



AVENANT 14

Avenant au CDC SESAM-Vitale,

EV95-Prise en charge des victimes d'attentat

Systeme de facturation SESAM-Vitale

Ce document a été élaboré par le GIE SESAM-Vitale.

Conformément à l'article L.122-4 du Code de la Propriété Intellectuelle, toute représentation ou reproduction (intégrale ou partielle) du présent ouvrage, quel que soit le support utilisé, doit être soumise à l'accord préalable écrit de son auteur.

Il en est de même pour sa traduction, sa transformation, son adaptation ou son arrangement, quel que soit le procédé utilisé.

Tout manquement à ces obligations constituerait un délit de contrefaçon, au sens des articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, susceptible d'entraîner des sanctions pour l'auteur du délit.

**AVENANT14****EV95-Prise en charge des victimes d'attentat**

Référence du document

Version du document **02.10**

Date **12/06/2017**

Référence **PDT-CDC-078**

Vue générale

Professionnels de Santé concernés **Tous**

Palier concerné **1.40 Addendum 7**
+ Avenant EV78
+ Avenant EV79
+ Avenant 10
+ Avenant 12
+ Avenant 13

Compatibilités

Cahier des Charges SESAM-Vitale **7.20**

+ Avenant EV78
+ Avenant EV79
+ Avenant 10
+ Avenant 12
+ Avenant 13

Package d'agrément **1.40.11**

Dispositif Intégré **3.90**
+ Avenant EV78
+ Avenant EV79
+ Avenant 10
+ Avenant 12
+ Avenant 13

TLA **4.10**
+ Avenant EV78
+ Avenant 10
+ Avenant 12
+ Avenant 13

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	6
1.1	Contexte	6
1.2	Identification du socle fonctionnel de référence cible	7
1.3	Guide de lecture	7
2	EV95 : Prise en charge des victimes d'attentat	8
2.1	Présentation de la mesure	8
3	Impacts dans le CDC Editeurs	10
3.1	Synthèse des impacts	10
3.2	Détail des impacts : Documents Communs CDC/DI/TLA	13
3.2.1	<i>Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »</i>	13
3.2.2	<i>Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification – Partie Tables»</i>	16
3.3	Détail des impacts : Documents CDC-Editeurs	21
3.3.1	<i>Impacts Corps du CDC</i>	21
3.3.2	<i>Impacts A1-A</i>	22
3.3.3	<i>Impacts A1-A0</i>	24
3.3.4	<i>Impacts A1-A3</i>	29
4	Impacts dans le Référentiel Dispositif Intégré	44
4.1	Synthèse des impacts	44
4.2	Détail des impacts	45
4.2.1	<i>Rh-integ-dsf-020 specifications de l'application partie 1</i>	45
4.2.2	<i>Rh-integ-dsf-034 annexe 10 gestion amc</i>	51
5	Impacts dans le Référentiel TLA	52
5.1	Synthèse des impacts	52
5.2	Détail des impacts	53
5.2.1	<i>Rh-tla-dsf-003 application TLA-Elaboration FSE visite</i>	53

1 Introduction

1.1 Contexte

Ce document constitue un avenant aux documents suivants :

- Cahier des charges SESAM-Vitale 1.40.

Evolution

Cet avenant a pour objet de présenter les modifications du système de facturation SESAM-Vitale 1.40 pour la mise en œuvre de l'évolution :

EV95 : « Prise en charge des victimes d'attentat »

PS concernés

Cet avenant concerne les Professionnels de Santé suivants :

Tous

Analyse d'impact

L'analyse d'impact et les modifications du système de facturation SESAM-Vitale sont présentées sous forme de delta par rapport au palier fonctionnel suivant :

**1.40 – Addendum 7
+ Avenant EV78
+ Avenant EV79
+ Avenant 10
+ Avenant 12
+ Avenant 13**

1.2 Identification du socle fonctionnel de référence cible

Consigne d'implémentation

La version du socle fonctionnel de référence n'est pas modifiée par cet avenant.

Les éditeurs implémentent dans le champ 'sujet' du message SMTP transmis à l'organisme d'assurance maladie, la référence fournie par les API SSV en sortie de la fonction « Formater_Lot » dans le champ 7 du groupe 13 pour un fichier de FSE et dans le champ 7 du groupe 93 pour un fichier de DRE.

1.3 Guide de lecture

Indications dans la marge



Les éléments importants et les remarques sont indiqués par une main dans la marge.

Codes couleur

Les codes couleur suivants sont utilisés dans cet avenant et également dans les documents du cahier des charges SESAM-Vitale 1.40 ou du Dispositif intégré afin de permettre la lecture par thèmes :

Texte surligné en jaune

Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale ou Dispositif Intégré

Texte surligné en jaune foncé

Texte ajouté pour l'évolution du CDC SESAM Vitale ou Dispositif Intégré par rapport à la précédente version de ce document

Texte surligné en gris

Texte ajouté par rapport à la précédente version de ce document

~~Texte barré suivant la couleur~~

Texte supprimé du CDC SESAM Vitale ou du Dispositif intégré

Le titre du paragraphe est surligné en couleur dès lors que le paragraphe est modifié.

Pour des besoins de commodités de lecture, lorsque le texte du paragraphe est entièrement nouveau, le texte n'est pas surligné en jaune, seuls les titres de paragraphes sont surlignés en jaune.

2 EV95 : Prise en charge des victimes d'attentat

2.1 Présentation de la mesure

Réglementation

L'Article 63 de la LFSS 2016 (Prise en charge des personnes victimes d'un acte de terrorisme) donne l'obligation pour les victimes d'attentat de prendre en charge 150% du tarif conventionné (ou à 1,5 fois du PU conventionné) les prothèses dentaires et certains articles de la LPP.

L'article 60 de la LFSS 2017, qui vient compléter l'article 63 de la LFSS 2016, accorde aux victimes d'attentats le bénéfice d'une prise en charge intégrale (y compris les dépassements), et sans avance de frais, des dépenses de soins en lien avec les actes de terrorisme. Date d'effet 01/07/2017.

Précisions

Attestation

Attestation de prise en charge des victimes d'actes de terrorisme.

Cette attestation permet aux victimes d'attentats de bénéficier d'une prise en charge intégrale et sans avance de frais pour les soins en lien avec les actes de terrorisme.

Au vu de l'attestation, et si les soins sont en lien avec les actes de terrorisme, le PS doit identifier dans son logiciel la situation « VICTIME D'ATTENTAT » pour la facture.

TP intégral AMO

Une facturation en situation de victime d'attentat doit donner lieu à un flux unique vers l'AMO (guichet unique).

Ce flux est en TP AMO. Le PS ne doit pas appliquer de TP sur la part complémentaire (y compris pour un bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS).

Situation Victime d'attentat

Le statut de victime d'attentat prime sur les autres statuts des bénéficiaires de soins

Toutes les victimes d'attentats seront prises en charge de la même manière (y compris pour les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, Ex : pas de facturation de paniers de biens pour les CMU-C).

Parcours de soins

Le bénéficiaire en situation victime d'attentat reste concerné par le parcours de soins mais ne doit pas être pénalisé en cas de hors parcours (pas de modulation du ticket modérateur).

Impacts SESAM-Vitale

À compter du 1^{er} juillet 2017, les progiciels SESAM-Vitale doivent permettre au PS d'identifier pour toute facture une situation VICTIME D'ATTENTAT.

Cette situation particulière permettra :

- De positionner le tiers payant sur l'ensemble de la facture
- D'ignorer les autres situations particulières du bénéficiaire
- De générer automatiquement les lignes de compléments et/ou de dépassements
- De contrôler la saisie des actes (pas de facturation de forfaits CMU-C)

Cet avenant intègre également deux corrections :

- **Besoin B9** : Dans l'Annexe 1-A0, *Partie 1610-6 : Spécificité : LPP*, il est précisé : « Pour une prestation saisie par le PS et suivie d'un complément AT (dentaire ou LPP), le montant PS des honoraires ne doit pas inclure le montant de ce complément AT ».

Il faut au contraire que le montant des honoraires de la prestation saisie par le PS représente l'ensemble du montant de la dépense. Par ailleurs, cette remarque concerne non seulement des prestations LPP mais également des prestations de type dentaire.

- **Besoin B10** : Rendre les codes regroupement IMP et INO compatibles avec l'ATD (table 12)

Découpage en besoins

- **B1** : Prise en charge à 150% des prothèses dentaires et LPP en natures d'assurance maladie et maternité
- **B2** : Prise en charge à 100% des dépassements d'honoraires
- **B3** : Nouvelle situation particulière « Victime d'attentat »
- **B4** : Tiers Payant
- **B5** : Le statut de Victime d'attentat prime sur les situations spécifiques du bénéficiaire
- **B6** : Situation au regard du parcours de soin (sans impact logiciel)
- **B7** : Génération automatique des lignes de la facture
- **B8** : Générer un flux unique
- **B9** : Correction d'une coquille
- **B10** : Correction d'une anomalie

3 Impacts dans le CDC Editeurs

3.1 Synthèse des impacts



Les tableaux de synthèse ci-après reprennent les impacts détaillés pour chaque besoin au §2 ci-avant et les présentent pour chaque document du CDC, dans l'ordre du document.

Impacts
Annexe 2 et
Annexe2bis

Documents communs	Partie impactée	Nature de l'impact	Besoin
Annexe 2	R11ter	Nouvelle règle : Incompatibilité du code prestation avec une situation particulière	B5-2
	R29	Ajouter le cas de la situation particulière « Victime d'Attentat (SP18) dans la liste des cas concernés par le Tiers Payant réglementaire	B4
	R51	Modifier la règle pour préciser qu'elle est utilisée en nature d'assurance AT mais également en situation de Victime d'Attentat (nature d'assurance maladie mater ou AT) Ajout de la donnée situation particulière du bénéficiaire en données utilisées	B7
	R55	Nouvelle règle Déterminer le code prestation du dépassement à générer	B7
	B2	Ajout des données nature d'assurance et situation particulière du bénéficiaire en données utilisées Précision que le coefficient ATx dépend du code prestation, de la nature d'assurance et de la situation particulière du bénéficiaire	Ajout du cas particulier pour la détermination du PU d'une prestation de type dépassement pour Victime d'Attentat générée par le LPS
Annexe 2bis	Table 1, 2, 3, 4, 7 et 12	Intégration FR147v2 et 148v2	B2
	Table 1	L'origine de la prestation des dépassements pour Victime d'Attentat doit être « LPS »	B7
	Table 3bis	Nouvelle table d'incompatibilité entre des codes actes et une situation particulière	B5-2
	Table 52	Ajouter des paramètres nature d'assurance et situation du bénéficiaire pour déterminer le coefficient de complément AT à utiliser	B7
	Table 55	Nouvelle table Code prestation de dépassement à générer en cas de Victime d'Attentat	B7

