**DOCUMENTATION UTILISATEURS DECIBEL**

Version 1.3.6

Mise à jour : 05 / 03 / 2021

DECIBEL V1.3.6

**Documentation utilisateurs**

Diffusion

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Version** | **Date** | **Commentaires** | **Diffusion** |
| 1 | Octobre 2017 | Création du document avec Pilotage Mutuelle |  |
| 1.1 | Novembre 2017 | Relecture chapitre 1 Ecriture des chapitres 2 et 3 |  |
| 1.2 | Avril 2018 | Relecture du document  Modification des modalités de chargement de l'effectif détaillé |  |
| 1.3 | Août 2018 | Ajout Pilotage Entreprise |  |
| 1.3.1 | Août 2018 | Modification plan |  |
| 1.3.2 | Septembre / octobre 2018 | Corrections P.8 (« fin octobre 2016 »), et P.37 (« prestations reçues tardivement ayant une date de paiement… »  Ajout annexe tableau synthèse bilan / CRDP  Mise en forme  Ajout explication sur version à diffuser dans IHM CR corrigés et historique des corrections.  Mises à jour Annexe et $1.2.1 (pas de flux quotidiens pour l’instant) |  |
| 1.3.2 | Janvier 2019 | Pas de flux quotidiens pour les référentiels + chargement PE + information actes |  |
| 1.3.3 | Septembre 2019 | Mise à jour de la nouvelle règle « Contribution Forfait médecin traitant » |  |
| 1.3.4 | Octobre 2020 | Prise en compte des évolutions :   * PM – Ajout des actes de transcodification * PE – Evolution Contribution Médecin traitant * PM et PE : 100 % Santé |  |
| 1.3.5 | Janvier 2021 | Prise en compte de l’évolution sur la GT Conso |  |
| 1.3.6 | Mars 2021 | Prise en compte de l’évolution du réseau de soins |  |

**SOMMAIRE**

[1. Principes généraux Décibel 6](#_Toc58341272)

[1.1. Présentation générale 7](#_Toc58341273)

[1.2. Les données en entrées 7](#_Toc58341274)

[1.2.1. Initialisation des données 7](#_Toc58341275)

[1.2.2. Reprise de données 8](#_Toc58341276)

[1.2.3. Mise à jour des données 8](#_Toc58341277)

[1.3. Règles transverses 10](#_Toc58341278)

[1.3.1. Prolongement et chevauchement 10](#_Toc58341279)

[1.3.2. Règles de rapprochement 11](#_Toc58341280)

[1.4. Description générale 14](#_Toc58341281)

[1.4.1. Les univers 15](#_Toc58341282)

[1.4.2. Classes / Sous-classes 15](#_Toc58341283)

[1.4.3. Variables calculées communes 16](#_Toc58341284)

[2. PRESENTATION PILOTAGE MUTUELLE 21](#_Toc58341285)

[2.1. Les univers Pilotage Mutuelle 22](#_Toc58341287)

[2.2. Variables calculées communes 22](#_Toc58341288)

[2.2.1. Marché de la personne 23](#_Toc58341289)

[2.2.2. Équipement de la personne 23](#_Toc58341290)

[2.2.3. Flag ACS 23](#_Toc58341291)

[2.3. Indicateurs 24](#_Toc58341292)

[3. EFFECTIFS 25](#_Toc58341293)

[3.1. Présentation générale 26](#_Toc58341295)

[3.2. Variables calculées 26](#_Toc58341296)

[3.3. Effectifs mensuels 27](#_Toc58341297)

[3.3.1. Date d'effet 27](#_Toc58341298)

[3.3.2. Date rétro 27](#_Toc58341299)

[3.3.3. Date saisie 28](#_Toc58341300)

[3.3.4. Les indicateurs 29](#_Toc58341301)

[3.4. Effectifs détaillés 29](#_Toc58341302)

[4. Cotisations 31](#_Toc58341303)

[4.1. Présentation générale 32](#_Toc58341304)

[4.1.1. Périmètre de données à chaque consolidation : 32](#_Toc58341305)

[4.1.2. Cas particulier du renouvellement : 32](#_Toc58341306)

[4.1.3. Type de prime et élément de prime : 32](#_Toc58341307)

[4.1.4. Différences entre TSA, TSCA et TSA rénovée : 33](#_Toc58341308)

[4.1.5. Date d'arrêté 34](#_Toc58341309)

[4.2. Variables calculées 34](#_Toc58341310)

[4.3. Masse salariale 35](#_Toc58341311)

[4.4. Indicateurs 36](#_Toc58341312)

[5. Prestations 37](#_Toc58341313)

[5.1. Présentation générale 38](#_Toc58341314)

[5.1.1. Périmètre de données à chaque consolidation : 38](#_Toc58341315)

[5.1.2. Corrections des montants : 38](#_Toc58341316)

[5.1.3. Regroupement des actes enchainés : 39](#_Toc58341317)

[5.2. Variables calculées 41](#_Toc58341318)

[5.3. Règles spécifiques du 100% Santé 43](#_Toc58341319)

[5.3.1. Panier de soins 43](#_Toc58341320)

[5.3.2. Flag Top dépassement 43](#_Toc58341321)

[5.3.3. Regroupement acte non médicalisé niveau 3 44](#_Toc58341322)

[5.4. Indicateurs 44](#_Toc58341323)

[6. PRESENTATION PILOTAGE ENTREPRISE 45](#_Toc58341324)

[6.1. Les univers Pilotage Entreprise 46](#_Toc58341326)

[6.2. Le niveau d’agrégation et le périmètre de données 46](#_Toc58341327)

[6.3. Les notions de visions fonctionnelles, périodes et arrêtés 47](#_Toc58341328)

[6.4. Règle spécifique des comptages effectifs dans BO 48](#_Toc58341329)

[6.4.1. Critères de niveau supérieur au « Produit » 48](#_Toc58341330)

[6.4.2. Critères de niveau équivalent à « Produit » 49](#_Toc58341331)

[6.4.3. Critère égal à « Garantie Base/Option » et filtre à réaliser à la restitution 49](#_Toc58341332)

[6.4.4. Critère égal à « garantie », « Condition de vente » 49](#_Toc58341333)

[6.5. Variables calculées communes 50](#_Toc58341334)

[6.5.1. Le recalcul des taxes 50](#_Toc58341335)

[6.5.2. Les indicateurs à calculer à la restitution 50](#_Toc58341336)

[7. BILANS 51](#_Toc58341337)

[7.1. Présentation générale 52](#_Toc58341339)

[7.2. Variable calculée les consommants 52](#_Toc58341340)

[7.3. Filtres prédéfinis : 52](#_Toc58341341)

[8. Comptes de résultats et Données de pilotage 53](#_Toc58341342)

[8.1. Présentation générale 54](#_Toc58341344)

[8.2. Top période officielle, Top version à diffuser, Top version interne et Année mois fin de campagne 54](#_Toc58341345)

[8.2.1. Top période officielle 54](#_Toc58341346)

[8.2.2. Rechargements et Top version à diffuser, Top version interne et Année mois fin de campagne 55](#_Toc58341347)

[8.3. Variables calculées 55](#_Toc58341348)

[8.3.1. Le coefficient semi-familial à calculer à la restitution 55](#_Toc58341349)

[8.3.1. Les factures non parvenues et les montants proratisés 56](#_Toc58341350)

[8.3.2. Contribution Forfait médecin traitant 56](#_Toc58341351)

[8.4. Règles spécifiques des frais réels sur les données de pilotage Prestations 57](#_Toc58341352)

[8.4.1. La nomenclature d’actes « Obsèques » 58](#_Toc58341353)

[8.4.2. La nomenclature d’actes « Naissances » 58](#_Toc58341354)

[8.4.3. La nomenclature d’actes « Cures » 58](#_Toc58341355)

[8.4.4. Les bonifications 58](#_Toc58341356)

[8.5. Règles spécifiques du 100% Santé 58](#_Toc58341357)

[8.5.1. Panier de soins 59](#_Toc58341358)

[8.5.2. Panier de soins CR 59](#_Toc58341359)

[8.5.3. Tranche d’âge CR Niveau 5 et 6 59](#_Toc58341360)

[8.5.4. Regroupement acte non médicalisé niveau 3 59](#_Toc58341361)

[8.5.5. Localisation de la dent 59](#_Toc58341362)

[8.5.6. Consommants 60](#_Toc58341363)

[8.6. Filtres prédéfinis 60](#_Toc58341364)

[8.7. Corrections des comptes de résultats 61](#_Toc58341365)

[8.8. Reprise de données des Comptes de résultats et Données de pilotage Suadeo 61](#_Toc58341366)

[9. Historique des corrections 62](#_Toc58341367)

[ANNEXE 63](#_Toc58341368)

Objet du document

Ce document décrit les fonctionnalités de l’outil « Décibel », les éléments d’analyse, les règles de mise à jour des données, les mesures et les variables disponibles.

La base étude fera l’objet d’un document spécifique (MOA).

1. Principes généraux Décibel

1.1. Présentation générale 7

1.2. Les données en entrées 7

1.2.1. Initialisation des données 7

1.2.2. Reprise de données 8

1.2.3. Mise à jour des données 8

1.3. Règles transverses 10

1.3.1. Prolongement et chevauchement 10

1.3.2. Règles de rapprochement 11

1.4. Description générale 14

1.4.1. Les univers 15

1.4.2. Classes / Sous-classes 15

1.4.3. Variables calculées communes 16

Présentation générale

Decibel est décomposé de deux parties : Pilotage Mutuelle et Pilotage Entreprise.

Les besoins du **Pilotage Mutuelle** répondent aux trois macro-fonctionnalités :

* Production des indicateurs mensuels relevant de la responsabilité de la Direction Assurance
* Production des données périodiques nécessaires aux arrêtés des comptes
* Accès aux données de détail pour des analyses statistiques

Pour répondre à ces besoins, les données du Pilotage Mutuelle sont les effectifs, les prestations et les cotisations.

Dans une version ultérieure, seront ajoutés les mouvements du portefeuille affiliation produits, l’historique des référentiels.

Les besoins **Pilotage Entreprise** répondent à la macro-fonctionnalité :

* Production des comptes de Résultats et des données de Pilotage des contrats collectifs et des offres standards

Pour répondre à ces besoins, les données du Pilotage Entreprise sont les bilans et les comptes de résultats. Il s’agit de consolidations de pilotage Mutuelle avec des règles spécifiques et un niveau d’agrégation correspondant à la ligne de contrat.

Pour pallier à l’absence de données de gestion en source (masses salariales, délégation de gestion), les utilisateurs disposent aussi d’une interface de saisie des corrections des CR et de la restitution associée : l’historique des corrections.

Dans une version ultérieure, seront ajoutés les mouvements du portefeuille collectifs, l’historique des lignes de contrat.

Les données en entrées

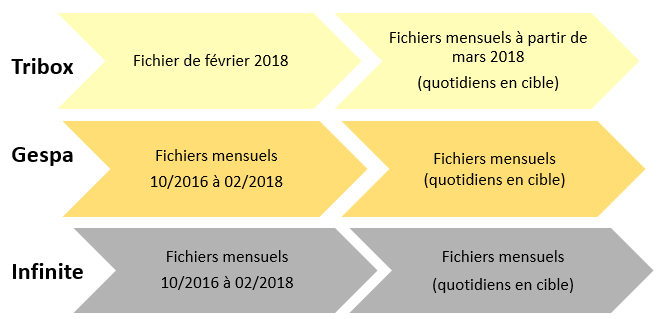
Initialisation des données

La base a été alimentée avec une initialisation à fin octobre 2016. L'historique disponible dans Decibel est détaillé dans le tableau ci-dessous.

Historique disponible dans Décibel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Effectifs | Prestations | Cotisations |
| L'ensemble des affiliations présentes dans Infinite à fin octobre 2016 sont reprises, qu’elles soient actives ou non. Ensuite chargement des différentiels. | Mois de règlement à partir d’octobre 2016.  Toutes années de soins. | Ensemble des calculs passés à partir d'octobre 2016.  Toutes années de couverture. |

Les sources de données sont Tribox, Gespa et Infinite. Elles sont chargées en mensuel puis en quotidien.



Lorsque les flux seront disponibles, le chargement des données passera en fonctionnement normal (traitements quotidiens).

Les consolidations des restitutions à disposition des métiers (les univers BO et la base Etude) respectent les principes de mise à jour décrits ci-dessous.

* + 1. Reprise de données

Aucune reprise de l'historique antérieur à fin octobre 2016 n'a été réalisée sur les sources détaillées pour alimenter Pilotage Mutuelle.

Pour pallier à cette problématique, la RDO SAS Suadeo (indépendante de Decibel) sera disponible au moment de l’arrêt de Suadeo (plus d’accès aux synthèses et ciblages).

Une RDO des Comptes de résultats est prévue sur Pilotage Entreprise pour les exercices 2016, 2017 et 2018. L’objectif est de garder les informations transmises officiellement aux entreprises clientes et de pouvoir les restituer.

Mise à jour des données

Les données sont composées de **faits** observables selon différents **axes d'analyse** :

1. Les faits :

Les faits sont répartis en trois groupes :

* **Affiliations (produits ou garanties)** : correspondent à l'adhésion d'une personne sur une période donnée.
* **Cotisations** : correspondent aux sommes prévisionnelles dues par les adhérents pour être affilié aux différents produits et remboursé le cas échéant.
* **Prestations** : correspondent aux remboursements faits aux adhérents, payés par la mutuelle suite à un acte médical.

Ces faits sont consolidés **mensuellement** par les traitements, soit en gardant le détail par domaine (Pilotage Mutuelle), soit de manière consolidée sur un niveau plus agrégé (Pilotage Entreprise).

1. Les axes d'analyse :

De nombreux axes permettent d’analyser ces différents faits. Ces axes sont découpés en deux catégories, les axes figés et les axes en référentiel.

* Les axes figés sont associés aux faits **mensuellement,** au moment de la consolidation des faits, selon les règles de rapprochement (définies dans le paragraphe [1.3. Règles transverses](#Règlestransverses)). Ces éléments n'évoluent donc pas après le chargement mensuel.

Il peut s'agir par exemple des données portefeuilles rapprochés des univers Prestations ou Cotisations.

* Les axes en référentiel sont rapprochés des faits à la volée (en cible). Cela signifie qu'ils seront mis à jour **quotidiennement (mensuellement en attendant la cible)**. Les données référentielles de restitution se déclinent en trois catégories :
* **En dernière valeur** : c'est toujours la valeur connue lors du dernier chargement des données qui doit être appliquée sur tout l'historique. Si la dernière valeur change, elle est remplacée sur tout l'historique.

Exemple : un code produit change de nature de produit dans l’interface, alors la nouvelle nature de produit est répercutée sur toutes les occurrences rattachées à ce code produit, y compris sur l’historique.

* **En valeur fin de mois** : chaque valeur est historisée avec une date de début et une date de fin. Pour chaque occurrence, la valeur attribuée est celle en cours à la fin du mois.

Exemple : un contrat collectif change de relation d'assurance dans l’interface à effet du mois de novembre 2017 et sans date de fin. Alors la nouvelle relation d'assurance n'est modifiée que sur le mois de novembre 2017 et les suivants.

* **En valeur fin d'année** : chaque valeur est historisée avec une date de début et une date de fin. Pour chaque occurrence, la valeur attribuée est celle en cours à la fin de l'année.

Ce type de restitution est utilisé pour Pilotage Entreprise.

Remarques : certaines informations des axes d’analyse proviennent de tables de paramétrage (ex : les actes et les nomenclatures associées, la famille de produit, …). Cf. document référentiels. Ils font l’objet de mises à jour manuelles par les métiers et le support décisionnel. D’autres informations proviennent directement des outils gérant ces référentiels (ex : Tribox avec les relations d’assurance). Les mises à jour sont donc réalisées directement dans les outils.

* 1. Règles transverses

Les traitements d’alimentation des univers sont basés sur le rapprochement entre les faits et les différents axes d'analyse.

Afin de s'assurer de l'exhaustivité et l'unicité des données remontées, ces rapprochements font l'objet de différentes règles décrites dans ce chapitre.

Les règles suivantes sont appliquées uniquement pour les rapprochements, elles n’impactent pas les indicateurs.

