charge du patient mais non suivies de transports vers les services d'urgence ou « sortie blanches » sont payées intégralement par l'Assurance maladie obligatoire au tarif forfaitaire de 80 € la sortie.

Le paiement de ces interventions est réalisé par la caisse de rattachement du transporteur sanitaire a posteriori tous les trimestres, sur la base des informations fournies par le coordonnateur ambulancier.

Article 15

Le revenu complémentaire au revenu minimal garanti

Afin de rémunérer le transporteur sanitaire investi dans les services ambulanciers UPH mais dont le nombre d'interventions serait insuffisant pour assurer son équilibre économique, un revenu complémentaire est versé afin d'atteindre un revenu minimal garanti calculé selon les règles suivantes :

– versement à l'entreprise d'un montant équivalant au coût horaire fixé à 64 € intégralement à la charge de l'Assurance maladie obligatoire dans la limite du nombre d'heures par moyen de service ambulancier TUPH, tel que défini par le cahier des charges de l'agence régionale de santé et le tableau de service ;
– déduction faite :
  – des interventions facturées à l'Assurance maladie sur la période de service ambulancier TUPH ;
  – des interventions demandées par le SAMU mais non réalisées par manquement du transporteur inscrit au tableau de garde ; le tarif actuellement en vigueur de ces interventions est de 123 euros ; s'il venait à augmenter au-delà de 150 euros, les partenaires conventionnels s'engagent à revoir le montant pris en compte dans ce calcul ;
  – des interventions vers le point de prise en charge du patient mais non suivies de transports facturés vers les services d'urgence.

Le paiement des interventions réalisées vers le point de prise en charge du patient mais non suivies de transports vers les services d'urgence ou « sorties blanches » est effectué simultanément au paiement du revenu complémentaire au revenu minimal garanti.

Article 16

Les données transmises par le coordonnateur ambulancier

Le coordonnateur ambulancier gère les informations suivantes :

– le tableau de service ambulancier UPH et son suivi ;
– le tableau de service ambulancier UPH réalisé ;
– la réception des demandes d'intervention UPH émanant du centre 15 ;
– la transmission des interventions UPH demandées par le centre 15 aux entreprises figurant au tableau de service ambulancier UPH ;
– le recensement des indisponibilités opérationnelles liées au non-respect des engagements des entreprises figurant au tableau de service ambulancier UPH ;
– l'identification des interventions non suivies de transport ou non facturables ;
– les informations concernant l'activité effectuée par les entreprises auprès de ces dernières ;
– l'état de l'activité conforme au cahier des charges soumis à chaque entreprise concernée en vue d'une validation de ces dernières dans le cadre d'un échange contradictoire ;
– la qualification des indisponibilités des moyens ambulanciers de service UPH comprenant notamment les carences de moyens liées au non-respect de l'entreprise figurant au tableau de service ambulancier UPH.

Pour assurer la mise en œuvre du dispositif du revenu minimal garanti, l'Assurance Maladie reçoit du coordonnateur ambulancier par un système informatisé les informations mensuelles suivantes, au plus tard dans les 10 jours qui suivent le dernier mois du trimestre concerné :

– date du service ambulancier UPH réalisé ;
– nombre de moyens ;
– durée du service ambulancier UPH par moyen(s) ;
– numéro assurance maladie du transporteur de garde et numéro assurance maladie du transporteur si transport réalisé hors garde ;
– identification du secteur ;
– nombre de interventions y compris les « sorties blanches » avec leurs dates et heures ;
– nombre d'indisponibilités (organisationnelles et/ou de moyens) si pas de sortie(s) sans motif, avec distinction carence organisationnelle par absence de moyens opérationnels et/ou si le ou les moyens sont déjà en intervention (sur la totalité du trajet total parcouru, y compris retour à vide depuis le service d'accueil du patient) ou carence par autre transporteur.

L'ensemble de ces données sont partagées entre le coordonnateur et le transporteur sanitaire.

Article 17

Modalités de paiement des TUPH

Les interventions et les transports au titre du service ambulancier UPH sont réglées par la caisse de rattachement du transporteur sanitaire sur facture.

Article 18

Modalités de paiement du complément au revenu minimal garanti

Le complément au minimum garanti est calculé chaque trimestre et est versé par la caisse de rattachement du transporteur sanitaire, au plus tard dans le premier mois du trimestre suivant le trimestre de référence.

Article 19

Le dispositif de suivi au niveau national

Compte tenu de l'importance de cette réforme, les parties signataires décident de s'assurer de la mise en œuvre et de l'équilibre économique des mesures prises et de procéder, le cas échéant, aux ajustements tarifaires nécessaires.

Un suivi est établi par les parties signataires dans le cadre de la commission nationale de concertation afin d'observer spécifiquement l'évolution du volume des interventions et transports urgents pré-hospitaliers, les carences constatées et les dépenses de l'Assurance maladie consacrées au financement des interventions et transports urgents pré-hospitaliers.

Les parties signataires décident par ailleurs de pouvoir recourir, chaque année, au mécanisme de revoyure suivant :

– si le montant complémentaire versé au titre du revenu minimal garanti rapporté aux montants remboursables facturés au titre des interventions et transports urgents pré-hospitaliers dépasse 25 %, les partenaires conventionnels s'accordent pour corriger le dispositif organisationnel ;
– ce correctif s'applique en lien avec la révision de la sectorisation à mettre en place par les agences régionales de santé.

Dans tous les cas, les parties signataires décident en cas de modification significative de l'équilibre de la réforme de revoir les mesures prises.

Article 20

Le dispositif de suivi au niveau local

Les caisses primaires d'Assurance maladie participent à l'organisation et au contrôle de la sectorisation des TUPH avec les ARS, en siégeant dans les CODAMUPS. Chaque caisse primaire met à disposition des autres membres du comité toutes les données dont elle dispose pour contribuer à l'analyse de la situation locale.