**Impacts
CDC-Editeurs**

Documents CDC	Partie impactée	Nature de l'impact	
Corps	§3.2.2.6.7	Nouveau paragraphe SP18 « Victime d'Attentat »	B3 B5-1
	§4.2.1.3.3.7	Nouveau paragraphe SP18 « Victime d'Attentat »	B3
	§4.2.1.9	Préciser que la part complémentaire est nécessairement non renseignée en cas de SP18	B8
A1-A	§2.1.3.3.7	Nouveau paragraphe « Identification d'une « Victime d'Attentat »	B3
A1-A1	§2.1.4.17	Nouveau paragraphe « Victime d'Attentat et CMU-C »	B5-2
	§2.3.2.2	Schéma SR1 : ajout R11ter	B5
A1-A0	§2.4.14	Interdire l'alimentation du groupe 1321 en présence de situation particulière « Victime d'Attentat ».	B5 et B8
	2.4.21.1.6	<i>Partie 1610-6 : Spécificité : LPP :</i> suppression de la remarque : « Pour une prestation saisie par le PS et suivie d'un complément AT (dentaire ou LPP), le montant PS des honoraires ne doit pas inclure le montant de ce complément AT »	B9
	2.4.21.1.8 Spécificités nature d'assurance compléments AT	<i>Extension de cette partie aux factures en situation Victime d'Attentat</i>	B7
	2.4.21.1.8	<i>Partie 1610-6 : Spécificités nature d'assurance AT :</i> ajout de la remarque : « Pour une prestation support suivie d'un complément AT (dentaire ou LPP), le montant des honoraires saisi par le PS de cette prestation support doit correspondre au montant total de la dépense : il doit inclure le montant du complément AT »	B9
	2.4.21.1.12	Nouveau § : Spécificités pour Victime d'Attentat	B7
	2.4.21.2	<i>Groupe 1610 : ajout des spécificités pour Victime d'Attentat pour chaque donnée si nécessaire (renvoi vers A1-A3)</i>	B7
A1-A3	§2.1 Vue générale	Ajout des dépassements pour Victime d'Attentat générés automatiquement par cette phase « Finalisation facture »	B7
	§2.1 Schéma	Ajout de VF08	B7
	§2.5.1.3 VF07.01.03 Schéma et Règles de gestion	Remplacement de l'appel direct à RF_VF_T3 par l'appel de l'ensemble du schéma ST2 Remplacement de l'appel direct à RF_VF_P1 puis RG_VF_P2 par l'appel de l'ensemble du schéma SP1	B7
	§2.6 VF08	Nouvelle opération Générer les dépassements pour Victime d'Attentat	B7
	§2.6 RG_VF_R55	Nouvelle opération Déterminer le code prestation du dépassement pour « Victime d'Attentat »	B7
	§2.6 RG_VF341	Nouvelle opération Positionner la prestation de dépassement pour « Victime d'Attentat » dans la facture	B7

§2.6.1 VF08.01	Nouvelle opération Acquérir les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat	B7
§2.6.2 VF08.02	Nouvelle opération Contrôler les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat	B7
§2.6.3 VF08.03	Nouvelle opération Déterminer les montants pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat	B7

3.2 Détail des impacts : Documents Communs CDC/DI/TLA

3.2.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »

.../...

B5

R11ter- Incompatibilité du code prestation avec une situation

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation Exemple
<p>Cette règle a pour objet d'interdire la facturation de certains codes prestation selon la situation particulière du bénéficiaire des soins.</p> <p>Exemple d'incompatibilité : Si le bénéficiaire des soins est identifié bénéficiaire Victime d'Attentat, le professionnel de santé ne doit pas pouvoir facturer de prestations dédiées à la CMU-C.</p> <p>Ces prestations sont identifiées en fonction de leur groupe fonctionnel général et détaillé</p>	<p>Situation particulière : Saisie par le PS Code prestation : (1610) : Saisie par le PS (NGAP) ou code regroupement CCAM renseigné par le progiciel. Groupe fonctionnel : Lu en table 1</p> <p>Situation particulière du bénéficiaire : *</p>	<p>Table 1 Table 3bis</p>		<p>Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente Rc19 (cf. Annexe1-A1).</p> <p>* Voir Annexe1-A § 2.1.3.3.7</p>

.../...

B4

R29- Détermination du contexte tiers payant lié à des dispositions réglementaires spécifiques

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	...
<p>Situation Particulière « Victime d'Attentat » Part AMO</p> <p>Si le bénéficiaire des soins est identifié bénéficiaire Victime alors la dispense d'avance de frais doit être proposée par le Professionnel de Santé sur la part AMO **</p>	<p>Situation particulière du bénéficiaire *</p>		<p>Article 60 de la LFSS 2017</p>	<p>* Voir Annexe1-A § 2.1.3.3.7</p> <p>** En cas de Victime d'Attentat, la part AMC est nécessairement à zéro.</p>

.../...

B7

R51 – Déterminer la nécessité d'un complément AT dentaire

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	.../...
<p>En nature d'assurance « accident du travail », ou pour un bénéficiaire en situation de Victime d'Attentat, il est nécessaire de générer une prestation de complément AT dentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'une part si l'acte support saisi par le PS relève <ul style="list-style-type: none"> ○ d'un type de nomenclature, ○ d'un code de la prestation 	<p>Nature d'assurance (151x) : Saisie par le PS Situation particulière du bénéficiaire : * Prestation saisie</p>	<p>Table 1 Table 51</p>	<p>* Voir Annexe1-A § 2.1.3.3.7</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ et d'une catégorie médicale de l'acte (pour une prestation CCAM) ouvrant droit à un complément AT dentaire (cf. table 51). • et d'autre part si le montant remboursable par l'AMO de cet acte support est strictement inférieur à son montant des honoraires. 	<p>par le PS</p> <p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Catégorie médicale de l'acte : SRT_ConsulterDonnees (CCAM-12)</p> <p>Qualificatif de la dépense : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Montant des honoraires : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Montant remboursable par l'AMO : (1610) : cf. règle P1</p> <p>Prestation à générer :</p> <p>Code prestation : Donnée résultat</p>		
---	---	--	--

.../...

B7

R55 – Déterminer le code prestation du dépassement à générer

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	.../...
<p>Dans le cas d'un bénéficiaire en situation de Victime d'Attentat, il est nécessaire de générer une prestation de dépassement dans le cas où le cumul des montants remboursables par l'AMO de l'acte support et du complément AT éventuel est strictement inférieur au montant des honoraires de cet acte support.</p> <p>Dans le cas contraire, le code prestation du dépassement à générer est non renseigné.</p> <p>Le code de prestation de ce dépassement dépend du type de nomenclature et du groupe fonctionnel de l'acte support.</p>	<p>Situation particulière du bénéficiaire : Victime d'attentat</p> <p>Prestation saisie par le PS</p> <p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Montant des honoraires : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Montant remboursable par l'AMO : (1610) : cf. règle P1</p> <p>Prestation de complément AT générée par le LPS</p> <p>Montant remboursable par l'AMO : (1610) : cf. règle P1</p> <p>Prestation à</p>	<p>Table 1 Table 55</p>	

	général :		
	Code prestation :		
	Donnée résultat		

.../... B7

B2 - Déterminer le tarif de la lettre-clé à retenir pour le calcul de la base de remboursement

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	.../...	Observation exemple
<p>- Si le Professionnel de Santé est conventionné (code 1, 2, 3) le prix unitaire nécessaire pour le calcul de la base de remboursement est un tarif conventionnel différent selon le code prestation et la spécialité du Professionnel de Santé.</p> <p>* Si le Professionnel de Santé n'est pas conventionné, le prix unitaire est égal à un tarif d'autorité, fonction du code prestation, de la spécialité du Professionnel de Santé et de sa zone tarifaire.</p> <p>S'il n'existe pas de tarif d'autorité la base de remboursement est égale à zéro.</p> <p>Cas particulier d'un complément AT</p> <p>Le prix unitaire (PU) d'un complément AT (ATD ou ATL) correspond à un % de la base de remboursement (BR) de l'acte support, plafonné au montant du dépassement de l'acte support, i.e son montant des honoraires (Mth) diminué de son montant remboursable AMO (MRO) :</p> $PU_{ATx} = \text{MIN} (\text{Coeff}_{ATx} * BR_{\text{Acte support}}, Mth_{\text{Acte support}} - MRO_{\text{Acte support}})$ <p>Avec :</p> <p>Coeff_{ATx} = coefficient à prendre en table 52</p> <p>Ce coefficient dépend du code prestation, de la nature d'assurance et de la situation du bénéficiaire</p> <p>Cas particulier d'un dépassement pour Victime d'Attentat</p> <p>Le prix unitaire (PU) d'un dépassement pour Victime d'Attentat généré par le LPS correspond au montant des honoraires (Mth) de l'acte support diminué de son montant remboursable AMO (MRO) et du montant remboursable AMO du complément AT (ATD ou ATL) éventuellement associé à l'acte support</p> $PU_{\text{dépassement}} = Mth_{\text{Acte support}} - MRO_{\text{Acte support}} - MRO_{ATx}$	<p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Code conventionnel du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Code spécialité du professionnel de santé : Lue sur la carte PS</p> <p>Code zone tarifaire : Lue sur la carte PS</p> <p>Nature d'assurance (151x) : Saisie par le PS</p> <p>Situation particulière du bénéficiaire : *</p> <p>Prix unitaire : (1610) : Lue dans la table des tarifs</p>	<p>Table 1 Table 52</p>	<p>.../...</p>	<p>Remarque : le montant des honoraires de l'acte support correspond au montant total de la dépense de l'acte support sans diminution du montant du complément AT.</p> <p>* Voir Annexe1-A § 2.1.3.3.7</p> <p>La table des tarifs (conventionnel et d'autorité) n'est pas fournie dans le Cahier des Charges</p>

3.2.2 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification – Partie Tables »

.../... B7

Table 1 Table des codes prestations

Code prestation	Libellé du code prestation	Date de fin de validité	Type de prestation	Type de nomenclature	Groupe fonctionnel		Top Codage affiné	Origine prestation
					général	détail		
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
DDT	Dépassement Dentaire en Tiers Payant		Secondaire	NGAP	Dépassement	Victime d'Attentat	Non	LPS
DHT	Dépassement d'Honoraires en Tiers Payant		Secondaire	NGAP	Dépassement	Victime d'Attentat	Non	LPS
DLT	Dépassement LPP en Tiers Payant		Secondaire	NGAP	Dépassement	Victime d'Attentat	Non	LPS
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../... B2

Table 2 Table des compatibilités entre les codes prestation et les spécialités de Professionnels de Santé

Table 2 : Spécialités de 1 à 16

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
.../...																
DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT
DDT																
DLT																
.../...																

Table 2 : Spécialités de 17 à 33

	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33
.../...																
DHT	DHT	DHT		DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT
DDT		DDT	DDT													
DLT										DLT						
.../...																

Table 2 : Spécialités de 34 à 49

	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
.../...																
DHT	DHT	DHT		DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT
DDT			DDT									DDT				
DLT																
.../...																

Table 2 : Spécialités de 50 à 68

	50	51	53	54	60	61	62	63	64	65	66	67	68
.../...													
DHT													
DDT			DDT	DDT									
DLT	DLT	DLT			DLT	DLT	DLT	DLT	DLT	DLT	DLT	DLT	DLT
.../...													

Table 2 : Spécialités de 69 à 80

	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
.../...												
DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT	DHT
DDT												
DLT												
.../...												

.../... B2

Table 3 Table des compatibilités entre les codes prestation et la qualité du bénéficiaire

Code prestation	Qualité du bénéficiaire										Age min		Age max	
	Assuré	Ascendant, descendant, collatéraux ascendants	Conjoint	Conjoint divorcé	Concubin	Conjoint séparé	Enfant	Conjoint veuf	Autre ayant-droit	mois	an	mois	an	
.../...	./.	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	./.	./.	./.	./.	
DHT	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
DDT	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
DLT	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
.../...	./.	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	./.	./.	./.	./.	

.../...

B5-2

Table 3bis Table d'incompatibilité entre des codes actes et une situation particulière

Situation particulière	Code prestation	Groupe fonctionnel général	Groupe fonctionnel détail
Victime d'Attentat	Tous	Soins dentaires	Forfait CMU-C
Victime d'Attentat	Tous	Optique	CMU-C

.../...

B2

Table 4 Table des compatibilités entre les codes prestation et plusieurs concepts (nature d'assurance, coefficient,...)

Code prestation	Compatibilité de l'acte avec la nature d'assurance				Nécessité d'une prescription	Nécessité d'un coefficient (*)	Valeurs minimales et maximales du coefficient	Compatibilité de l'acte avec des indemnités de déplacement	Compatibilité de l'acte avec un complément (**)			T.R théorique (***)	T.R. théorique CRPCEN	Date d'effet des taux (****)
	Maladie	Maternité	Accident du Travail	Soins Médicaux Gratuits					Férié	Nuit	Urgence			
.../...	./.	./.	./.	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	./.	./.	./.	.../...	.../...	.../...
DHT	O	O	O	N	so	N	so	so	so	so	so	100%	100%	01/07/17
DDT	O	O	O	N	so	N	so	so	so	so	so	100%	100%	01/07/17
DLT	O	O	O	N	so	N	so	so	so	so	so	100%	100%	01/07/17
.../...	./.	./.	./.	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	./.	./.	./.	.../...	.../...	.../...

.../...

