



# Annexe 2

## Réglementation - Tarification

**Intégrant l'Addendum n°8**

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.**

## Sommaire

<b>1</b>	<b>Présentation de l'annexe 2.....</b>	<b>5</b>
1.1	Présentation générale .....	6
1.2	Présentation de la partie réglementation .....	7
1.3	Présentation de la partie calculs .....	7
1.4	Présentation de la partie tables.....	7
<b>2</b>	<b>Tableaux de synthèse.....</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>1<sup>ère</sup> partie : Réglementation .....</b>	<b>32</b>
<b>4</b>	<b>2<sup>ème</sup> partie : Tarification .....</b>	<b>105</b>
4.1	Chapitre 1 : Base de remboursement .....	106
4.1.1	Section 1 : Base de remboursement des codes prestations .....	106
4.1.2	Section 2 : Base de remboursement des frais de déplacement.....	123
4.1.3	Section 3 : Base de remboursement des frais pharmaceutiques.....	131
4.2	Chapitre 2 : Taux de remboursement .....	139
4.3	Chapitre 3 : Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. ....	161
<b>5</b>	<b>Annexe : Tables.....</b>	<b>173</b>



# 1      **Présentation de l'annexe 2**

## 1.1 Présentation générale

Le document présente en première partie des règles vérifiant la bonne application de la réglementation et en deuxième partie des règles de calcul permettant la détermination de la part remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Ce séquençement des opérations permet d'effectuer les calculs sur des données validées par la partie " Réglementation ".

Le schéma d'enchaînement des règles données dans l'annexe 2 est le suivant :

- A partir des données saisies ou lues dans les cartes, il est possible de mettre en œuvre les contrôles réglementaires (1<sup>ère</sup> partie).
- Chaque contrôle peut générer un message d'anomalie qui permet au Professionnel de Santé de corriger sa saisie. Néanmoins, il peut estimer devoir passer outre.
- A l'issue de cette première étape, les données contrôlées servent à renseigner les groupes de données décrits dans l'annexe 1.
- C'est à partir de ces éléments et de ceux restitués par le lecteur que les règles de calcul (2<sup>ème</sup> partie) peuvent s'appliquer. Celles-ci permettent de compléter la valorisation des groupes de données décrits dans l'annexe 1.

La grille figurant au début du document croise les numéros des règles et les spécialités des Professionnels de Santé et permet de connaître la liste des règles applicables à une profession donnée.

Chaque règle décrit la liste des données qu'elle utilise. Au regard de chaque donnée est mentionné le numéro du groupe correspondant (décrit dans l'annexe 1) ainsi que son origine (saisie par le Professionnel de Santé ou lue sur une carte).

Les règles et tables mentionnées dans ce document pourront faire l'objet d'évolutions. Celles-ci seront répercutées dans le Cahier des Charges communiqué aux sociétés éditrices de progiciels par l'Assurance Maladie.

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé d'introduire dans la Feuille de Soins Electronique (par forçage) des données conformes à la nomenclature<sup>1</sup> en vigueur malgré les messages d'erreurs restitués par le progiciel.

Ce principe permet au Professionnel de Santé d'appliquer sans délai les évolutions réglementaires, en attente de la mise à jour du progiciel.

<sup>1</sup> La mise en œuvre de ce principe se traduit par la possibilité pour le PS de modifier la valorisation des données figurant dans les tables de cette annexe, hormis les tables hormis les tables 1.1, 8.x, 11.1, 50.x, 60, 61.1 et 61.2, et la colonne « Origine prestation » de la table 1.

---

## 1.2 Présentation de la partie réglementation

Ces contrôles devront être intégrés dans les progiciels médicaux du Professionnel de Santé.

---

## 1.3 Présentation de la partie calculs

Dans un but de clarification, les calculs nécessaires à la tarification ont été découpés en règles simples. De ce fait, ces règles possèdent un ordre d'enchaînement logique qui est traduit par les schémas figurant en annexe 1-A (Flux allers de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé) au §2.2 Phases AMO.

En effet certains de ces schémas mettent en œuvre des services SRT décrits dans l'annexe 1-A1 ainsi que des règles de l'annexe 2, aussi afin de donner une vue d'ensemble de la cinématique des traitements ont-ils été regroupés.