Article 21

Période transitoire

Durant la mise en place progressive de la nouvelle organisation des TUPH dans chaque département par l'agence régionale de santé, la tarification des transports sur appel du SAMU continuent de s'appliquer, selon les deux modalités suivantes :

– soit dans le respect du cahier des charges des expérimentations locales dites de l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012,
– soit pour les transports réalisés pendant les nuits, samedis, dimanches et jours fériés par un forfait de 346 € auquel vient s'ajouter le tarif de l'intervention minoré dans les conditions réglementaires actuelles ou pour les transport réalisés en dehors des nuits, samedis, dimanches et jours fériés, par la facturation de l'intervention sans abattement au tarif défini par l'annexe 2.

2. **Poursuivre la modernisation de la gestion des entreprises**

2.1. *Les télé-services*

Article 22

La mise à disposition de télé-services

Les partenaires conventionnels considèrent que l'efficience des transports s'appuie notamment sur différents facteurs relatifs à l'organisation des entreprises de transport nécessitant la mise à disposition d'outils modernes comme les télé-services.

Les partenaires ont donc défini parmi leurs priorités, la mise en œuvre de mesures de simplification administrative afin d'améliorer l'efficience de l'organisation des entreprises de transport, en améliorant leur productivité et en réduisant leurs charges de gestion.

Dans ce contexte, l'Assurance maladie s'est engagée à mettre à la disposition des transporteurs sanitaires des télé-services afin de faciliter la prise en charge des prestations facturées à l'Assurance maladie, en modernisant et simplifiant les échanges.

Cette simplification s'appuie sur un processus étendu entre l'accès aux droits des assurés, la prescription médicale de transport, la facturation en ligne et la dématérialisation des pièces justificatives incluant la numérisation de l'attestation de service fait signée par l'assuré.

C'est ainsi que les transporteurs sanitaires bénéficient depuis 2012 du télé-service « PEC+ » ayant pour objet la communication en ligne de la situation des droits de l'assuré, pour fiabiliser leur facturation et limiter ainsi les rejets de facturation par les caisses.

La prescription de transport peut être élaborée sous forme électronique et être mise à la disposition des transporteurs dans le cadre de ces mêmes télé-services.

Afin d'offrir un service complet et efficient en termes d'allègement des tâches administratives des transporteurs, ces télé-services sont complétés par la dématérialisation totale de la facturation comprenant la facture de transport et ses pièces justificatives associées.

En outre, est également mis en place un procédé de recueil électronique de la signature de l'assuré disponible dans le véhicule.

Ces télé-services sont disponibles selon les services via le portail « amelipro » de la Cnam ou en version intégrée dans les logiciels métier.

Article 23

Les outils d'aide à la gestion du tiers-payant

Le télé-service « PEC + TIRAT » est un télé-service mis à la disposition des transporteurs sanitaire qui leur permet de vérifier les droits du patient avant la facturation, afin de :

– sécuriser la facturation des transports sanitaires ;
– réduire les rejets de factures : le taux de rejets moyen des factures validés par PEC + TIRAT en 2017 a été réduit à environ 3 %.

Article 24

La prescription médicale de transport en ligne

La prescription médicale de transport en ligne est mise à la disposition des praticiens selon deux accès : la prescription en ligne disponible sur amelipro (SPE) et la prescription électronique en mode intégré au logiciel du praticien (SPEi).

Le service de prescription en ligne disponible sur amelipro ou « SPE » est ouvert aux médecins libéraux quel que soit leur lieu d'exercice. Il est accessible avec une carte « CPS » en se connectant sur amelipro.

Ce service comporte une aide à la saisie des informations relatives au patient en utilisant le numéro d'immatriculation du patient, sans utiliser obligatoirement la carte Vitale.

Le prescripteur accède aux informations relatives à la situation du patient et à ses droits de prise en charge du transport prescrit, ce qui fiabilise la prescription.

Le service de prescription électronique en intégré logiciel (SPEi) est un service de dématérialisation de la prescription à destination des médecins prescripteurs exerçant dans les établissements de santé disposant d'une plateforme de régulation de transport.

Il est disponible sous deux modes de connexion par carte CPS ou par authentification de la structure.

Ce service permet la réalisation simultanée d'une prescription dématérialisée et fiabilisée s'appuyant sur les référentiels de l'Assurance maladie et sur la commande de transport intégrant les informations de la prescription.

Le transporteur utilisant SEFi accède à la prescription dématérialisée par un numéro de série que lui indique le patient. Les informations de la prescription sont intégrées dans le logiciel du transporteur sans nécessité de ressaisie.

La prescription étant intégrée par le logiciel dans la facture en ligne (SEFi) ou dans la facture en norme B2, le transporteur n'a plus besoin de la numériser pour l'adresser à la caisse. Seules les autres pièces justificatives sont à adresser à la caisse dans les conditions fixées par le présent avenant.

Le transporteur n'utilisant pas SEFi peut consulter la prescription sur amelipro, en se connectant avec sa carte CDE ou CPE. Les pièces justificatives sont à adresser en format papier à la caisse.

Article 25

La DAP dématérialisée

La demande d'accord préalable constitue pour le patient une formalité administrative obligatoire selon la réglementation en vigueur.

Les parties signataires conviennent de l'intérêt de mettre à la disposition des prescripteurs un service de dématérialisation de la demande d'accord préalable, permettant au transporteur d'avoir accès à la réponse de la caisse avant de réaliser le transport.

Un bilan d'étape de l'avancée de ces travaux est présenté aux parties signataires périodiquement dans le cadre du comité technique de simplification administrative prévue par la convention nationale.

2.2. *La facturation en SEFi*

Article 26

Le recours au télé-service SEFi
ou « Système électronique de Facturation intégré » au logiciel

Les fédérations nationales des transporteurs sanitaires ont soutenu la mise en place du télé-service « Système Electronique de Facturation intégré » au logiciel grâce notamment à la participation de transporteurs sanitaires ayant accepté d'expérimenter ce télé-service, avant sa généralisation.