Ainsi, le prolongement de période d’une affiliation n’induira pas un comptage prolongé dans les effectifs. De même, les sans effets seuls (sans période de chevauchement) sont restitués.

Les dates des informations source sont toujours gardées.

Prolongement et chevauchement

Il arrive fréquemment que les informations des SI sources ne soient pas cohérentes au niveau de leurs périodes de validité, notamment avec la création de sans effet. Celles-ci peuvent ne pas être continues dans le temps ou être uniques sur une période donnée, sans que cela ne soit forcement anormal.

Afin de s'assurer que les rapprochements s'effectuent correctement, une période de validité "utile" est calculée pour chaque enregistrement des flux sources. Cette période de validité "utile" n'est utilisée que pour les rapprochements avec les axes d'analyses, elle n'est jamais utilisée sur les faits. Le calcul de la période de validité "utile" est fait selon les règles suivantes :

* **Prolongement des périodes** : Les données issues des SI sources contiennent parfois des trous de couverture ou des radiations. Autrement dit, certaines périodes de temps peuvent être manquantes sans que cela ne soit anormal.

Les périodes biens présentes doivent alors être étendues en respectant un ordre de priorisation afin de permettre d’effectuer correctement les rapprochements entre les critères d’analyse et les faits.

Exemple : périodes d’effet d’un produit ayant des trous de couverture

**APRÈS**

Prestation

**AVANT**

Période sans effet

Ainsi, le rapprochement de la prestation pourra se faire avec le produit, ce qui était impossible auparavant.

De plus, pour être sûr qu'aucun rapprochement ne soit oublié, la date de début de la première période est prolongée jusqu'au 01/01/1900 et la date de fin de la dernière période est prolongée jusqu'au 31/12/9999.

* **Chevauchement de période** : Il arrive fréquemment que les données issues des SI sources contiennent des périodes qui se chevauchent.

Pour éviter de créer des doublons sur ces périodes de temps, il faut retravailler les périodes afin d’éviter toute incohérence. Il arrive également qu'une période sans effet intervienne en même temps qu'une autre période, dans ce cas, le sans effet est supprimé.

Exemple : périodes d’effet d’un produit ayant des chevauchements

**AVANT**

**APRÈS**

Prestation

Période sans effet

Ainsi, le rapprochement entre le produit et la prestation ne se fera qu’avec l’information dont la période est en orange sur le schéma. De cette façon, on évite l’autre rapprochement avec les anciennes caractéristiques du produit (période en rouge sur le schéma).

Règles de rapprochement

Les règles de rapprochement ne sont pas les mêmes pour les effectifs et les cotisations et prestations. En effet, pour ces deux derniers, les données relatives au portefeuille sont rapprochées à partir des effectifs.

1. Préambule :

Le préambule est le même pour tous les domaines.

Les informations contenues dans les tables d'origine de chaque domaine sont toujours conservées. C'est à partir de ces éléments que les rapprochements sont réalisés pour retrouver des informations détaillées ou des attributs de l'information d'origine.

Il se peut qu'au moment du rapprochement entre plusieurs sources, l'information que l'on souhaite récupérée ne soit pas présente. Cette impossibilité d’effectuer le rapprochement avec un ou plusieurs axes d’analyse n'empêche pas la restitution du fait. Dans ce cas, les informations seront notées comme manquantes.

Les affiliations sans effet sont conservées.Un sans effet est une ligne avec une date de fin d’effet identique à la date de début d’effet. Cette situation peut résulter d'une suite de mouvements successifs de création (ou modification) et de résiliations, conduisant à une annulation.

Ces affiliations ne sont pas comptées dans les stocks mais elles sont nécessaires pour le rapprochement des données mesurées.

1. Rapprochement pour les effectifs

Les rapprochements entre éléments du portefeuille et les affiliations sont basés sur la date d'image et sur les dates fonctionnelles (dates de début et fin d'effet).

Dans un premier temps, pour les effectifs mensuels et détaillés pour un mois d'analyse M, la date d'image utilisée est la dernière image disponible inférieure ou égale au dernier jour du mois M.

Ensuite, le rapprochement sur les dates est effectué.

Les restitutions mensuelles ont trois règles de rapprochement en fonction des trois indicateurs (effet, rétro ou saisie) :

* Pour les affiliations en date effet, les informations rapprochées sont celles actives le dernier jour du mois M.
* Pour les affiliations en date rétro, les informations rapprochées sont celles actives le dernier jour du mois M-2.
* Pour les affiliations en date saisie, les informations rapprochées sont celles actives le 31/12/9999.

En revanche, pour les effectifs détaillés, les affiliations sont découpées en fonction de toutes les dates fonctionnelles portefeuille : une nouvelle ligne est créée pour chaque changement dans une table portefeuille (ex : changement d'adresse) avec pour date de début la date d'effet du changement. La ligne précédente est alors fermée à la date d'effet du changement.

Exemple : Changement de département

L'adhérent X résidant dans le département 76 déménage dans le département 22. La modification de département est enregistrée le 22/08/2017, pour une date de prise d’effet le 03/09/2017.

Effectifs Mensuels :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Résultat du rapprochement figé** | | |
| **Type d'affiliation** | Vu le 31/08/2017 | Vu le 30/09/2017 | Vu le 30/11/2017 |
| Affiliation en Date effet | *Département 76* | *Département 22* | *Département 22* |
| Affiliation en Date rétro | *Département 76* | *Département 76* | *Département 22* |
| Affiliation en Date saisie | *Département 22* | *Département 22* | *Département 22* |

Effectifs Détaillés :

Vu au 31/07/2017

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adhérent** | **Date début effet** | **Date fin effet** | **Département** |
| X | 01/01/2016 | 31/12/9999 | *Département 76* |

Vu au 31/08/2017

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adhérent** | **Date début effet** | **Date fin effet** | **Département** |
| X | 01/01/2016 | 03/09/2017 | *Département 76* |
| X | 03/09/2017 | 31/12/9999 | *Département 22* |

1. Rapprochement pour les cotisations et les prestations

Pour les cotisations et les prestations, les données portefeuilles sont rapprochées.

Dans un premier temps, il faut choisir la bonne vision du portefeuille.

Pour cela, on choisit la dernière image présente au moment de la date de règlement des prestations ou de la date de calcul ou d'annulation des cotisations.

Exemple : reprenons l'exemple précédant avec le changement de département.

Pour une cotisation dont la date de calcul est le 21/08/2017, la vision de département sélectionnée est celle connue le 21/08/2017, soit la 1ère image de son adresse.

En revanche, pour une cotisation dont la date de calcul est le 23/08/2017, on sélectionne la vision avec le changement d'adresse enregistré au 22/08/2017 qui est la dernière vision disponible.

Remarque : pour les flux mensuels (avant mise en service), le décisionnel prend l'image au dernier jour du mois de règlement ou de calcul/annulation.

Une fois la bonne vision sélectionnée, il faut choisir la bonne ligne correspondant à la prestation ou la cotisation.

Pour cela, la ligne sélectionnée est celle pour laquelle la date de soin de la prestation ou la date de début de couverture de la cotisation calculée est comprise entre la date de début et la date de fin d'effet de la ligne.

Exemple : reprenons l'exemple précédant avec le changement de département.

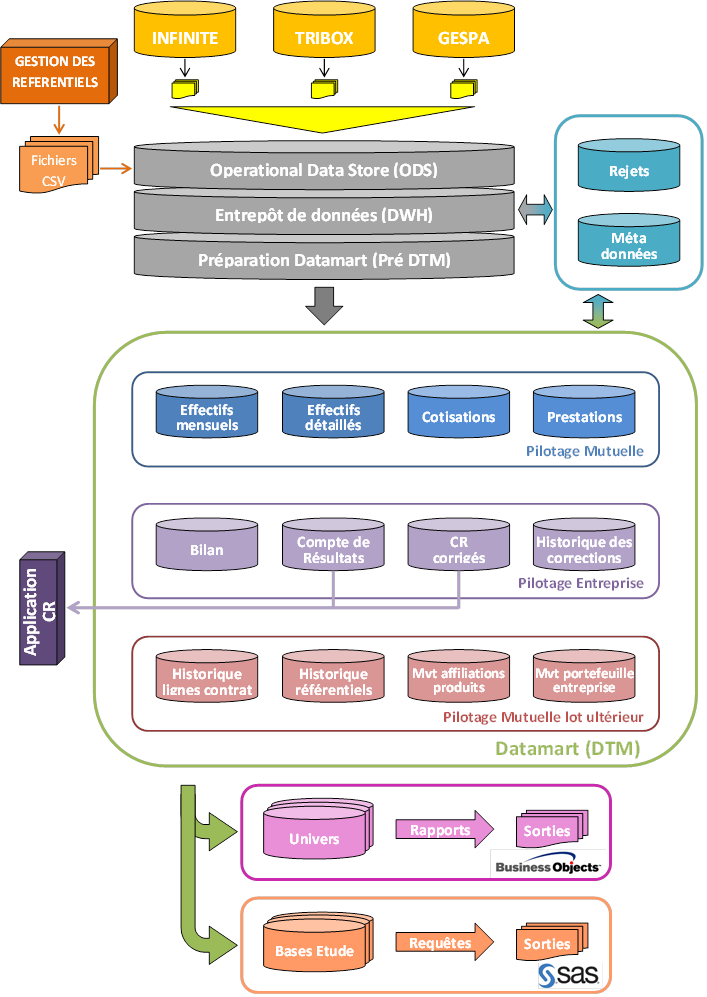
Pour une cotisation, dont la date de calcul est le 21/08/2017, couvrant la période du 01/10/2017 au 31/12/2017, la date de début de couverture est donc le 01/10/2017. Dans la vision au 21/08/2017, le 01/10/2017 est entre le 01/01/2016 et le 31/12/9999. Le département retenu sera donc le *département 76*.

Pour une cotisation, dont la date de calcul est le 25/08/2017, couvrant la période du 01/10/2017 au 31/12/2017, la date de début de couverture est donc le 01/10/2017. La dernière vision disponible au 25/08/2017 est l'image au 21/08/2017. Or, le 01/10/2017 est entre le 03/09/2017 et le 31/12/9999. Le département retenu sera donc le *département 22*.

Remarque : en cas d'annulation, le rapprochement suit le même principe pour garder une cohérence avec les prestations. Par exemple, si la cotisation de départ est annulée le 22/08/2017, alors le département retenu pour l'annulation sera le *département 22*.

Description générale

Le schéma ci-dessous présente l'architecture fonctionnelle de Décibel.



Actuellement, les données sources sont issues de Tribox, Infinite et Gespa. Il est prévu qu'au fur et à mesure de l'évolution des différents outils que les fichiers sources soient issus de nouveaux outils tels que Symphonie, GRC ou Soprano.

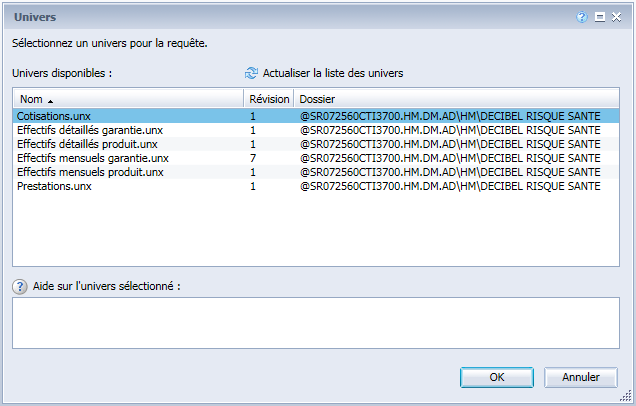
Les éléments décrits dans la suite de ce document sont celles disponibles dans Business Objects (BO).

Les éléments relatifs à la base étude disponible sous SAS sont décrits dans un autre document.

Les univers

Les données dans BO sont disponibles via différents univers, il s'agit de la représentation métier d'une base de données. Concrètement, un univers regroupe les informations disponibles dans les bases de données (faits, axes d’analyse et mesures). Il permet à l'utilisateur de les interroger et les analyser en utilisant son vocabulaire quotidien, sans se poser de question sur les rapprochements et les règles à appliquer.

Volet de sélection de l'univers dans BO

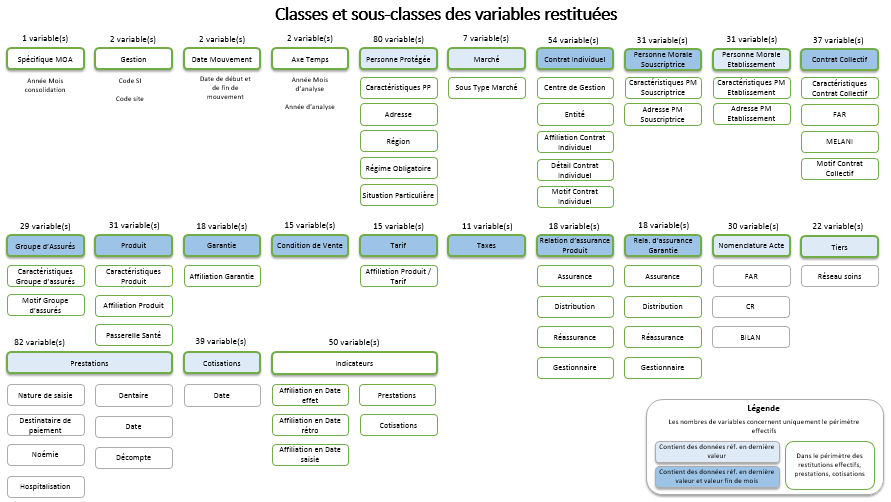


Liste non complète.

Classes / Sous-classes

Au sein de chaque univers, les données sont regroupées en différentes classes qui correspondent à des familles de données. De même, au sein de chaque classe, on peut retrouver différentes sous-classes qui sont autant de sous-familles.

Le schéma ci-dessous référence les différentes classes et sous-classes disponibles dans BO. Attention, toutes les classes ne sont pas disponibles dans l'ensemble des univers.



La dernière classe de chaque univers est appelée Indicateurs. Celle-ci regroupe l'ensemble des données chiffrées calculées en fonctions des filtres et regroupements sélectionnés.

Variables calculées communes

Certaines variables sont calculées par le décisionnel à partir des données transmises dans les fichiers sources correspondant à chaque univers.

C'est le cas par exemple de l'entité juridique ou du marché du contrat individuel.

Pour les variables calculées dans les effectifs, chacune de ces variables est calculée avec les informations connues à chaque type de date décrite dans le chapitre 3. Effectifs :

* Date d’effet
* Date rétro
* Date de saisie

Les variables décrites ci-dessous sont les variables calculées communes aux différents univers et dont la règle de calcul est complexe. La liste complète des variables calculées est disponible dans le dictionnaire de données.

1. Marché et sous-types de marché du contrat individuel :

Les variables "Marché" et "Sous Type de Marché" sont étroitement liées ainsi, leurs règles de calcul sont imbriquées. Ce sont des variables calculées de type référentiel en dernière valeur.

La variable "Marché" peut prendre les valeurs **Particulier** ou **Entreprise**.

La variable "Sous-Type de Marché" peut prendre les valeurs **Individuel**, **Collectif**, **CMU**, **PI** ou **CCN**.

Le calcul s'effectue en plusieurs étapes :

* Détermination du paramètre du contrat collectif :

Si la ligne d'affiliation, de cotisation ou de prestation (suivant l'univers) n'est pas associée à un contrat collectif, ou si elle est associée à un contrat faisant parti de la liste des contrats en faux-collectif, alors le paramètre du contrat collectif est **Particulier**.

Sinon, le paramètre du contrat collectif est **Entreprise**.

* Détermination du paramètre du produit :

Si le produit appartient à une gamme, alors le paramètre du produit est celui de la gamme (à noter que le paramètre de la gamme peut être Individuel, CMU, PI, CCN ou Manquant).

Sinon le paramètre du produit est **Manquant**.

* Détermination du Marché et du Sous-type de marché :

A partir de la combinaison des paramètres du contrat collectif et du produit, on détermine le Marché et du Sous-type de marché.

Pour certaines combinaisons, la valeur du Marché est forcé et un flag forçage du marché est créé. La liste des combinaisons possibles est décrite dans le tableau ci-dessous.

