

CIRCULAIRE

CIR-5/2012

Document consultable dans Médi@m

Date :

24/02/2012

Domaine(s) :

dossier client prof. de santé

activités comptables financières

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

Objet :

Aides télétransmissions
versement 2012 - Aides
pérennes, à la maintenance,
forfaits centres de santé.

Liens :

Plan de classement :

P04-01 P13-04

Emetteurs :

DDFC DDGOS

Pièces jointes : 3

à Mesdames et Messieurs les

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input checked="" type="checkbox"/> CARSAT |
| | <input type="checkbox"/> UGECAM | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS |
| | | <input type="checkbox"/> CTI |
| <input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables | | |
| <input type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input type="checkbox"/> Régionaux | <input type="checkbox"/> Chef de service |

Pour mise en oeuvre immédiate

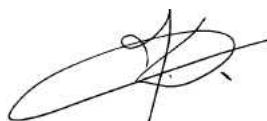
Résumé :

Paiement des aides à la télétransmission de 2012 - Aides pérennes, à la maintenance, forfait structure, forfait centres de santé.

Mots clés :

Centres de santé ; télétransmission ; feuilles de soins électroniques ; Espace PRO

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



Joël DESSAINT

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



Mathilde LIGNOT-LELOUP

CIRCULAIRE : 5/2012

Date : 24/02/2012

Objet : Aides télétransmissions versement 2012 - Aides pérennes, à la maintenance, forfaits centres de santé.

Affaire suivie par :

- Marie-Pierre CHEVALLIER (toutes professions) mp.chevallier@cnamts.fr
- Sandrine Aujoux De Matos (pharmaciens) sandrine.aujoux@cnamts.fr
- Pascal Pfister (toutes professions) pascal.pfister@cnamts.fr
- Sandrine Frangeul (médecins) sandrine.frangeul@cnamts.fr
- Bernadette Lemasquier (DDFC aspects comptables) bernadette.lemasquier@cnamts.fr
- Didier Malbert (DDFC- DMOAC) didier.malbert@cnamts.fr

La présente circulaire a pour objet :

- d'indiquer les modalités de calcul et de paiement des aides à la télétransmission :
 - aide pérenne,
 - incitation à l'utilisation des téléservices
 - aide à la maintenance,
 - forfaits structures et forfaits professionnels de santé pour les Centres de Santé.
- avec un versement en 2012 pour :
 - les médecins (généralistes et spécialistes),
 - les pharmaciens d'officine et mutualistes,
 - les chirurgiens- dentistes,
 - les sages-femmes,
 - les centres de santé,
 - les masseurs - kinésithérapeutes,
 - les infirmières
 - les orthophonistes,
 - les orthoptistes,
 - les pédicures-podologues.
- compte tenu des dispositions réglementaires et conventionnelles en vigueur de préciser :
 - les imputations budgétaires et comptables,
 - la procédure de support.

SUPPORT AUX CAISSES (rappel)

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.

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

- Soit par téléphone au 08 20 33 14 10
- Soit par messagerie à la boîte aux lettres : csn@cnamts.fr
- Soit par un formulaire « création demande » sur le serveur Intranet du CSN www.csn.cnamts.fr
- 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 2011

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

Catégories de Professionnels de santé	Textes
Médecins	Règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale publié par arrêté du 3 mai 2010 (JO du 5 mai 2010) jusqu'à l'entrée en vigueur de la convention nationale conclue le 26 juillet 2011, approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 (JO du 25 septembre 2011)
Pharmaciens d'Officines	La convention nationale a été reconduite tacitement par arrêté du 14 septembre 2011 (JO du 22 septembre 2011)
Pharmacies Mutualistes	Décision du Conseil d'administration de la CNAMTS du 23 mars 2004
Chirurgiens Dentistes	Convention nationale conclue les 11 et 19 mai 2006, approuvée par arrêté du 14 juin 2006 (JO du 18 juin 2006)
Sages Femmes	Convention nationale conclue le 11 octobre 2007, approuvée par arrêté du 10 décembre 2007 (JO du 19 décembre 2007)
Centres de Santé	Avenant n°3 conclu le 28 février 2007, approuvé par arrêté du 24 avril 2007 (JO du 10 mai 2007)
Infirmiers	Convention nationale conclue le 22 juin 2007, approuvée par arrêté du 18 juillet 2007 (JO du 25 juillet 2007)
Masseurs-kinésithérapeutes	Convention nationale conclue le 3 avril 2007, approuvée par arrêté du 10 mai 2007 (JO du 16 mai 2007)
Orthophonistes	Avenant n°9 conclu le 19 juillet 2006, approuvé par arrêté du 17 août 2006 (JO du 30 août 2006) Avenant n°10 conclu le 1 ^{er} mars 2007, approuvé par arrêté du 19 avril 2007 (JO du 3 mai 2007)

Orthoptistes	Avenant n°6 conclu le 28 février 2007, approuvé par arrêté du 11 mai 2007 (JO du 16 mai 2007) Avenant n°7 conclu le 12 mars 2008, approuvé par arrêté du 16 mai 2008 (JO du 27 mai 2008)
Pédicures podologues	Convention nationale conclue le 18 décembre 2007, approuvée par l'arrêté du 24 décembre 2007 (JO du 29 décembre 2007)

Les évolutions sur l'application des textes pour cette année, concernent les médecins et les pharmaciens titulaires d'officine.