Les dispositions du présent avenant relatives aux modalités de facturation des prestations de transport telles que définies aux articles 26 à 28 du présent avenant remplacent les dispositions antérieures.

Le Service Electronique de Facturation intégré au logiciel ou « SEFi » est désormais le mode de facturation obligatoire ; il consiste à mettre à disposition des transporteurs sanitaires de manière indissociable :

– un service en ligne, intégré à leur logiciel métier, leur permettant d'élaborer avec l'Assurance maladie une facture normée sur la base d'une prescription de transport, à partir des informations détenues par l'Assurance maladie ;
– un service de numérisation des pièces justificatives nécessaires au remboursement des frais de transport.

Le recours au SEFi a pour avantage de garantir au transporteur sanitaire une facturation dont la conformité est validée dans la limite des seules informations contenues dans les référentiels de l'Assurance maladie (base de données des bénéficiaires ou BDO, identification des prescripteurs et des transporteurs), réduisant ainsi les rejets des factures transmises.

Cette validation n'interdit pas l'Assurance maladie de réaliser tout autre type de contrôles relatifs notamment aux éléments de facturation (véhicule et personnel autorisés, nombre de km facturés…).

Le recours à SEFi facilite l'application de la règle de l'intangibilité de la prescription médicale de transport telle que définie par la convention nationale, dans les cas identifiés par la base de données de l'Assurance maladie.

Les parties signataires conviennent de recourir obligatoirement à SEFi et de privilégier ainsi la facture électronique en ligne conformément au processus décrit en annexe 3 du présent avenant, réalisée sur le logiciel métier dans les conditions indiquées au présent accord.

Article 27

Périmètre de SEFi

Le périmètre de SEFi concerne les prescriptions sur support papier ou sur support électronique et les factures réalisées en ligne par le transporteur sanitaire dans son logiciel métier. Les cas dans lesquels la facturation peut être dématérialisée et les conditions d'utilisation du télé-service SEFi sont précisées en annexe 3 du présent accord.

Le transporteur sanitaire s'engage à respecter les dispositions de cette annexe, dès lors qu'il a recours au télé-service SEFi pour transmettre ses factures pour règlement à l'Assurance maladie.

Le Système Electronique de Facturation intégré comporte obligatoirement et exclusivement le dispositif de scannérisation des ordonnances ou « SCOR » tel que décrit à l'annexe 3 du présent accord.

Le délai de paiement des factures traitées par SEFi est de trois jours au maximum.

Article 28

La facturation en télétransmission dite en norme B2, par exception

Dans le cas où le transporteur sanitaire est dans l'incapacité de transmettre sa facturation en utilisant le télé-service SEFi, il est autorisé à transmettre ses factures en utilisant le système de télétransmission dit « en norme B2 » et les pièces justificatives requises dans le respect du cahier des charges correspondant.

La télétransmission des factures en norme B2 respecte le cahier des charges dans sa dernière version disponible sur le site ameli.fr de l'assurance maladie via le lien : https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/documentation-technique/norme-b2/cahiers-des-charges-de-la-norme-b2.php et sur le site du CNDA via le lien https://cnda.ameli.fr/.

Cette télétransmission intègre tous les détails de la facturation du transport, notamment le nombre de kilomètres parcourus et l'heure de prise en charge et d'arrivée du patient.

Le transporteur sanitaire s'engage à transmettre les pièces justificatives requises dans le délai réglementairement prévu soit huit jours au maximum, à compter de la date de réalisation du transport facturé ou en cas de transports multiples de la date du dernier transport de la facturation correspondante.

Le délai de paiement des factures établies en norme B2 est de cinq jours au maximum, sous réserve de la réception des pièces justificatives visées à l'article 30 du présent avenant.

Article 29

La facturation sur support papier dans des cas résiduels

Dans des cas résiduels où ni l'utilisation de SEFi, ni la facturation par télétransmission en norme B2 ne sont possibles, la facturation peut être établie sur support papier. C'est principalement le cas quand le patient ne justifiant pas de droits ouverts règle la facture de transports en paiement direct ou en cas de panne informatique.

Le délai de paiement en cas de facturation papier est de vingt et un jours au maximum, sous réserve de la réception par la caisse des pièces justificatives visées à l'article 30 du présent avenant.

Article 30

Les pièces justificatives

En cas de télétransmission en norme B2 ou sur support papier les pièces justificatives suivantes doivent être obligatoirement transmises à la caisse d'affiliation de l'assuré ou à la caisse qui lui est indiquée lors du conventionnement du transporteur sanitaire :

- le volet 2 de la prescription médicale de transport ;
- l'attestation de service fait signée par l'assuré ou le représentant du patient (enfants mineurs, personne majeure protégée) ;
- le reflet papier de la facture dûment signé en cas de télétransmission par la norme B2.

L'attestation de service fait est établie :

- soit sur le formulaire appelé « annexe » conforme au modèle cerfatisé et signé par le patient, sous format papier ou numérisé dans les conditions visées à l'annexe 4 du présent avenant ;
- soit sur la facture en format papier au moyen de la signature du patient valant également acquit.

Les parties signataires conviennent d'inscrire au programme de la commission nationale de concertation la révision du modèle actuel de formulaire cerfatisé d'attestation de service fait pour le simplifier et pour envisager son éventuelle suppression, sous réserve des évolutions réglementaires nécessaires, en cas de facturation des transports urgents pré-hospitaliers.

En cas de facturation via SEFi, les pièces justificatives à transmettre sont les suivantes :

– le volet 2 de la prescription médicale de transport scannée via « SCOR » ;
– l'attestation de service fait signée par l'assuré ou son ayant droit dans les conditions décrites ci-dessus.