Détermination du Marché et du Sous-type de Marché du contrat individuel

| Paramètre du contrat collectif | Paramètre du produit | Marché du contrat individuel | Sous-type de marché du contrat individuel | Flag forçage du marché |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Particulier | Individuel | Particulier | Individuel | non |
| Particulier | CMU | Particulier | CMU | non |
| Particulier | PI | Particulier | PI | non |
| Particulier | CCN | Entreprise | CCN | oui |
| Particulier | Manquant | Particulier | Individuel | non |
| Entreprise | Individuel | Particulier | Individuel | oui |
| Entreprise | CMU | Particulier | CMU | oui |
| Entreprise | PI | Particulier | PI | oui |
| Entreprise | CCN | Entreprise | CCN | non |
| Entreprise | Manquant | Entreprise | Collectif | non |

1. Entité juridique :

L'entité juridique est une variable calculée de type référentiel en valeur fin de mois ou fin d'année selon les univers. Elle est déterminée à partir des informations contrat collectif, centre de gestion et entité de rattachement en fonction d’une table de paramétrage.

Celle-ci est calculée suivant les étapes suivantes :

* Si la ligne d'affiliation, de cotisation ou de prestation (suivant l'univers) est associée à un contrat collectif et que l'entité juridique du contrat collectif n'est pas manquante dans la table de paramétrage. Alors l'entité juridique est celle du contrat collectif.
* Sinon, si la ligne est associée à un centre de gestion et que l'entité juridique du centre de gestion n'est pas manquante dans la table de paramétrage. Alors l'entité juridique est celle du centre de gestion.
* Sinon, si la ligne est associée à une entité de rattachement et que l'entité juridique de l'entité de rattachement n'est pas manquante dans la table de paramétrage. Alors l'entité juridique est celle de l'entité de rattachement.
* Sinon, l'entité juridique est égale à "Harmonie Mutuelle".

1. Tarif du produit :

Dans Infinite, il n'existe pas de tarif au niveau du produit, celui-ci est porté par les différentes garanties techniques (GT) du produit, on parle dans ce cas de condition de vente (CV). Ainsi, pour chaque assuré, les affiliations garanties portent une CV permettant de connaître le tarif de l'assuré.

Pour pouvoir suivre le risque au niveau du produit, un calcul du tarif est réalisé avec la règle générique suivante :

* le code tarif du produit correspond au code CV de la GT principale.

Pour pouvoir appliquer la règle précédente, il faut déterminer quelle est la GT principale de chaque produit. Cette GT principale est déduite du référentiel produit (Tribox dans le contexte du projet Décibel – avec informations Soprano – cf. document référentiels) qui fournit la composition des produits en GT avec leur CV. Il indique aussi la GT principale de chacun des produits de date à date.

Cependant, il arrive parfois que la codification du produit et/ou de la garantie ne respecte pas la norme permettant au référentiel de déduire la GT principale. Dans ce cas, un fichier correctif, à la main du paramétrage, donne pour le produit la GT principale.

Ces informations sont ensuite croisées avec les affiliations.

Exemple de détermination du code tarif du produit

Un adhérent est affilié au produit TPSAH+200 et aux garanties techniques suivantes :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **code produit** | **code GT** | **code CV** | **date début CV** | **date fin CV** |
| TPSAH+200 | PS0H+200 | PJEUNE | 01/01/2016 | 01/01/2017 |
| TPSAH+200 | PS0H+200 | PTA001 | 01/01/2017 | 01/01/2018 |
| TPSAH+200 | PSBH+BA2 | NOCALC | 01/01/2016 | 01/01/2018 |
| TPSAH+200 | TASS000 | PTE001 | 01/01/2016 | 01/01/2018 |

Dans le référentiel, la GT principale du produit TPSAH+200 est la PS0H+200. Ainsi, le tarif du produit de l'adhérent sera le PJEUNE du 01/01/2016 au 01/01/2017 puis le PTA001 du 01/01/2017 au 01/01/2018.

1. Garantie technique consolidée :

La garantie technique consolidée est une variable calculée de type référentiel en dernière valeur. L'objectif de cette variable est de regrouper automatiquement les différentes garanties techniques afin de donner une vision base / option des assemblages de garanties techniques d'un contrat. Les différents groupes possibles sont donc :

* la base et ses garanties en inclusion
* la(les) option(s) et ses(leurs) garanties en inclusion.

Les garanties en inclusion comprennent les garanties techniques hors famille santé en inclusion dans un produit santé ou des garanties techniques santé créées pour des contraintes de paramétrage (le nombre de niveaux de garanties élémentaires est atteint ou autres problématiques de paramétrage).

Exemple de garanties techniques consolidées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Référentiel produit | | Garanties consolidées |
| produit 1 base seule | garantie de base | Groupe 1 : base + garanties en inclusion dans la base |
| garantie assistance associée à la base |
| garantie obsèques associée à la base |
| produit 2 base + option 1 | garantie de base | Groupe 1 : base + garanties en inclusion dans la base |
| garantie assistance associée à la base |
| garantie obsèque1 associée à la base |
| garantie option 1 | Groupe 2 : option 1 (pas de garantie en inclusion dans l’option 1) |
| produit 3 base + option 2 | garantie de base | Groupe 1 : base + garanties en inclusion dans la base |
| garantie assistance associée à la base |
| garantie obsèque1 associée à la base |
| garantie option 2 | Groupe 3 : option 2 + garantie en inclusion dans l’option 2 |
| garantie obsèque2 associée à l'option 2 |

Le calcul des garanties techniques consolidées est réalisé au sein d'un même contrat collectif / groupe d'assuré (pour l'individuel, un contrat collectif fictif et un groupe d'assuré fictif sont générés pour uniformiser les traitements).

Pour un contrat collectif / groupe d'assuré, s'il n'existe qu'un seul produit alors toutes les garanties techniques sont rattachées au groupe "base".

S'il existe plusieurs produits, un groupe est créé pour le produit avec le type d'assemblage égal à "base" et un groupe est créé pour chaque produit ayant un type d'assemblage égal à "base + option".

Il reste ensuite à rattacher chaque garantie technique au bon groupe. Pour cela, on regarde pour chaque

produit les garanties techniques communes.

On identifie ainsi les garanties en inclusion dans la base et par déduction celles en inclusion dans les options.

Exemple de consolidation des garanties techniques

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Produit A "base"** | **Produit B "base + option"** | **Produit C "base + option"** |
| Garantie 1 | Garantie 1 | Garantie 1 |
| Garantie 2 | Garantie 2 | Garantie 2 |
| Garantie 3 | Garantie 3 | Garantie 3 |
|  | Garantie 4 | Garantie 5 |
|  |  | Garantie 6 |

Ici, les garanties de 1 à 3 des produits B et C "base+option" seront à consolider en "Base" car les garanties techniques sont rattachées au groupe dans le produit A "base", qui sert de référence au contrat pour déterminer la base. La garantie 4 sera consolidée en "Option 1" car elle n’est pas présente dans le produit A et les garanties 5 et 6 seront consolidées en "Option 2" car elles sont présentent uniquement sur le produit C.

Le paramétrage a également la possibilité de déroger à la règle expliquée ci-dessus pour gérer les cas particuliers. Cela permet aussi de gérer les produits pour lesquels la règle ci-dessus ressort une erreur (par exemple s’il n’y a pas ou plusieurs produit (s) avec un type d'assemblage "base" sur le contrat).

Pour cela, un fichier de paramétrage spécifique est mis en place (cf. document référentiels). Si un produit est présent dans ce fichier, la garantie technique consolidée présente dans le fichier se substitue à celle trouvée avec la règle précédente.

Remarque : Depuis fin janvier 2021, une règle supplémentaire a été mise en place dans DECIBEL afin de palier un problème Infinite.

Infinite envoie des faits sur des lignes de contrats inexistantes dans Tribox. Dans ce cas, la GT consolidée est manquante dans PM et dans PE (impact sur les comptes de résultats).

L’ensemble des règles précédemment décrites sont toujours appliquées. La nouvelle règle intervient après :

**Règle :**

L’objectif de la règle est de s’affranchir en dernier lieu de la ligne de contrat collectif et de garder l’information de niveau produit/GT.

Si pour un contrat collectif, un groupe d’assuré, un produit, une garantie technique et un assureur (dans un code SI et code site), le code GT consolidée est manquant,

Alors regarder si, sur le couple produit/GT/assureur, il y a un code GT consolidée non manquant et unique.

Si oui, dans ce cas, forcer le code GT consolidée manquant avec cette valeur.

Si non, laisser le code manquant.

**Exemple :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CD\_SI | CD\_SITE | CD\_CNTC | CD\_GA | CD\_PRDT | CD\_GT | CD\_ASSU | CD\_GT\_CONSO |
| 1 | 01 | P16ASS8848 | 06ENSP | NXSAN00356 | XS0N00356 | ASPREVADI | N/A |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CD\_SI | CD\_SITE | CD\_PRDT | CD\_GT | CD\_ASSU | CD\_GT\_CONSO |
| 1 | 01 | NXSAN00356 | XS0N00356 | ASPREVADI | Base XS0N00356 |

Alors mettre

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CD\_SI | CD\_SITE | CD\_CNTC | CD\_GA | CD\_PRDT | CD\_GT | CD\_ASSU | CD\_GT\_CONSO |
| 1 | 01 | P16ASS8848 | 06ENSP | NXSAN00356 | XS0N00356 | ASPREVADI | Base XS0N00356 |

2. PRESENTATION PILOTAGE MUTUELLE

2.1. Les univers Pilotage Mutuelle 22

2.2. Variables calculées communes 22

2.2.1. Marché de la personne 23

2.2.2. Équipement de la personne 23

2.2.3. Flag ACS 23

2.3. Indicateurs 24

1. 1. Les univers Pilotage Mutuelle

Il y a six univers différents actuellement dans Décibel pour le pilotage Mutuelle :

* **Effectifs mensuels produit** : Cet univers permet de restituer les informations relatives aux affiliations produit, pour les trois mesures Saisie, Effet et Rétro. Les affiliations sont consolidées mensuellement avec les affiliations actives à la fin du mois.
* **Effectifs détaillés produit** : Cet univers permet de restituer les informations relatives aux affiliations produit. Les affiliations sont consolidées mensuellement mais tous les mouvements sont enregistrés. Pour chaque modification d'une information, une ligne est créée avec une nouvelle période qui s'enchaine avec la précédente.
* **Effectifs mensuels garantie** : Cet univers permet de restituer les informations relatives aux affiliations garanties, pour les trois mesures Saisie, Effet et Rétro. Les affiliations sont consolidées mensuellement avec les affiliations actives à la fin du mois.
* **Effectifs détaillés garantie** : Cet univers permet de restituer les informations relatives aux affiliations garanties. Les affiliations sont consolidées mensuellement mais tous les mouvements sont enregistrés. Pour chaque modification d'une information, une ligne est créée avec une nouvelle période qui s'enchaine avec la précédente.
* **Cotisations** : Cet univers permet de suivre la gestion des cotisations et des taxes en fonction de la répartition par type ou élément de prime.

Remarque : les masses salariales ainsi que les cotisations émises ne sont pas encore disponibles. Ainsi seules les cotisations calculées sont présentes.

* **Prestations** : Cet univers comprend une vision des prestations en date de règlement et en date de soins.

Ces univers, excepté pour les affiliations détaillées, ne subissent aucune purge. Cela signifie que l'historique n'est jamais effacé et que par conséquent, l'ensemble des restitutions sont disponibles depuis l'initialisation.

Pour les affiliations détaillées, la consolidation mensuelle est en annule et remplace. L'historique est de 5 années complètes plus l'année en cours ainsi que l'année future par anticipation.

Le temps de traitement pour le chargement d'un nouveau mois est estimé à deux jours ouvrés. A la suite de ce traitement, il est nécessaire d'ajouter une demi-journée de vérification.

Ainsi, le 3ème jour ouvré de chaque mois a normalement lieu la mise à disposition des données du mois précédent.

Ces univers seront décrits dans les parties 3, 4 et 5.

Variables calculées communes

Certaines variables sont calculées par le décisionnel à partir des données transmises dans les fichiers sources correspondant à chaque univers.

C'est le cas par exemple de l'entité juridique ou du marché du contrat individuel.

Pour les variables calculées dans les effectifs, chacune de ces variables est calculée avec les informations connues à chaque type de date décrite dans le chapitre [1.2.3. Les indicateurs](#les_indicateurs):

* Date d’effet
* Date rétro
* Date de saisie

Les variables décrites ci-dessous sont les variables calculées communes au différents univers et dont la règle de calcul est complexe. La liste complète des variables calculées est disponible dans le fichier dictionnaire de données.

Marché de la personne

Le marché de la personne est une variable calculée de type référentiel en dernière valeur. Les valeurs que la variable peut prendre sont **Individuel uniquement**, **Collectif uniquement** ou **Individuel** **&** **Collectif**.

La règle de calcul est la suivante :

* Si la personne détient au moins une affiliation produit en marché "Particulier" mais aucune en marché "Entreprise" alors le marché de la personne est "Individuel uniquement".
* Si la personne détient au moins une affiliation produit en marché "Entreprise" mais aucune en marché "Particulier" alors le marché de la personne est "Collectif uniquement".
* Si la personne détient au moins une affiliation produit en marché " Particulier" et au moins une affiliation en marché "Entreprise" alors le marché de la personne est "Individuel et Collectif".

Équipement de la personne

L'équipement de la personne est une variable calculée de type référentiel en valeur fin de mois. Les valeurs que la variable peut prendre sont **Santé uniquement**, **Prévoyance uniquement** ou **Santé** **&** **Prévoyance**.

La règle de calcul est la suivante :

* Si la personne détient au moins un produit en famille santé mais aucun produit hors famille santé alors l'équipement de la personne est "Santé uniquement".
* Si la personne ne détient aucun produit en famille santé alors l'équipement de la personne est "Prévoyance uniquement".
* Si la personne détient au moins un produit en famille santé et un produit hors famille santé alors l'équipement de la personne est "Santé & Prévoyance".

Flag ACS

Le flag ACS est une variable calculée figée. Il prend les valeurs **Oui** ou **Non**.

Le flag ACS prend la valeur Oui si à la date de la ligne (date d'effet, date rétro, date de début de couverture pour les cotisations ou date de début des soins pour les prestations) il existe :

* Un numéro d'attestation ACS sur le contrat individuel avec la date de la ligne comprise entre la date de début et la date de fin de l'attestation (date de fin incluse).
* Une affiliation produit sur un produit ACS avec la date de la ligne comprise entre la date de début et la date de fin d'affiliation (date de fin exclue).

Remarque : il y a toujours une date de fin sur les attestations ACS et sur les affiliations à un produit ACS. Par conséquent, en date de saisie, le flag ACS prend toujours la valeur Non.

* 1. Indicateurs

Les indicateurs sont divisés en 5 domaines, ils seront définis plus en détails dans leurs parties respectives :

* **Nb Affiliations en Date effet** : Présent dans les univers Effectifs mensuels.

Correspond au nombre d'affiliations produit ou garantie (en fonction de l'univers choisi) présentes à la fin du mois d'analyse sélectionné.

* **Nb Affiliations en Date rétro** : Présent dans les univers Effectifs mensuels.

Correspond au nombre d'affiliations produit ou garantie (en fonction de l'univers choisi) présentes à la fin du mois M-2 par rapport au mois d'analyse sélectionné.

* **Nb Affiliations en Date saisie** : Présent dans les univers Effectifs mensuels.

Correspond au nombre d'affiliations produit ou garantie (en fonction de l'univers choisi) n'ayant pas de date de fin d'effet.

* **Montants de Cotisations et de Taxes** : Présents uniquement dans l'univers Cotisations.

Contient l'ensemble des variables relatives aux cotisations pour la période sélectionnée.

* **Montants et quantités liés aux Prestations** : Présents uniquement dans l'univers Prestations.

Contient l'ensemble des variables relatives aux prestations pour la période sélectionnée.

3. EFFECTIFS

3.1. Présentation générale 26

3.2. Variables calculées 26

3.3. Effectifs mensuels 27

3.3.1. Date d'effet 27

3.3.2. Date rétro 27

3.3.3. Date saisie 28

3.3.4. Les indicateurs 29

3.4. Effectifs détaillés 29

1. 1. Présentation générale

Les données Effectifs correspondent aux affiliations issues de la gestion. Ces données sont complétées par des données référentielles.

