

ACTUALITÉS

L'ACCREDITATION ISAE 3402

Le Cetip, opérateur du tiers payant iSanté, obtient l'accréditation ISAE 3402, au 31 octobre 2013, pour la qualité et la normalisation de ses procédures.

Depuis novembre 2012, le Cetip s'est engagé dans la préparation d'une certification ISAE 3402, qui s'est concrétisée en octobre dernier par la délivrance d'une accréditation officielle, délivrée par un organisme spécialisé indépendant.

Elle atteste que les risques inhérents à son activité sont identifiés et que les contrôles associés à la maîtrise de ces risques, sont définis, documentés et mis en œuvre.

ISAE 3402 est le fil conducteur d'une amélioration continue des contrôles sur les processus afin de toujours mieux satisfaire les professionnels de santé conventionnés et les assureurs qui ont délégué la gestion de leur tiers payant.



EDITO

Cette année 2013 a été encore très riche pour les assureurs santé, avec des évolutions structurantes liées à la mise en place du dispositif ANI.

La généralisation d'une couverture santé obligatoire dans les petites et moyennes entreprises va occasionner une redistribution des parts de marché entre le marché de l'individuel et celui du collectif et une redistribution des cartes entre les différents acteurs.

Sur nos métiers du tiers payant, nous avons consacré beaucoup d'énergie à développer une nouvelle génération de services, la consultation des droits en ligne depuis le logiciel des professionnels de santé, que ce soit pour la pharmacie, avec le projet Visiodroits, ou pour l'hôpital, afin que tous les acteurs de la chaîne gagnent en qualité et en sécurité dans leurs pratiques. Vous découvrirez dans cette lettre les évolutions engagées sur ces offres.

Au niveau du Cetip, nous avons poursuivi la construction d'un dispositif coordonné et en synergie entre nos deux marques de tiers payant SP santé et iSanté et nous nous sommes engagés dans une certification de nos procédures et ce qui a abouti à notre accréditation ISAE 3402 depuis octobre dernier (Projet détaillé ci-contre).

Nous sommes très satisfaits de ce résultat collectif, signe du professionnalisme et de la mobilisation de nos équipes, qui s'inscrit dans une volonté de garantir à nos clients assureurs et à nos partenaires professionnels de santé, une qualité de service et des pratiques parmi les meilleures du marché. De nombreux challenges nous attendent en 2014, dont le déploiement du tiers payant médecin.

N'hésitez pas à nous faire part de vos attentes, des axes d'évolution dont vous souhaiteriez disposer.

En attendant, je vous souhaite,
ainsi qu'à vos familles,
une excellente année 2014.

François KERZERHO
Directeur du Cetip

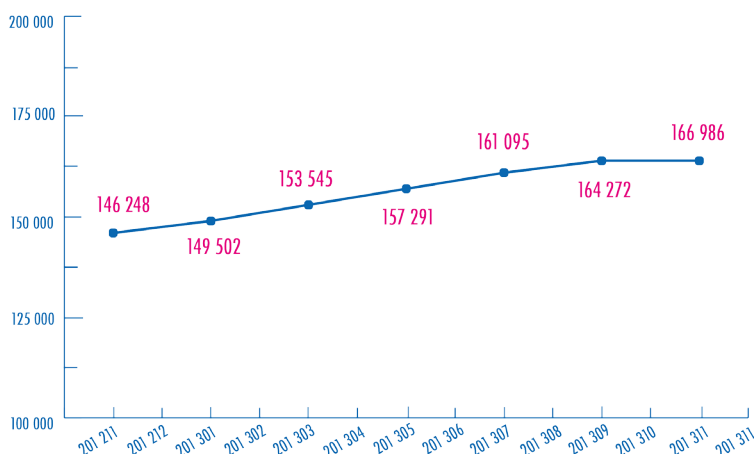


L'ACCRÉDITATION ISAE 3402 du Cetip

Le Cetip a choisi, de faire certifier 5 processus majeurs de son activité d'opérateur du tiers payant iSanté :