Dès lors que le Professionnel de Santé recourt à une procédure tiers payant, hors tiers payant ou à l'aide médicale d'Etat le progiciel devra activer les modules relatifs aux règles de calcul. Ainsi, les données correspondantes décrites dans l'annexe 1 pourront être valorisées (ex : Dans le groupe 1610 : Taux de remboursement, base de remboursement...).

---

## 1.4 Présentation de la partie tables

La structure des tables n'est donnée qu'à titre indicatif. Elle n'est nullement imposée par l'Assurance Maladie Obligatoire aux sociétés éditrices de progiciels qui peuvent donc les restructurer et les adapter en fonction des contraintes de mise en œuvre. Néanmoins, les évolutions seront répercutées dans le Cahier des Charges communiqué aux sociétés éditrices de progiciels par l'Assurance Maladie sur la base de la structure des tables actuellement proposée.

La société éditrice de progiciels devra prévoir un module permettant la mise à jour des tables dans le poste du Professionnel de Santé de façon à pouvoir prendre en compte dans un délai réduit les modifications réglementaires.

Certaines tables rassemblent les valeurs pour tous les Professionnels de Santé. Il va de soi que selon les professions ciblées chaque société ira chercher les lignes qui la concerne.

La table nationale de biologie n'est pas jointe à ce document. Elle peut être fournie par l'Assurance Maladie.





## 2 Tableaux de synthèse

		R1	R1bis	R2	R2bis	R3	R4	R5	R6	R6 bis	R7	R8	R8bis
01	Médecine générale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
02	Anesthésie-Réanimation	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
03	Cardiologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
04	Chirurgie générale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
05	Dermatologie et Vénérologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
06	Radiologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
07	Gynécologie obstétrique	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
09	Médecine interne	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
10	Neuro-Chirurgie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
11	Oto-Rhino-Laryngologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
12	Pédiatrie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
13	Pneumologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
14	Rhumatologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
15	Ophtalmologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
16	Chirurgie urologique	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
17	Neuro-Psychiatrie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
18	Stomatologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
19	Chirurgien Dentiste	X		X	X	X	X	X		X	X	X	
20	Réanimation médicale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
21	Sage-femme	X		X	X	X	X	X	X	X	X		
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
24	Infirmier	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
26	Masseur Kinésithérapeute	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
27	Pédicure Podologue	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
28	Orthophoniste	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
29	Orthoptiste	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
30	Laboratoire d'analyses médicales	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
32	Neurologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
33	Psychiatrie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
34	Gériatrie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
35	Néphrologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
37	Anatomo-Cyto-Pathologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X		
38	Médecin biologiste	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
39	Laboratoire Polyvalent	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
42	Endocrinologie et Métabolisme	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	

		R1	R1bis	R2	R2bis	R3	R4	R5	R6	R6 bis	R7	R8	R8bis
43	Chirurgie infantile	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
48	Chirurgie vasculaire	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
49	Chirurgie viscérale et digestive	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
50	Pharmacie d'officine	X		X	X	X	X	X	X	X			
51	Pharmacie mutualiste	X		X	X	X	X	X	X	X			
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X		X	X	X	X	X		X	X	X	
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X		X	X	X	X	X		X	X	X	
60	Prestataire de type société	X		X	X	X	X	X	X	X			
61	Prestataire de type artisan	X		X	X	X	X	X	X	X			
62	Prestataire de type association	X		X	X	X	X	X	X	X			
63	Orthésiste	X		X	X	X	X	X	X	X			
64	Opticien	X		X	X	X	X	X	X	X			
65	Audioprothésiste	X		X	X	X	X	X	X	X			
66	Epithésiste Oculariste	X		X	X	X	X	X	X	X			
67	Podo-orthésiste	X		X	X	X	X	X	X	X			
68	Orthoprothésiste	X		X	X	X	X	X	X	X			
69	Chirurgie orale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
70	Gynécologie médicale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
71	Hématologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
72	Médecine nucléaire	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
73	Oncologie médicale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
74	Oncologie radiothérapique	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
76	Radiothérapie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
77	Obstétrique	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
78	Génétique médicale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
80	Santé publique et médecine sociale	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
82	Médecine légale et expertises médicales	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
83	Médecine d'urgence	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
84	Médecine vasculaire	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
85	Allergologie	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	