Il est rappelé que la transmission des numéros permettant l'identification du prescripteur dans la facture est une obligation qui doit être respectée. Cette information permet, en effet, à l'Assurance maladie de mieux analyser l'activité liée aux transports de patients.

Article 31

Attestation de service fait et gestion de la signature manuscrite numérique

La dématérialisation à l'Attestation de Service Fait (ASF) s'appuie sur des outils techniques et fonctionnels existants et éprouvés :

– SCOR, pour l'échange des pièces justificatives de la facturation numérisées au format pdf ;
– la création d'un formulaire numérique par les éditeurs de logiciels de gestion d'activité sur le modèle CERFA S3602 de l'attestation de service fait autorisé. Cette solution, intégrée au logiciel, permet d'éviter la gestion de l'ASF papier pour qu'elle soit signée puis sa numérisation ;
– des outils logiciels de recueil de la signature manuscrite numérisée, disponibles sur le marché. Il existe des applications intégrées à des tablettes fonctionnant sous iOS ou Android, notamment.

L'association de ces trois outils permet de proposer une solution optimisée pour le transporteur sanitaire et de sécuriser le processus de facturation pour le transporteur sanitaire, l'Assurance maladie et l'assuré.

Ce dispositif est décrit dans l'annexe 4 jointe au présent accord.

Dans le cadre du projet apCV (application Carte Vitale sur smartphone), il est envisagé de créer un nouveau dispositif permettant de substituer l'utilisation de l'apCV à la signature manuscrite de l'assuré pour simplifier plus encore le processus.

Article 32

Suivi de l'évolution des télé-services

Les évolutions de l'ensemble des télé-services proposés par l'Assurance maladie sont présentées périodiquement aux parties signataires dans le cadre du comité technique de simplification administrative prévue par la convention nationale.

Compte tenu de l'intérêt pour les entreprises de transport sanitaire de recourir à de nouveaux outils facilitant leur gestion quotidienne et sécurisant leur facturation, les parties signataires partagent la volonté de les accompagner pour les aider à utiliser les télé-services mis à leur disposition par l'Assurance maladie et recourir à des outils informatiques modernisés.

2.3. *L'aide à l'équipement*

Article 33

Création d'une aide à l'équipement

Afin de contribuer à la couverture des frais d'équipement nécessaires à la mise en place de ces outils, les parties signataires décident de créer une rémunération visant à aider le transporteur sanitaire selon deux indicateurs :

– utiliser le télé-service SEFi pour facturer les transports ;
– s'équiper d'un logiciel certifié par l'Assurance maladie fiabilisant la facture en intégrant un système de GPS pour facturer les kilomètres parcourus et en complétant la facture de l'heure de prise en charge et d'arrivée du patient.

Ce complément de rémunération correspond à une aide forfaitaire dénommée « forfait d'aide à l'équipement » ; cette aide est versée au premier semestre de l'année civile N, sous réserve du respect de deux indicateurs observés au cours de l'année civile précédente (N-1) vérifiés par l'Assurance maladie.

Article 34

Modalités de calcul de l'aide

Le forfait est calculé sur la base de l'attribution d'un nombre de points atteignant un total de 55 points au maximum.

La valeur du point est fixée à 7 euros, ce qui représente une rémunération maximale de 385 € par véhicule.

La vérification de l'atteinte des indicateurs du forfait est appréciée au 31 décembre de chaque année. Le calcul de l'aide ne fait l'objet d'aucune proratisation qui résulterait de l'atteinte partielle des indicateurs.

Le respect des deux indicateurs est non cumulatif ; ils peuvent être atteints indépendamment l'un de l'autre et donner lieu à l'attribution des points correspondant à chacun d'entre eux ou au deux cumulativement

Tableau décrivant le calcul de l'aide à l'équipement par véhicule

Modalités de calcul de l'aide à l'équipement	Nombre de points par véhicule	Valeur du point	Montant de l'aide par véhicule
Utilisation de SEFi	10	7 €	70€
Facturation au moyen d'un logiciel couplé avec un GPS certifié par l'Assurance maladie Majoration pour les entreprises équipées du dispositif de géolocalisation des véhicules au 31.12.2020 (signataires de l'avenant 7)	30 15	7 € 7€	210€ 105€
Total	55	7 €	385€

Fait à Paris, le 22 décembre 2020.

Pour l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)
Le directeur général,
T. FATOME

Pour la Chambre nationale des services d'ambulances,
Le président,
D. HUNAULT

Pour la Fédération nationale de la mobilité sanitaire,
Le président,
T. SCHIFANO

ANNEXE 1

TARIFICATION DES TRANSPORTS RÉALISÉS EN VÉHICULE SANITAIRE LÉGER

Les différents tarifs des transports en VSL sont ceux fixés dans le tableau ci-dessous.

Tarification VSL	**Tarifs applicables (en euros)**
*Forfait départemental zone A	13,85
*Forfait départemental zone B	13,45
*Forfait départemental zone C	12,6
*Forfait départemental zone D	11,97
*Prise en charge	15,58
Tarif kilométrique	1,02
Valorisation trajet court ≤ 7 km parcourus	6,57
Valorisation trajet court > 7 et ≤ 8 km parcourus	6,35
Valorisation trajet court > 8 et ≤ 9 km parcourus	5,81
Valorisation trajet court > 9 et ≤ 10 km parcourus	5,25
Valorisation trajet court > 10 et ≤ 11 km parcourus	4,7
Valorisation trajet court > 11 et ≤ 12 km parcourus	4,16
Valorisation trajet court > 12 et ≤ 13 km parcourus	3,61
Valorisation trajet court > 13 et ≤ 14 km parcourus	3,07
Valorisation trajet court > 14 et ≤ 15 km parcourus	2,52
Valorisation trajet court > 15 et ≤ 16 km parcourus	1,97
Valorisation trajet court > 16 et ≤ 17 km parcourus	1,43

Tarification VSL	Tarifs applicables (en euros)
Valorisation trajet court > 17 et ≤ 18 km parcourus	0,87
*Supplément pour chaque transport lorsque le malade est transporté dans un aéroport, un port ou une gare pour embarquement dans un avion, un bateau ou un train, ou pris en charge à sa descente d'avion, de bateau ou de train. Les majorations de nuit, de dimanche et de jour férié ne s'appliquent pas à ce supplément.	19,07

* Les tarifs du forfait départemental, de la prise en charge et de ce supplément restent inchangés.