B2

Table 7 Table des compatibilités entre les codes prestations et le qualificatif de la dépense

Code prestation	Gratuit	Déplacement non prescrit	Dépassement exigence	Entente directe	Non Remboursable	Dépassement Autorisé	CUMUL Dépassement Autorisé + Entente Directe	Prise en charge SMG
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
DHT	0	0	0	0	0	0	0	0
DDT	0	0	0	0	0	0	0	0
DLT	0	0	0	0	0	0	0	0
.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

.../...

B2 et B10

Table 12 Tables des Codes Prestation obligatoirement associés

Code prestation de type secondaire (Acte ne pouvant être facturé seul)	Code prestation associé (de type « support »)
ATD	ATM - ICO – IMP – INO - PAM - PAR – PDT – PFC – PFM – PRO – SPR – RPN
.../...	.../...
DHT	ACO – ADA – ADC – ADE – ADI – AIS – AMI – AMC – AMK – AMO – AMP – AMS – AMY – ATM – B – C – CDE – CSC – CNP – CS – G – GS – K – KB – KC – KMB – KMO – PB – SES – SF – SFI – SP – TB – V – VG – VGS – VL – VNP – VS
DDT	ATM – AXI – C – CS – D – DC – END – ICO – IMP – INO – ORT – PAM – PAR – PDT – PFC – PFM – RPN – SDE – TDS – TO
DLT	AAD – AAR – ARO – COR – DVO – LEN – LUN – MAC – MAD – OPC – OPT – ORP – PA – PAN – PAU – PEX – PII – POC – VER – VEH
.../...	.../...

.../...

B7

Table 52 Table des coefficients pour le calcul du PU d'un complément AT

Code prestation du complément AT	Nature d'assurance	Situation du bénéficiaire	Coefficient à utiliser pour le calcul du PU (cf. règle B2)
ATD	AT	Différent de SP18	0,5
ATD	AT	SP18	0,5
ATD	Maladie	SP18	0,5
ATD	Maternité	SP18	0,5
ATD	Maladie	Différent de SP18	Sans objet
ATD	Maternité	Différent de SP18	Sans objet
ATL	AT	Différent de SP18	0,5
ATL	AT	SP18	0,5
ATL	Maladie	SP18	0,5
ATL	Maternité	SP18	0,5
ATL	Maladie	Différent de SP18	Sans objet
ATL	Maternité	Différent de SP18	Sans objet

.../...

B7

Table 55 Code prestation de dépassement à générer en cas de Victime d'Attentat

Type de Nomenclature	Acte support		Code prestation du dépassement à générer
	Groupe fonctionnel		
	Général	Détail	
*	Soins Dentaires	*	DDT
LPP	*	*	DLT
Différent de LPP	Différent de Soins Dentaires	*	DHT

* : toute valeur

3.3 Détail des impacts : Documents CDC-Editeurs

3.3.1 Impacts Corps du CDC

.../...

B3 et B5-1

§3.2.2.6.7 Victime d'Attentat

Depuis la LFSS pour 2016, les personnes blessées ou impliquées dans un acte de terrorisme bénéficient de la dispense d'avance des frais pour les hospitalisations, actes, prestations et consultations liés à des actes de terrorisme, dans la limite des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie.

En modifiant l'article L. 169-8, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a étendu le tiers-payant aux dépassements.

Si les soins sont en lien avec des actes de terrorisme, le Professionnel de Santé, au vu de l'attestation de prise en charge des victimes d'attentat, indique que la facture concerne la situation particulière « Victime d'Attentat ».

En cas de situation « Victime d'Attentat », celle-ci prime sur les autres.

En conséquence, les règles liées aux autres situations particulières « CMU-C », « Sortant CMU-C », « ACS », « AME » et « Migrants » seront ignorées pour l'ensemble du processus de facturation en cas de situation « Victime d'Attentat ».

.../...

B3

§4.2.1.3.3.7 Victime d'Attentat

Le progiciel doit permettre au professionnel de santé, au vu de l'attestation « Victime d'Attentat » fournie par le Bénéficiaire des soins, d'indiquer que les soins facturés sont en lien avec des actes de terrorisme et que la facture concerne donc la situation particulière Victime d'Attentat.

Dans ce cas, le progiciel

- ignore les règles spécifiques aux autres situations particulières
- génère automatiquement les prestations de dépassements s'il y a lieu
- Propose le tiers payant (prise en charge intégrale)
- envoi un flux unique vers l'AMO.

.../...

B8

§4.2.1.9 Tarification de la part complémentaire

Pour la tarification de la part complémentaire le Professionnel de Santé peut renseigner des montants et utiliser les modules de tarifications STS.

Cas particulier : en nature d'assurance SMG, ainsi qu'en contexte APIAS, **ou en cas de situation de Victime d'Attentat**, la part complémentaire est nécessairement non renseignée : le progiciel ne détermine pas la part complémentaire, ce chapitre ne s'applique pas.

Dans le cadre de l'AME de base, le progiciel ne doit pas faire appel aux modules de tarification STS pour la tarification complémentaire.

3.3.2 Impacts A1-A

.../...

B3

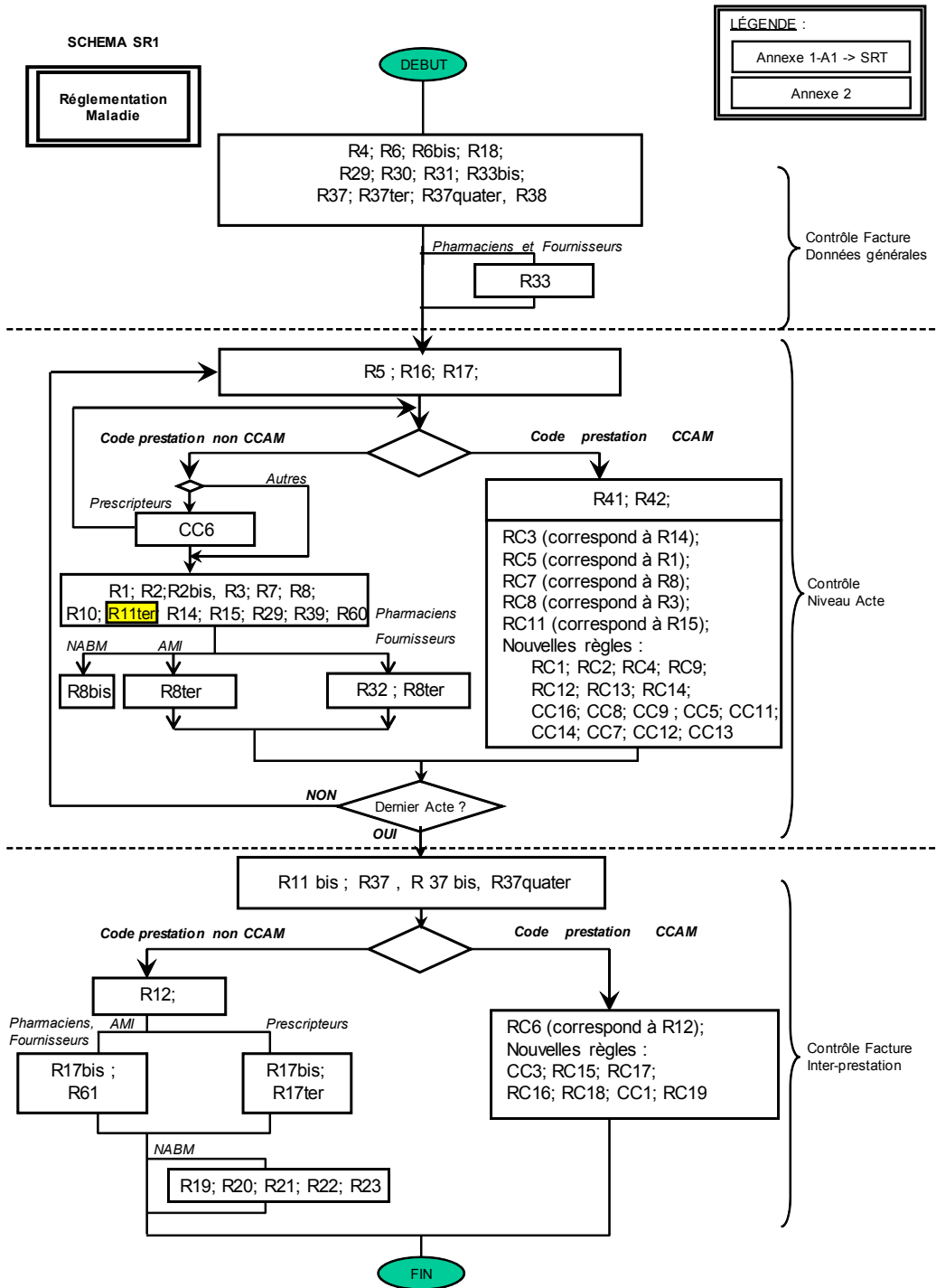
§2.1.3.3.7 Victime d'Attentat

Un bénéficiaire « Victime d'Attentat » est identifié à partir de son attestation.

Le Professionnel de Santé, auquel l'attestation est présentée, est alors seul en mesure d'indiquer si les soins facturés sont en lien avec des actes de terrorisme.

.../...

§2.3.2.2 Schéma SR1 : Réglementation Maladie



.../...

3.3.3 Impacts A1-A0

.../...

B5 et B8

§2.4.14 1321 – Groupes Organisme Complémentaire

.../...

Règles

Le groupe 1321 est optionnel.

Ce groupe est interdit en situation particulière « Victime d'Attentat » (SP18).



Remarque : ce groupe n'est pas utilisé en nature d'assurance SMG.

Ce groupe concerne les informations relatives aux organismes d'Assurance Maladie Complémentaire, à l'Aide Médicale d'Etat (AME), et à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

.../...

B9

§2.4.21.1.6 Spécificité : LPP

A l'issue de cette phase, le « montant des honoraires » à transmettre (champ 1610-6) ainsi que le(*) « Montant total facturé TTC après remise éventuelle » (champ 1730-11) sont mis à jour avec ce montant des honoraires calculé issu de « Finalisation facture »



~~Pour une prestation saisie par le PS et suivie d'un complément AT (dentaire ou LPP), le montant PS des honoraires ne doit pas inclure le montant de ce complément AT.~~

.../...

B7+B9

§2.4.21.1.8 Spécificités **nature d'assurance compléments AT**

L'article 98 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2009 améliore le remboursement :

- de certains dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP),
- des prothèses dentaires,

délivrés aux victimes d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

Par ailleurs, l'article L169-3 du Code de la Sécurité Sociale et l'arrêté du 2 janvier 2016 instaurent une meilleure prise en charge de certains dispositifs médicaux et des prothèses dentaires pour les bénéficiaires des soins en situation de Victime d'Attentat. Leur remboursement est porté à 150% du tarif de responsabilité dès lors que ces prestations sont liées directement à l'acte de terrorisme

Principe : la prise en charge maximale en nature d'assurance AT **ou pour un bénéficiaire des soins Victime d'Attentat**, pour une prothèse dentaire ou une prestation LPP concernée est d'une fois et demi la base de remboursement de l'acte support, dans la limite des frais réellement engagés.

Les codes prestation « ATD : Complément AT dentaire » et ATL : Complément AT LPP » permettent la facturation du complément pris en charge au titre de la nature d'assurance AT **ou pour un bénéficiaire des soins Victime d'Attentat**, au-delà des 100% du tarif de responsabilité dans la limite des dépenses engagées.

Les prestations ATL sont saisies par le Professionnel de Santé.

Les prestations ATD sont automatiquement générées par le système de facturation (cf. A1-A3, opération VF07.01).

Le prix unitaire (1610-11) d'un complément AT (ATD ou ATL) relève d'un calcul spécifique, spécifié au niveau de la règle B2 de l'annexe 2.

La base de remboursement (1610-12) d'un complément AT (ATD ou ATL) est déterminée par la règle B13 de l'annexe 2.

Pour une prestation saisie par le PS et suivie d'un complément AT (dentaire ou LPP), le montant des honoraires saisi par le PS doit correspondre au montant total de la dépense : il doit inclure le montant de ce complément AT.