		R8ter	R10	R11bis	R11ter	R12	R14	R15	R16	R17	R17bis	R17ter
01	Médecine générale		X		X	X	X	X	X	X	X	X
02	Anesthésie-Réanimation		X		X	X	X	X	X	X	X	X
03	Cardiologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
04	Chirurgie générale		X		X	X	X	X	X	X	X	X
05	Dermatologie et Vénéréologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
06	Radiologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
07	Gynécologie obstétrique		X		X	X	X	X	X	X	X	X
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
09	Médecine interne		X		X	X	X	X	X	X	X	X
10	Neuro-Chirurgie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
11	Oto-Rhino-Laryngologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
12	Pédiatrie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
13	Pneumologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
14	Rhumatologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
15	Ophthalmologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
16	Chirurgie urologique		X		X	X	X	X	X	X	X	X
17	Neuro-Psychiatrie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
18	Stomatologie		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Chirurgien Dentiste		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
20	Réanimation médicale		X		X	X	X	X	X	X	X	X
21	Sage-femme				X	X	X	X	X	X	X	
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme		X		X	X	X	X	X	X	X	X
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre		X		X	X	X	X	X	X	X	X
24	Infirmier				X	X	X	X	X	X	X	
26	Masseur Kinésithérapeute				X	X	X	X	X	X		
27	Pédicure Podologue	X			X	X	X		X	X	X	
28	Orthophoniste				X	X	X		X	X		
29	Orthoptiste				X	X	X	X	X	X		
30	Laboratoire d'analyses médicales				X	X	X	X	X	X		
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation		X		X	X	X	X	X	X	X	X
32	Neurologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
33	Psychiatrie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
34	Gériatrie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
35	Néphrologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
37	Anatomo-Cyto-Pathologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
38	Médecin biologiste		X		X	X	X	X	X	X	X	X
39	Laboratoire Polyvalent				X	X	X	X	X	X		
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie				X	X	X	X	X	X		
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X

		R8ter	R10	R11bis	R11ter	R12	R14	R15	R16	R17	R17bis	R17ter
42	Endocrinologie et Métabolisme		X		X	X	X	X	X	X	X	X
43	Chirurgie infantile		X		X	X	X	X	X	X	X	X
44	Chirurgie maxillo-faciale		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique		X		X	X	X	X	X	X	X	X
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire		X		X	X	X	X	X	X	X	X
48	Chirurgie vasculaire		X		X	X	X	X	X	X	X	X
49	Chirurgie viscérale et digestive		X		X	X	X	X	X	X	X	X
50	Pharmacie d'officine	X			X	X	X		X	X	X	
51	Pharmacie mutualiste	X			X	X	X		X	X	X	
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
60	Prestataire de type société	X			X	X	X		X	X	X	
61	Prestataire de type artisan	X			X	X	X		X	X	X	
62	Prestataire de type association	X			X	X	X		X	X	X	
63	Orthésiste	X			X	X	X		X	X	X	
64	Opticien	X			X	X	X		X	X	X	
65	Audioprothésiste	X			X	X	X		X	X	X	
66	Epithésiste Oculariste	X			X	X	X		X	X	X	
67	Podo-orthésiste	X			X	X	X		X	X	X	
68	Orthoprothésiste	X			X	X	X		X	X	X	
69	Chirurgie orale		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
70	Gynécologie médicale		X		X	X	X	X	X	X	X	X
71	Hématologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
72	Médecine nucléaire		X		X	X	X	X	X	X	X	X
73	Oncologie médicale		X		X	X	X	X	X	X	X	X
74	Oncologie radiothérapique		X		X	X	X	X	X	X	X	X
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent		X		X	X	X	X	X	X	X	X
76	Radiothérapie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
77	Obstétrique		X		X	X	X	X	X	X	X	X
78	Génétique médicale		X		X	X	X	X	X	X	X	X
79	Obstétrique et Gynécologie médicale		X		X	X	X	X	X	X	X	X
80	Santé publique et médecine sociale		X		X	X	X	X	X	X	X	X
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales		X		X	X	X	X	X	X	X	X
82	Médecine légale et expertises médicales		X		X	X	X	X	X	X	X	X
83	Médecine d'urgence		X		X	X	X	X	X	X	X	X
84	Médecine vasculaire		X		X	X	X	X	X	X	X	X
85	Allergologie		X		X	X	X	X	X	X	X	X
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)				X	X	X	X	X	X	X	