On distingue le suivi des affiliations produits et celui des affiliations garanties (univers séparés). Pour chaque suivi, on dispose de restitutions mensuelles (univers pour les indicateurs mensuels) et de restitutions détaillées (univers effectifs détaillés).

Les données sont vues au dernier jour du mois quel que soit l’univers.

Le produit spécifique aux dispenses d'affiliations est exclu des chargements. Il s'agit d'un produit sans prestation ni cotisation utilisé par la gestion afin de pouvoir suivre les personnes dispensés, et notamment les relancer afin de récupérer les justificatifs chaque année.

Variables calculées

Certaines variables sont calculées uniquement dans les univers effectifs. Comme pour les variables calculés communes, elles sont calculées à partir des données transmises dans les fichiers sources correspondant à chaque univers.

Pour les variables calculées dans les "affiliations mensuelles", chacune de ces variables est calculée avec les informations connues à chaque type de date décrite dans le chapitre 3. Effectifs :

* Date d’effet
* Date rétro
* Date de saisie

Les variables décrites ci-dessous sont les variables calculées uniquement dans les univers effectifs et dont la règle de calcul est complexe. La liste complète des variables calculées est disponible dans le dictionnaire de données.

1. Composition familiale :

La composition familiale est une variable calculée figée. Les valeurs que la variable peut prendre sont de la forme :

**X adulte(s) et Y enfant(s)**

Avec X compris entre 0 et 2 et Y compris entre 0 et 5 et plus (si le nombre d'adulte est supérieur à 2, alors la composition familiale est "Autre cas")

Les nombres X et Y sont calculés à partir des types de bénéficiaires présents sur le contrat individuel.

* Y correspond au nombre de personnes ayant un type de bénéficiaire égal à "Enfant"
* X est le nombre total de personnes sur le contrat individuel moins le nombre d'enfants. En effet, on considère que tous les types de bénéficiaires différents de "Enfant" sont des adultes.

Remarque : les valeurs prise par la composition familiale dans les comptes de résultats (disponible aussi dans Pilotage Mutuelle) sont différentes de celle expliquée ci-dessus mais le mode de calcul reste le même :

Le libellé "1 adulte" devient "Célibataire" et "2 adultes" devient "Couple", le comptage des enfants s'arrête à "4 et plus". Enfin, les cas où le nombre d'adultes est égal à 0 ou est supérieur à 2 est comptés dans la ligne "Couple / 2 enfants".

Effectifs mensuels

Les effectifs mensuels donnent une vision des affiliations produits et garanties à chaque fin de mois. Chaque vision est segmentée en trois situations correspondant aux dates d'effet, date rétro et date de saisie. Pour chacune de ces situations, des indicateurs du stock d'affiliations sont calculés.

Les données des univers effectifs mensuels sont empilées mois après mois.

Ces univers ne subissent aucune purge. Cela signifie que l'historique n'est jamais effacé et que par conséquent, l'ensemble des restitutions sont disponibles depuis l'initialisation.

Date d'effet

La date d’effet est une vision arrêtée à la fin du mois d’analyse.

Le comptage des effectifs est réalisé suivant la règle suivante :

* Si la date de début d'effet de l'affiliation d'un assuré est inférieure au dernier jour du mois d'analyse et si la date de fin d'effet de l'affiliation est supérieure ou égal au dernier jour du mois, alors l'assuré est compté sinon non.

Remarque : Le comptage des effectifs inclut la date de fin de mois pour tenir compte de la gestion particulière des dates de radiations des effectifs CMU et ACS.

Exemple : stock des affiliations du mois de novembre 2017.

En date d'effet, le stock de novembre 2017 correspond au stock au 30/11/2017 soit la somme des affiliations avec début d'affiliation < 30/11/2017 ET fin d'affiliation ≥ 30/11/2017.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date début affiliation** | **Date fin Affiliation** | **Stock de novembre 2017 en date d'effet** |
| 17/04/1995 | 12/11/2017 | 0 |
| 01/01/2015 | 30/11/2017 | 1 |
| 20/02/2016 | 01/11/2011 | 0 |
| 15/04/2016 | 01/12/2017 | 1 |
| 01/01/2017 | 31/12/2017 | 1 |
| 28/02/2017 | 31/12/9999 | 1 |
| 01/11/2017 | 31/12/9999 | 1 |
| 30/11/2017 | 31/12/9999 | 0 |

La date d’effet est utilisée pour :

* les indicateurs effectifs des populations spécifiques ACS et CMU.
* les résultats techniques (croisement avec les prestations et les cotisations de l’exercice) avec un arrêté d’un recul inférieur à 2 mois (par exemple définitif à fin janvier ou semestre à fin juillet).
* le reporting Comptes de Résultats estimés.

Date rétro

La date rétro permet d’avoir une vision avec un recul de données de deux mois, qui tient donc compte des informations enregistrées rétroactivement.

Le comptage des effectifs est réalisé suivant la règle suivante :

* Si la date de début d'effet de l'affiliation d'un assuré est inférieure au dernier jour du mois M-2 par rapport au mois d'analyse et si la date de fin d'effet de l'affiliation est supérieure ou égal au dernier jour du mois M-2, alors l'assuré est compté sinon non.

Remarque : Le comptage des effectifs inclut la date de fin de mois pour tenir compte de la gestion particulière des dates de radiations des effectifs CMU et ACS.

Exemple : stock des affiliations du mois de septembre 2017.

En date rétro, le stock calculé fin novembre 2017 correspond au stock au 30/09/2017 soit la somme des affiliations avec début d'affiliation < 30/09/2017 ET fin d'affiliation ≥ 30/09/2017.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date début affiliation** | **Date fin Affiliation** | **Stock de septembre 2017 en date rétro (calculé à fin novembre 2017)** |
| 17/04/1995 | 12/09/2017 | 0 |
| 01/01/2015 | 30/09/2017 | 1 |
| 20/02/2016 | 01/09/2011 | 0 |
| 15/04/2016 | 01/10/2017 | 1 |
| 01/01/2017 | 31/10/2017 | 1 |
| 28/02/2017 | 31/12/9999 | 1 |
| 01/09/2017 | 31/12/9999 | 1 |
| 30/09/2017 | 31/12/9999 | 0 |

La date rétro M-2 est utilisée pour :

* les résultats techniques (croisement avec les prestations et les cotisations de l’exercice) avec un recul supérieur ou égal à 2 mois (par exemple définitif à fin février).
* les reportings Comptes de Résultats "semestre" et "définitif".

Date saisie

La date de saisie consiste à observer la situation avec la vision future, elle prend en compte toutes les adhésions ou radiations réalisées par anticipation.

Le comptage des effectifs est réalisé suivant la règle suivante :

* Si un assuré n'a pas de date de fin d'effet d'affiliation (soit date de fin d'effet d'affiliation égal au 31/12/9999), alors l'assuré est compté sinon non.

Remarque : Une affiliation CMU, ALD, ACS ou ANI ayant toujours une date de fin, on ne retrouve aucune affiliation sur ce type de population dans ce comptage.

Exemple : stock des affiliations du mois de novembre 2017.

En date de saisie, le stock de novembre 2017 correspond à la somme des affiliations avec une date de fin d'affiliation = 31/12/9999.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date début affiliation** | **Date fin Affiliation** | **Stock de novembre 2017 en date saisie** |
| 17/04/1995 | 12/11/2017 | 0 |
| 01/01/2015 | 30/11/2017 | 0 |
| 20/02/2016 | 01/11/2011 | 0 |
| 15/04/2016 | 01/12/2017 | 0 |
| 01/01/2017 | 31/12/2017 | 0 |
| 01/11/2017 | 31/12/9999 | 1 |
| 30/11/2017 | 31/12/9999 | 1 |
| 01/01/2018 | 31/12/9999 | 1 |

La date de saisie est nécessaire pour :

* les indicateurs mensuels des effectifs
* les chiffres officiels (hors comptes de résultats).

Les indicateurs

Pour chacune des trois dates d'analyse, des indicateurs dénombrant les stocks, de niveau produit ou garantie suivant l'univers, sont disponibles.

Il existe quatre indicateurs différents :

* Nombre d'affiliations Personnes Protégées : ressort le nombre total d'affiliations produit ou garantie pour la date sélectionnée.
* Nombre d'affiliations Chefs de famille : ressort le nombre d'affiliations produit ou garantie pour la date sélectionné avec type de bénéficiaire égal à "Chef de famille".
* Nombre d'affiliations Enfants : ressort le nombre d'affiliations produit ou garantie pour la date sélectionné avec type de bénéficiaire égal à "Enfant".
* Nombre d'affiliations Adultes : ressort le nombre d'affiliations produit ou garantie pour la date sélectionné avec type de bénéficiaire différent de "Enfant".

Effectifs détaillés

Les effectifs détaillés correspondent à une photo détaillée du portefeuille avec tout l'historique des changements vus à la fin du mois analysé. Chaque modification de situation en lien avec l’affiliation produit ou garantie entraine la création d'une nouvelle ligne (représentant un mouvement par rapport à cette affiliation).

Aucun comptage n'est présent dans cet univers.

Dans le cas d'un changement d'une information restituée :

* La ligne active au moment du changement voit sa date de fin changer pour la date du mouvement.
* Une nouvelle ligne est créée avec pour date de début la date du changement et comme date de fin la date de fin de la ligne d'origine.

Dans un souci de cohérence, les dates de début de mouvement ne peuvent pas être inférieures à la date de début d'affiliation produit ou garantie (suivant l'univers). De même, les dates de fin de mouvement ne peuvent pas être supérieures à la date de fin d'affiliation.

Les changements de situation peuvent concerner deux types de variables :

* les variables historisées non référentielles de personnes physiques ou contrats individuels (ex : département d’habitation).
* les variables de type référentiel, avec gestion historique (ex : type de responsabilité produit, taxe de la garantie, relations d’assurance etc…).

Il n’y a pas de mouvement créé sur des variables de type référentiel sans gestion historique (ex : offre, famille produit et famille garantie etc…) : toutes les lignes prennent la dernière valeur au moment du chargement.

Une fois le chargement d'un mois effectué, les différentes lignes sont figées. Les modifications effectuées en cours de mois dans les tables référentielles ne seront actualisées qu'au chargement du mois suivant.

Remarque : Il est possible de demander une évolution pour que les changements apportés sur les variables de type référentiel sans gestion historique soient mis à jour quotidiennement dans les lignes déjà chargées. En revanche, il ne sera pas possible de créer de nouvelles lignes en cours de mois.

Les univers Effectifs détaillés sont des visions en annule et remplace : on ne garde que la dernière consolidation.

L'historique est de 5 années complètes plus l'année en cours ainsi que les années futures par anticipation.

Exemple : lors des chargements de l'année 2018, les données disponibles dans les univers Effectifs détaillés seront les données des années 2013 à 2017 + l'année 2018 en cours + l'année 2019 en anticipation (et plus si l'on dispose déjà de données sur 2020, 2021, etc…).

1. Cotisations

4.1. Présentation générale 32

4.1.1. Périmètre de données à chaque consolidation : 32

4.1.2. Cas particulier du renouvellement : 32

4.1.3. Type de prime et élément de prime : 32

4.1.4. Différences entre TSA, TSCA et TSA rénovée : 33

4.1.5. Date d'arrêté 34

4.2. Variables calculées 34

4.3. Masse salariale 35

4.4. Indicateurs 36

Présentation générale

Les données Cotisations correspondent aux cotisations calculées issues de la gestion. Ces données sont complétées par des données référentielles.

Les données concernant les cotisations émises ainsi que les masses salariales ne sont pas encore disponibles. Ces deux points feront l'objet d'évolutions futures.

Les données de l'univers cotisations sont empilées mois après mois.

Cet univers ne subit aucune purge. Cela signifie que l'historique n'est jamais effacé et que par conséquent, l'ensemble des restitutions sont disponibles depuis l'initialisation.

Périmètre de données à chaque consolidation :

La consolidation mensuelle intègre les cotisations calculées ou annulées dans le mois.

Mais il peut exister des cotisations reçues tardivement (constatées lors des contrôles MOA).

Si le montant est trop important, la consolidation du mois précédent sera relancée avec une alerte auprès des métiers.

Si le montant est faible, pour ne pas perdre ces informations, les règles suivantes sont appliquées :

* S’il ne s’agit pas d’une annulation et que la date de calcul est inférieure au 1er jour du mois de consolidation alors la date de calcul est valorisée au 1er jour du mois de consolidation.
* S’il s’agit d’une annulation et que la date d’annulation est inférieure au 1er jour du mois de consolidation alors la date d’annulation est valorisée au 1er jour du mois de consolidation.

Les dates source sont conservées pour l’administrateur fonctionnel (non disponibles pour les métiers) et pour le rapprochement avec les données portefeuille.

Cas particulier du renouvellement :

Dans les fichiers de renouvellement de cotisations venant de CEGEDIM, les annulations de cotisations ne contiennent pas de date d’annulation. Ce problème ne se produit qu’avec les flux de renouvellement.

Pour remédier à ce problème, si la ligne de cotisation est une annulation et que la date d'annulation n'est pas renseignée, alors la date d'annulation est forcée à la date d'image du fichier cotisation.

Type de prime et élément de prime :

Les cotisations fournies par les systèmes sources sont détaillées par type et élément de prime.

Le type de prime permet de décomposer les cotisations en différentes "familles" (prime, taxe, ACS, dérogation, modulation, …). L'élément de prime donne lui des précisions sur les "familles" du type de prime (TSA, TSCA, minoration couple, majoration adhésion tardive, …).

Ce sont à partir de ces deux variables que sont reconstitués les différents montants de cotisations TTC, HT et les montants de taxes.

Exemple :

Flux transmis pour un adhérent :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adhérent** | **Exercice** | **Type de prime** | **Élément de prime** | **Montants** |
| X | 2017 | prime | prime | 1 200,00 € |
| X | 2017 | dérogation commerciale | nouveau-né | -12,00 € |
| X | 2017 | taxe | TSA rénovée | 157,65 € |

Données disponibles dans l'univers Cotisations :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de prime** | **Élément de prime** | **Cotisations TTC** | **Cotisations TSA rénovée** | **Total de Taxes** | **Cotisations HT** |
| prime | prime | 1 200,00 € | 0,00 € | 0,00 € | 1 200,00 € |
| dérogation commerciale | nouveau-né | -12,00 € | 0,00 € | 0,00 € | -12,00 € |
| taxe | TSA rénovée | 157,65 € | 157,65 € | 157,65 € | 0,00 € |
| **Total** | | **1 345,65 €** | **157,65 €** | **157,65 €** | **1 188,00 €** |

Le montant de cotisations TTC est calculé, il correspond à la somme des montants des lignes détails (positifs ou négatifs) pour tous les types de cotisations confondus de la sélection.

Remarque : si un filtre est fait sur type de prime ou élément de prime, cela peut fausser les valeurs des cotisations.

Différences entre TSA, TSCA et TSA rénovée :

Avant le 1er janvier 2016, les contrats de complémentaire santé étaient soumis à deux taxes différentes, la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) et la Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurances (TSCA).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 comporte un article impactant ces deux taxes : celles-ci sont fusionnées à compter du 1er janvier 2016. Cette fusion prend la forme d'une nouvelle taxe dite "TSA rénovée".

Cette fusion des taxes est effective dans les outils à partir du 1er janvier 2017. Avant cette date, les deux taxes (TSA et TSCA) étaient toujours présentées.

Ainsi, dans l'univers Cotisations, les données concernant les trois taxes sont disponibles. En effet, les données relatives aux TSA et TSCA sont conservées pour la partie historique antérieure au 1er janvier 2017.

Remarques :

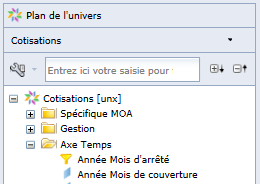
* Les taxes restituées dans l’univers cotisations correspondent aux taxes calculées sur Infinite. Dans la partie Pilotage Entreprise, la vision économique des taxes sera mise à disposition (cf. §6.5.1).
* Pour rappel, dans le SI source, le calcul des taxes a été modifié :
* Avant modification : La cotisation totale est portée par la garantie principale, et donc la taxe est calculée sur la garantie principale (y compris assistance et obsèques).
* Après modification : La cotisation est répartie entre toutes les garanties du produit, les taxes sont donc calculées sur chaque garantie, en fonction de sa famille de GT (santé ou hors santé : les garanties en inclusion sont non taxées) dans le produit. Les taxes sont calculées en fonction de l’assiette de la GT et du taux concerné.