Données d'une prestation ATL

1610-2	Date d'exécution	Egale à la date d'exécution de l'acte support
1610-3	Code lieu	Egal au code lieu de l'acte support
1610-4	Code prestation	Egal à « ATL »
1610-5	Code complément de prestation	Non renseigné
1610-6	Montant des honoraires	cf. A1-A3 : opération VF06
1610-7	Qualificatif de la dépense	Egal au qualificatif de la dépense de l'acte support
1610-8	Coefficient	Valeur 1
1610-9	Quantité	Valeur 1
1610-10	Dénombrement	Valeur 1

.../...

B7

§2.4.21.1.12 Spécificités Victime d'Attentat

En situation de Victime d'Attentat, la facture peut comporter des prestations de dépassements.

Les prestations de dépassements pour Victime d'Attentat sont caractérisées par leur code prestation en table 1 comme suit :

- Groupe fonctionnel général = « Dépassement »
- Groupe fonctionnel détail = « Victime d'attentat »

Ces prestations de dépassement pour Victime d'Attentat sont facturables uniquement en situation Victime d'Attentat.

Les prestations de dépassements pour Victime d'Attentat sont automatiquement générées par le système de facturation (d'origine de la prestation = « LPS » ; cf. A1-A3, opération VF08)



Pour rappel, toute prestation générée par le LPS (Origine de la prestation = « LPS ») ne peut être saisie par le PS (cf. §2.4.21.1.11).

.../...

B7

§2.4.21.2 1610 Groupe Prestation

1610	Groupe Prestation
1. N° de la prestation	N° ordre de la prestation (dans la facture)
2. Date d'exécution	<p>Date d'exécution de la prestation Cette date doit être antérieure ou égale à la date d'élaboration de la facture (1110)</p> <ul style="list-style-type: none"> Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3
3. Lieu d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> Valeurs : Valeur 0 pour « lieu d'exercice du PS » Valeur 1 pour « domicile du patient » Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3
4. Code prestation	<ul style="list-style-type: none"> Hors CCAM : <ul style="list-style-type: none"> Code prestation connu par l'Assurance Maladie (cf. Annexe 2 : table 1) hors indemnités de déplacement (groupe fonctionnel de niveau général « Indemnité de déplacement ») Code prestation saisi par le PS : voir spécificités §2.4.21.1.10 Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3 CCAM : code regroupement (cf. règle CC7)
5. Code complément prestation	<ul style="list-style-type: none"> NGAP ou NABM : valeur N pour « nuit » valeur F pour « dimanche ou jour férié » valeur U pour « urgence » Attention, particularité pour le codage de la biologie pour les valeurs 'N' et 'F'. CCAM : champ non renseigné Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3

6. Montant des honoraires	<p>Dans tous les cas, indiquer le montant des honoraires calculé (cf. A1-A3 : opération VF06).</p> <p>Rappel de l'opération VF06 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour une prestation saisie par le PS, ce montant correspond : <ul style="list-style-type: none"> ○ Hors Nature d'assurance SMG et AT et hors situation Victime d'attentat : au montant PS des honoraires (montant total facturé à l'assuré pour la prestation (dépassement compris) et renseigné par le Professionnel de Santé) (en cents) ○ Nature d'assurance SMG ou AT ou Situation Victime d'Attentat : au montant des honoraires calculé. <p>Pour les prestations générées par le LPS, pour toutes les natures d'assurance, le montant des honoraires correspond à la base de remboursement (1610-12) (cf. RG_VF409)</p>
7. Qualificatif de la dépense	<ul style="list-style-type: none"> • Valeurs : <ul style="list-style-type: none"> valeur D pour « entente directe » valeur E pour « exigence particulière » valeur F pour « déplacement non prescrit » valeur G pour « acte gratuit » valeur N pour « acte non remboursable » valeur A pour « dépassement autorisé » valeur B pour « dépassement autorisé et entente directe » valeur L pour « prestation soumise à un accord de prise en charge SMG » • Spécificités <ul style="list-style-type: none"> ○ Voir spécificités : qualificatif de la dépense § 2.4.21.1.8 ○ Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 ○ Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 ○ Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 ○ Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 ○ Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3
8. Coefficient	<p>Coefficient en centièmes. Voir annexe 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attention, particularité pour le codage de la biologie • Valeur 1 pour une prestation CCAM • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 • Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 • Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 • Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3
9. Quantité	<ul style="list-style-type: none"> • Voir spécificités radiologie ou regroupement de séances • Valeur 1 pour une prestation CCAM • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 • Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 • Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 • Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3

10. Dénombrement	<ul style="list-style-type: none"> • Voir spécificités radiologie • Voir codage de la biologie et d'anatomo-cyto-pathologie • Voir codage de la pharmacie pour les médicaments et pour les dispositifs médicaux (DM) de la LPP. • Auxiliaires-Médicaux : voir « Plusieurs séances facturées sur la même feuille de soins avec actes multiples ou indemnités » • Valeur 1 pour une prestation CCAM • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 • Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 • Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 • Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3
11. Prix unitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer le montant, en centimes d'Euros, de la prestation • CCAM : voir règle BC1 • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 • Complément AT dentaire ou LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 et annexe 2–règle B2 • Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 2–règle B2
12. Base de remboursement	<ul style="list-style-type: none"> • CCAM : voir annexe 1 – A1 règle BC99 • Complément AT dentaire ou LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 et annexe 2–règle B13 • Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3 • Autres : voir annexe 2
13. Taux applicable à la prestation	<ul style="list-style-type: none"> • Voir annexe 2 - règle T13 ou règle TC9 si TC9 est appliquée • Le taux est renseigné de façon standard indépendamment de la situation du parcours de soins
14. Montant remboursable par l'AMO	<ul style="list-style-type: none"> • Voir annexe 2
15. Montant théorique remboursable de la part complémentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Cf. Phase Complémentaire – Annexe 1-A2 • En cas de nature d'assurance SMG ou de nature d'assurance AT et contexte APIAS ou en cas de situation de Victime d'Attentat, ce montant est non renseigné
16. Montant MTM restant à charge de l'assuré	<ul style="list-style-type: none"> • Montant renseigné hors parcours de soins. cf. Annexe 2 règle P1bis

3.3.4 Impacts A1-A3

.../...

B7

§2.1 Présentation de la phase « Finalisation facture »

Vue générale

Nom Finalisation facture

Description Cette phase de finalisation de la facture se décompose en 3 étapes principales, à savoir :

- la génération automatique de prestations à ajouter dans la facture :
soit des suppléments dérogatoires SMG : opération **VF05**
soit des suppléments AT : opération **VF07**
soit des dépassements pour Victime d'Attentat : opération VF08
- puis le calcul du montant des honoraires de chaque prestation de la facture :
opération **VF06**
- enfin le contrôle de totaux AMO de la facture : **cf. A1-A0 Groupe 1910**
et nécessite au préalable de déterminer le caractère remboursable AMO de chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé : opération CF99.

Entrées Ensemble des prestations saisies par le Professionnel de Santé

Prestations d'honoraire de dispensation générées par le système *s'il y a lieu*

Montant total de prise en charge au titre des SMG 1515-1

Sorties Prestations à ajouter à la facture :

Prestations SD_SMG

ou

Prestations de complément AT dentaire

Prestation de supplément APIAS

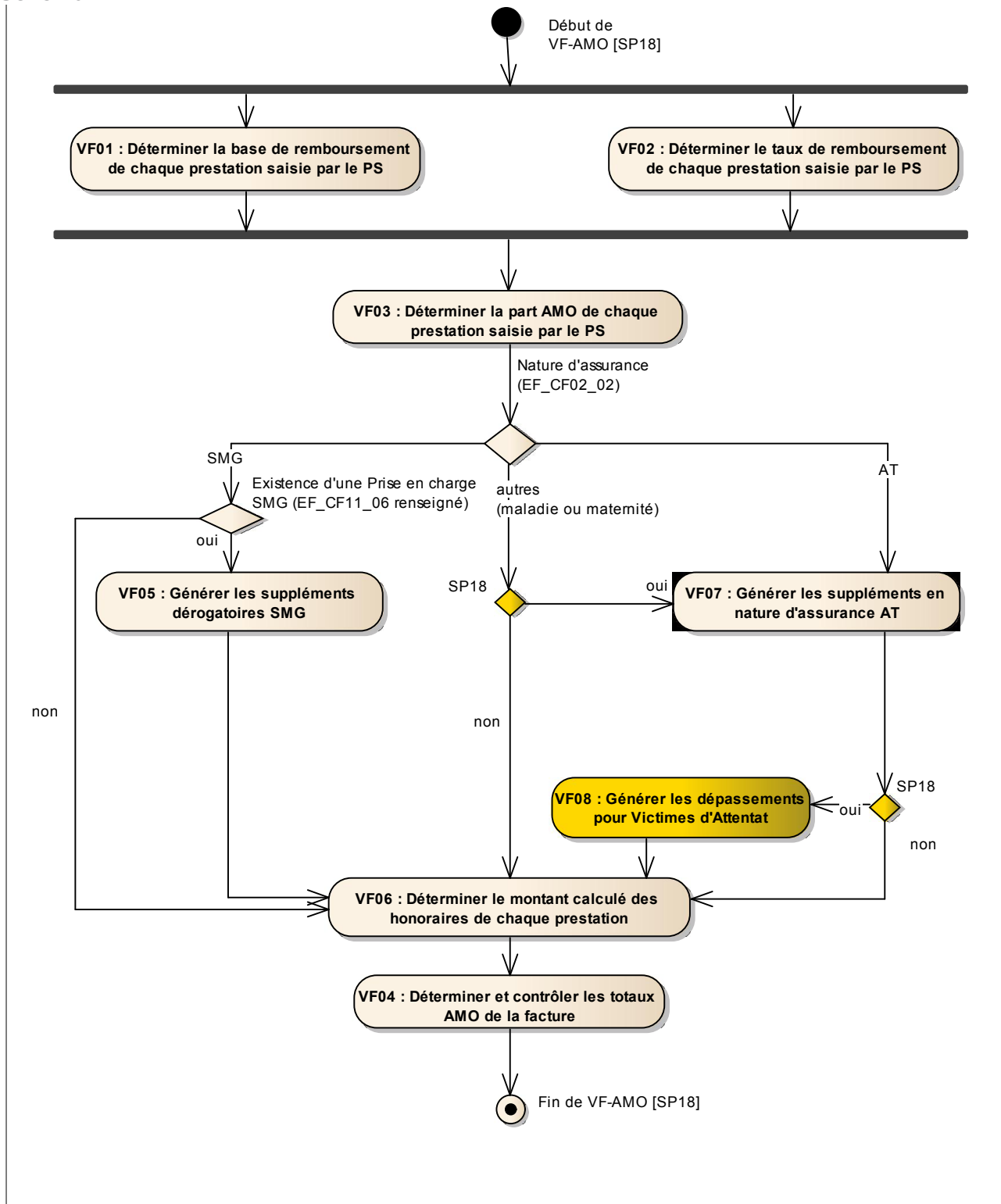
ou

Prestations de complément AT dentaire

Prestation de dépassement pour Victime d'Attentat

Montant calculé des honoraires pour chaque prestation de la facture

Schéma



.../...

B7

§2.4 VF06 : Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation

Vue générale

Nom VF06 : Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation

Description L'objet de cette opération est de déterminer pour chaque prestation de la facture le montant des honoraires à transmettre dans le flux.

Le montant des honoraires saisi par le Professionnel de Santé pour chaque ligne de prestation est distingué du montant des honoraires transmis au final dans la facture et dénommé montant calculé des honoraires de la prestation.

Dans un premier temps, pour toute prestation support suivie d'un complément AT (ATL saisi par le PS ou ATD généré par le système) et/ou d'un dépassement pour Victime d'Attentat, il convient de diminuer son montant des honoraires saisi par le PS du montant du complément AT et/ou d'un dépassement pour Victime d'Attentat : cela correspond au montant intermédiaire des honoraires de la prestation. Pour toutes les autres prestations le montant intermédiaire des honoraires est identique au montant saisi par le PS.