- **le processus « Financier »** : gestion des opérations bancaires, prélèvements et virements, gestion des impayés et des indus.
- **le processus « Hotline »** : gestion de la relation téléphonique avec les professionnels de santé.
- **le processus « Supervision de production »** : maîtrise des traitements informatiques et des différents échanges de données avec les tiers.
- **le processus « Editique des cartes de TP »** : traitements annuels et au « fil de l'eau » des impressions et routage des attestations.
- **le processus « Paramétrage »** : supervision de l'intégration des garanties des AMC dans les outils du Cetip, travaux de recettes et de tests de non régression pour l'intégration de nouvelles solutions et de services aux clients.

L'ÉVOLUTION DU CONVENTIONNEMENT iSanté



LA NORME ISAE 3402 : preuve d'un dispositif de contrôle efficace

Norme d'audit internationale publiée par l'IAASB (International Auditing and Assurance Standards Board), ISAE 3402 (International Standard on Assurance Engagements 34-02) a pour objectif d'encadrer l'émission de rapports sur le contrôle interne mis en œuvre par les prestataires de service, en vue d'apporter la preuve d'un dispositif de contrôle efficace et adapté au regard des risques encourus.

Cette norme est applicable depuis juin 2011, en remplacement de la norme SAS 70. Sa principale nouveauté consiste à impliquer fortement le management de l'entité certifiée et à l'amener à prendre de véritables engagements (continuité d'activité, qualité de service, sécurisation des données).

« Cette démarche de certification de notre tiers payant s'inscrit dans notre volonté d'apporter un service de qualité, fiable et maîtrisé, à nos partenaires professionnels de santé et à nos AMC clients.

Avec près de 170 000 professionnels de santé conventionnés, 19 millions de bénéficiaires de nos services de tiers payant (iSanté et SP santé), il était important de nous interroger sur notre façon de travailler et de prouver que notre entreprise dispose de compétences, d'outils de gestion, parfaitement adaptés aux attentes du marché », indique **François Kerzerho**, directeur des services au sein de Cegedim Assurances.



Les plus fortes progressions ont été obtenues sur les segments suivants :

- **Infirmier** : + 21%
(+ 7 623 PS)
- **Transporteur** : + 16%
(+ 1 930 PS)
- **Masseur-Kinésithérapeute** : + 16%
(+ 3 923 PS)

Rappelons enfin que des efforts significatifs continuent à être conduits sur le segment hospitalier, qui représente un enjeu important pour nos clients assureurs.

1. | **ADP COURTAGE PLUS** |

Courtier grossiste en assurance de personnes

A partir de 2014, **ADP courtage plus** a choisi iSanté pour mettre en place un tiers payant généralisé pour sa société sœur, **ADP Gestion**. Le périmètre retenu est total, avec les segments soumis à simple ticket modérateur et également les segments soumis à prises en charge, optique, dentaire, audioprothèse, hospitalisation.

Créée en 2009, **ADP Courtage Plus** est une société de courtier grossiste en assurances de personnes en santé, dont les activités principales sont la conception, le développement, la distribution et la gestion de contrats d'assurance de personnes. Plus de 100 000 personnes lui font confiance chaque année, grâce à un réseau de plus de 800 distributeurs, courtiers ou agents généraux. Pour mener à bien son développement, la société s'appuie sur des valeurs de proximité pour déployer de grands services en conservant une taille humaine.

DÉCOUVREZ ADP COURTAGE PLUS
www.adpcourtageplus.fr



2. | **LA MÉDICALE DE FRANCE** |

assure les professionnels de santé

Depuis plus de 65 ans, La Médicale de France, conçoit et propose aux professionnels de santé des solutions d'assurance, et en particulier d'assurance santé, permettant de répondre au mieux à leurs attentes.