1- 2 Médecins

Conformément à l'article 10 du règlement arbitral (arrêté du 3 mai 2010-JO du 5 mai 2010) applicable jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale soit le 26 septembre 2011 (convention approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 et publiée au Journal officiel du 25 septembre 2011) :

- un forfait annuel de 250 euros ainsi qu'une aide de 0,07 euro par FSE reçue par les organismes d'assurance maladie obligatoire sont versés sous réserve que le médecin concerné ait atteint au moins un taux de 75% de FSE et soit équipé au 31/12/2011 d'un logiciel en version 1.40 du cahier des charges SESAM-Vitale (quel que soit l'addendum).

Attention, la nouvelle convention médicale entrée en vigueur le 26 septembre 2011 s'étant substituée à cette date au règlement arbitral, la période de référence ouvrant droit à l'aide pérenne est comprise entre le 1^{er} janvier et le 25 septembre 2011 uniquement.

Dans le cadre de la nouvelle convention nationale ces modalités d'aide à la télétransmission (aide à la FSE et versement de forfaits) sont remplacés par l'attribution de 75 points dans le volet « organisation du cabinet » de la rémunération sur objectifs de santé publique (article 26 et Annexe XVII). Ainsi pour l'activité 2012, c'est la nouvelle rémunération qui sera mise en place avec un premier versement en 2013

Les médecins qui n'atteignent pas les 75% mais sont situés entre 70 % et 75% vont avoir la possibilité de saisir la commission paritaire locale (CPL) dont ils dépendent afin qu'elle examine les motifs susceptibles d'expliquer la non atteinte du taux de télétransmission ouvrant droit au bénéfice du dispositif d'incitation à la télétransmission. La CPL émet alors un avis et la caisse notifie ensuite sa décision au médecin concerné.

- un forfait annuel de 250 euros pour l'utilisation des télé services mis en place par la CNAMTS, sous réserve que le médecin :

- ✓ ait été en 2011 adhérent aux télé services et télé procédures mis à disposition par l'assurance maladie (accessibles à ce jour par "espace pro");
- ✓ ait atteint un taux annuel de 75 % de protocole de soins électroniques et d'arrêt de travail dématérialisés (calcul portant sur les arrêts de travail prescrits au cabinet);
- ✓ soit éligible au versement du forfait d'incitation à la télétransmission tel que précisé supra;
- ✓ ait émis un minimum de 300 feuilles de soins en 2011.

1 - 3 Pharmaciens :

a) Transmission des FSE

L'article 54.1 de la Convention Nationale entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie (arrêté du 11 juillet 2006 - JO du 25 juillet 2006) prévoit le paiement d'une aide pérenne de 0,05€ TTC (taux de TVA à 19,6%) par FSE sécurisée, élaborée, émise et reçue par les caisses selon les spécifications du système SESAM Vitale (pas d'aide pour les flux dégradés).

Contrairement à l'an dernier où une majoration de cette aide avait été versée pour les pharmaciens équipés en version 1.40 du cahier des charges SESAM-Vitale, les conditions du dernier alinéa de l'article 44 n'ayant pas été revues lors des dernières CPN, il n'y aura aucun paiement d'une aide de 0,064 € TTC (sur la base d'un taux de TVA à 19,6 %) par FSE sécurisée élaborée, émise et reçue par les caisses pour le versement au titre de l'année 2011.

b) Les pharmacies mutualistes

La circulaire 116/2004 du 4 octobre 2004 vous informait de l'accord donné le 23 mars 2004 par le Conseil d'administration de la CNAMTS d'étendre le champ d'application de la convention SESAM Vitale intéressant les pharmaciens titulaires d'officine aux pharmacies mutualistes.

Conformément à cet accord, les modalités de calcul et de versement des aides (flux sécurisés et flux dégradés) sont identiques à celles arrêtées pour les pharmaciens d'officine dans l'ancienne convention (convention SESAM Vitale) soit 0,04535€ TTC par FSE et 0,0092€ TTC par flux dégradé émis. En effet, la convention nationale approuvée par l'arrêté du 11 juillet 2006 ne s'applique pas aux pharmacies mutualistes mais uniquement aux pharmaciens titulaire d'officine (cf. CIR 28/2006 du 26 mai 2006).