Dans un second temps, pour toutes les prestations saisies par le PS, il convient de diminuer le montant intermédiaire des honoraires du montant global des suppléments (SMG ou APIAS) générés par le système :

- Cas 1 : dans le cas d'une facture contenant des suppléments dérogatoires SMG, le montant du supplément SMG est porté par le montant des honoraires du premier supplément dérogatoire SMG et doit donc être soustrait du montant des honoraires des autres prestations afin de conserver un montant total de la facture exact.
- Cas 2 : de même dans le cas d'une facture contenant un supplément APIAS, le montant de ce supplément est porté par la prestation DAT et doit donc être soustrait du montant des honoraires des autres prestations afin de conserver un montant total de la facture exact.

Entrées Montant saisi par le PS des honoraires de la prestation

Groupe fonctionnel de la prestation

Origine de la prestation

Montant total pris en charge au titre des SMG

Base de remboursement

Montant remboursable AMO

Sorties Montant calculé des honoraires de la prestation

Situations Aucune

Situations spécifiques Victime d'Attentat

Schéma

.../...

Règles de gestion

[RG_VF411]

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut, le montant intermédiaire des honoraires de la prestation est égal au montant des honoraires saisi par le PS .

Pour toute prestation suivie d'un complément **AT et/ou d'un dépassement pour Victime d'Attentat**, le montant intermédiaire des honoraires de la prestation est égal au montant des honoraires saisi par le PS diminué du montant du supplément AT qui le suit (ATD ou ATL) **et du montant du dépassement pour Victime d'Attentat qui le suit.**

.../...

B7

§2.5.1.3

VF07.01.03 : Déterminer les montants la prestation ATD

Vue générale

Description L'objet de cette opération est de déterminer les montants pour une prestation de complément AT dentaire générée par le système.

Entrées *Données de la prestation support associée*
Part AMO prestation

Données de la prestation générée
Type prestation

Sorties *Données de la prestation générée*
Part AMO prestation

Situations spécifiques Aucune

Schéma

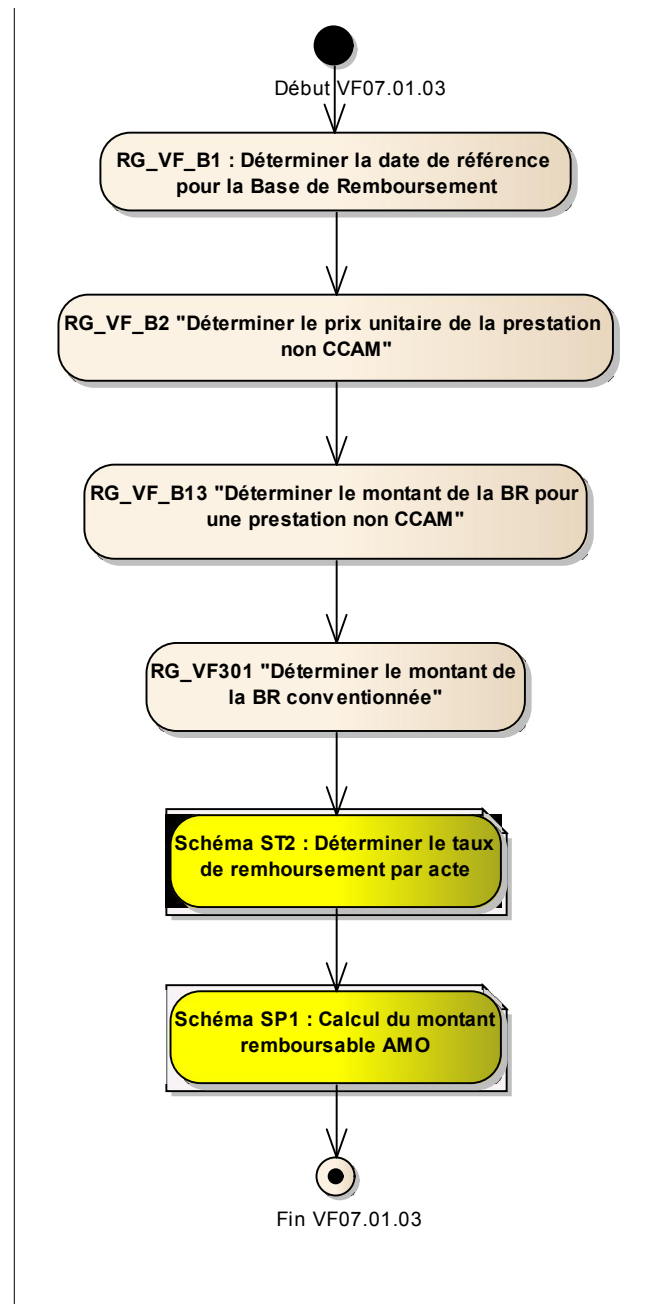


Figure 14 : Enchaînement des opérations de VF07.01.03 « Déterminer les montants de la prestation ATD »

Règles de gestion

RG_VF_B1	Date de référence pour la BR 1610-2	cf. règle B1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_VF_B2	Prix unitaire 1610-11	Cas particulier spécifié dans la règle B2 de l'annexe 2
RG_VF_B13	Base de remboursement 1610-12	cf. règle B13 de l'annexe 2 (cas général)
RG_VF301	Base de remboursement conventionnée 2020-2	cf. A1-A0 groupe 2020 (cas général)
RG_VF_T3	Taux de remboursement 1610-13	cf. règle T3 de l'annexe 2 (cas général en nature d'assurance AT : taux = 100%)
	Code justification d'exonération du ticket modérateur 1820-2	cf. règle T3 de l'annexe 2 (cas général en nature d'assurance AT : Code justification d'exonération du ticket modérateur = « pas d'exonération » (valeur 0))
RG_VF_P1	Montant remboursable AMO 1610-14	cf. règle P1 de l'annexe 2
RG_VF_P2	Montant du dépassement	cf. Règle P2 de l'annexe 2 (cas général)
schéma ST2	Taux de remboursement 1610-13	Cf. A1-A
schéma ST2	Code justification d'exonération du ticket modérateur 1820-2	Cf. A1-A
schéma SP1	Montant remboursable AMO 1610-14	Cf. A1-A

.../...

§2.6 VF08 : Générer les dépassements pour Victime d'Attentat**Vue générale**

Description Cette opération a pour objet, à partir des prestations saisies par le PS, d'ajouter automatiquement les prestations de dépassement pour Victime d'Attentat générées par le système de facturation (LPS).

Cette opération est utilisée uniquement dans la situation particulière Victime d'Attentat (SP18).

Les dépassements pour Victime d'Attentat générés par le système de facturation sont de 3 sortes :

- DHT, dans le cas général
- DDT pour les prestations de type soins dentaire
- DLT pour les prestations de nomenclature LPP

Entrées *Prestations saisies par le PS*

Prestations ATD générées par le système

Prestations HD générées par le système

Sorties *Prestations de dépassement générées par le système*

**Situations
spécifiques** Victime d'Attentat

SP18

Schéma

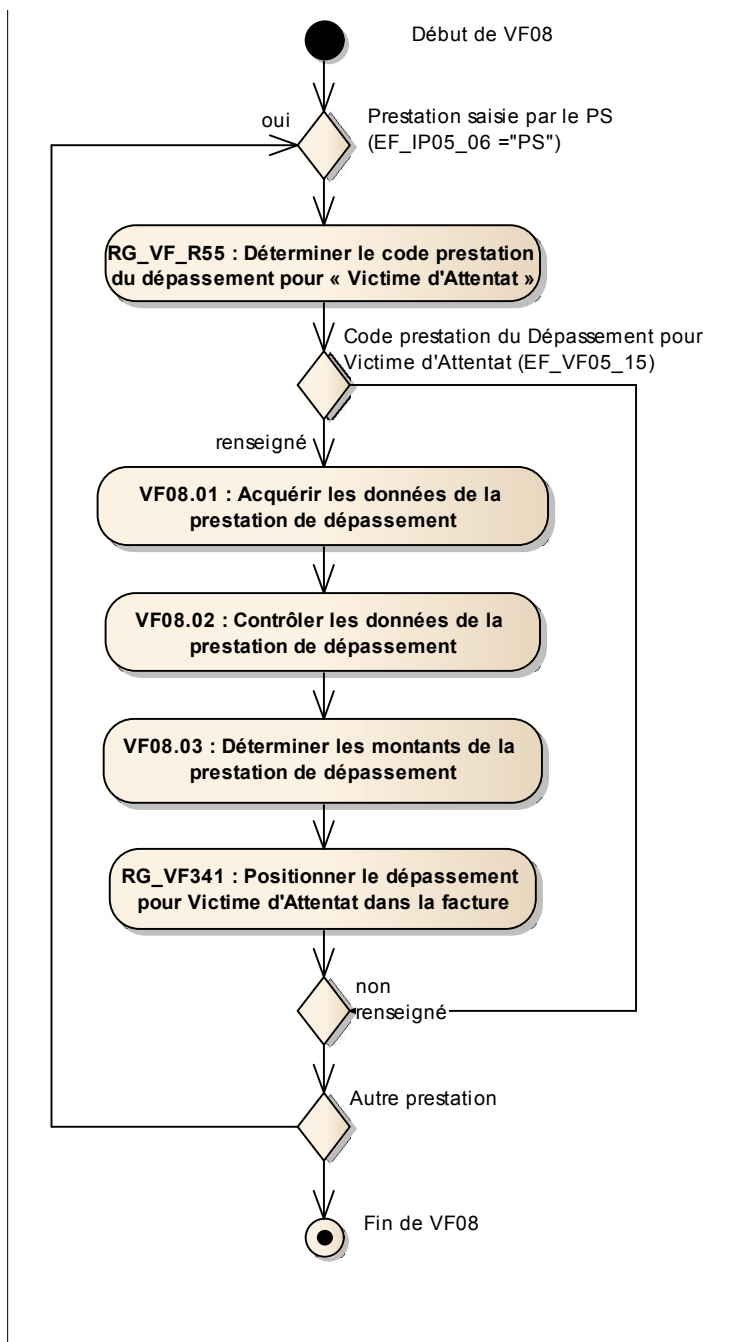


Figure 19 : Enchaînement des opérations de VF08 « Générer les dépassements pour Victime d’Attentat »

Règles de gestion

[RG_VF_R55] Déterminer le code prestation du dépassement pour « Victime d'Attentat » (EF_VF05_15)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[Cahier des charges – annexe 2 – R55]

[RG_VF341] Positionner la prestation de dépassement pour « Victime d'Attentat » dans la facture

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Hors cas particulier ci-après (cf. CP1), toute prestation de dépassement générée par le LPS doit **immédiatement** succéder la prestation support à laquelle elle se rapporte.



Dans le cas où la prestation support ayant déclenché le dépassement est déjà suivie d'un acte secondaire saisi par le Professionnel de Santé (exemple : Indemnité de déplacement), la prestation de dépassement doit être insérée immédiatement après la prestation support et avant l'acte secondaire saisi par le PS. (l'acte secondaire saisi apparaît donc après la prestation de dépassement).

[RG_VF341] [CP1] Prestation support suivie d'un complément AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où la prestation support est suivie d'un complément AT (ATD ou ATL), la prestation de dépassement générée par le système suit **immédiatement** le complément AT.

§2.6.1 VF08.01 : Acquérir les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat

Vue générale

Description L'objet de cette opération est d'acquérir les données pour une prestation de dépassement « Victime d'Attentat » par le système.