Couvrant 43% des professions libérales de santé, et dans l'objectif de fournir des services étendus à ses adhérents, la direction de la Médicale a décidé de confier à iSanté, à compter du 1^{er} janvier 2014, la gestion de son tiers payant standard (pharmaciens, laboratoires, radiologues, auxiliaires médicaux, transporteurs sanitaires, soins externes), ainsi que les prises en charge optique.



3. | **GFP** | **GESTIONNAIRE INDÉPENDANT EN ASSURANCE DE PERSONNES** |

Nous avons le plaisir de vous annoncer l'arrivée d'un nouveau client partenaire, GFP / Plansanté, au 1^{er} janvier 2014, sur le segment des Soins Extérieurs.

GFP, gestionnaire indépendant en assurances de personnes, regroupe plus d'un million de personnes protégées et intervient pour le compte de Compagnies d'Assurance, de Mutuelles, d'Institution de Prévoyance, de Courtiers Grossistes et de Courtiers.

Nous attirons votre attention sur le fait que GFP / Plansanté utilise SP santé comme opérateur de tiers payant. Ses attestations sont donc des attestations SP santé avec le marqueur IS Soins Extérieurs.



LE PROJET SEPA

UNE MISE EN CONFORMITÉ À NE PAS MINIMISER !

Le SEPA, Single Euro Payments Area, vise à créer un marché unique des paiements en euros en mettant en place une harmonisation des formats et modalités de tous les ordres de paiements, pour tous les acteurs économiques (de la zone euro) qu'ils soient publics et privés.

Au 1^{er} août 2014, le SEPA deviendra une réalité obligatoire pour toutes les entreprises des pays de la zone Euro (Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, Finlande, France, Grèce, Italie, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Slovénie, Chypre, Malte et Slovaquie). A cette date, les virements nationaux disparaîtront. Et en 2016, ce seront à leur tour les prélèvements qui changeront de format bancaire.

La migration vers le SEPA implique de mener un projet informatique qui peut s'avérer complexe, parce qu'il ne s'agit pas seulement de modifier un simple fichier d'échanges entre les banques et les entreprises (passage du RIB au couple IBAN/BIC) mais d'engager le réexamen et la réécriture de nombreux processus entre des acteurs qui échangent des fonds (clients, partenaires, fournisseurs, salariés, professionnels de santé ...).

La mise en œuvre de la réglementation SEPA impose le remplacement des moyens de paiement nationaux (virements et prélèvements) par des instruments pan-européens avec de nouvelles règles de fonctionnement et de nouveaux formats.

Le Cetip est fortement mobilisé pour mener à bien ce projet.

L'ensemble des clients iSanté ont été informés de la nouvelle réglementation afin qu'ils demandent des évolutions à leurs banques, et un questionnaire leur a été adressé pour qu'ils nous informent de leurs nouvelles caractéristiques bancaires, pour mettre en place les prélèvements SEPA, pour notre compte. Dans le cadre de cette nouvelle codification bancaire basée sur les codes BIC et IBAN, le passage au format SEPA des fichiers de virements concernant les règlements aux professionnels de santé est prévu début janvier 2014.

En cas de changement de coordonnées bancaires, nous vous remercions de nous adresser vos nouvelles références bancaires en précisant ces éléments BIC et IBAN.



LA SUPPRESSION DES VIGNETTES PHARMACEUTIQUES

Un arrêté du 14 juin 2013 paru au JO du 22 juin, prévoit la suppression de la vignette pharmaceutique à compter du 1^{er} janvier 2014.

En conséquence, la carte de tiers payant doit évoluer pour supprimer la référence aux codes couleurs des vignettes et il doit être mentionné désormais le taux de remboursement à 65%, 35% et 15%.

LA GÉNÉRALISATION DE VISIODROITS

Le tiers payant pharmaceutique, qui est l'un des plus utilisés et attendus par les adhérents, va connaître des évolutions importantes dans les semaines qui viennent, avec le développement des services en ligne depuis le poste de travail des pharmaciens.