		R18	R19	R20	R21	R22	R23	R24	R25.0	R25.1	R25.2	R25.4	R25.6
01	Médecine générale	X							X	X	X	X	X
02	Anesthésie-Réanimation	X							X	X	X	X	X
03	Cardiologie	X							X	X	X	X	X
04	Chirurgie générale	X							X	X	X	X	X
05	Dermatologie et Vénérologie	X							X	X	X	X	X
06	Radiologie	X							X	X	X	X	X
07	Gynécologie obstétrique	X							X	X	X	X	X
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie	X							X	X	X	X	X
09	Médecine interne	X							X	X	X	X	X
10	Neuro-Chirurgie	X							X	X	X	X	X
11	Oto-Rhino-Laryngologie	X							X	X	X	X	X
12	Pédiatrie	X							X	X	X	X	X
13	Pneumologie	X							X	X	X	X	X
14	Rhumatologie	X							X	X	X	X	X
15	Ophtalmologie	X							X	X	X	X	X
16	Chirurgie urologique	X							X	X	X	X	X
17	Neuro-Psychiatrie	X							X	X	X	X	X
18	Stomatologie	X							X	X	X	X	X
19	Chirurgien Dentiste	X							X	X	X	X	X
20	Réanimation médicale	X							X	X	X	X	X
21	Sage-femme	X							X	X	X	X	X
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	X							X	X	X	X	X
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	X							X	X	X	X	X
24	Infirmier	X						X	X	X	X	X	X
26	Masseur Kinésithérapeute	X							X	X	X	X	X
27	Pédicure Podologue	X							X	X	X	X	X
28	Orthophoniste	X							X	X	X	X	X
29	Orthoptiste	X							X	X	X	X	X
30	Laboratoire d'analyses médicales	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation	X							X	X	X	X	X
32	Neurologie	X							X	X	X	X	X
33	Psychiatrie	X							X	X	X	X	X
34	Gériatrie	X							X	X	X	X	X
35	Néphrologie	X							X	X	X	X	X
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.	X							X	X	X	X	X
37	Anatomo-Cyto-Pathologie	X							X	X	X	X	X
38	Médecin biologiste	X							X	X	X	X	X
39	Laboratoire Polyvalent	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie	X							X	X	X	X	X
42	Endocrinologie et Métabolisme	X							X	X	X	X	X
43	Chirurgie infantile	X							X	X	X	X	X

		R18	R19	R20	R21	R22	R23	R24	R25.0	R25.1	R25.2	R25.4	R25.6
44	Chirurgie maxillo-faciale	X							X	X	X	X	X
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X							X	X	X	X	X
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	X							X	X	X	X	X
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	X							X	X	X	X	X
48	Chirurgie vasculaire	X							X	X	X	X	X
49	Chirurgie viscérale et digestive	X							X	X	X	X	X
50	Pharmacie d'officine	X							X	X	X	X	X
51	Pharmacie mutualiste	X							X	X	X	X	X
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X							X	X	X	X	X
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X							X	X	X	X	X
60	Prestataire de type société	X							X	X	X	X	X
61	Prestataire de type artisan	X							X	X	X	X	X
62	Prestataire de type association	X							X	X	X	X	X
63	Orthésiste	X							X	X	X	X	X
64	Opticien	X							X	X	X	X	X
65	Audioprothésiste	X							X	X	X	X	X
66	Epithésiste Oculariste	X							X	X	X	X	X
67	Podo-orthésiste	X							X	X	X	X	X
68	Orthoprothésiste	X							X	X	X	X	X
69	Chirurgie orale	X							X	X	X	X	X
70	Gynécologie médicale	X							X	X	X	X	X
71	Hématologie	X							X	X	X	X	X
72	Médecine nucléaire	X							X	X	X	X	X
73	Oncologie médicale	X							X	X	X	X	X
74	Oncologie radiothérapique	X							X	X	X	X	X
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	X							X	X	X	X	X
76	Radiothérapie	X							X	X	X	X	X
77	Obstétrique	X							X	X	X	X	X
78	Génétique médicale	X							X	X	X	X	X
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	X							X	X	X	X	X
80	Santé publique et médecine sociale	X							X	X	X	X	X
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	X							X	X	X	X	X
82	Médecine légale et expertises médicales	X							X	X	X	X	X
83	Médecine d'urgence	X							X	X	X	X	X
84	Médecine vasculaire	X							X	X	X	X	X
85	Allergologie	X							X	X	X	X	X
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)	X						X	X	X	X	X	X