Entrées *Données de la prestation support associée*

Date d'exécution de la prestation	EF_IP04_02
Lieu d'exécution	EF_IP06
PS Exécutant salarié	EF_IP07
Supplément de prestation	EF_IP08
Code qualificatif de la dépense	EF_CF08_01

Sorties *Données de la prestation générée*

Prestation	EF_IP04
Type prestation	EF_IP05
Lieu d'exécution	EF_IP06
Supplément de prestation	EF_IP08
Contexte Prestation AMO	EF_CF08

Situations spécifiques Victime d'Attentat **SP18**

Schéma

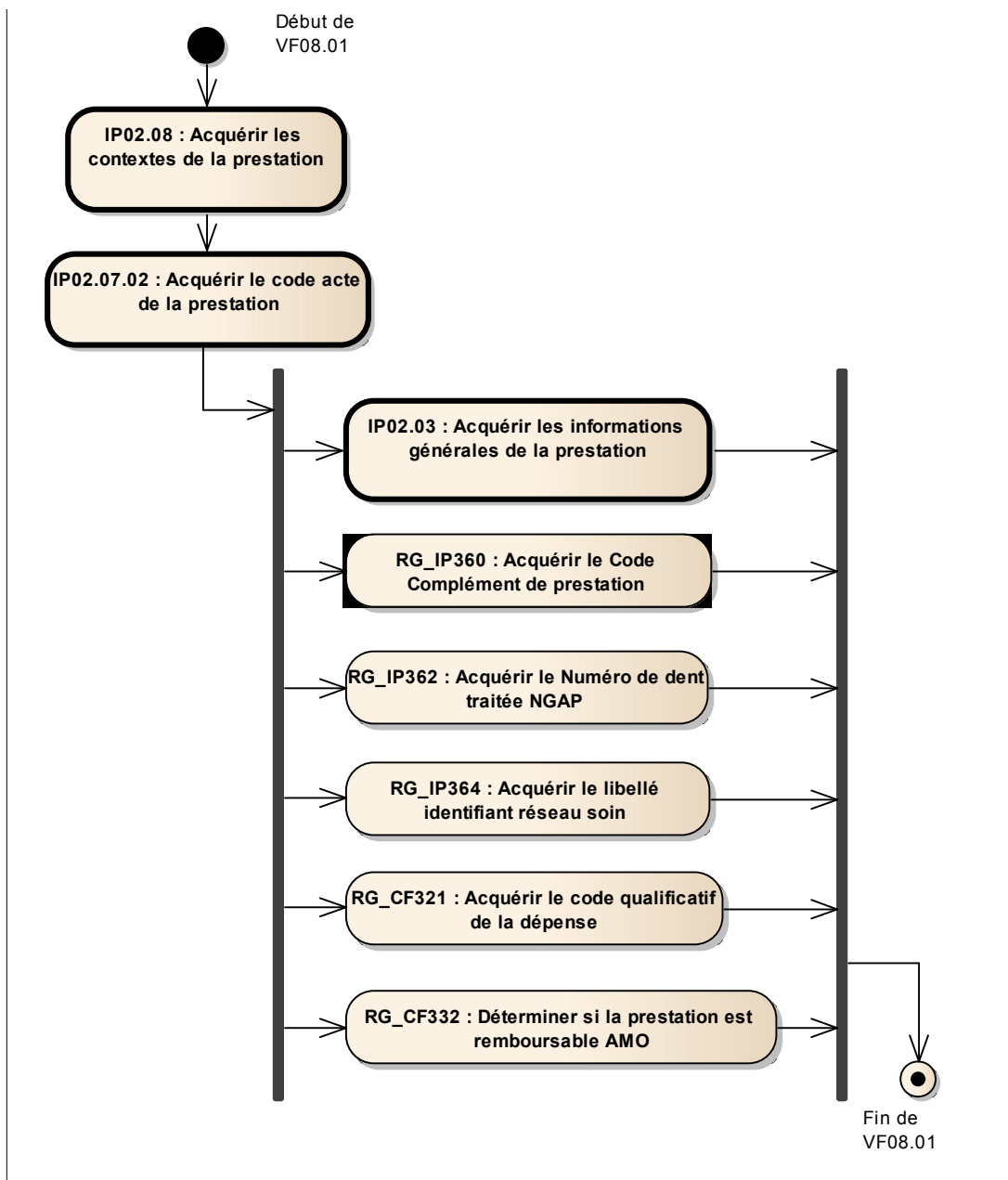


Figure 20 : Enchaînement des opérations de VF08.01 « Acquérir les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat »

Règles de gestion

RG_IP338	Date d'exécution 1610-2	Egale à la date d'exécution de l'acte support
RG_IP366	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)
RG_IP357	Code lieu 1610-3	Egal au code lieu de l'acte support
RG_IP358	Identifiant du lieu d'exécution 1880-2	Egal au lieu d'exécution de l'acte support
RG_IP359	Informations du PS salarié 1870	Egales aux informations du PS salarié de l'acte support
RG_IP339	Code prestation 1610-4	Egal au code prestation déterminé par la règle RG_VF_R55 préalable
RG_IP353	Type de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP354	Type de nomenclature	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP355	Groupe fonctionnel	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP356	Top nécessité de codage affiné	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP392	Origine de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_IP341	Coefficient 1610-8	Valeur 1
RG_IP320	Quantité 1610-9	Valeur 1
RG_IP337	Dénombrement 1610-10	Valeur 1
RG_IP351	Montant des honoraires 1610-6	Egal au montant remboursable AMO (1610-14)
RG_IP360	Code complément de prestation 1610-5	Non renseigné
RG_IP362	Numéro de dent traitée NGAP 1860-2	Non renseigné
RG_IP364	libellé identifiant réseau soin 1890-2	Egales aux informations de l'acte support
RG_CF321	Qualificatif de la dépense 1610-7	Egal au qualificatif de la dépense de l'acte support
RG_CF332	Top prestation remboursable AMO	Pas de cas particulier, déterminé selon la règle générale pour une prestation de type complément AT dentaire

§2.6.2 VF08.02 : Contrôler les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat

Vue générale

Description L'objet de cette opération est de contrôler les données pour une prestation de dépassement « Victime d'Attentat » générée par le système.

Entrées Données de la prestation générée

Prestation	EF_IP04
Contexte Prestation AMO	EF_CF08

Sorties Aucune

Situations spécifiques Victime d'Attentat **SP18**

Schéma

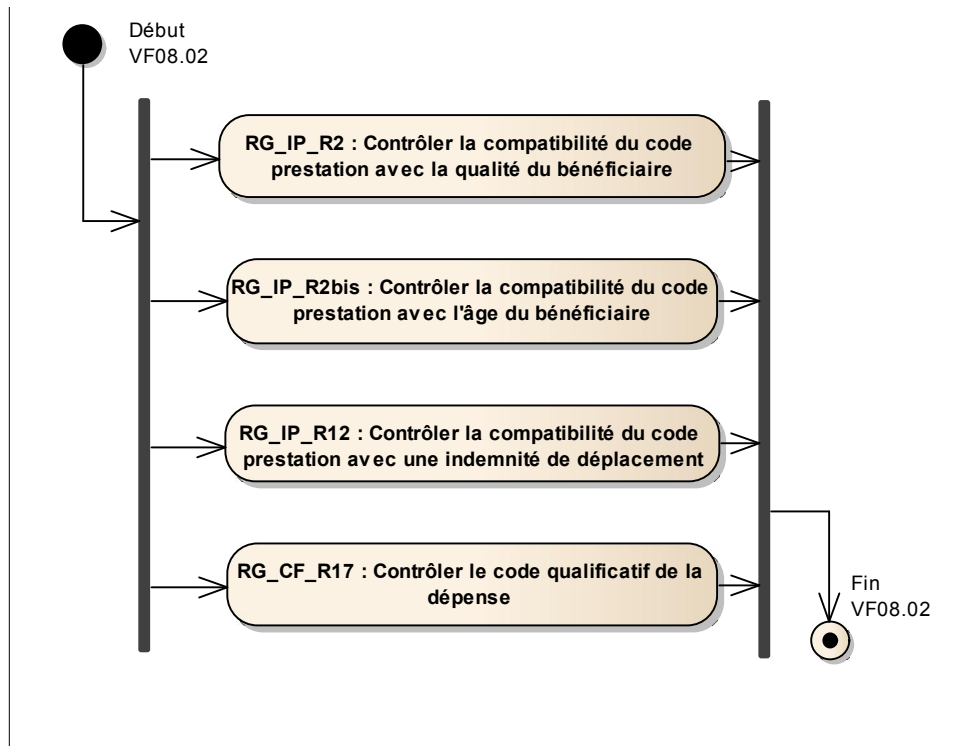


Figure 21 : Enchaînement des opérations de VF08.02 « Contrôler les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat »

Règles de gestion

Les règles présentées dans le Schéma ci-dessus sont référencées RG_IP_xxx ou RG_CF_xxx.

La 3ème partie de la référence de ces règles correspond à la référence de la règle dans l'annexe 2 du CdC Éditeurs.

Exemple : RG_IP_R17 correspond à la règle R17 de l'annexe 2

§2.6.3 VF08.03 : Déterminer les montants pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat

Vue générale

Description L'objet de cette opération est de déterminer les montants pour une prestation de dépassement « Victime d'Attentat » générée par le système.

Entrées Données de la prestation support associée
Part AMO prestation EF_VF05

Données de la prestation générée
Type prestation EF_IP05

Sorties Données de la prestation générée
Part AMO prestation EF_VF05

Situations spécifiques Victime d'Attentat **SP18**

Schéma

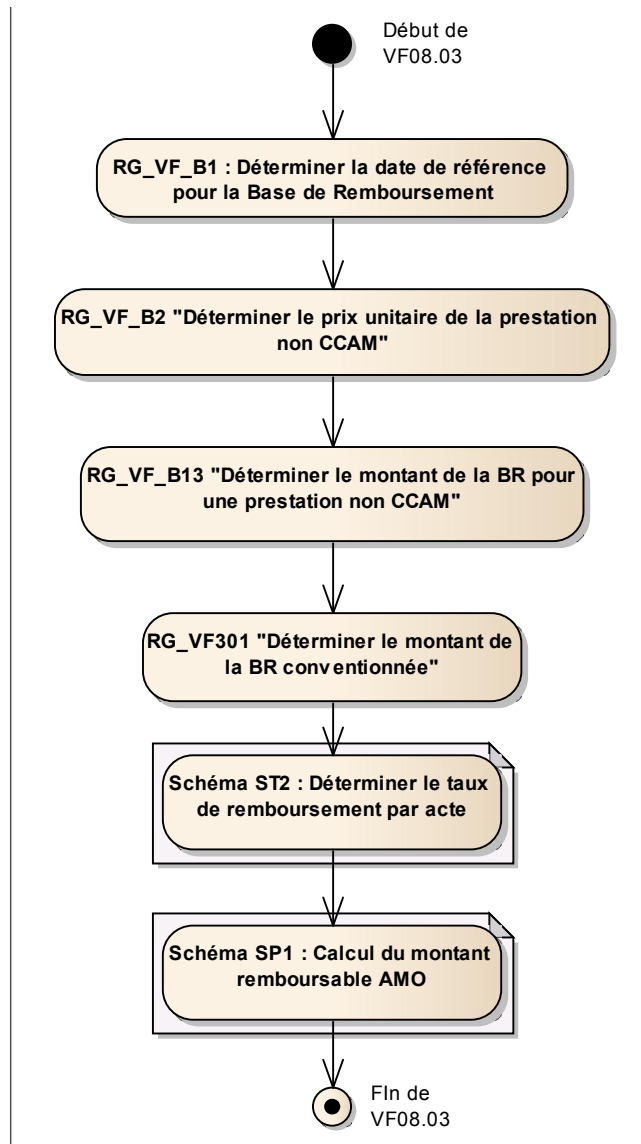


Figure 22 : Enchaînement des opérations de VF08.03 « Déterminer les montants pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat »

Règles de gestion

RG_VF_B1	Date de référence pour la BR 1610-2	cf. règle B1 de l'annexe 2 (cas général)
RG_VF_B2	Prix unitaire 1610-11	Cas particulier spécifié dans la règle B2 de l'annexe 2
RG_VF_B13	Base de remboursement 1610-12	cf. règle B13 de l'annexe 2 (cas général)
RG_VF301	Base de remboursement conventionnée 2020-2	cf. A1-A0 groupe 2020 (cas général)
schéma ST2	Taux de remboursement 1610-13	Cf. A1-A
schéma ST2	Code justification d'exonération du ticket modérateur 1820-2	Cf. A1-A
schéma SP1	Montant remboursable AMO 1610-14	Cf. A1-A

4 Impacts dans le Référentiel Dispositif Intégré

4.1 Synthèse des impacts



Les tableaux de synthèse ci-après reprennent les impacts détaillés pour chaque besoin au §2 ci-avant et les présentent pour chaque document du référentiel, dans l'ordre du document.