ANNEXE 2

TARIFICATION DES TRANSPORTS RÉALISÉS EN AMBULANCE

Les différents tarifs des transports en ambulance sont ceux fixés dans le tableau ci-dessous.

Tarification ambulance	Tarifs applicables (en euros)
Forfait départemental	52,05
Forfait agglomération	58,12
Prise en charge	65,05
Tarif kilométrique	2,32
Valorisation trajet court <= 5 km parcourus	7,91
Valorisation trajet court > 5 et ≤ 10 km parcourus	6,22
Valorisation trajet court > 10 et ≤ 15 km parcourus	4,52
Valorisation trajet court > 15 et ≤ 19 km parcourus	2,83
Supplément* sur présentation d'un justificatif, pour un transport d'urgence effectué sur la demande expresse d'un médecin régulateur (centre 15) ou d'un service d'aide médicale urgente (Samu) – facturable uniquement pendant la période transitoire (cf. Article 21 période transitoire)	21,67
Supplément* pour les transports de prématurés ou en cas d'utilisation d'un incubateur.	10,83
Supplément* pour chaque transport lorsque le malade est transporté dans un aéroport, un port ou une gare, pour embarquement dans un avion, un bateau ou un train, ou pris en charge à sa descente d'avion, de bateau ou de train.	21,67

* Les tarifs de ces trois suppléments restent inchangés. Ces trois suppléments ne sont pas cumulables.

Les majorations de nuit, de dimanche et de jour férié ne s'appliquent pas à ces suppléments.

ANNEXE 3

CAHIER DES CHARGES DU SYSTÈME ÉLECTRONIQUE DE FACTURATION INTÉGRÉ « SEFI »

Sont définies dans la présente annexe, les conditions juridiques, pratiques et techniques applicables aux échanges liés à la transmission par flux électronique de la facture et des pièces justificatives nécessaires au règlement par les caisses des prestations de transport, selon le télé-service SEFi.

Article 1er

Définitions

Les parties signataires du présent accord conviennent des définitions suivantes.

– La facture :

Il s'agit du document élaboré par le logiciel métier, validé et envoyé en ligne par le transporteur sanitaire en lieu et place de la facture sur support papier qui accompagne habituellement la transmission dite « en norme B2 », lorsque le transporteur sanitaire a recours à cette modalité de transmission de sa facturation.

– Les pièces justificatives :

Il s'agit de la prescription lorsqu'elle est sur support papier et de « l'annexe » décrite ci-dessous.

– L'annexe :

Il s'agit d'un document dénommé ainsi car produit initialement en annexe de la facture sur support papier.

Elle correspond à l'attestation de service fait par l'assuré, lorsqu'elle est établie sur un document différent de la facture elle-même.

Elle constitue une des pièces justificatives adressées à la caisse par le transporteur dans la mesure où le patient ne signe pas la facture envoyée en ligne.

– La transmission dite « en norme B2 » :

Il s'agit de la transmission d'une facture dans un flux électronique qui doit être doublée de l'envoi sur support papier de la facture « cerfatisée » à l'Assurance maladie.

– La demande de vérification de certaines des données :

Il s'agit de l'envoi d'un projet du document élaboré par le logiciel métier dont certaines données sont vérifiées par l'Assurance maladie et qui constitue une facture lorsque le transporteur le valide.

– Le point d'accueil Inter-régimes (PAIR) :

Il s'agit du portail unique mis à disposition par l'Assurance maladie pour l'adressage des flux transmis par le transporteur sanitaire.

– Les échanges :

Il s'agit de toute transmission en envoi comme en réception d'un message dont l'objet est lié aux pièces envoyées.

– Le message :

Il s'agit de l'intégralité du contenu de l'échange.

Article 2

Périmètre de SEFi

Le périmètre fonctionnel de SEFi couvre toutes les prescriptions pouvant être utilisées (prescriptions papier et prescriptions en ligne) et toutes les factures comportant une gestion de la part complémentaire au titre d'un dispositif de précarité (ACS, CMU C, AME, AME C) ou au titre d'un AMC en gestion séparée

Tous les transports sont concernés y compris les transports itératifs et les transports partagés à l'exception des transports suivants :

– les transports soumis à accord préalable (transport en série, supérieur à 150 km)
– les transports urgents pré-hospitaliers
– les transports inter-hospitaliers au sens de l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale
– Les transports transfrontaliers.

Le périmètre de SEFi couvre tous les éléments de rémunération : forfait, majoration, etc.

SEFi concerne tous les bénéficiaires du régime général et des régimes et mutuelles partenaires y compris les bénéficiaires du régime Alsace-Moselle, dans un premier temps. Il ne concerne pas les bénéficiaires migrants et les bénéficiaires du Fonds de Solidarité Vieillesse.

Il couvre les risques « maladie » et « maternité » mais pas le risque « accident du travail ».

Article 3

Les différentes fonctionnalités de SEFi

Le service d'élaboration d'une facture en ligne est constitué de plusieurs fonctionnalités obligatoires ou facultatives.

Les fonctionnalités obligatoires sont les suivantes :

– accéder à la prescription électronique quand elle existe
– envoyer la demande de vérification de certaines des données à l'Assurance maladie avant toute validation de la facture
– valider la facture en ligne.