1- 4 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 2011.

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 - 5 Sages-Femmes

L'aide pérenne versée aux sages-femmes est d'un montant de 300€ pour l'exercice 2011 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 - 6 Centres de santé

L'aide versée aux centres de santé est conditionnée par la réalisation en 2011 d'un taux de télétransmission de 70%.

Les centres de santé qui n'atteignent pas les 70% mais sont situés entre 50 % et 70% feront l'objet d'un passage en commission paritaire régionale ou départementale afin de décider si ils recevront l'aide.

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).

Seuls les centres de santé figurant dans la liste transmise par les caisses fin décembre 2011 sont susceptibles de recevoir les aides en paiements automatiques.

1-7 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 2011.

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.

1-8 Masseurs - kinésithérapeutes

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

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.

1-9 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 à 70 % sur l'année 2011.

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.

1-10 Orthoptistes

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

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.

1-11 Pédiatres podologues

La convention nationale permet aux pédicures- podologues de se conventionner depuis le 30 décembre 2007. Cette profession bénéficiera une aide au titre de l'exercice 2011 : une indemnisation à la feuille de soins électronique de 0,07€ lorsque la part d'activité télétransmise correspond au moins à 30 % fin 2011.

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

1-12 Rappel sur le taux de télétransmission

Principe sur la période de prise en compte

Période :

Pour les professionnels de santé ayant débuté la télétransmission avant le 1er janvier 2011, le taux de télétransmission est calculé sur la période allant du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2011¹.

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 2011.²

¹ A l'exception des médecins ou la date de prise en compte des FSE est arrêtée au 25 septembre 2011 cf supra

² A l'exception des médecins ou la date de prise en compte des FSE est arrêtée au 25 septembre 2011 cf supra

Les Principes retenus pour le calcul des taux :

Ratio :

Le calcul du ratio (rapport entre le nombre d'actes télétransmis 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.

Amélioration de la règle de gestion dans le calcul du 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 dans au moins un des régimes.

2 Rappel sur les modalités de calcul

Les aides seront versées:

- aux professionnels réunissant les conditions d'attribution dans 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 est effectué à la caisse du cabinet principal, sous le numéro de professionnel de santé correspondant à ce cabinet.

En cas de cabinets principaux 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 oeuvre au CENTI (Centre National de Traitement Informatique) permet de collecter et de centraliser, les données de comptage de l'ensemble des serveurs d'accueil des flux de tous les régimes.

Le CENTI 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).

3 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'ordonner 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 par aide listera les numéros de professionnel 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 évoluent comme suivent:

- 1 Taux de télétransmission inférieur au taux (de FSE) négocié (ET Ps équipé en version CDC/SV à celle de référence) ;
- 2 Ps équipé en version CDC/SV inférieure à celle de référence ;
- 3 Ps n'étant pas équipé en version CDC/SV de référence et ayant un taux (de FSE) négocié ;
- 4 N'est pas bénéficiaire d'une aide ou forfait du versement en cours ;
- 5 PS ne remplissant pas les conditions d'usage des téléservices (PSE & AAT) ;
- 6 PS ne remplissant pas au moins une des conditions IUS hors téléservices ; (PSE & AAT) : (le PS doit être bénéficiaire de l'aide pérenne (FFS), avoir émis un minimum de 300 FSE par an, être adhérent à ESPACE PRO).

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.

3-1 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/>

Le compte à utiliser et le mot de passe ont été communiqués par la DFC aux Agents Comptables des CPAM et CGSS par la DFC.

Il conviendra alors de suivre la procédure relative à la connexion au serveur et au répertoire réservé aux CPAM et CGSS.

4 DISPOSITIONS BUDGETAIRES ET COMPTABLES

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

2 nouveaux codes actes cette année concernent les forfaits d'incitation à la télétransmission et l'utilisation des téléservices pour les médecins.

FPT : forfait à la télétransmission

IUS : forfait à l'utilisation des téléservices

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 2012, à savoir :

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

4-1 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 (gestion 121), en maladie uniquement. Par conséquent, afin d'obtenir une ventilation en branche AT, il convient de régulariser cette répartition dans CAP, par le biais, exceptionnel, d'une SAISIE MANUELLE. Cette saisie permet d'éviter un écart « CAP/ COPERNIC »;
- La prise en charge par le Régime Général (en classe 6) de la part des SLM.