Documents communs	Partie impactée	Nature de l'impact	Besoin
rh-integ-dsf-020 specification partie 1	§4.1.1.2.8.9	Nouveau paragraphe SP18 « Victime d'Attentat »	B3 B5-1
	§4.1.1.3.2	Schéma SR1 : ajout R11ter	B5
	§4.1.1.3.7.3.3	Codage LPP : suppression de la remarque : « Pour une prestation saisie par le PS et suivie d'un complément AT (dentaire ou LPP), le montant PS des honoraires ne doit pas inclure le montant de ce complément AT »	B9
	§4.1.1.3.7.1	Spécificités nature d'assurance compléments AT : Extension de cette partie aux factures en situation Victime d'Attentat	B7
	§4.1.1.3.7.2.1	ajout des spécificités pour Victime d'Attentat pour chaque donnée si nécessaire (renvoi vers A1-A3)	B7
	§4.1.1.4.1.6	ajout des spécificités pour Victime d'Attentat pour chaque donnée si nécessaire (renvoi vers A1-A3)	B7
rh-integ-dsf-034	§2.2.	Préciser que la part complémentaire est nécessairement non renseignée en cas de SP18	B8
rh-integ-dsf-022		voir paragraphe 3.2.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	
rh-integ-dsf-022b		voir paragraphe 3.2.2 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification – Partie Tables »	
rh-integ-dsf-040 Annexe 1-A3		voir paragraphe 3.3.5 A1-A3	

4.2 Détail des impacts

4.2.1 Rh-integ-dsf-020 specifications de l'application partie 1

.../...

B3 et B5-1

§4.1.1.2.8.9 Victime d'Attentat

Depuis la LFSS pour 2016, les personnes blessées ou impliquées dans un acte de terrorisme bénéficient de la dispense d'avance des frais pour les hospitalisations, actes, prestations et consultations liés à des actes de terrorisme, dans la limite des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie.

En modifiant l'article L. 169-8, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a étendu le tiers-payant aux dépassements.

Si les soins sont en lien avec des actes de terrorisme, le Professionnel de Santé, au vu de l'attestation de prise en charge des victimes d'attentat, indique que la facture concerne la situation particulière « Victime d'Attentat ».

En cas de situation « Victime d'Attentat », celle-ci prime sur les autres.

En conséquence, les règles liées aux autres situations particulières « CMU-C », « Sortant CMU-C », « ACS », « AME » et « Migrants » seront ignorées pour l'ensemble du processus de facturation en cas de situation « Victime d'Attentat ».

Le progiciel doit permettre au professionnel de santé, au vu de l'attestation « Victime d'Attentat » fournie par le Bénéficiaire des soins, d'indiquer que les soins facturés sont en lien avec des actes de terrorisme et que la facture concerne donc la situation particulière Victime d'Attentat.

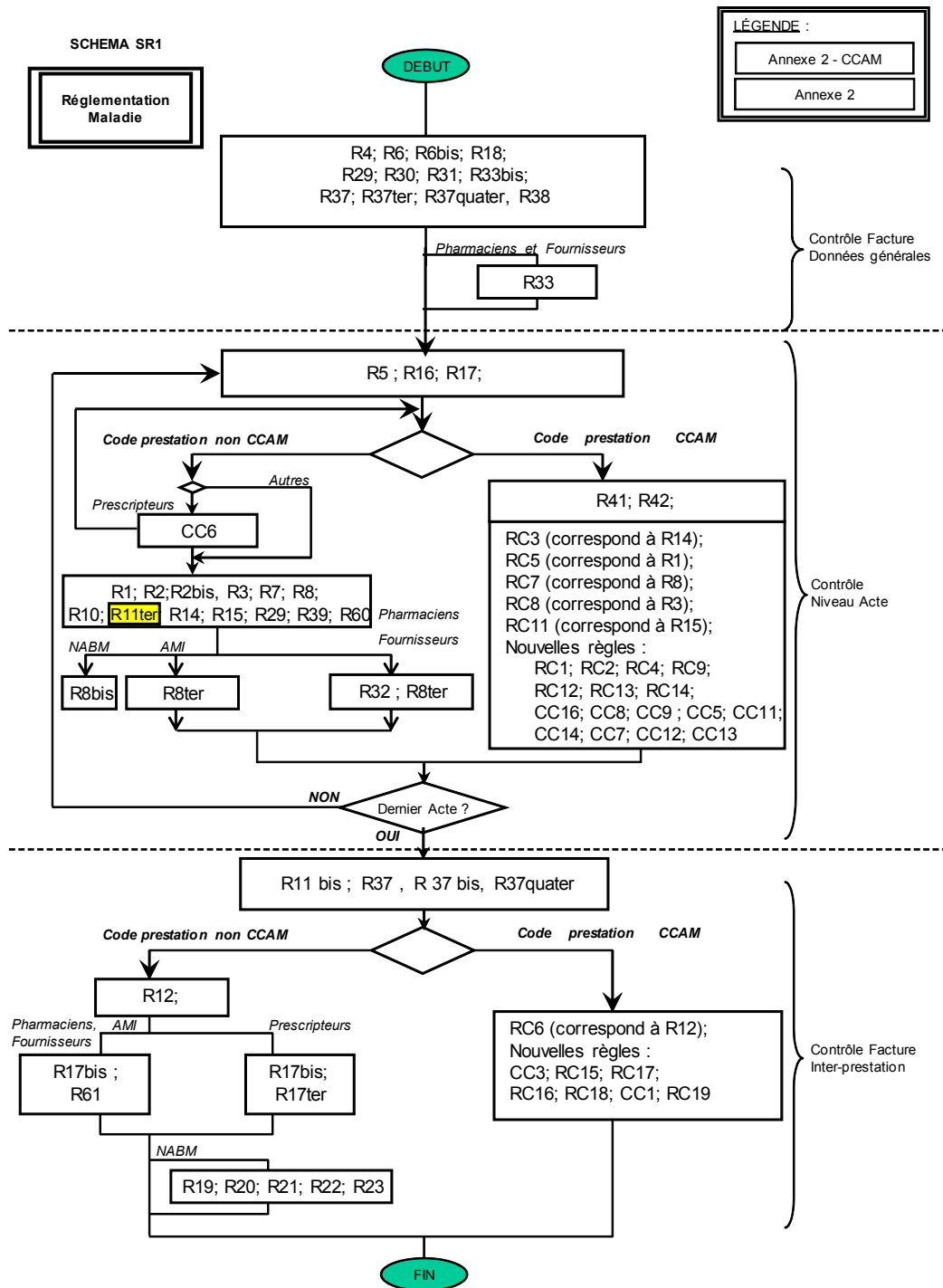
Dans ce cas, le progiciel

- ignore les règles spécifiques aux autres situations particulières
- génère automatiquement les prestations de dépassements s'il y a lieu
- Propose le tiers payant (prise en charge intégrale)
- envoi un flux unique vers l'AMO.

.../...

B5

§4.1.1.3.2. Schéma SR1 : Réglementation Maladie



.../...

B9

§4.1.1.3.7.3.3 Codage LPP (ancien TIPS)

A l'issue de cette phase, le « montant des honoraires » à transmettre du type 4A ainsi que le(*) « Montant total facturé TTC après remise éventuelle » du type 4F sont mis à jour avec ce montant des honoraires calculé issu de « Finalisation facture».



~~Pour une prestation saisie par le PS et suivie d'un complément AT (dentaire ou LPP), le montant PS des honoraires ne doit pas inclure le montant de ce complément AT.~~

.../...

B7+B9

§4.1.1.3.7.1 Règles de saisie des lignes de factures

Spécificités : nature d'assurance complément AT

L'article 98 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2009 améliore le remboursement :

- de certains dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP),
- des prothèses dentaires,

délivrés aux victimes d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

Par ailleurs, l'article L169-3 du Code de la Sécurité Sociale et l'arrêté du 2 janvier 2016 instaurent une meilleure prise en charge de certains dispositifs médicaux et des prothèses dentaires pour les bénéficiaires des soins en situation de Victime d'Attentat. Leur remboursement est porté à 150% du tarif de responsabilité dès lors que ces prestations sont liées directement à l'acte de terrorisme

Principe : la prise en charge maximale en nature d'assurance AT ou pour un bénéficiaire des soins Victime d'Attentat, pour une prothèse dentaire ou une prestation LPP concernée est d'une fois et demi la base de remboursement de l'acte support, dans la limite des frais réellement engagés.

Les codes prestation « ATD : Complément AT dentaire » et ATL : Complément AT LPP » permettent la facturation du complément pris en charge au titre de la nature d'assurance AT ou pour un bénéficiaire des soins Victime d'Attentat, au-delà des 100% du tarif de responsabilité dans la limite des dépenses engagées.

Les prestations ATL sont saisies par le Professionnel de Santé.

Les prestations ATD sont automatiquement générées par le dispositif intégré (cf. rh-integ-dsf-040 A1-A3, opération VF07.01).

Le prix unitaire d'un complément AT (ATD ou ATL) relève d'un calcul spécifique, spécifié au niveau de la règle B2 de l'annexe 2.

La base de remboursement d'un complément AT (ATD ou ATL) est déterminée par la règle B13 de l'annexe 2.

Pour une prestation saisie par le PS et suivie d'un complément AT (dentaire ou LPP), le montant des honoraires saisi par le PS doit correspondre au montant total de la dépense : il doit inclure le montant de ce complément AT.

Spécificités : Victime d'Attentat

En situation de Victime d'Attentat, la facture peut comporter des prestations de dépassements.

Les prestations de dépassements pour Victime d'Attentat sont caractérisées par leur code prestation en table 1 comme suit :

- Groupe fonctionnel général = « Dépassement »
- Groupe fonctionnel détail = « Victime d'attentat »

Ces prestations de dépassement pour Victime d'Attentat sont facturables uniquement en situation Victime d'Attentat.

Les prestations de dépassements pour Victime d'Attentat sont automatiquement générées par le système de facturation (d'origine de la prestation = « LPS » ; cf. A1-A3, opération VF08)



Pour rappel, toute prestation générée par le LPS (Origine de la prestation = « LPS ») ne peut être saisie par le PS.

.../...

B7

§4.1.1.3.7.2.1 Prestation codage NGAP

✓ Montant des honoraires

(LIG_MT_FACTURE)

~~Hors Nature d'assurance SMG : montant facturé pour la prestation (dépassement compris).~~

~~Nature d'assurance SMG : indiquer le montant des honoraires calculé (Cf. Annexe 1-A3)~~

Dans tous les cas, indiquer le montant des honoraires calculé (cf. A1-A3 : opération VF06).

.../...

B7

§4.1.1.4.1.6 Mise en forme du Type 4A

L'entité Type 4A est présente 1 à n fois dans la feuille de soins.

Une entité 4A est créée

- soit pour une ligne de facture « prestation codage NGAP »
- soit pour une ligne de facture « prestation codage CCAM »
- soit pour une ligne de facture « indemnité de déplacement »
- soit pour une ligne de facture « indemnité kilométrique ».
- soit pour une ligne de facture « honoraire simple »
- soit pour une ligne de facture « honoraire complexe »
- soit pour une ligne de facture « complément AT dentaire »
pour les spécificités : cf. rh-integ-dsf-040 A1-A3
- soit pour une ligne de facture « supplément APIAS »
pour les spécificités : cf. rh-integ-dsf-040 A1-A3
- soit pour une ligne de facture « Dépassement pour Victime d'attentat »
pour les spécificités : cf. rh-integ-dsf-040 A1-A3

.../...