Des fonctionnalités facultatives permettent d'alimenter et de fiabiliser, en amont de la demande de vérification de certaines données, la future facture :

– acquérir les informations du prescripteur, du bénéficiaire et du transporteur
– déterminer les conditions du remboursement des frais de transport (en s'appuyant sur le service d'aide à la prise en charge « PEC+ »),
– calculer les montants indicatifs d'une prestation.

Tant que la facture n'est pas validée par le transporteur sanitaire et transmise à l'Assurance maladie, le transporteur sanitaire peut demander que certaines données soient vérifiées par l'Assurance maladie.

S'ajoute à ces fonctionnalités, le service de numérisation des pièces justificatives, SCannérisation des ORdonnances ou « SCOR » mis à disposition du transporteur sanitaire et qui s'inscrit dans les outils existants de l'Assurance maladie.

Article 4

Processus de facturation en ligne

1. Cas où le transporteur sanitaire a accès à une prescription sur support électronique :

L'assuré détient l'exemplaire sur support papier de la prescription réalisée sur support électronique.

Le transporteur sanitaire, choisi par l'assuré, accède à la prescription électronique au moyen du numéro d'identification unique de la prescription et du nom du bénéficiaire, dans des conditions de sécurité indiquées dans la présente annexe ; il la consulte, en réserve l'exécution pour lui-même et indique son exécution par ses soins.

Le transporteur sanitaire réalise la facture en ligne via son logiciel métier après avoir indiqué l'exécution du transport sur la prescription électronique.

Il transmet ensuite au point d'accueil inter régimes, l'annexe valant attestation de service fait signée par l'assuré et numérisée par ses soins.

2. Cas où le transporteur sanitaire accède à une prescription sur support papier :

Le transporteur sanitaire dispose de la prescription sur support papier remise par l'assuré.

Le transporteur sanitaire réalise la facture en ligne via son logiciel métier après avoir indiqué l'exécution du transport sur la prescription papier dans les conditions prévues par les textes.

Il transmet ensuite au point d'accueil inter régimes :

– la prescription numérisée par ses soins
– l'annexe signée par l'assuré et numérisée par ses soins.

Dans les deux cas (1) et (2), il garde le support papier de la prescription qui lui est remis par l'assuré et de l'annexe signée par ce dernier durant le délai d'archivage des pièces justificatives fixé à 33 mois. Il peut les conserver sous forme dématérialisée sous réserve des périodes de contrôle prévues à l'article 11 de la présente annexe pendant lesquelles la conservation doit être également réalisée sur support papier.

Article 5

Processus de facturation hors ligne

En cas de dysfonctionnements techniques ou de situations de facturation non couvertes par SEFi, les modalités de facturation sont les suivantes.

1. Lorsque le transporteur sanitaire ne peut pas réaliser une facture en ligne mais peut utiliser la télétransmission dite « en norme B2 »

Par dérogation, le transporteur sanitaire utilise le système de télétransmission dit « en norme B2 » qui lui permet d'envoyer un flux à l'Assurance maladie et il transmet ensuite au point d'accueil inter régimes une image de la facture élaborée par son logiciel ainsi que :

– la prescription numérisée par ses soins lorsqu'il s'agit d'une prescription sur support papier,
– l'annexe signée par l'assuré et numérisée par ses soins.

Dans ce cas, le transporteur sanitaire conserve les originaux dans les conditions prévues à la présente annexe.

2. Lorsque le transporteur sanitaire ne peut pas réaliser une facture en ligne ni télétransmettre via la « norme B2 »

Le transporteur sanitaire utilise la facture sur support papier. Dans ce cas, il transmet la facture et les pièces justificatives à la caisse primaire de l'assuré sur support papier dans les conditions habituelles.

Article 6

Echanges préalables à la validation de la facture par le transporteur sanitaire

Lorsque le transporteur sanitaire réalise une facture en ligne via son logiciel métier, il peut utiliser les différents services mis à sa disposition par l'Assurance maladie pour fiabiliser sa future facture.

Dans tous les cas, le transporteur sanitaire établit sa facture et transmet à la l'Assurance maladie une demande de vérification de certaines données :

1. Si les données sont cohérentes avec celles que l'Assurance maladie détient, cette dernière lui envoie le message indiquant qu'elles sont correctes au moyen d'un certificat d'intégrité et lui demande de valider sa facture. Cependant conformément aux dispositions de la présente annexe, le montant à régler par l'Assurance maladie est calculé à titre indicatif. En effet, ce montant n'est pas contractuel.

2. Si les données ne sont pas cohérentes avec celles détenues par l'Assurance maladie, cette dernière envoie au transporteur sanitaire un message l'en informant. Le cas échéant, des propositions de modification sont renvoyées par le service. Le transporteur sanitaire doit alors vérifier les éléments de sa facture et éventuellement recommencer ou bien réaliser une facture dans les conditions fixées par la présente annexe. Aucune demande de vérification n'est conservée par l'Assurance maladie.

Ensuite le transporteur sanitaire procède à la validation de sa facture en l'envoyant à l'Assurance maladie avec les données administratives suivantes :

– l'identifiant de facture et le numéro de lot attribués par le transporteur sanitaire, via son logiciel de facturation ;
– la date de validation de la facture et rappelant l'information du transporteur sur l'éventualité de réalisation de tous les contrôles prévus par les textes ainsi que le certificat d'intégrité.

Ces données composent la facture au sens de la présente annexe.

Une fois la facture validée et transmise par le transporteur sanitaire, l'Assurance maladie opère certains contrôles notamment d'intégrité.

Deux cas de figures peuvent se présenter :

– soit la facture est acceptée en l'état, un accusé de réception est envoyé au transporteur sanitaire afin de lui confirmer que sa facture a bien été reçue par l'Assurance maladie.
– soit la facture n'est pas acceptée par l'Assurance maladie, un message d'erreur est retourné au transporteur.