Par ailleurs, la gestion des cartes papier de tiers payant connaît des limites en termes de mise à jour des droits, de risque d'usage injustifié par les bénéficiaires, de richesse des informations décrites, ce qui engendre de nombreux rejets et des indus en quantité non négligeable.

Une nouvelle norme, élaborée en concertation avec la profession officinale, définit et structure les échanges qui pourront être effectués en ligne entre les PS et les OC afin de remédier à ces insuffisances.

CETTE NORME COMPORTE DEUX SOUS ENSEMBLES DE SERVICES, QUI VONT ÊTRE DÉPLOYÉS PROGRESSIVEMENT :

- la certification en ligne des droits au tiers payant d'un patient
- la tarification en ligne de ses prestations sur la base de chacun des produits délivrés, et sur des périmètres élargis au hors remboursement régime obligatoire et avec des données plus riches que les simples taux de remboursement utilisés actuellement.

LA VALEUR AJOUTÉE DE CETTE NORME CONSISTE À AMÉLIORER LE FONCTIONNEMENT À DEUX NIVEAUX :

- offrir aux professionnels de santé une image des droits actualisée et mise à jour de façon plus régulière que l'actuelle attestation papier, trop figée dans le temps, ce qui devrait diminuer les rejets liés à des problématiques d'identification ou de droits des adhérents, et optimiser ainsi le fonctionnement.
- disposer d'un support et des outils pour gérer des garanties ou des services innovants, en prenant en compte le détail et les caractéristiques de chacun des produits délivrés.



Les bénéfices pour le professionnel de santé sont immédiats, et sans qu'il ait à réaliser de saisie supplémentaire, il peut directement enrichir son poste de travail d'informations permettant une meilleure gestion du service de tiers payant et une fiabilisation des données relatives à ses patients. Il n'est d'ailleurs pas obligé de solliciter le service en ligne à chaque délivrance : en effet, si les droits de l'adhérent deviennent caduques, l'officine ayant reçu une accréditation est informée de la révocation des droits de son patient.

Le système permet de tracer que le professionnel de santé a eu recours à ce service, ce qui renforce l'engagement de paiement de la part d'iSanté, en tant qu'opérateur de tiers payant.

La mise en place du service est très simple : lorsqu'un patient se présentera chez un pharmacien, son logiciel vérifiera directement auprès d'iSanté, et sans saisie supplémentaire, qu'il dispose d'une accréditation valide pour bénéficier du tiers payant, et des informations lui seront retournées automatiquement pour enrichir ses bases de données.

A terme, il pourra également bénéficier d'une prise en charge plus éclairée des médicaments, en connaissant de façon détaillée le contenu et les niveaux de garanties souscrits par les patients et étendre le champ de solvabilisation de la délivrance de ses produits, par les assurances complémentaires (vaccins, produits non remboursés, nouveaux actes d'accompagnement des patients...).

Ce service pourra être proposé pour d'autres segments de tiers payant, en particulier les auxiliaires médicaux équipés des solutions du Groupe Cegedim ainsi que les établissements hospitaliers.

NOTRE OFFRE DE SERVICES EN LIGNE pour les établissements hospitaliers

iSanté développe une offre de service à destination des établissements hospitaliers, pour répondre aux attentes de ses clients confrontés à un contexte de forte augmentation des dépenses hospitalières.

Le secteur hospitalier est, de son côté, confronté depuis longtemps à des contraintes financières de plus en plus fortes, l'obligeant à rechercher plus d'efficacité, et des revenus complémentaires, en particulier par la facturation de ses services (la chambre particulière, par exemple, même dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire).

Dans ce contexte, connaître l'environnement des assureurs et des garanties couvertes par ces derniers devient pour eux très difficile et occasionne des taux de rejet souvent élevés, des taux d'impayés non neutres et un processus de facturation long (15 jours en Médecine Obstétrique Chirurgie, 30 jours pour les séjours pour un établissement de taille moyenne) et lourd (peu d'échanges électroniques avec les AMC et une absence de norme véritablement commune).