Les modifications de calcul des taxes ont eu lieu à effet (sur l’exercice de couverture) :

* 01/01/2016 sur le marché individuel,
* 01/01/2017 sur le marché collectif.

Date d'arrêté

La date d'arrêté ne peut pas être stockée dans les faits, celle-ci est recalculée à la volée pour chaque extraction. De ce fait, il n'est pas possible d'effectuer un rapport se basant sur plusieurs dates d'arrêté différentes. Par conséquent, la variable Année mois d'arrêté n'est disponible qu'en tant que filtre.



A noter, si aucun filtre n'est fait sur la date d'arrêté, c'est la dernière date disponible qui est utilisée.

Variables calculées

Certaines variables sont calculées uniquement dans l'univers Cotisations. Ces variables sont calculées à partir des données transmises dans les fichiers sources.

La liste complète des variables calculées est disponible dans le dictionnaire de données.

1. Année / mois d'analyse :

L'utilisateur a la possibilité de filtrer les cotisations par année ou mois d'analyse.

Le calcul de l'année/mois d'analyse se fait en fonction de la date d'annulation (après forçage) et de la date de calcul.

Si la date d'annulation est renseignée, alors l'année/mois d'analyse = année/mois d'annulation.

Sinon année/mois d'analyse = année/mois de calcul.

1. Calcul des cotisations à un mois d'arrêté :

L'utilisateur a la possibilité de calculer les cotisations à un mois d'arrêté. Cela revient à calculer l'ensemble des cotisations ayant une date de calcul ou une date d'annulation inférieure ou égale à la date de fin du mois d'arrêté.

Les sommes des montants de cotisations à un mois d’arrêté sont calculées sur l’outil de restitution BO. L’utilisateur sélectionne directement dans l’outil le mois d'arrêté sans avoir à produire la formule de calcul sur les dates de calculs et d'annulations.

Remarque : le mois d’arrêté ne sera pas disponible dans la base étude.

1. Montant des frais de gestion :

Les frais de gestions sont décomposés en plusieurs montants calculés selon les mêmes règles :

* Le montant Participation aux frais lui-même décomposé en plusieurs montants :
  + Le montant Frais d’acquisition et de suivi
  + Le montant Frais de gestion
  + Le montant Frais d’assurance
* Le montant Commission d’apport et de conseil
* Le montant Participation mutualisation de l’ANI (pour le collectif uniquement)

Les montants de frais de gestion sont déterminés à partir des informations fournies par deux sources différentes :

* Un flux directement émis par les outils comprenant les différents taux de gestion des lignes de contrats collectives.
* Un fichier de paramétrage, géré dans les référentiels, présentant par gamme les différents taux de gestion pour les lignes individuelles et faux-collectives. Cf. document référentiels.

Dans les deux cas, les différents taux ont une date de début et de fin d'application. En effet, les taux de frais de gestion peuvent changer au cours du temps.

Ces montants sont calculés à la volée en cible, un changement en cours de mois des taux de frais de gestion dans les référentiels entrainera un recalcul des montants sur la période concernée. Actuellement , le recalcul se fait automatiquement le mois prochain.

A partir de ces deux sources, les différents taux à appliquer sont déterminés de la façon suivante :

* On prend en priorité les taux présents dans les flux transmis par les outils.
* On recherche dans le fichier de paramétrage si les taux sont présents. Si c'est le cas, ceux-ci sont utilisés. Cette étape vient écraser les taux trouvés dans l'étape précédente pour les faux-collectif.
* Si aucun taux n'est trouvé, alors ceux-ci sont valorisés à zéro.

Une fois les différents taux récupérés, le montant de frais est calculé pour un mois donné par la formule suivante :

**Montant frais du mois de couverture =**

**Montant cotisations HT du mois de couverture x taux de frais actif à la fin du mois de couverture**

1. Composition familiale :

Le calcul de la composition familiale se fait en plusieurs étapes :

* On rapproche les données du portefeuille à la date d'image du chargement.
* On regarde dans ces données le nombre et le type de bénéficiaires à la date de début de la cotisation.
* On ressort la composition familiale sous la forme : **X adulte(s) et Y enfant(s)**

Avec X compris entre 0 et 2 et Y compris entre 0 et 5 et plus (si le nombre d'adulte est supérieur à 2, alors la composition familiale est "Autre cas")

Masse salariale

ATTENTION : Les cotisations en masse salariale ne seront intégrées qu'à partir du lot 4.

Elles ne sont donc pas présentent actuellement dans l'univers Cotisations.

Le montant des cotisations en masse salariale est alimenté par un flux spécifique venant d’Infinite.

Le flux des cotisations en masse salariale est au niveau "contrat collectif", il ne contient aucune information de niveau adhérent. Ainsi, aucun rapprochement au niveau "individuel" ne peut être réalisé.

Le flux des masses salariales contient les mêmes mesures de cotisations que le flux des cotisations "normales". Soit les montants TTC, HT ainsi que les taxes.

Les montants des frais de gestion sont calculés de la même façon que décrite dans le paragraphe précédent.

Indicateurs

Les indicateurs présents dans l'univers Cotisations sont les suivants :

* Montant de cotisations TTC
* Les taxes :
* Montant de cotisations TSCA
* Montant de cotisations TSA
* Montant de cotisations TSA rénovée
* Montant de cotisations autres taxes
* Montant total de Taxes
* Montant de cotisations HT
* Les frais de gestion :
* Montant Frais d'acquisition et de suivi
* Montant Frais de gestion
* Montant Frais d'assurance
* Montant Total Participation aux frais
* Montant Commission d'apport et de conseil
* Montant Participation mutualisation de l'ANI
* Montant de cotisations nettes avant déduction FMT

Il existe les relations suivantes entre les différents indicateurs :

* Montant de cotisations TTC = Montant de cotisations HT + Montant total de Taxes
* Montant total de Taxes = Montant de cotisations TSCA + Montant de cotisations TSA + Montant de cotisations TSA rénovée + Montant de cotisations autres taxes
* Montant Total Participation aux frais = Montant Frais d'acquisition et de suivi + Montant Frais de gestion + Montant Frais d'assurance
* Montant de cotisations nettes avant déduction FMT = Montant de cotisations HT - Montant Total Participation aux frais - Montant Commission d'apport et de conseil - Montant Participation mutualisation de l'ANI

Attention : si un filtre est fait sur le type de prime ou l'élément de prime, cela peut fausser les valeurs des cotisations.

1. Prestations

5.1. Présentation générale 38

5.1.1. Périmètre de données à chaque consolidation : 38

5.1.2. Corrections des montants : 38

5.1.3. Regroupement des actes enchainés : 39

5.2. Variables calculées 41

5.3. Règles spécifiques du 100% Santé 43

5.3.1. Panier de soins 43

5.3.2. Flag Top dépassement 43

5.3.3. Regroupement acte non médicalisé niveau 3 44

5.4. Indicateurs 44

Présentation générale

Les données prestations correspondent aux prestations payées issues de la gestion. Ces données sont complétées par des données référentielles.

Les données de l'univers prestations sont empilées mois après mois.

Cet univers ne subit aucune purge. Cela signifie que l'historique n'est jamais effacé et que par conséquent, l'ensemble des restitutions sont disponibles depuis l'initialisation.

Périmètre de données à chaque consolidation :

L'univers prestation regroupe l'ensemble des prestations transmises par les outils de gestion desquelles sont exclus les éléments suivants :

* Les devis de prise en charge mutuelle.
* Certains actes listés dans une table référentielle (par exemple les actes 9CFE et 9NPEC).

Remarque : Les actes de transcodification ayant un montant RC différent de 0 ne sont pas exclus de DECIBEL, cela permet de détecter si ces actes de transcodification ont des prestations payées. Les actes de transcodifications sont des actes intermédiaires ou de transition entre les actes Infinite et les actes externes, qui permettent notamment de gérer les actes très médicalisés. Ces codes actes ne doivent pas être utilisés normalement pour procéder au remboursement des prestations. Ces actes sont listés dans une table de référentiel.

Pour un mois de consolidation donné, les prestations chargées sont celles ayant une date de paiement comprise dans le mois de consolidation.

Mais il peut exister des prestations reçues tardivement ayant une date de paiement sur un mois déjà consolidé (constatées lors des contrôles MOA) :

* Soit il s’agit d’un retard de réception des flux de prestations payées ou annulées,
* Soit il s’agit d’un problème particulier sur certaines annulations mal gérées dans le flux Infinite (demande de correction faite à Cégédim) : l’annulation arrive parfois avec une date de paiement antérieure (c’est-à-dire avec la date de paiement de la prestation d’origine), sur un mois de règlement déjà figé.

Remarque : sur Suadeo, ces annulations n’étaient pas intégrées à tort (montant très faible).

Si le montant de ces prestations est trop important, une analyse est effectuée et la consolidation du mois précédent peut être relancée avec une alerte auprès des métiers.

Si le montant est faible, les prestations sont chargées avec le mois de consolidation. Dans ce cas, la date de paiement est remplacée par le premier jour du mois de consolidation.

Les dates sources sont conservées pour l’administrateur fonctionnel (non disponibles pour les métiers).

**Attention :** l’utilisateur doit être vigilant sur les actes à conserver ou non dans sa restitution (voir les actes exclus dans les univers PE).

Corrections des montants :

Plusieurs traitements viennent corriger différentes variables présentes dans l'univers prestations pour que ces dernières soient cohérentes. Ces traitements sont décrits ci-dessous :

1. Forçage de valeurs sur les lignes non maître :

Une même prestation correspond à plusieurs lignes sur le système de gestion (une ligne par acte, par produit, par GT, par destinataire de paiement, etc…). Certain champs numériques sont présentés sur chaque ligne Infinite et peuvent donc être comptabilisés plusieurs fois. Pour éviter cela, les valeurs sont conservées uniquement sur la première ligne (appelée ligne maître) et sont forcées à 0 sur les autres.

Les champs concernés sont les suivants :

* Montant RO
* Montant base de remboursement RO
* Taux de remboursement RO
* Quantité d'actes
* Montant des frais réels
* Montant autre mutuelle

Cas particulier : personnes physiques avec plusieurs contrats individuels

Si une prestation est remboursée sur plusieurs contrats individuels, la règle de gestion de la ligne-maître par contrat individuel (CNTI) permettra de garder les informations une seule fois pour chaque contrat et donc de forcer les valeurs à 0 sur les autres lignes.

Remarque : cette règle respecte le principe de suivre des assurés comme pour les effectifs. Elle est déjà appliquée pour les flux FAR et Melani et elle permet d’avoir des résultats cohérents par entreprise (impact Comptes de résultats).

1. Forçage de valeurs pour les bonifications :

Dans le cas des bonifications, les valeurs des champs suivants sont forcées à 0 (ils sont déjà présentés sur une autre ligne mais avec un numéro de prestation différent, la règle précédente ne les met donc pas à 0) :

* Montant RO
* Montant base de remboursement RO
* Montant des frais réels
* Montant autre mutuelle

Attention : la quantité d'actes est conservée pour pouvoir compter le nombre de bonifications.

Les actes de bonification concernés sont présents dans une table de référence.

1. Correction du signe des prestations :

Il arrive que le signe (positif ou négatif) des champs ci-dessous ne soit par cohérent avec le signe de la quantité d'actes. Dans ce cas, le signe de la quantité d'acte est appliqué sur ces derniers :

* Montant RO
* Montant base de remboursement RO
* Montant des frais réels
* Montant autre mutuelle

Regroupement des actes enchainés :

Les données fournies par le système de gestion présentent une ligne pour chaque code acte Harmonie Mutuelle. Or une même prestation peut être liquidée sur plusieurs actes successivement (on parle d'actes enchainés) et est donc présentée sur plusieurs lignes dans les fichiers sources.

Remarque : dans Suadeo, la prestation est également présentée sur plusieurs lignes (une par acte).

Dans Décibel, l'objectif est de regrouper les actes enchainés sur une même ligne tout en gardant une trace des différents actes regroupés. Pour cela, le traitement suivant est réalisé :

1. Repérage des actes enchainés :

Les actes enchainés sont repérés grâce à la liste des enchainements d'actes présente dans un fichier de référence à la main du paramétrage. Cette même liste permet également de distinguer les actes en fonction qu'il rembourse la part TM ou la part PS de la prestation.

Pour rappel, le Ticket Modérateur (TM) représente la part restant à rembourser après la participation du RO pour atteindre la base de remboursement du RO. Les Prestations supplémentaires (PS) représentent la part à rembourser au-delà du TM (dépassement d'honoraires) ou toutes prestations non prises en charge par le RO.

1. Règle de regroupement :

Au sein d'une même prestation, les actes enchainés ne sont regroupés que s'ils présentent les mêmes éléments sur les champs suivants. Sinon ils apparaîtront sur plusieurs lignes.

* Code SI
* Code Site
* Identifiant du dossier
* Date de paiement
* Identifiant du contrat individuel
* Identifiant du produit
* Identifiant de la garantie technique
* Code assureur
* Tiers exécutant
* Tiers destinataire de paiement

L'ensemble des autres champs (hors montants calculés) présents dans Décibel sont repris de la ligne-maître (soit la ligne de l'acte TM s'il existe, sinon la ligne du premier acte PS).

Il est possible que plusieurs actes PS s'enchainent. Dans ce cas, les informations des deux premiers actes PS seront conservées, les suivants étant regroupés avec l'acte PS2.

1. Regroupement :

Les champs suivants sont alimentés à partir des éléments des différentes lignes :

* Acte : cette colonne est toujours renseignée, elle correspond à l'acte de la ligne-maître
* Acte TM : correspond au code acte de niveau TM de la prestation s'il existe.
* Acte PS1 : correspond au premier code acte de niveau PS de la prestation s'il existe.
* Acte PS2 : correspond au second acte enchainé de niveau PS s'il existe. S'il y a plus de 2 actes PS enchainé, les autres codes actes ne sont pas enregistrés.
* Montant TM : correspond au montant payé sur l'acte TM.
* Montant PS1 : correspond au montant payé sur l'acte PS1.
* Montant PS2 : correspond au montant payé sur l'acte PS2. S'il y a plus de 2 actes PS enchainés, les montants payés sur les autres actes sont ajoutés à celui de l'acte PS2.
* Montant total PS : correspond à la somme des montants payés sur les actes PS.
* Montant RC : correspond à la somme des montants versés sur les actes TM et PS.

Exemple : Acte TM + deux actes PS enchaînés + bonification

Dans l'exemple suivant, un adhérent se fait rembourser un verre unifocal simple ayant couté 100€. Sa garantie lui permet d'être remboursé, avec la participation RO, à hauteur de 200% + 60€ (les 200% sont décomposés en 60% pour le RO + 40% au titre du TM + 100% de PS). Il faut ensuite ajouter une bonification de 15€.

Les données fournies par le système source sont les suivantes :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Code acte** | **Montant frais réels** | **Montant RO** | **Quantité** | **Niveau de rembour-sement** | **Montant TM** | **Montant PS** | **Montant RC** |
| VUA1 | 100 | 2,20 | 1 | TM | 1,46 | 0 | 1,46 |
| 1VUA1 | 100 | 2,20 | 1 | PS | 0 | 3,66 | 3,66 |
| 1UA1F | 100 | 2,20 | 1 | PS | 0 | 60 | 60 |
| 9BE01 | 100 | 2,20 | 1 | PS | 0 | 15 | 15 |

Les valeurs des cases rouges sont forcées à 0 par le forçage des valeurs sur les lignes non maître. Sur la ligne de bonification, la quantité est bien gardée.