La facture validée par le transporteur sanitaire est transmise à l'Assurance maladie et conservée par elle en sa qualité d'original. Le transporteur sanitaire reçoit un accusé de réception. Il lui appartient de garder une copie de la facture validée par ses soins pour son propre usage et pour son patient le cas échéant.

A tout moment du processus de facturation, la possibilité est donnée au transporteur sanitaire de basculer vers une transmission dite « en norme B2 ».

Article 7

Valeur juridique des différents supports de la facturation et de ses pièces justificatives

Toutes les données de la facture réalisée en ligne et validée par le transporteur sanitaire sont conservées par l'Assurance maladie sur un serveur dédié. Quelle que soit l'organisation de ces données sur le serveur, leur ensemble forme l'original de la facture. Le transporteur sanitaire fait son affaire personnelle de la copie de la facture.

En conséquence, la facture faisant foi est bien celle reçue en ligne par l'Assurance maladie et conservée sur le serveur, quelle que soit sa forme, au même titre que la facture sur support papier lorsqu'elle est reçue par la caisse primaire.

Toutes les pièces justificatives transmises électroniquement au point d'accueil inter régimes sont des copies. Elles font foi dans les conditions du code civil et sont considérées par les parties comme les pièces justificatives dans le cadre de la prise en charge des frais de transport au sens de l'article R. 322-10-2 du code de la sécurité sociale.

Le transporteur sanitaire est garant des originaux et/ou copies qu'il a numérisés dans les conditions indiquées par la présente annexe et est responsable de la bonne réalisation de la copie numérisée qui doit être lisible, fidèle et durable.

La transmission de l'attestation de service fait dématérialisée à la source a la même valeur que l'annexe numérisée par le transporteur sanitaire. Dans ce cas, il en conserve l'original dans les conditions indiquées à la présente annexe.

Article 8

Sécurités d'accès

Le transporteur sanitaire ne peut valider sa facture en ligne que s'il est connecté avec sa carte CDE ou l'une de ses cartes CPE qui en dérive.

Le flux de données en provenance du transporteur sanitaire est chiffré.

Les pièces justificatives numérisées peuvent être envoyées dès qu'une facture en ligne a été réalisée. Mais elles ne peuvent pas être envoyées avant. Le transporteur sanitaire utilise sa carte CDE ou CPE pour sécuriser l'envoi.

Toutes les connexions au système d'information de l'Assurance maladie sont tracées.

Le transporteur sanitaire en sa qualité de représentant légal est le seul responsable de l'utilisation des cartes CDE et CPE qui en dérivent. Chaque document envoyé avec l'une des cartes du transporteur sanitaire est considéré comme envoyé par le transporteur sanitaire en tant que représentant légal. Seule la responsabilité du transporteur sanitaire peut être recherchée en cas de mauvaise utilisation de la carte ou en cas de fraude. Ce dernier s'engage à mettre en place une procédure de vérification du droit à utilisation des cartes précitées afin d'en pouvoir justifier à tout moment à l'Assurance maladie.

Dans le cas où le transporteur sanitaire identifié par sa carte CDE a reçu mandat d'un autre transporteur sanitaire pour réaliser la facture en ligne en son nom et pour son compte, le périmètre de ce mandat est limité à :

– l'accès aux services de l'Assurance maladie indiqués par la présente annexe
– la « signature » de la facture en ligne au sens de la présente annexe.

Le mandant et le mandataire sont responsables dans les conditions énoncées par le code civil.

Article 9

Convention de preuve

Les parties signataires conviennent que la validation de la facture en ligne par le transporteur sanitaire, dans les conditions indiquées dans la présente annexe, vaut signature par le transporteur sanitaire identifié par sa carte CDE ou par une CPE. Cette facture reçue par l'Assurance maladie dans les conditions indiquées aux présentes a la même valeur de preuve que le support papier reçu par la caisse primaire et est considéré par les parties comme l'original.

Les parties signataires conviennent que les copies des pièces numérisées et envoyées au point d'accueil inter-régimes sont considérées comme les pièces justificatives conformément à l'article 1er de la présente annexe.

Dans le cas prévu au 1 de l'article 6 de la présente annexe, la facture envoyée au point d'accueil inter régimes est considérée par les parties signataires comme le document faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Le transporteur sanitaire s'engage à ne plus modifier cette facture après envoi à l'Assurance maladie.

Article 10

Validité des échanges

Le transporteur sanitaire et la caisse primaire étant juridiquement liées par les termes de la présente annexe, renoncent expressément au droit de contester la validité d'un échange, conclu conformément à la présente annexe, du seul fait que l'échange est électronique.

Article 11

Numérisation des pièces justificatives

A réception des pièces justificatives, dans le cadre de son processus métier de préparation de ses factures, le transporteur sanitaire s'engage à numériser les pièces justificatives par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité des pièces numériques aux pièces justificatives sur support papier. Il doit, en outre, utiliser un logiciel autorisé par le CNDA pour la numérisation des pièces justificatives. Ce dispositif est désigné sous le terme « SCOR » ou « SCannérisation des Ordonnances ». Les copies doivent être lisibles et intelligibles.

Ainsi, le transporteur sanitaire prépare via son logiciel métier le dossier de pièces justificatives numérisées préalablement et correspondant aux factures en ligne, et transmet les lots de pièces justificatives dématérialisées à l'Assurance maladie.

Une période de vérification initiale des pièces numérisées est mise en place par la caisse primaire pendant un délai de 90 jours à compter de la réception des premières pièces justificatives numérisées.

Pendant cette période, la caisse primaire signale au transporteur sanitaire les éventuelles anomalies constatées et l'aide à procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Ultérieurement, si la caisse primaire observe une dégradation de la qualité de la numérisation des pièces justificatives, elle se réserve la possibilité de renouveler ce contrôle sur une période de 90 jours au maximum. Dans ce cadre, elle en avise le transporteur sanitaire dans un délai de 15 jours au minimum avant la mise en place du contrôle.