Tous les acteurs de ce secteur sont donc concernés, pouvoirs publics, hôpitaux, assureurs et ils se sont engagés, après concertation, dans une démarche de développement des échanges électroniques afin d'améliorer leurs flux et transactions, économiser du temps sur des saisies manuelles fastidieuses et améliorer également la qualité et la sécurité de leurs règlements.

Ainsi, plusieurs projets ont vu le jour :

- le projet FIDES, qui vise à mettre en place une facturation individuelle dans les établissements pour les soins externes ;
- le projet ROC (remboursement des organismes complémentaires) qui vise à mettre en place entre les assureurs et les établissements des normes d'échanges en temps réel pour la vérification des droits et qui va commencer par la dématérialisation de la facturation entre les hôpitaux et les assureurs complémentaires.

En parfaite cohérence avec ces évolutions, iSanté poursuit son offre de services à destination des établissements hospitaliers (dématérialisation maximale des échanges en vue d'un remboursement plus rapide) mais aussi des AMC (optimisation des échanges avec les établissements de soins, service d'information et d'orientation à valeur ajoutée sur le secteur hospitalier...).

Pour répondre aux enjeux de nos clients et être en avance de phase sur les solutions du marché, cette offre propose des services en ligne directement intégrés au logiciel de l'établissement, pour faciliter le travail du gestionnaire de l'hôpital, qui n'a plus besoin de se connecter à un portail sur internet.

Sans quitter son poste de travail, il peut ainsi couvrir complètement la chaîne de valeur, de la gestion du Tiers Payant à la facturation et à son suivi.

De la même manière, les établissements publics disposent aussi d'une vue complète depuis l'admission du patient, jusqu'à la facturation et à son suivi.

Grâce à des web services qui relient le logiciel de l'établissement avec le back office de l'AMC, la relation est fluide, entre chaque gestionnaire hospitalier et le service de l'AMC prenant en charge les soins externes ou les séjours des patients ainsi qu'un suivi d'avancement continu et partagé, y compris avec la Trésorerie Générale (qui a la charge du suivi de la facturation dans le public).

LES PRISES EN CHARGE HOSPITALIÈRES EN LIGNE

Ce service, en cours de déploiement, simplifie les formalités d'admission (ou la pré-admission) en proposant :

- le contrôle des droits et la vérification en ligne des principales informations constitutives de la garantie du patient, à jour au moment de l'admission ;
- la demande de Prise en Charge.

LE TIERS PAYANT MÉDECINS

Cette année 2013 a été marquée par la parution d'un certain nombre de rapports qui ont tous préconisé de renforcer l'accès aux soins de premier recours en France et de demander aux complémentaires santé de s'engager pour favoriser un meilleur usage du système de soins.

Dans cet esprit, la ministre de la santé Marisol Touraine a décidé la généralisation du tiers payant médecin pour la part régime obligatoire et complémentaire, pour le 1^{er} janvier 2017 avec un déploiement prioritaire pour les bénéficiaires de la CMUC, de l'ACS et pour les mineurs de 15 à 18 ans dans le cadre de la contraception.

Le Cetip a démarré les études pour proposer ce nouveau segment de tiers payant aux complémentaires santé qui souhaiteraient en disposer dès 2014.

Pour ce faire, nous nous sommes rapprochés d'une entité du Groupe Cegedim, CLM, dont le métier est de fournir des logiciels aux médecins généralistes et spécialistes.

Ensemble, nous allons proposer une offre de service afin de simplifier les relations entre assureurs et médecins, et mettre en place le tiers payant dans des conditions simplifiées et sécurisées, le Cetip faisant office d'interlocuteur unique.

Dans un premier temps, nous allons proposer le conventionnement aux clients de CLM, avec possibilité de se conventionner en ligne via l'espace personnel de leur logiciel.