On obtient ainsi, après regroupement des actes, les deux lignes suivantes :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acte** | **Acte TM** | **Acte PS1** | **Acte PS2** | **Montant frais réels** | **Montant RO** | **Quantité** | **Montant TM** | **Montant PS1** | **Montant PS2** | **Montant total PS** | **Montant RC** | **Montant reste à charge** |
| VUA1 | VUA1 | 1VUA1 | 1UA1F | 100 | 2,20 | 1 | 1,46 | 3,66 | 60 | 63,66 | 65,12 | 32,68 |
| 9BE01 |  | 9BE01 |  | 0 | 0 | 1 | 0 | 15 | 0 | 15 | 15 | -15 |

A noter, le reste à charge sur la ligne bonification est négatif. Pour avoir le vrai reste à charge de l'adhérent, il faut faire la somme des deux lignes : 32,68 - 15 = 17,68.

Variables calculées

Certaines variables sont calculées uniquement dans l'univers Prestations. Ces variables sont calculées à partir des données transmises dans les fichiers sources.

La liste complète des variables calculées est disponible dans le dictionnaire de données.

1. Flag réseau de soin, réseau de soin et famille de convention :

Le flag réseau de soin permet de savoir si la prestation a eu lieu chez un praticien conventionné dans un réseau de soin et que le type de prestation est bien pris en charge par le réseau. Le réseau de soin précise dans quel réseau a eu lieu la prestation (ex : Kalivia). La famille de convention, quant à elle, précise le type de convention (actuellement, les valeurs possibles sont « optique », « audioprothèse » et « dentaire »).

Pour savoir si une prestation est liée à un réseau de soin, il faut que celle-ci remplisse les critères suivants :

* L'acte de la prestation doit être pris en charge par un réseau de soin.
* Le tiers exécutant de rapprochement de la prestation doit être conventionné par le même réseau de soin pour cet acte au moment de la date de soins.
* Il faut que les familles de convention de l'acte et du tiers exécutant de rapprochement soient identiques.

Si les trois points ci-dessus sont respectés, alors les différentes variables sont renseignées. Sinon le flag réseau de soin est renseigné à Non et les autres variables sont vides.

Remarques :

1. Dans la règle ci-dessus, on parle bien de tiers exécutant de rapprochement. TPHM (outil de gestion du conventionnement Kalivia) intègre des flux prestations dans Infinite. Dans ces flux, le tiers exécutant de la prestation ne correspond pas toujours au tiers attendu (ex : tiers trésorerie) et cela empêche de repérer ces prestations comme étant conventionnées. Ainsi, une variable tiers exécutant de rapprochement est calculé à l'aide de deux tables de paramétrage. Cette variable n'est pas restituée.

La première table de paramétrage donne pour une liste d'identifiant de prestation le tiers exécutant à utiliser. La seconde indique qu'il faut utiliser le code fournisseur à la place du tiers exécutant pour une liste de d'origine du décompte. Cf. document référentiels

1. Le traitement nominal d’alimentation des données dans le datamart Prestations ne permet pas d’alimenter correctement la donnée réseau de soins sur certains décomptes. Ainsi pour palier ce problème, deux « patchs » de rattrapage permettant de corriger le rapprochement entre les prestations et les flux Gespa sont exécutés après le traitement nominal. L’exécution de ces « patchs » est transparente et permet de corriger :
   * des lignes de bonifications
   * des lignes d’actes optiques, audioprothèse et dentaire
2. Flag CAS / OPTAM :

Le flag CAS / OPTAM permet de savoir si le praticien à l'origine de la prestation est adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maitrisée.

Pour savoir si c'est le cas, on regarde l'option de coordination de la prestation.

La variable option de coordination de DECIBEL peut prendre les valeurs E/C/F/O/ « Vide ».

* Avant mai 2019 :  Les valeurs E/C/F étaient considérées comme OPTAM et O / « Vide » en NON OPTAM.
* Après mai 2019 : La valeur O est considérée en OPTAM, les autres valeurs ne changent pas.

Ainsi, si l’option de coordination est renseignée par l'une des valeurs suivantes alors le flag prend la valeur Oui :

* 'C' : Le praticien est adhérent au dispositif CAS.
* 'E' : Le praticien est adhérent au dispositif OPTAM.
* 'F' : Le praticien est adhérent au dispositif OPTAM-CO.
* 'O' : Le praticien est adhérent au dispositif OPTAM.

Ces valeurs sont paramétrées dans le référentiel PARAM CAS COOR.

1. Montant dépassement :

Le montant de dépassement correspond au montant de dépassement d'honoraires que le praticien a facturé à l'adhérent.

Celui-ci est calculé par la formule suivante :

**Montant dépassement = Montant frais réels - Montant base de remboursement RO**

1. Montant Reste à charge :

Le montant du reste à charge correspond au montant de la part restant à payer par l'adhérent une fois les remboursements du RO et de la mutuelle effectués.

Il est calculé par la formule suivante :

**Montant reste à charge = Montant frais réels - Montant RO - Montant RC**

Remarques :

* Le montant du reste à charge peut être négatif, c'est le cas notamment pour les actes de bonifications ou sur les GT surcomplémentaires car les frais réels sont forcés à 0.
* Le montant remboursé par les autres mutuelles n'est pas utilisé pour calculé le reste à charge afin d'être cohérent avec le reste à charge affiché dans les comptes de résultats. En effet, le montant « autre mutuelle » n’est pas assez fiable pour être pris en compte.
* Dans le cas d'un produit surcomplémentaire, il est impossible de faire une étude du reste à charge au niveau de la GT. Le montant des frais réels n'étant porté que par la ligne de la GT de base, le reste à charge de la GT option sera négatif.

1. Nombre de lignes de décompte :

Le nombre de lignes de décompte correspond au nombre de lignes présentes dans la base Décibel au niveau le plus fin après regroupement (cf 4.1.4).

1. Composition familiale :

Le calcul de la composition familiale se fait en plusieurs étapes :

* On rapproche les données du portefeuille à la date d'image du chargement.
* On regarde dans ces données le nombre et le type de bénéficiaires à la date de début des soins.
* On ressort la composition familiale sous la forme : **X adulte(s) et Y enfant(s)**

Avec X compris entre 0 et 2 et Y compris entre 0 et 5 et plus (si le nombre d'adulte est supérieur à 2, alors la composition familiale est "Autre cas")

Règles spécifiques du 100% Santé

La réforme reste-à-charge zéro, appelée 100 % santé est une réforme majeure pour améliorer l’accès aux soins en optique, audiologie et dentaire. Elle prévoit une prise en charge progressive, par l’Assurance maladie et les complémentaires, de certains soins optiques, dentaire et d’audioprothèses, puis leur remboursement intégral d’ici à 2021.

Audioprothèse : - Panier 100% Santé : Reste à charge 0.

- Panier Libre : Prix libre.

Optique : - Panier 100% Santé : Reste à charge 0.

- Panier Libre : Verre ou Monture ou Verre/Monture avec reste à charge.

Dentaire : - Panier 100% Santé : Honoraires plafonnées (PEC à 100% pour les patients).

- Panier Maîtrisé : Honoraires plafonnés (PEC partielle pour les patients).

- Panier Libre : Honoraires Libres (PEC partielle pour les patients).

Afin d’exploiter et de restituer les informations liées à cette réforme dans les rapports existants mais aussi pour la mise en place de nouveaux rapports (zooms optique, zoom audioprothèse, zoom dentaire), les données et règles suivantes sont mises en place :

* + 1. Panier de soins

La notions de panier de soins (100% Santé, Maitrisé, etc.) est gérée à partir d’un référentiel en fonction du code regroupement niveau 6. Cette donnée est disponible dans les univers BO Prestations ainsi que dans la base étude.

* + 1. Flag Top dépassement

L’alimentation de ce champ, présent dans la base étude et dans l’univers Prestations, se fait en fonction des frais réels et les Prix Limite de Vente/Honoraire limite de vente. La règle de calcul est la suivante :

Si |FR|>|PLV-HLV\*qté| avec le PLV-HLV au moment de la date de soins alors 1 dans SAS et OUI dans BO sinon 0 dans SAS et NON dans BO.

* + 1. Regroupement acte non médicalisé niveau 3

Afin d’analyser les données 2020 comparées à celles de 2019, notamment pour l’évolution des remboursements, le code regroupement niveau 3 ainsi que le libellé associé doit être renseigné dans le référentiel « REF NOMENCLATURE ACTE HM CR NON MEDICALISE ».

Ces deux données sont présentes dans les univers DP et DP COM ainsi que dans la base étude.

Indicateurs

Les indicateurs présents dans l'univers Prestations sont les suivants :

* Montant frais réels
* Montant base de remboursement RO
* Montant RO
* Montant TM
* Montant PS1
* Montant PS2
* Montant total PS
* Montant RC
* Montant autre mutuelle
* Montant dépassement
* Montant Reste à charge
* Quantité d'actes
* Nombre de lignes de décompte

6. PRESENTATION PILOTAGE ENTREPRISE

6.1. Les univers Pilotage Entreprise 45

6.2. Le niveau d’agrégation et le périmètre de données 45

6.3. Les notions de visions fonctionnelles, périodes et arrêtés 46

6.4. Règle spécifique des comptages effectifs dans BO 47

6.4.1. Critères de niveau supérieur au « Produit » 47

6.4.2. Critères de niveau équivalent à « Produit » 47

6.4.3. Critère égal à « Garantie Base/Option » et filtre à réaliser à la restitution 48

6.4.4. Critère égal à « garantie », « Condition de vente » 48

6.5. Variables calculées communes 49

6.5.1. Le recalcul des taxes 49

6.5.2. Les indicateurs à calculer à la restitution 49

1. 1. Les univers Pilotage Entreprise

Sur la partie Pilotage Entreprise, il existe 8 univers différents actuellement dans Décibel et une interface (IHM) de saisie des corrections (**CF GUIDE UTILISATEURS**) :

* **Bilans** : cet univers permet de restituer les résultats techniques et les données d’analyse de prestations sur un niveau ligne de contrat avec des éléments plus fin tel que le département d’habitation.
  + - Univers DRS\_BILAN\_RT
* **CR/DP** : 6 univers permettent de restituer sur un niveau ligne de contrat
  + des données Effectifs pour la partie « Démographie » (par tranche d’âges, par sexe…)
    - Univers DRS\_DEMO
  + des données Prestations pour la partie « Données de Pilotage » (en masse, en coût par PP, en coût par type de bénéficiaire sur une nomenclature spécifique aux données CR).

Attention : les coûts par PP ou par type de bénéficiaire nécessitent un croisement entre l’univers Données de pilotage Prestations et l’univers Comptes de résultats qui dispose des effectifs. Depuis 2020, dans le cadre de 100% Santé, 3 nouveaux univers sont mis à disposition et permettent de piloter les données dentaires, optiques et audioprothèse.

* + - Univers DRS\_DP
    - Univers DRS\_DP\_CONSOMMANTS
    - Univers DRS\_DP\_DENTAIRE
    - Univers DRS\_DP\_OPTIQUE
  + des données « Effectif + Prestations + Cotisations » pour la partie « Comptes de résultat »
    - Univers DRS\_CR

CR/DP correspondent aux données pour constituer les reportings pour les entreprises clientes et les analyses faites par la Direction Assurance (pour suivre et piloter le risque dans le temps). Des univers supplémentaires (\_COM) sont disponibles avec copie des périodes officielles uniquement (cf. 8.2.1).

Pour rappel, les comptes de résultats Suadeo sont repris dans l’univers CR/DP pour les exercices 2016, 2017 et 2018. Le calcul Decibel est lui aussi disponible pour ces mêmes périodes.

Voir en annexe le tableau de synthèse expliquant les différences majeures entre les univers Bilans et CR/DP.

* **Historique des corrections** : cet univers permet de tracer toutes les corrections effectuées sur l’IHM CR corrigés. Les corrections actives (les dernières pour un exercice, une période) sont disponibles dans l’univers Comptes de résultats.
  + - Univers DRS\_CR\_HISTO\_CORR

**IHM CR Corrigés**: Cette interface permet de saisir les corrections des Comptes de Résultats pour prendre en compte les données non intégrées dans notre système de gestion (masse salariale et données en délégation de gestion).

Ces univers ne subissent aucune purge. Cela signifie que l'historique n'est jamais effacé, par conséquent, l'ensemble des chargements sont disponibles depuis l'initialisation.

Ces univers seront décrits dans les parties 7, 8 et 9.

* 1. Le niveau d’agrégation et le périmètre de données

Pilotage Entreprise est alimenté par les datamarts de Pilotage Mutuelle mais sont agrégés au niveau de la ligne de contrat : fédération / personne morale / contrat collectif / groupe d’assurés / produit / tarif / garantie consolidée / garantie technique / condition de vente.

Pour l’univers Bilans, on y ajoute le département d’habitation et l’âge.

Pour obtenir des données plus détaillées (ex détail des prestations par assuré), les extractions doivent être réalisées sur Pilotage Mutuelle.

Les données disponibles correspondent au périmètre Pilotage mutuelle hors les minorations ACS (gérées par produit ou par prime spécifique), les actes à exclure des comptes (actes 9DSC, 9DSCH de minoration de cotisations, Fonds social 9FOSO par exemple – voir la table PARAM EXCLUSION ACTE CR dans les référentiels).

Des règles supplémentaires d’exclusion pour CR/DP sont ajoutées (cf. partie 8).

Les consolidations de Pilotage Entreprise correspondent à des cumuls (à part sur certains indicateurs de démographie) à chaque fin de mois par exercice de soins.

Pour rappel, les dimensions sont mises à jour quotidiennement (en cible) et sont soient en dernière valeur, soit en valeur fin d’année (cf. 1.2.3.b).

Les notions de visions fonctionnelles, périodes et arrêtés

La **date d’arrêté** correspond au mois où l’on se place pour calculer les résultats (effectifs, prestations et cotisations).

Pour les arrêtés officiels, la date d’arrêté est soit février N+1 ou août N. Mais tous les arrêtés sont disponibles pour la Direction Assurance sur les univers Pilotage Entreprise.

Il existe 3 **visions fonctionnelles** disponibles :

En cours : l’exercice de soins N est soit vu en cours d’année, soit sans recul suffisant (donc avant février N+1). Dans ce cas, les effectifs rapportés aux prestations/cotisations seront en date f’effet.

Définitif : l’exercice de soins N est vu à février N+1 ou après (au maximum 12/N+2). Dans ce cas, les effectifs rapportés aux prestations/cotisations seront en date f’effet rétro.

Période M-2 : une partie de l’exercice de soins est vu avec 2 mois de recul (ex soins de 01 à 05/N vu à fin 07/N). Dans ce cas, les effectifs rapportés aux prestations/cotisations seront en date f’effet rétro.

Pour chaque mois d’arrêté consolidé, les 3 visions sont calculées.

Exemple : en janvier 2018,

En cours =

Sur exercice 2018, soins de janvier 2018 vu à fin janvier 2018

Sur exercice 2017, soins de janvier à décembre 2017 vu à fin janvier 2018

Définitif = soins de janvier à décembre 2016 vu à fin janvier 2018

Période M-2 = Soins de janvier à novembre 2017 vu à fin janvier 2018

La **période** correspond au triplet : exercice - année mois d’arrêté - type de période.

Exemple : 2017 – 201802 – Définitif

Avec 2017 = exercice de soins

201802 = année mois d’arrêté de paiement/calcul

Définitif = choix des mois de soins de 01 à 12 de l’exercice

Le **type de période** correspond à la notion de vision fonctionnelle avec remplacement par des libellés de temps connu (le trimestre ou le semestre ou Estimé). En effet, le semestre au sens fonctionnel correspond à une période spécifique M-2. De même pour le trimestre.

L’estimé N correspond à la vision en cours à fin août N/

Le type de période peut donc prendre les différentes valeurs suivantes : En cours, Définitif, Trimestre (uniquement possible sur la consolidation de mai), Semestre (uniquement possible sur la consolidation d’août), Estimé (uniquement possible sur la consolidation d’août), Période M-2.

Autres exemples :

2018 – 201804 – En cours

Avec 2018 = exercice de soins

201804 = année mois d’arrêté de paiement/calcul

En cours = choix des mois de soins de 01 à 04 de l’exercice

2018 – 201805 – Trimestre

Avec 2018 = exercice de soins

201805 = année mois d’arrêté de paiement/calcul

Trimestre = choix des mois de soins de 01 à 03 de l’exercice

Règle spécifique des comptages effectifs dans BO

L’effectif calculé doit dépendre du niveau choisi dans les restitutions. En effet, en fonction de la granularité demandée dans les différentes restitutions qui utilisent ces indicateurs, le comptage sera fait à partir des affiliations produits ou des affiliations garanties. De plus, en fonction des cas, un filtre sera à positionner (ou pas) sur ces mesures.