B7

Type 4A (FSE)	Définition ou règle de gestion
Type d'enregistrement	Valeur = 4
N° Partenaire de Santé + Clé	Concaténation de FAC_PS_NUM-IDFACPS et de FAC_PS_CLE-IDFACPS
N° Matricule Assuré	FAC BEN NIR ASS
Clé du N° Matricule	FAC BEN CLE ASS
N° Facture	FAC_NOFAC
Complément du Type	Valeur = A
Séquence	Valeur à zéro
/...	
.../	
Montant des honoraires (dépassement compris)	prendre LIG_MT_FACTURE ou montant issu de VF06 (annexe 1_A3) HDx ou HGx ou HC : base de remboursement (LIG_BR_RBT)
Qualificatif dépense	si zone renseignée, prendre PREST_QUALIF, sinon valeur à blanc HDx ou HGx : Identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte HC : Non renseigné Hors cas particuliers AME et SMG
Code Lieu	Prest NGAP ou CCAM : prendre PREST_LIEU ID ou IK : valeur à 1 HDx ou HGx : Identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte. HC : Identique à celui de la dernière prestation saisie par le PS. Cas particuliers acte « ATL » : prendre valeur de l'acte support
Montant remboursable par l'organisme complémentaire	Si type FacturesACreer = 'FSE&DRE' alors valeur à 0 sinon prendre LIG_MT_RBT_AMC

4.2.2 Rh-integ-dsf-034 annexe 10 gestion amc

.../...

B8

§2.2. Acquisition des informations relatives au bénéficiaire des soins pour la complémentaire

Le dispositif intégré du Professionnel de Santé permet la saisie et/ou l'acquisition des informations relatives à l'Assurance Maladie Complémentaire à partir des informations contenues dans la carte Vitale, issues du service ADR ou tout autre support éventuel présenté par l'assuré. En nature d'assurance SMG ainsi qu'en contexte APIAS, ou en cas de situation de Victime d'Attentat, cette acquisition n'est pas autorisée car la part complémentaire est nécessairement non renseignée. Les données complémentaires peuvent aussi être récupérées à partir d'un fichier patient du poste du Professionnel de Santé.

5 Impacts dans le Référentiel TLA

5.1 Synthèse des impacts



Les tableaux de synthèse ci-après reprennent les impacts détaillés pour chaque besoin au §2 ci-avant et les présentent pour chaque document du référentiel, dans l'ordre du document.

Documents communs	Partie impactée	Nature de l'impact	Besoin
rh-tla-dsf-003 <i>application TLA-elaboration FSE visite</i>	§2.2.3.9	Nouveau paragraphe SP18 « Victime d'Attentat »	B3 B5-1
	§2.3.2	Schéma SR1 : ajout R11ter	B5
	§2.3.7.1	Spécificités : <i>Victime d'Attentat</i>	B7
	§2.3.4	Spécificités : <i>Victime d'Attentat</i>	B7
	§2.3.7.1.1.1	<i>ajout des spécificités pour Victime d'Attentat pour chaque donnée si nécessaire (renvoi vers A1-A3)</i>	B7
	§2.3.8.1.6	<i>ajout des spécificités pour Victime d'Attentat pour chaque donnée si nécessaire (renvoi vers A1-A3)</i>	B7
rh-integ-dsf-022		voir paragraphe 3.2.1 Impacts Annexe 2 : « Réglementation - Tarification »	
rh-integ-dsf-022b		voir paragraphe 3.2.2 Impacts Annexe 2bis : « Réglementation - Tarification – Partie Tables»	
rh-integ-dsf-040 Annexe 1-A3		voir paragraphe 3.3.5 A1-A3	

5.2 Détail des impacts

5.2.1 Rh-tla-dsf-003 application TLA-Elaboration FSE visite

.../...

B3 et B5-1

§2.2.3.9 Victime d'Attentat

Depuis la LFSS pour 2016, les personnes blessées ou impliquées dans un acte de terrorisme bénéficient de la dispense d'avance des frais pour les hospitalisations, actes, prestations et consultations liés à des actes de terrorisme, dans la limite des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie.

En modifiant l'article L. 169-8, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a étendu le tiers-payant aux dépassements.

Si les soins sont en lien avec des actes de terrorisme, le Professionnel de Santé, au vu de l'attestation de prise en charge des victimes d'attentat, indique que la facture concerne la situation particulière « Victime d'Attentat ».

En cas de situation « Victime d'Attentat », celle-ci prime sur les autres.

En conséquence, les règles liées aux autres situations particulières « CMU-C », « Sortant CMU-C », « ACS », « AME » et « Migrants » seront ignorées pour l'ensemble du processus de facturation en cas de situation « Victime d'Attentat ».

Le progiciel doit permettre au professionnel de santé, au vu de l'attestation « Victime d'Attentat » fournie pas le Bénéficiaire des soins, d'indiquer que les soins facturés sont en lien avec des actes de terrorisme et que la facture concerne donc la situation particulière Victime d'Attentat.

Dans ce cas, le progiciel

- ignore les règles spécifiques aux autres situations particulières
- génère automatiquement les prestations de dépassements s'il y a lieu
- Propose le tiers payant (prise en charge intégrale)
- envoi un flux unique vers l'AMO.

.../...

B8

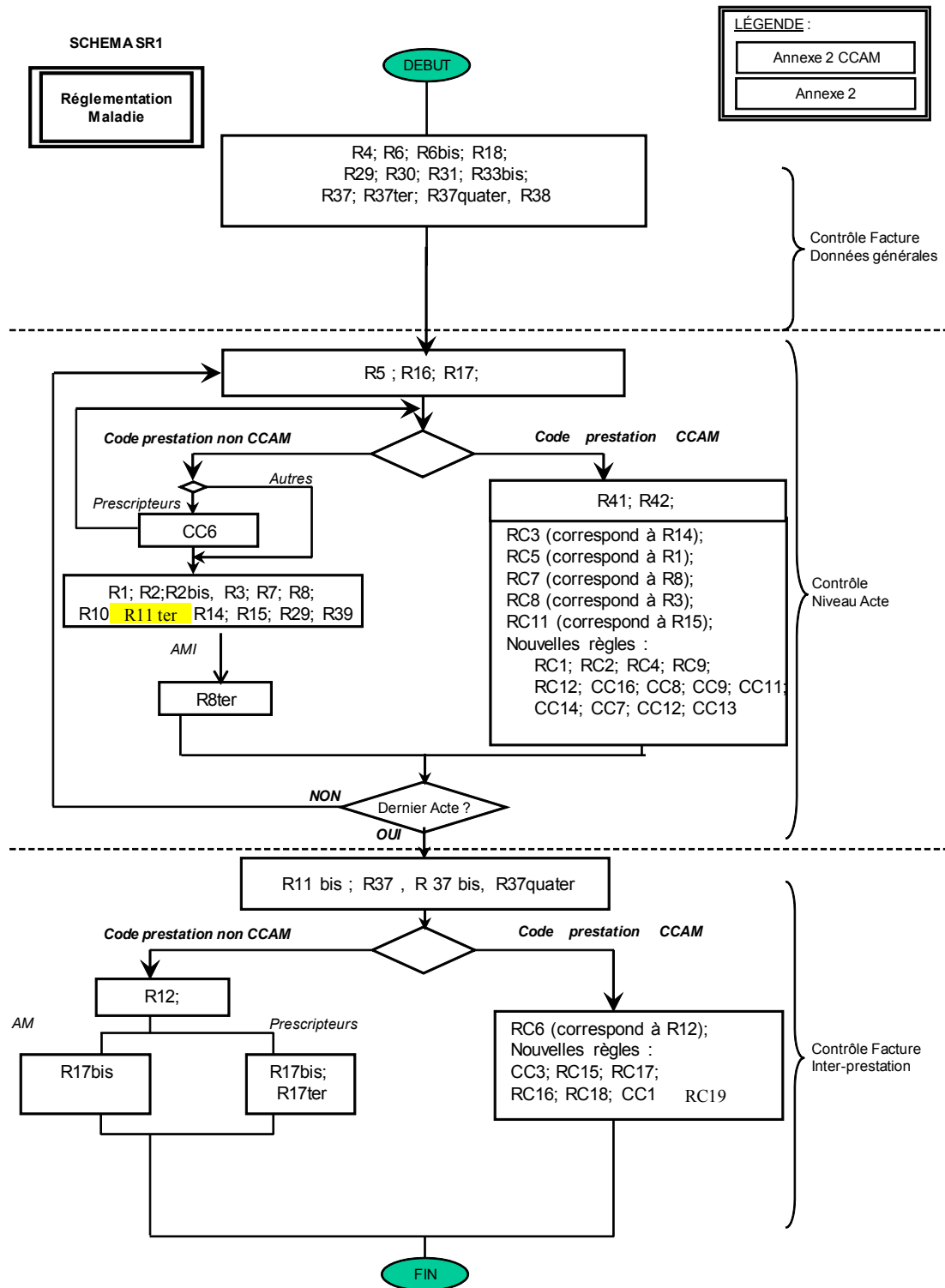
§2.2.4 . Acquisition des données relatives à la complémentaire

L'acquisition de données relative à la complémentaire est incompatible avec la nature d'assurance SMG , ou en cas de situation de Victime d'Attentat.

Le TLA ne doit en aucun cas générer de DRE en visite.

Dans le cas où les données de la part complémentaire sont incluses dans la FSE, elles peuvent être transmises de deux façons différentes :

§2.3.2 Schéma SR1 : Réglementation Maladie



.../...

B7+B9

§2.3.7.1 Règles de saisie des lignes de factures

Spécificités : Victime d'Attentat

En situation de Victime d'Attentat, la facture peut comporter des prestations de dépassements.

Les prestations de dépassements pour Victime d'Attentat sont caractérisées par leur code prestation en table 1 comme suit :

- Groupe fonctionnel général = « Dépassement »
- Groupe fonctionnel détail = « Victime d'attentat »

Ces prestations de dépassement pour Victime d'Attentat sont facturables uniquement en situation Victime d'Attentat.

Les prestations de dépassements pour Victime d'Attentat sont automatiquement générées par le système de facturation (d'origine de la prestation = « LPS » ; cf. A1-A3, opération VF08)



Pour rappel, toute prestation générée par le LPS (Origine de la prestation = « LPS ») ne peut être saisie par le PS.

.../...

B7

§2.3.7.1.1.1. Prestation codage NGAP

✓ Montant des honoraires

(LIG_MT_FACTURE)

~~Hors Nature d'assurance SMG : montant facturé pour la prestation (dépassement compris).~~

~~Nature d'assurance SMG : indiquer le montant des honoraires calculé (Cf. rh-integ-dsf-040)~~

Dans tous les cas, indiquer le montant des honoraires calculé (cf. rh-integ-dsf-040 : A1-A3 : opération VF06).

.../...

B7

§2.3.8.1.6 Mise en forme du Type 4A

L'entité Type 4A est présente 1 à n fois dans la feuille de soins.

Une entité 4A est créée

- soit pour une ligne de facture « prestation codage NGAP »
- soit pour une ligne de facture « prestation codage CCAM »
- soit pour une ligne de facture « indemnité de déplacement »
- soit pour une ligne de facture « indemnité kilométrique ».
- soit pour une ligne de facture « supplément APIAS »

pour les spécificités : cf. rh-integ-dsf-040 A1-A3

- soit pour une ligne de facture « Dépassement pour Victime d'attentat »

pour les spécificités : cf. rh-integ-dsf-040 A1-A3

.../...

B7

Type 4A (FSE)	Position	Type	Long	Définition ou Règle de gestion
Type d'enregistrement	1-1	N	1	Valeur = 4
N° Partenaire de Santé + Clé	2-10	N	9	Concaténation de NUM-IDFAC-PS_TIT et CLE-IDFACPS_TIT
N° Matricule Assuré	11-11	A	1	NIR_ASS
Filler	12-24	A	13	Espace
Clé n° Matricule	25-26	A	2	CLE_ASS
N° Facture	27-35	N	9	FAC_NOFAC
Complément du Type	36-36	A	1	Valeur = 'A'
Séquence	37-38	N	2	00
Mode de Traitement	39-40	N	2	00
/.....				
.../				
Taux	103-105	N	3	LIG_TX_RBT
Montant remboursable par AMO	106-112	N	5+2	LIG_MT_RBT_AMO
Montant des honoraires	113-119	N	5+2	prendre LIG_MT_FACTURE ou montant issu de VF06 (annexe 1_A3)
Qualificatif dépense	120-120	A	1	PREST_QUALIF
Code Lieu	121-121	N	1	Valeur à 1
Montant remboursable par l'organisme complémentaire	122-128	N	5+2	LIG_MT_RBT_AMC