		R26	R27	R28	R29	R30	R31	R32	R33	R33bis	R35	R36	R37	R37bis
01	Médecine générale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
02	Anesthésie-Réanimation	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
03	Cardiologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
04	Chirurgie générale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
05	Dermatologie et Vénérologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
06	Radiologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
07	Gynécologie obstétrique	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
09	Médecine interne	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
10	Neuro-Chirurgie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
11	Oto-Rhino-Laryngologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
12	Pédiatrie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
13	Pneumologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
14	Rhumatologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
15	Ophtalmologie	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
16	Chirurgie urologique	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
17	Neuro-Psychiatrie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
18	Stomatologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
19	Chirurgien Dentiste	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
20	Réanimation médicale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
21	Sage-femme	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
24	Infirmier	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
26	Masseur Kinésithérapeute	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
27	Pédicure Podologue	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
28	Orthophoniste	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
29	Orthoptiste	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
30	Laboratoire d'analyses médicales	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
32	Neurologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
33	Psychiatrie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
34	Gériatrie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
35	Néphrologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
37	Anatomo-Cyto-Pathologie	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
38	Médecin biologiste	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
39	Laboratoire Polyvalent	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X



		R26	R27	R28	R29	R30	R31	R32	R33	R33bis	R35	R36	R37	R37bis
42	Endocrinologie et Métabolisme	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
43	Chirurgie infantile	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
48	Chirurgie vasculaire	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
49	Chirurgie viscérale et digestive	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
50	Pharmacie d'officine	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
51	Pharmacie mutualiste	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X	X	X	X	X				X	X	X	X	
60	Prestataire de type société	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
61	Prestataire de type artisan	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
62	Prestataire de type association	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
63	Orthésiste	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
64	Opticien	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
65	Audioprothésiste	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
66	Epithésiste Oculariste	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
67	Podo-orthésiste	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
68	Orthoprothésiste	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
69	Chirurgie orale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
70	Gynécologie médicale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
71	Hématologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
72	Médecine nucléaire	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
73	Oncologie médicale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
74	Oncologie radiothérapique	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
76	Radiothérapie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
77	Obstétrique	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
78	Génétique médicale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
80	Santé publique et médecine sociale	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
82	Médecine légale et expertises médicales	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
83	Médecine d'urgence	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
84	Médecine vasculaire	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
85	Allergologie	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	

		R37 ter	R37 quater	R38	R39	R40	R41	R42	R43	R44	R51	R55
01	Médecine générale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
02	Anesthésie-Réanimation	X	X	X	X	X	X	X			X	X
03	Cardiologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
04	Chirurgie générale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
05	Dermatologie et Vénéréologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
06	Radiologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
07	Gynécologie obstétrique	X	X	X	X	X	X	X			X	X
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
09	Médecine interne	X	X	X	X	X	X	X			X	X
10	Neuro-Chirurgie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
11	Oto-Rhino-Laryngologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
12	Pédiatrie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
13	Pneumologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
14	Rhumatologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
15	Ophtalmologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
16	Chirurgie urologique	X	X	X	X	X	X	X			X	X
17	Neuro-Psychiatrie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
18	Stomatologie	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
19	Chirurgien Dentiste					X	X	X	X		X	X
20	Réanimation médicale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
21	Sage-femme					X	X	X			X	X
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	X	X	X	X	X	X	X			X	X
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	X	X	X	X	X	X	X			X	X
24	Infirmier					X					X	X
26	Masseur Kinésithérapeute					X					X	X
27	Pédicure Podologue					X					X	X
28	Orthophoniste					X					X	X
29	Orthoptiste					X					X	X
30	Laboratoire d'analyses médicales					X					X	X
31	Rééducation Fonctionnelle Récupération	X	X	X	X	X	X	X			X	X
32	Neurologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
33	Psychiatrie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
34	Gériatrie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
35	Néphrologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.					X	X	X			X	X
37	Anatomo-Cyto-Pathologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
38	Médecin biologiste					X	X	X			X	X
39	Laboratoire Polyvalent					X					X	X
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie					X					X	X
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X