En conclusion, quatre règles de comptages seront à appliquer dans les requêtes en fonction des critères de restitutions sélectionnés :

* Règle de comptage pour les critères de niveau supérieur à produit (exemple : fédération technique, personne morale souscriptrice…) ou critères de regroupements de produit (exemple : la gamme …)
* Règle de comptage pour les critères de niveau équivalent à produit (exemple : nature de produit, tarif…)
* Règle de comptage pour les critères de niveau garantie Base/Option (=garantie consolidée) : Cela concerne les critères de niveau inférieur à produit et supérieur à garantie ainsi que les critères de regroupements de garantie (exemple : famille de garantie, nature de garantie …)
* Règle de comptage pour les critères de niveau équivalent à garantie (exemple : condition de vente)

Remarque : Cette règle est mise en place dans les univers BO afin que l’utilisateur n’ait pas à choisir la mesure. Par contre, cette règle est à réaliser manuellement sur SAS.

Critères de niveau supérieur au « Produit »

Lorsqu’un critère de niveau supérieur à produit (exemple : PM, Contrat, Groupe, Gamme…) est sélectionné, alors le comptage des effectifs doit se faire à partir des affiliations produit. De plus, un filtre est nécessaire pour ne pas tenir compte dans les comptages des produits dont la nature de produit est « Surcomplémentaire interne ».

Remarque **:**

Sont concernés par cette règle des critères de regroupement de produit (exemple : la gamme, la famille…)

Sans filtre, on compterait des effectifs en double à la fois sur le produit de nature base et sur celui de nature surcomplémentaire interne.

**🗹** Attention : Cette exclusion des produits dont la nature de produit est surcomplémentaire interne n’est pas à effectuer sur les mesures prestations (RC, TM, PS …) ni sur les montants de cotisations.

Critères de niveau équivalent à « Produit »

Lorsque l’on sélectionne un critère de même niveau que produit, le comptage des effectifs se fait à partir des affiliations produit. Dans ce cas, on ne fait aucun filtre supplémentaire (Il faut bien tenir compte des effectifs des produits de nature surcomplémentaire interne)

Critère égal à « Garantie Base/Option » et filtre à réaliser à la restitution

Ce niveau est à traiter spécifiquement et différemment du niveau équivalent à « Garantie technique ». La garantie Base/Option (correspond à la garantie consolidée) est un ensemble de garantie technique, il ne faut pas prendre en compte les effectifs de toutes les garanties techniques inclus dans une garantie Base/Option (sinon on compterait des effectifs en double voire triple).

Lorsqu’un critère de niveau Garantie Base/Option (Garantie consolidée ou regroupement de critère de niveau garantie) est sélectionné, alors le comptage des effectifs doit se faire à partir des affiliations garantie.

De plus, un filtre est nécessaire pour ne pas tenir compte dans les comptages, des garanties ayant la variable « Top comptage GT consolidée » à 0.

Remarque : Ce filtre est à réaliser par l’utilisateur.

**Top comptage GT consolidée** **:**

Si le code de la garantie technique est présent dans le code de la garantie consolidée (base/option + code GT) alors 1 sinon 0.

Critère égal à « garantie », « Condition de vente »

Lorsqu’un critère de même niveau que garantie est sélectionné (par exemple, condition vente …) alors le comptage des effectifs doit se faire à partir des affiliations garantie. Dans ce cas, aucun filtre supplémentaire n’est nécessaire.

* 1. Variables calculées communes

Le recalcul des taxes

Le calcul avant modification dans Infinite correspond à la présentation économique des comptes de résultats aux entreprises clientes. Cette présentation est différente du calcul comptable.

Dans la présentation économique, il n’est pas souhaité dissocier les cotisations Obsèques / Assistance / Santé. En effet, les négociations commerciales doivent se réaliser sur le montant de cotisation totale.

De plus, il est nécessaire de conserver une cohérence avec l’ancien calcul des taxes dans les comptes de résultats et éviter de mettre en difficulté le commercial devant l’entreprise (décision commune Développement/DTA).

C’est dans ce cadre que le décisionnel doit recalculer le montant des taxes selon l’ancienne méthode Infinite et ceci uniquement dans les Comptes de résultats. Il n’y a pas de recalcul dans l’univers Cotisations.

Règle des taxes recalculées : Le taux de taxe présent sur la condition de vente de la garantie principale doit s’appliquer sur toutes les garanties du produit (quel que soit le taux de taxe présent sur les autres garanties du produit). Il s’agit du taux de taxe défini au niveau produit-tarif (donc GT principale / CV). C’est ce taux de taxe qu’il faut utiliser pour recalculer les différentes mesures. Si une modification de taxe est constatée en cours d’année, le dernier taux connu de l’exercice est utilisé pour le calcul.

Ce recalcul des taxes a un impact sur le montant des cotisations HT et sur les mesures induites (frais de gestion par exemple). Les variables sont alors appelées « recalculées ».

Remarques :

* Les univers Bilans et CR/DP disposent des taxes sources et des taxes recalculées.
* Dans la base étude, la formule des taxes recalculées est à réaliser par les utilisateurs (c’est transparent sur BO mais pas sur SAS).
  + 1. Les indicateurs à calculer à la restitution

Plusieurs indicateurs sont calculés au moment de la restitution sur BO (dans les requêtes utilisateurs) :

* L’effectif moyen se calcule ainsi : « effectifs cumulés » / nombre de mois d’arrêté,
* l’âge moyen correspond à : « âges cumulés » / « effectifs cumulés »,
* le coefficient familial correspond à : « effectifs cumulés » / « effectifs cumulés Chefs de famille »

Pour le coefficient semi-familial, voir partie 8.

Attention, pour les indicateurs effectifs à calculer, il faut prendre en compte la problématique des comptages selon les niveaux (cf. §6.4).

* le P/C,
* les coûts par PP (ex : RC / effectifs moyens), les coûts par PP et par type de bénéficiaire.

7. BILANS

7.1. Présentation générale 51

7.2. Variable calculée les consommants 51

7.3. Filtres prédéfinis : 51

1. 1. Présentation générale

Les données « Bilans » sont issues de Pilotage Mutuelle, elles sont consolidées par exercice par mois d’arrêté selon différentes visions. Ces données sont complétées par des données référentielles.

Les informations sont agrégées au niveau de la ligne de contrat avec le détail département d’habitation et âge. Ainsi, même s’il ne descend pas au bénéficiaire, il permet une analyse relativement fine.

Les consolidations correspondent à des arrêtés fin de mois par exercice de soins. Ainsi, on analyse un cumul de données pour une période jusqu’au mois d’arrêté en question selon les règles définies pour chaque vision.

La restitution « Bilans » contient tous les mois d’arrêtés, ainsi il sera possible d’analyser un exercice à un mois d’arrêté donné. Un exercice N est consolidé jusque l’arrêté de décembre N+2.

Pour un même mois d’arrêté, trois exercices sont calculés.

L’univers bilan contient uniquement la partie « Résultats Techniques » qui croise les prestations, cotisations et effectifs.

La partie « Analyse des prestations » qui contiendra les indicateurs de prestations ventilés par grand poste sera dans une version ultérieure.

Voir en annexe le tableau de synthèse expliquant les différences majeures entre les univers Bilans et CR/DP.

Chargements prévus à partir de décembre 2018 + reprises de l’historique depuis 01/2017.

* 1. Variable calculée les consommants

Non disponible actuellement.

* 1. Filtres prédéfinis :

Deux filtres sont disponibles pour sélectionner ou exclure des périmètres spécifiques :

* Les produits exclus dans CR/DP sont topés dans bilans à partir du « Flag Produit Exclu ». Il s’agit des produits spécifiques 44 et des produits additionnels qui ne doivent pas apparaître dans les comptes.
* Les groupes en ANI mutualisé sont ciblés à partir du « flag ANI ». Il s’agit des groupes d’assurés dont le code ANI est égal à « MUTU ». Dans CR/DP, les montants de prestations, cotisations et les effectifs concernant ces groupes sont exclus. Par contre, ils sont intégrés dans les bilans pour permettre l’étude du compte mutualisé.

8. Comptes de résultats et Données de pilotage

8.1. Présentation générale 53

8.2. Top période officielle, Top version à diffuser, Top version interne et Année mois fin de campagne 53

8.2.1. Top période officielle 53

8.2.2. Rechargements et Top version à diffuser, Top version interne et Année mois fin de campagne 54

8.3. Variables calculées 54

8.3.1. Le coefficient semi-familial à calculer à la restitution 54

8.3.1. Les factures non parvenues et les montants proratisés 55

8.3.1. Contribution Forfait médecin traitant 55

8.4. Règles spécifiques des frais réels sur les données de pilotage Prestations 56

8.4.1. La nomenclature d’actes « Obsèques » 56

8.4.2. La nomenclature d’actes « Naissances » 56

8.4.3. La nomenclature d’actes « Cures » 57

8.4.4. Les bonifications 57

8.5. Filtres prédéfinis 57

8.6. Corrections des comptes de résultats 58

8.7. Reprise de données des Comptes de résultats et Données de pilotage Suadeo 58

1. 1. Présentation générale

Les données « CR/DP » sont issues du datamart Bilans pour l’univers « Comptes de résultats », du datamart Prestations de Pilotage Mutuelle pour l’univers « Données de pilotage » Prestations et du datamart Effectifs mensuels de Pilotage Mutuelle pour l’univers « Démographie ». Elles sont consolidées par exercice par mois d’arrêté selon différentes visions. Ces données sont complétées par des données référentielles.

Les informations sont agrégées au niveau de la ligne de contrat correspondant au niveau de restitution officiel. Le niveau de restitution est donc différent de l’univers Bilans et le périmètre de données respecte les règles à appliquer pour les restitutions clients : certains produits sont exclus (produits 44 et additionnels), les groupes ANI mutualisés sont exclus.

Les consolidations correspondent à des arrêtés fin de mois par exercice de soins. Ainsi, on analyse un cumul de données pour une période jusqu’au mois d’arrêté en question selon les règles définies pour chaque vision.

Les restitutions « CR/DP » contiennent tous les mois d’arrêtés, ainsi il sera possible d’analyser un exercice à un mois d’arrêté donné. Un exercice N est consolidé jusque l’arrêté de décembre N+1 (contrairement à Bilans dont le dernier arrêté sera décembre N+2).

Pour un même mois d’arrêté, deux exercices sont calculés.

Dans les univers officiels (\_COM), seules les périodes officielles sont disponibles.

La partie « Comptes de résultats » croise les informations d’effectifs, de prestations et cotisations. Les données prestations et cotisations peuvent être corrigées dans l’IHM CR Corrigés (cf. guide utilisation IHM), les corrections sont instantanément restituées dans les univers et la base étude.

Les données de pilotage correspondent aux indicateurs de prestations ventilés par poste (plusieurs niveaux de nomenclature d’actes).

L’univers « Démographie » correspond aux indicateurs d’effectifs par tranches d’âge, par composition familiale ou par sexe.

Voir en annexe le tableau de synthèse expliquant les différences majeures entre les univers Bilans et CR/DP.

Chargements prévus à partir de décembre 2018.

* 1. Top période officielle, Top version à diffuser, Top version interne et Année mois fin de campagne
     1. Top période officielle

Il s’agit d’un paramétrage qui permet définir quelles périodes sont officiellement présentés en entreprise.

Actuellement,

* le définitif N est présenté à fin février N+1,
* le semestre N et l’estimé N sont présentés à fin août N.

Ces dates sont modifiables.

* + 1. Rechargements et Top version à diffuser, Top version interne et Année mois fin de campagne

Les informations « Top version à diffuser », « Top version interne » et « Année mois fin de campagne » sont utilisés pour gérer les rechargements. En effet, dans certains cas, les rechargements ne doivent pas écraser des chargements antérieurs.

Remarque : dans tous les cas, les axes d’analyse (dimensions) sont mises à jour à la volée (en cible). Cette mécanique permet seulement de ne pas écraser des données de faits.

L’année mois fin de campagne correspond à la date où l’on souhaite que les données d’une période soient figées.

Le top version interne et le top version à diffuser permet de visualiser les 1ers chargements et les rechargements si besoin.

Si pour une période, une année mois fin de campagne est renseignée :

Tout rechargement avant cette date peut écraser les informations.

* Dans ce cas, le top version interne et le top version à diffuser restent à 1.

Tout rechargement à cette date « Année mois fin de campagne » ou après cette date n’écrase pas les informations mais correspond à des données supplémentaires stockées.

* Dans ce cas, pour les données précédentes non écrasées, le top version interne est mis à 0 et le top version à diffuser reste à 1. Il s’agit de données déjà présentées officiellement.
* Pour les données correspondant au nouveau chargement, le top version interne est mis à 1 et le top version à diffuser est mis à 0.

Remarque :

* dans tous les cas, la communication d’un rechargement et ses impacts est réalisée auprès des utilisateurs.
* En cas de rechargement stocké (rare), il faut faire attention à ne pas sommer 2 fois les périodes en utilisant les filtres « Top version à diffuser », « Top version interne ».
* Seules les données avec Top version à diffuser = 1 sont intégrées dans l’IHM CR Corrigés et dans Historique des corrections (par contre, une correction sur une période s’applique sur les 2 versions disponibles s’il y a eu un rechargement après l’année mois fin de campagne).
  1. Variables calculées
     1. Le coefficient semi-familial à calculer à la restitution

En plus des indicateurs cités en §6.5.2, le coefficient semi-familial doit être calculé au moment de la restitution sur BO (dans les requêtes utilisateurs).

La règle est :

Le champ Composition familiale CR 1 (Célibataire/Couple) doit être égal à « Couple ».

Le coefficient semi-familial correspond alors à : « effectifs cumulés » / « effectifs cumulés Chefs de famille »

Attention, pour les indicateurs effectifs à calculer, il faut prendre en compte la problématique des comptages selon les niveaux (cf. §6.4).

* + 1. Les factures non parvenues et les montants proratisés

Les taux de FNP et de proratisation sont paramétrables dans des référentiels spécifiques (cf. document référentiels). Les montants sont donc calculés si les informations sont disponibles pour la période (exercice – Année mois d’arrêté – type de période).

Dans ce cas, les indicateurs disponibles sont :

|  |
| --- |
| Montant de proratisation |
| Montant total RC Estimé (yc Proratisation) |
| Montant Factures Non Parvenues |
| Montant Total RC (yc FNP) |

Remarques :

Si le taux de proratisation est à 0 ou non renseigné, les indicateurs « Montant de proratisation » et « Montant total RC estimé (yc Proratisation) sont non renseignés (vides). Le P/C n’est alors pas possible (il est vide).

Si le taux FNP est à 0 ou non renseigné, les indicateurs « Montant de Facture non parvenue » et « Montant total RC (yc FNP) » sont renvoyées non renseignés (vides). Le P/C n’est alors pas possible (il est vide).

* Cela permet de ne pas utiliser ces indicateurs à tort.
* Dans ces cas, il faut utiliser Montant Total RC (donc hors FNP et proratisation).
  + 1. Contribution Forfait médecin traitant

Cette mesure est calculée (à la volée) uniquement à partir de l’exercice 2014. Cette ligne spécifique « contribution forfait médecin traitant » apparait dans les restitutions « Comptes de résultat ». Elle intervient dans le cadre de la généralisation du tiers payant.

Le montant unitaire de la participation mutuelle est géré dans une table de paramétrage. La mutuelle verse au médecin traitant une participation annuelle (par exemple de 5€ en 2014) pour chaque bénéficiaire ayant consommé au moins une Consultation/Visite dans le parcours de soins.

Dans CR/DP, on utilise 2 règles de calcul génériques pour calculer ce montant, selon l’exercice (celui-ci n’est pas calculé en fonction du nombre réel de consommateurs).

* Jusqu’en 2018 :

La règle de calcul de la « Contribution forfait médecin traitant » dépend de 2 éléments :

* du nombre d’affiliations garantie de la période sélectionnée
* du paramétrage qui contient : taux de consommants et montant de la participation par consommants par exercice.