Le tiers payant sera réalisé sur la consultation (part régime obligatoire et complémentaire sur la base du ticket modérateur uniquement, dans un premier temps) et dans le cadre d'échanges de données dématérialisées (pas de factures papier)

Un contrôle des droits en ligne sera ensuite proposé depuis le logiciel du médecin, comme cela se fait déjà pour la pharmacie et l'hôpital.

Enfin, des évolutions permettront à terme de faire de la tarification en ligne, directement depuis le logiciel et en temps réel avec l'opérateur de tiers payant.

CARTE TP SUR MOBILE

Une nouvelle génération de carte de tiers payant est désormais disponible.

La carte de tiers payant papier actuelle présente de nombreuses limites en termes de mises à jour et nos clients assureurs ont manifesté de l'intérêt pour toute autre forme de support plus moderne qui leur permettrait de fiabiliser un meilleur contrôle des droits de leurs adhérents.

Une nouvelle offre a donc été imaginée pour permettre à l'adhérent de présenter une image des droits, en temps réel et donc la plus à jour, figurant sur l'attestation de tiers payant.

Cette évolution vise à proposer la carte de tiers payant sur un support mobile afin d'apporter des services à valeur ajoutée à chacun des trois acteurs impliqués dans le tiers payant et la dispense d'avance des frais :

1. Pour l'adhérent, le mobile peut faire office de carte papier et garantir ainsi une plus grande accessibilité et une bonne pratique du tiers payant.
2. Pour l'AMC, véhiculer auprès de ses adhérents une image moderne tout en bénéficiant d'un meilleur contrôle de la validité des droits ainsi que la possibilité de renforcer avec eux une communication directe, via le mobile, avec des messages personnalisés, selon leur profil.
3. Pour les professionnels de santé, en particulier ceux non concernés par le développement de Visiodroits (auxiliaires médicaux, radiologues, laboratoires), l'assurance de droits à jour, afin de fiabiliser le tiers payant et diminuer les rejets.

La consultation de ce nouveau support leur est ouverte via leur poste de travail, dans leur espace sécurisé du portail iSanté (éventuellement dans un document au format PDF téléchargeable sur leur poste) après transmission par l'adhérent d'un code OTP (One Time Password) ou via QR code.



DÉMATÉRIALISATION DES DÉCOMPTES VIA LE PORTAIL ISANTÉ

Le Cetip s'est engagé dans une démarche de RSE (responsabilité sociétale et environnementale) et souhaite privilégier les solutions qui sont écoresponsables et qui permettent d'économiser le papier.

Ainsi, et progressivement, nous allons abandonner les décomptes papier qui vous étaient envoyés mensuellement.

Pour ce faire, nous avons effectué des actions de communication via nos bordereaux de règlement et amélioré la présentation de notre portail de consultation afin que vous puissiez trouver les informations sur le paiement de vos prestations, imprimables ou téléchargeables.

Pour mieux comprendre les besoins de chacun et faciliter le suivi de vos remboursements, une enquête a été menée auprès de professionnels de santé conventionnés avec iSanté.

LES ÉVOLUTIONS ENTREPRISES CONCERNENT :

- la lecture des prestations rejetées avec affichage du détail du rejet
- le format et l'impression en pdf ou csv des prestations

LES ÉVOLUTIONS À VENIR :

- la recherche des factures par date de virement et par date de traitement
- l'allongement de la durée de conservation des factures en lignes -> 13 mois.

L'intérêt pour le professionnel de santé d'utiliser ce portail en lieu et place des envois des bordereaux mensuels tient dans la consultation en temps réel des traitements des prestations ainsi que dans la possibilité de suivre facilement les remboursements effectués via des critères de recherches intuitifs.

CHIFFRES CLÉS

6 000 000	Bénéficiaires
3 514 000€	Montant RC réglé par jour
170 000	Professionnels de Santé partenaires
180 000	Factures par jour
3 700	PEC par jour
2 000	Appels téléphoniques traités par jour