		R37 ter	R37 quater	R38	R39	R40	R41	R42	R43	R44	R51	R55
42	Endocrinologie et Métabolisme	X	X	X	X	X	X	X			X	X
43	Chirurgie infantile	X	X	X	X	X	X	X			X	X
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	X	X	X	X	X	X	X			X	X
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	X	X	X	X	X	X	X			X	X
48	Chirurgie vasculaire	X	X	X	X	X	X	X			X	X
49	Chirurgie viscérale et digestive	X	X	X	X	X	X	X			X	X
50	Pharmacie d'officine					X				X	X	X
51	Pharmacie mutualiste					X				X	X	X
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.					X	X	X	X		X	X
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.					X	X	X	X		X	X
60	Prestataire de type société					X				X	X	X
61	Prestataire de type artisan					X				X	X	X
62	Prestataire de type association					X				X	X	X
63	Orthésiste					X				X	X	X
64	Opticien					X				X	X	X
65	Audioprothésiste					X				X	X	X
66	Epithésiste Oculariste					X				X	X	X
67	Podo-orthésiste					X				X	X	X
68	Orthoprothésiste					X				X	X	X
69	Chirurgie orale	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
70	Gynécologie médicale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
71	Hématologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
72	Médecine nucléaire	X	X	X	X	X	X	X			X	X
73	Oncologie médicale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
74	Oncologie radiothérapique	X	X	X	X	X	X	X			X	X
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	X	X	X	X	X	X	X			X	X
76	Radiothérapie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
77	Obstétrique	X	X	X	X	X	X	X			X	X
78	Génétique médicale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
80	Santé publique et médecine sociale	X	X	X	X	X	X	X			X	X
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	X	X	X	X	X	X	X			X	X
82	Médecine légale et expertises médicales	X	X	X	X	X	X	X			X	X
83	Médecine d'urgence	X	X	X	X	X	X	X			X	X
84	Médecine vasculaire	X	X	X	X	X	X	X			X	X
85	Allergologie	X	X	X	X	X	X	X			X	X
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)					X					X	X

		R60	R61	R62	R63	R64	R65	R66	R70
01	Médecine générale								X
02	Anesthésie-Réanimation								
03	Cardiologie								
04	Chirurgie générale								
05	Dermatologie et Vénéréologie								
06	Radiologie								
07	Gynécologie obstétrique								
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie								
09	Médecine interne								
10	Neuro-Chirurgie								
11	Oto-Rhino-Laryngologie								
12	Pédiatrie								X
13	Pneumologie								
14	Rhumatologie								
15	Ophtalmologie								
16	Chirurgie urologique								
17	Neuro-Psychiatrie								
18	Stomatologie								
19	Chirurgien Dentiste								
20	Réanimation médicale								
21	Sage-femme								
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme								X
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre								X
24	Infirmier								
26	Masseur Kinésithérapeute								
27	Pédicure Podologue								
28	Orthophoniste								
29	Orthoptiste								
30	Laboratoire d'analyses médicales								
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation								
32	Neurologie								
33	Psychiatrie								
34	Gériatrie								
35	Néphrologie								
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.								
37	Anatomo-Cyto-Pathologie								
38	Médecin biologiste								
39	Laboratoire Polyvalent								
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie								
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie								
42	Endocrinologie et Métabolisme								

		R60	R61	R62	R63	R64	R65	R66	R70
43	Chirurgie infantile								
44	Chirurgie maxillo-faciale								
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie								
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique								
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire								
48	Chirurgie vasculaire								
49	Chirurgie viscérale et digestive								
50	Pharmacie d'officine	X	X	X	X	X	X	X	
51	Pharmacie mutualiste	X	X	X	X	X	X	X	
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.								
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.								
60	Prestataire de type société								
61	Prestataire de type artisan								
62	Prestataire de type association								
63	Orthésiste								
64	Opticien								
65	Audioprothésiste								
66	Epithésiste Oculariste								
67	Podo-orthésiste								
68	Orthoprothésiste								
69	Chirurgie orale								
70	Gynécologie médicale								
71	Hématologie								
72	Médecine nucléaire								
73	Oncologie médicale								
74	Oncologie radiothérapique								
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent								
76	Radiothérapie								
77	Obstétrique								
78	Génétique médicale								
79	Obstétrique et Gynécologie médicale								
80	Santé publique et médecine sociale								
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales								
82	Médecine légale et expertises médicales								
83	Médecine d'urgence								
84	Médecine vasculaire								
85	Allergologie								
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)								