Ces deux critères font partie d’une table de paramétrage gérée actuellement par exercice et période.

La formule du FMT est la suivante :

nombre d’affiliations garantie

* + dont le top GT principale=1
  + et dont la nature du produit est différente de « surcomplémentaire interne »
  + et dont la nature de la garantie est « base »
  + dont la famille de produit est « santé ». (règle à ajouter - en cours).

multiplié par le taux de consommant de l’exercice

multiplié par le montant de la participation de l’exercice

* A partir de 2019 :

1. Evolution de la règle de calcul :

La règle de calcul de la « Contribution forfait médecin traitant » dépend :

* + du montant de cotisation HT
  + du taux contribution FPMT (qui fait parti d’une autre table de paramétrage gérée par exercice)

La formule est la suivante : cotisations Hors Taxes \* taux Contribution FPMT

Si le taux contribution FPMT ou le montant de cotisations Hors Taxes sont à 0 ou non renseigné, la contribution FMT est à 0.

La formule change selon l’exercice.

1. Création d’un nouvel indicateur :

Les taxes étant recalculées avec la taxe de la GT principale appliquée sur l’ensemble des Garanties Techniques, un 2ème indicateur « Contribution recalculée forfait Médecin Traitant » est mis en place.

La formule de calcul est la suivante : Montant recalculé de cotisations HT \* taux Contribution FPMT

Si le taux contribution FPMT ou le montant de cotisations Hors Taxes sont à 0 ou non renseigné, la contribution FMT est à 0.

La formule change selon l’exercice.

Remarques :

* Le calcul FMT s’applique toujours uniquement à la famille de produit « santé ».
* Si le taux de consommant, le montant de participation ou le taux FMT sont à 0 ou non renseigné, la contribution FMT est renvoyé à 0.
* Le Montant de cotisations nettes est alors égal au montant de Montant de cotisations nettes Hors FMT.
* Le calcul P/C est possible.

Important : les indicateurs nommés « Hors FMT » signifient qu’ils ne prennent pas en compte le calcul de cette contribution (elle n’est pas déduite).

* 1. Règles spécifiques des frais réels sur les données de pilotage Prestations

Pour certaines catégories d’actes, la correction des montants de frais réels réalisée dans l’univers Prestations (cf. §5.1.2.a) ne suffit pas pour restituer correctement le Reste à charge.

Des règles spécifiques sont alors intégrées dans les données de pilotage pour définir le montant « Montant frais réels forcés ».

Remarque : Pour les autres nomenclatures, le « Montant Frais réels forcés » correspond au "Montant frais réels".

* + 1. La nomenclature d’actes « Obsèques »

Pour la nomenclature Obsèques, les frais réels ne sont pas toujours saisis ou sont mal saisis. Dans ce cas, si le montant des Frais réels en valeur absolue est inférieur au montant RC en valeur absolue, alors le montant des Frais réels est forcé avec le Montant RC. Ainsi, le Montant Reste à charge n’est pas négatif.

* + 1. La nomenclature d’actes « Naissances »

Pour les naissances, les frais réels ne sont pas saisis. Ils doivent être forcés avec le montant RC, afin que le Montant Reste à charge soit égal à 0.

* + 1. La nomenclature d’actes « Cures »

Les prestations Cures peuvent être réglées sur plusieurs lignes actes, du fait de plusieurs actes forfaitaires supplémentaires. Or, il faut vérifier sur l’ensemble si le RAC est négatif à tort.

La règle de correction des frais réels est alors un peu plus fine :

* Elle doit être appliquée avant agrégation au niveau de la ligne de contrat Pilotage Entreprise. En effet, la correction est réalisée en vérifiant par personne protégée, contrat individuel et date de soins.
* Elle doit calculer le montant des frais réels corrects sur le total des lignes d’actes mais corriger en ajoutant le différentiel uniquement sur une seule ligne acte.

Exemple :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ligne actes Cure | Montant Frais réels | Montant RO | Montant RC | **RAC avant correction** | **Montant Frais réels Forcés** | **RAC après correction** |
| Forfait thermal (FTH et 1FTH) | 1301,87 | 827,67 | 433,37 | 40,83 | **1301,87** | 40,83 |
| Forfait cure thermale (9FCU) | 0 | 0 | 300 | -300 | **259,17** | -40,83 |
|  | 1301,87 | 827,67 | 733,37 | **-259,17** | **1561,04** | **0** |

* + 1. Les bonifications

Pour les bonifications (optique, audio prothèse ou dentaire), il n’y a pas de frais réel. Donc le calcul du montant Reste à charge donnera toujours un montant de Reste à charge négatif sur cette ligne d’actes. Il n’y a pas de règle de correction spécifique pour ces nomenclatures. Le RAC est correct sur le regroupement supérieur.

En restitution officielle pour les entreprises, il ne faut pas faire apparaître le RAC négatif sur la ligne bonification (solution BO en cours d’étude par la MOA).

* 1. Règles spécifiques du 100% Santé

La réforme reste-à-charge zéro, appelée 100 % santé est une réforme majeure pour améliorer l’accès aux soins en optique, audiologie et dentaire. Elle prévoit une prise en charge progressive, par l’Assurance maladie et les complémentaires, de certains soins optiques, dentaire et d’audioprothèses, puis leur remboursement intégral d’ici à 2021.

Afin d’exploiter et de restituer les informations liées à cette réforme dans les rapports existants mais aussi pour la mise en place de nouveaux rapports (zooms optique, zoom audioprothèse, zoom dentaire), les données et règles suivantes sont mises en place :

* + 1. Panier de soins

Cette information présente dans le datamart Prestation (voir chapitre 5.3.1) est restituée dans les univers DP et DP COM.

* + 1. Panier de soins CR

La notions de panier de soins CR (Panier 100% Santé, Panier Maitrisé, Panier Libre, etc.) est gérée à partir d’un référentiel en fonction du code regroupement niveau 6. Cette donnée est disponible dans les univers BO DP et DP COM (remarque : donnée également présente dans l’univers Prestation).

* + 1. Tranche d’âge CR Niveau 5 et 6

Il existe une nouvelle distinction pour l’optique entre les « - de 16 ans » et les « + de 16 ans » au niveau du prix maximum de vente des montures ainsi que les modalités de renouvellement et de remboursement.

Pour l’audioprothèse, la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) ainsi que le Prix Limite de Vente (PLV) et le remboursement sont différents selon si la personne a – de 20 ans ou + de 20 ans.

Ces deux nouvelles tranches d’âges sont gérées à partir du référentiel TRANCHE AGE CR et sont disponibles dans les univers BO DP et DP COM.

* + 1. Regroupement acte non médicalisé niveau 3

Ces informations présentes dans le datamart Prestation (voir chapitre 5.3.3) sont restitués dans les univers DP et DP COM.

* + 1. Localisation de la dent

Le code localisation dentaire est présent dans le DTM prestations aux travers de 16 variables : Localisation dentaire 1, localisation dentaire 2, …, localisation dentaire 16. Ce code est composé de deux caractères :

* Le 1er donne le quadrant
* Le 2ième donne la position (1 à 8)

Exemple : numéro 13 = canine droite (vue de face)

|  |  |
| --- | --- |
| [Résultat de recherche d'images pour "localisation dentaire"](http://www.google.fr/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&ved=2ahUKEwiUjc_liNbmAhW4BGMBHXaTDkYQjRx6BAgBEAQ&url=http%3A%2F%2Fforum.doctissimo.fr%2Fsante%2Fdents%2Fdent-pivot-douleur-sujet_175888_1.htm&psig=AOvVaw16EmIRNKNt-V7AxR2-sRcz&ust=1577544268024865) | [Résultat de recherche d'images pour "localisation dentaire"](https://www.google.fr/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwidzKKPidbmAhXBDmMBHaI4A0IQjRx6BAgBEAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.guidedessoins.com%2Fnumerotation-des-dents-numerotation-et-quadrants%2F&psig=AOvVaw16EmIRNKNt-V7AxR2-sRcz&ust=1577544268024865) |

Le libellé de la localisation dentaire est restitué dans l’univers DP\_DENTAIRE\_COM à partir d’un référentiel qui contient le libellé de la dent en fonction de la position de la dent. Cette information est présentée dans les rapports BO du Zoom dentaire.

* + 1. Consommants

Un consommant est un assuré ayant consommé au moins une fois sur une période de soins pour un poste d’actes, sachant que :

* L’assuré est la personne protégée (Code fonctionnel PP),
* La période de soins est un exercice de soins à une date d’arrêté (Estimé 2020, Semestre 2020, Définitif 2020 avec les dates d’arrêtés officielles ou non),
* Le poste d’actes est fonction du niveau et de la nomenclature utilisés.

Le taux de consommant est calculé à partir du DTM Prestation et est ensuite restitué dans les rapports DP. Les informations sont disponibles sur l’univers DP\_CONSOMMANTS\_COM. Aucun indicateur n’est présent dans cet univers, ils sont à calculer à la volée dans les rapports.

* 1. Filtres prédéfinis

|  |
| --- |
| Flag PM Souscriptrice Exclue |
| Flag Fédération Technique Exclue |

Ces filtres sont disponibles pour sélectionner ou exclure des Personnes Morales ou des Fédérations techniques (si par exemple les données n’ont pas été corrigées). Cela permet notamment de sortir des comptes globaux (par gamme, marché, etc) sans ces cas particuliers.

Pour qu’ils fonctionnent, les utilisateurs devront mettre à jour la table de paramétrage pour chaque filtre (cf. doc référentiels).

* 1. Corrections des comptes de résultats

L’application CR Corrigés permet de saisir des montants corrigés de prestations et de cotisations pour les comptes de résultats (pas de correction dans les données de pilotage qui sont sur un niveau beaucoup trop fin). Ces montants sont alors disponibles instantanément dans l’univers :

Montant RC Corrigé

Montant de cotisations TTC Corrigé

Le « Flag données corrigées » est à 1 si au moins un des 2 indicateurs est corrigé.

Tous les indicateurs (ex montant FNP) se basent automatiquement sur ces montants corrigés si une correction a été saisie, sinon sur les montants d’origine.

Remarques :

* les corrections Effectifs /âges et la modification de la règle de l’éclatement des frais sur des dossiers spécifiques ne sont pas possibles actuellement (version ultérieure).
* en cas de corrections successives, seules les dernières corrections pour un exercice, période, ligne de contrat sont disponibles dans l’univers (cf partie 9).
* Seules les données avec Top version à diffuser = 1 sont intégrées dans l’IHM CR Corrigés et dans Historique des corrections.
* Si pour une période, il y a à disposition plusieurs versions (version interne et version à diffuser), la correction est restituée sur les 2 versions. On ne peut donc pas « corriger » les montants de la version interne sans modifier la version à diffuser.
  1. Reprise de données des Comptes de résultats et Données de pilotage Suadeo

Une reprise de données (RDO) des Comptes de résultats et Données de pilotage est effectuée sur Pilotage Entreprise pour les exercices 2016, 2017 et 2018. L’objectif est de garder les informations transmises officiellement aux entreprises clientes et de pouvoir les restituer.

Il s’agit, pour chaque exercice, du semestre N à fin août N, de l’estimé N à fin août N et du définitif N à fin février N+1

Ces données seront disponibles avec

top période officielle à 1,

top version à diffuser à 1,

top version interne à 0.

Pour ces mêmes périodes, à partir de l’exercice 2017, les calculs propres à Decibel seront disponibles aussi avec

top période officielle à 1,

top version à diffuser à 0,

top version interne à 1.

9. Historique des corrections

Il est nécessaire de conserver l’historique des différentes corrections successives qui sont faites sur une ligne de contrat. En effet, toutes les corrections doivent être conservées pour assurer leur traçabilité et pouvoir expliquer les données présentées.

Seules les lignes de contrat avec correction sont disponibles dans cet univers. Pour rappel, les lignes corrigées dans l’univers CR/DP sont repérables avec le « Flag données corrigées ».

Les informations stockées pour une ligne de contrat sont les montants d’origine (de la version à diffuser uniquement) et les montants corrigés (RC et cotisations TTC), la date de la correction, le code login de l’utilisateur. On retrouve comme pour les autres univers les attributs de chaque axe de la ligne de contrat (ex : la raison sociale pour la Personne Morale).

ANNEXE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CR/DP/démo** | **Bilans** |
| **origine des données** | Pilotage mutuelle et Bilans | Pilotage mutuelle |
| **Utilisateurs** | DTA | DTA |
| **Données corrigées** | Données d'origines + Données corrigées dans CR (avec Filtre possible sur "Top donnée corrigée") | Données d'origines uniquement |
| **Dates d’arrêté** | toutes | toutes |
| **Ruptures** | libres | libres |
| **Périodes** | Plusieurs possibles (Pas de limite) | Plusieurs possibles (Pas de limite) |
| **Exercice N** | vu jusque fin décembre N+1 | vu jusque fin décembre N+2 |
| **CR mutualisé automatique** | pas dans l'univers | pas dans l'univers |
| **Gestion accès portefeuille** | pas dans l'univers | pas dans l'univers |
| **Gestion des resttitutions par rapports au calcul du nombre de CF** | pas dans l'univers | pas dans l'univers |
| **Exigences de présentations** | pas dans l'univers | pas dans l'univers |
| **Périmètre de données** | Marché : Collectif et Individuel | Marché : Collectif et Individuel |
| Toutes les familles (Filtre possible sur Santé) | Toutes les familles (Filtre possible sur Santé) |
| Toutes les PM et Fédérations (Filtre possible sur Top PM exclue / Top Fédé exclue) | Toutes les PM et Fédérations (Filtre possible sur Top PM exclue / Top Fédé exclue) |
| **Exclusion de données dans Datamart** | Exclusion des produits ayant un type de produit ACS | Exclusion des produits ayant un type de produit ACS |
| Exclusion élément de prime (ACS) | Exclusion élément de prime (ACS) |
| Exclusion certains produits (produits 44 et produits additionnels - référentiel manuel) | Tous les produits  (Filtre possible sur Top produits exclus) |
| Exclusion d’actes (Table, ex : 9F0S0, 9ZCAR, 9PBCD …) | Exclusion d’actes (Table, ex : 9F0S0, 9ZCAR, 9PBCD …) |
| Exclusion des données liées à de l’ANI mutualisé | Pas d'exclusion des données ANI mutualisé (filtre possible) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CR/DP/démo** | **Bilans** |
| **Cotisations** | Cotisations HT | Cotisations HT |
| Cotisations TTC | Cotisations TTC |
| Cotisations nettes | Cotisations nettes hors FMT |
| cotisations et taxes source | cotisations et taxes source |
| frais de gestion sur cotisations HT source (dernier taux de l'exercice) | frais de gestion sur cotisations HT source (dernier taux de l'exercice) |
| recalcul des taxes et cotisations HT | recalcul des taxes et cotisations HT |
| frais de gestion sur cotisations HT recalculées  (dernier taux de l'exercice) | frais de gestion sur cotisations HT recalculées  (dernier taux de l'exercice) |
| **Prestations** | Montants TM/PS1/PS2/RC | Montants TM/PS1/PS2/RC |
| Prestations totales y compris FNP ou proratisation | Prestations totales hors FNP et proratisation |
| Montant RO, FR, RAC | - |
| Quantité d'actes | - |
| **Nomenclature d’actes** | Standard (6 niveaux) |  |
| Non médicalisée (2 niveaux) |  |
| Médicalisée (3 niveaux) |  |
| Nomenclature Bilans | Nomenclature Bilans |
| **Calculs** | Forfait médecin traitant | - |
| Factures non parvenues | - |
| Proratisation | - |
| Frais de gestion / commission d'apport | Frais de gestion / commission d'apport |
| Participation ANI | Participation ANI |
| P/C net | P/C net hors FMT |
| - | Consommants |
| **Granularité lignes de contrat** | Fédération/PM/CNTC/GA | Fédération/PM/CNTC/GA |
| Produit/Tarif/ GT consolidée/GT/CV | Produit/Tarif/ GT consolidée/GT/CV/ |
| Age sur les DP uniquement | DPT/âge |
| **Données de pilotage** | Démographie détaillée | - |
| DP prestations | - |
| **RDO** | depuis octobre 2016 ? (chargement PM) + CR Suadeo | depuis octobre 2016 ? (chargement PM) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | absent dans la 1ère version |