Le transporteur sanitaire s'engage à conserver les pièces numérisées également sous format papier pendant la période du contrôle.

Le transporteur sanitaire s'engage à trouver des solutions techniques permettant de procéder au contrôle de la qualité des images numérisées en amont de leur transmission à la caisse primaire.

Le transporteur sanitaire s'engage à réaliser et à envoyer les copies des pièces justificatives au point d'accueil inter-régimes. Après avoir envoyé ses factures en ligne validées à l'Assurance maladie, le transporteur sanitaire via son logiciel métier déclenche la transmission de ses lots de pièces justificatives associées aux factures émises.

Ces pièces doivent être indexées conformément à ce qui est indiqué au cahier des charges publié sur le site du GIE SESAM-Vitale.

Les accusés de réception logique (ARL) ou avis de non remise sont déposés dans la boite aux lettres du transporteur sanitaire et sont exploités par le logiciel métier.

En cas d'échec de la transmission des copies des pièces, un ARL négatif ou un avis de non remise est envoyé au transporteur sanitaire. Si un lot de dossiers de pièces justificatives n'a pas reçu son ARL ou son avis de non remise au bout de 48 heures suivant l'émission, celui-ci est alors détecté par le logiciel métier. Le transporteur sanitaire doit alors vérifier le lot de pièces justificatives et le renvoyer. En cas de nouvel échec, le transporteur sanitaire envoie l'ensemble des pièces justificatives sur support papier à la caisse d'affiliation de l'assuré.

Article 12

Conservation des pièces transmises par l'Assurance maladie

L'Assurance maladie conserve :

– les factures des transporteurs sanitaires durant 36 mois à compter de leur paiement ;
– les copies de pièces justificatives numérisées 36 mois à compter du paiement de la facture correspondante.

Article 13

Contrôles par les organismes

En complément de l'article 11 de la présente annexe, le transporteur sanitaire est informé que la caisse primaire peut réaliser et instruire tous les contrôles prévus par les textes alors même que le « service de vérification de certaines des données a été activé », durant le processus de facturation via SEFi.

ANNEXE 4

CAHIER DES CHARGES DE L'ATTESTATION DE SERVICE FAIT ET DE LA GESTION DE LA SIGNATURE MANUSCRITE NUMÉRIQUE

1. – Dispositif général

1.1. *Générer une Attestation de service fait (ASF) numérique*

L'Attestation de service fait peut être l'un des documents suivants :

– soit l'annexe à la facture de transport sous la forme du formulaire n° S 3602
– soit un document local valant annexe à la facture de transport.

Le logiciel de gestion de l'activité du transporteur peut générer une attestation de service fait remplissable à l'écran et/ou pré-rempli, respectant le contenu du formulaire CERFA n° 3602.

Il peut s'agir également d'un formulaire papier numérisé au format pdf.

1.2. *Numériser la signature manuscrite de l'assuré*

Sur un terminal mobile, l'assuré appose sa signature et le logiciel appose automatiquement la signature ainsi numérisée sur l'ASF numérique afférente.

Prérequis : au moment du recueil de la signature de l'assuré, doivent obligatoirement apparaître, sur l'écran du terminal mobile ou du terminal fixe, de manière lisible pour l'utilisateur, les informations suivantes :

– données d'horodatage
– identifiant unique de la mission associée.

1.3. *Rappel des signatures requises*

Il s'agit de la signature de l'assuré ou du patient.

1.4. *Utilisation de la signature manuscrite numérisée*

– L'enregistrement de la signature manuscrite requise ne peut être utilisé que pour l'ASF à laquelle il se rapporte. L'enregistrement ne doit pas pouvoir être utilisé plusieurs fois.
– Une fois que l'enregistrement a été associé à l'ASF à laquelle il se rapporte, il est définitivement et automatiquement supprimé du serveur de stockage. Il ne doit pas exister de stockage pérenne des signatures manuscrites numériques des utilisateurs.

1.5. *Générer un flux SCOR*

Le logiciel de gestion de l'activité du transporteur génère un flux SCOR tel que défini dans le cahier des charges SCOR et comprenant l'ASF signée au format.pdf.

2. Principes et recommandations

2.1. *Recueil des informations*

Au moment du recueil de la signature de l'assuré, doivent obligatoirement apparaître, sur l'écran du terminal mobile, de manière lisible pour l'assuré, les informations suivantes :

– Les données d'horodatage ;
– Un identifiant unique de la mission.

2.2. *Principes liés à l'enregistrement de la signature manuscrite numérique de l'assuré*

– L'enregistrement de l'image de la signature manuscrite de l'assuré contient obligatoirement les données d'horodatage et l'identifiant unique de la mission.
– Cet enregistrement est scellé et signé informatiquement.

2.3. *Principes liés à l'utilisation de la signature manuscrite de l'assuré*

– L'enregistrement ne peut être utilisé que pour l'ASF à laquelle il se rapporte. L'enregistrement ne doit pas pouvoir être utilisé plusieurs fois.
– Une fois que l'enregistrement a été associé automatiquement à l'ASF à laquelle il se rapporte, il est définitivement et automatiquement supprimé du serveur de stockage. Il ne doit pas exister de stockage pérenne des signatures manuscrites numériques des assurés sous quelque forme que ce soit.

2.4. *Principes liés à la traçabilité des actions*

– Les différentes actions de signature et de validation associées doivent être tracées dans le système d'information et leur auteur identifié.
– Ces traces doivent être archivées pendant au moins 24 mois et doivent être restituables sur un format standard.

2.5. *Convention de preuve*

– Il doit exister une convention de preuve entre le transporteur et l'assuré, qui doit être inscrite sur l'écran du terminal mobile. Le texte de cette convention de preuve est le suivant : *« Le soussigné reconnaît la force probante de sa signature manuscrite recueillie informatiquement sur ce terminal mobile, qui vaut attestation du transport réalisé et accord pour la subrogation. »*