		B1	B1 bis	B2	B3	B4	B5	B6	B6 bis	B7	B8	B9	B10
01	Médecine générale	X	X	X	X			X		X	X	X	X
02	Anesthésie-Réanimation	X		X				X		X	X	X	X
03	Cardiologie	X		X				X		X	X	X	X
04	Chirurgie générale	X		X				X		X	X	X	X
05	Dermatologie et Vénéréologie	X		X				X		X	X	X	X
06	Radiologie	X		X		X	X	X		X	X	X	X
07	Gynécologie obstétrique	X		X				X		X	X	X	X
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie	X		X				X		X	X	X	X
09	Médecine interne	X		X				X		X	X	X	X
10	Neuro-Chirurgie	X		X				X		X	X	X	X
11	Oto-Rhino-Laryngologie	X		X				X		X	X	X	X
12	Pédiatrie	X		X				X		X	X	X	X
13	Pneumologie	X		X				X		X	X	X	X
14	Rhumatologie	X		X				X		X	X	X	X
15	Ophtalmologie	X		X				X		X	X	X	X
16	Chirurgie urologique	X		X				X		X	X	X	X
17	Neuro-Psychiatrie	X		X				X		X	X	X	X
18	Stomatologie	X	X	X				X		X	X	X	X
19	Chirurgien Dentiste	X	X	X				X		X	X	X	X
20	Réanimation médicale	X		X				X		X	X	X	X
21	Sage-femme	X		X				X		X	X	X	X
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	X	X	X	X			X		X	X	X	X
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	X	X	X	X			X		X	X	X	X
24	Infirmier	X		X					X		X		
26	Masseur Kinésithérapeute	X		X					X		X		
27	Pédicure Podologue	X		X									
28	Orthophoniste	X		X									
29	Orthoptiste	X		X					X		X		
30	Laboratoire d'analyses médicales	X		X							X		
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation	X		X				X		X	X	X	X
32	Neurologie	X		X				X		X	X	X	X
33	Psychiatrie	X		X				X		X	X	X	X
34	Gériatrie	X		X				X		X	X	X	X
35	Néphrologie	X		X				X		X	X	X	
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.	X	X	X				X		X	X	X	X
37	Anatomo-Cyto-Pathologie	X		X				X		X	X	X	X
38	Médecin biologiste	X		X				X		X	X	X	X
39	Laboratoire Polyvalent	X		X							X		
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie	X		X							X		
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie	X		X				X		X	X	X	X
42	Endocrinologie et Métabolisme	X		X				X		X	X	X	X

		B1	B1 bis	B2	B3	B4	B5	B6	B6 bis	B7	B8	B9	B10
43	Chirurgie infantile	X		X				X		X	X	X	X
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X	X				X		X	X	X	X
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X	X				X		X	X	X	X
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	X		X				X		X	X	X	X
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	X		X				X		X	X	X	X
48	Chirurgie vasculaire	X		X				X		X	X	X	X
49	Chirurgie viscérale et digestive	X		X				X		X	X	X	X
50	Pharmacie d'officine												
51	Pharmacie mutualiste												
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X	X	X				X		X	X	X	X
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X	X	X				X		X	X	X	X
60	Prestataire de type société												
61	Prestataire de type artisan												
62	Prestataire de type association												
63	Orthésiste												
64	Opticien												
65	Audioprothésiste												
66	Epithésiste Oculariste												
67	Podo-orthésiste												
68	Orthoprothésiste												
69	Chirurgie orale	X	X	X				X		X	X	X	X
70	Gynécologie médicale	X		X				X		X	X	X	X
71	Hématologie	X		X				X		X	X	X	X
72	Médecine nucléaire	X		X				X		X	X	X	X
73	Oncologie médicale	X		X				X		X	X	X	X
74	Oncologie radiothérapique	X		X				X		X	X	X	X
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	X		X				X		X	X	X	X
76	Radiothérapie	X		X		X	X	X		X	X	X	X
77	Obstétrique	X		X				X		X	X	X	X
78	Génétique médicale	X		X				X		X	X	X	X
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	X		X				X		X	X	X	X
80	Santé publique et médecine sociale	X		X				X		X	X	X	X
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	X		X				X		X	X	X	X
82	Médecine légale et expertises médicales	X		X				X		X	X	X	X
83	Médecine d'urgence	X		X				X		X	X	X	X
84	Médecine vasculaire	X		X				X		X	X	X	X
85	Allergologie	X		X				X		X	X	X	X
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)	X		X					X		X		