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		AT/MP	
Compte	Libellé	Compte	Libellé
65721182	AUTRES SUBV. - AIDES PERENNES	65722182	AUTRES SUBV. - AIDES PERENNES
657211821	AIDES PERENNES - AIDE TELETRANSMISSION	657221821	AIDES PERENNES - AIDE TELETRANSMISSION
6572118211	AIDE TELETRANS. - MEDECINS	6572218211	AIDE TELETRANS. - MEDECINS
6572118212	AIDE TELETRANS. - CHIRURGIENS DENTISTES	6572218212	AIDE TELETRANS. - CHIRURGIENS DENTISTES
6572118213	AIDE TELETRANS. - AUXILIARES MEDICAUX	6572218213	AIDE TELETRANS. - AUXILIARES MEDICAUX
65721182131	AIDE TELETRANS. - INFIRMIERS	65722182131	AIDE TELETRANS. - INFIRMIERS
65721182132	AIDE TELETRANS. - MASSEURS KINESITHERAPEUTE	65722182132	AIDE TELETRANS. - MASSEURS KINESITHERAPEUTE
65721182133	AIDE TELETRANS. - ORTHOPTISTES	65722182133	AIDE TELETRANS. - ORTHOPTISTES
65721182134	AIDE TELETRANS. - PEDICURES-PODOLOGUES	65722182134	AIDE TELETRANS. - PEDICURES-PODOLOGUES
65721182135	AIDE TELETRANS. - ORTHOPHONISTES	65722182135	AIDE TELETRANS. - ORTHOPHONISTES
6572118214	AIDE TELETRANS. - SAGES FEMMES	6572218214	AIDE TELETRANS. - SAGES FEMMES
6572118216	AIDE TELETRANS. - CENTRE DE SANTE	6572218216	AIDE TELETRANS. - CENTRE DE SANTE
6572118217	AIDE TELETRANS. - PHARMACIENS	6572218217	AIDE TELETRANS. - PHARMACIENS
65721182171	AIDE TELETRANS.-PHARMACIENS-FSE	65722182171	AIDE TELETRANS.-PHARMACIENS-FSE
65721182172	AIDE TELETRANS.-PHARMACIENS-FLUX B2	65722182172	AIDE TELETRANS.-PHARMACIENS-FLUX B2
6572118218	AIDE TELETRANS. - DIVERS	6572218218	AIDE TELETRANS. - DIVERS

B) Produits

Compte	Libellé
7581151	Dot. Fac – Aides pérennes
75811511	Dot Fac – Aides télétransmission

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 – télétransmission FSE – régime X » ouverts dans la gestion Maladie.

Il convient de rappeler que, depuis l'exercice 2011, la part des SLM est prise en charge par le Régime Général. Les comptes 45112473x, dédiés aux SLM, devront donc présenter un solde nul au 31/12/2012.

Cas particulier des flux non sécurisés des pharmacies mutualités / FFN des pharmacies mutualistes : seuls les comptes 4511248111 « CNAMTS – B2 – Pharmaciens – Salariés agricoles » et 4511248122 « CNAMTS – B2 – Pharmaciens- RSI> » sont mouvementés car aucune répartition n'est opérée sur les autres régimes obligatoires.

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 le professionnel de santé à chacun des autres régimes pour les aides basées sur nombre FSE (cf. tableau de synthèse du versement en dernière colonne, il est alors indiqué « Nombre de FSE »).

- 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 et des SLM au cours de l'exercice 2011 (cf. tableau de synthèse du versement en dernière colonne, il est alors indiqué « clé de répartition »).

Les comptes 451124711, 451124713 à 451124718 et 451124721 à 451124728, ainsi que les comptes 4511248111 et 4511248122 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 2012.
- 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.

4-2 Paiements manuels

Pour les professionnels n'ayant pu être payés en automatique, les caisses devront effectuer un paiement manuel 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.

5 INFORMATIONS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE

Comme pour le paiement des aides à la télétransmission de mars 2011 :

- le courrier spécifique pour les retours d'informations aux Pharmaciens d'officines sera accompagné d'une attestation **disponible à la fin de la circulaire**.
- **A l'identique**, les caisses adresseront un courrier d'information sur ce dispositif à chaque professionnel de santé de leur circonscription, bénéficiant d'une aide à la télétransmission au titre de l'année 2011.

A cette fin, la lettre type sera adaptée de la manière suivante en fonction de la profession concernée :

- Les médecins perçoivent l'aide pérenne, les forfaits d'incitation à la télétransmission et l'utilisation des téléservices,
- Les pharmaciens d'officines perçoivent l'aide pérenne,
- Les pharmacies mutualistes perçoivent l'aide pérenne et l'indemnisation des flux dégradés SV,
- Les masseurs kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, les orthophonistes, les orthoptistes, les pédicures podologues, les infirmières et les sages femmes peuvent percevoir l'aide pérenne et l'aide à la maintenance,
- Les centres de santé peuvent percevoir un forfait de structure et percevoir un ou plusieurs forfaits professionnels de santé.