		B11	B12	B13	F1	F2	F3	F4	F5	S1	S2	S3	S403
01	Médecine générale	X	X	X	X			X			X		X
02	Anesthésie-Réanimation	X	X	X	X			X					
03	Cardiologie	X	X	X	X			X					
04	Chirurgie générale	X	X	X	X			X					
05	Dermatologie et Vénéréologie	X	X	X	X			X					
06	Radiologie	X	X	X	X			X					
07	Gynécologie obstétrique	X	X	X	X			X					
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie	X	X	X	X			X					
09	Médecine interne	X	X	X	X			X					
10	Neuro-Chirurgie	X	X	X	X			X					
11	Oto-Rhino-Laryngologie	X	X	X	X			X					
12	Pédiatrie	X	X	X	X			X					
13	Pneumologie	X	X	X	X			X					
14	Rhumatologie	X	X	X	X			X					
15	Ophthalmologie	X	X	X	X			X					
16	Chirurgie urologique	X	X	X	X			X					
17	Neuro-Psychiatrie	X	X	X	X			X					
18	Stomatologie	X	X	X	X			X					
19	Chirurgien Dentiste	X	X	X		X		X					
20	Réanimation médicale	X	X	X	X			X					
21	Sage-femme	X	X	X		X	X	X					
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	X	X	X	X			X					
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	X	X	X	X			X					
24	Infirmier	X		X			X	X	X				
26	Masseur Kinésithérapeute	X		X			X	X					
27	Pédicure Podologue			X			X	X		X	X	X	X
28	Orthophoniste			X			X	X					
29	Orthoptiste	X		X			X	X					
30	Laboratoire d'analyses médicales			X	X		X	X					
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation	X	X	X	X			X					
32	Neurologie	X	X	X	X			X					
33	Psychiatrie	X	X	X	X			X					
34	Gériatrie	X	X	X	X			X					
35	Néphrologie	X	X	X	X			X					
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.	X	X	X		X		X					
37	Anatomo-Cyto-Pathologie	X	X	X	X			X					
38	Médecin biologiste	X	X	X	X			X					
39	Laboratoire Polyvalent			X	X		X	X					
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie			X	X			X					
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie	X	X	X	X			X					
42	Endocrinologie et Métabolisme	X	X	X	X			X					



		B11	B12	B13	F1	F2	F3	F4	F5	S1	S2	S3	S403
43	Chirurgie infantile	X	X	X	X			X					
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X	X	X			X					
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X	X	X			X					
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	X	X	X	X			X					
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	X	X	X	X			X					
48	Chirurgie vasculaire	X	X	X	X			X					
49	Chirurgie viscérale et digestive	X	X	X	X			X					
50	Pharmacien d'officine			X						X	X	X	X
51	Pharmacie mutualiste			X						X	X	X	X
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X	X	X		X		X					
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X	X	X		X		X					
60	Prestataire de type société			X						X	X		X
61	Prestataire de type artisan			X						X	X		X
62	Prestataire de type association			X						X	X		X
63	Orthésiste			X						X	X		X
64	Opticien			X						X	X		X
65	Audioprothésiste			X						X	X		X
66	Epithésiste Oculariste			X						X	X		X
67	Podo-orthésiste			X						X	X		X
68	Orthoprothésiste			X						X	X		X
69	Chirurgie orale	X	X	X	X			X					
70	Gynécologie médicale	X	X	X	X			X					
71	Hématologie	X	X	X	X			X					
72	Médecine nucléaire	X	X	X	X			X					
73	Oncologie médicale	X	X	X	X			X					
74	Oncologie radiothérapique	X	X	X	X			X					
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	X	X	X	X			X					
76	Radiothérapie	X	X	X	X			X					
77	Obstétrique	X	X	X	X			X					
78	Génétique médicale	X	X	X	X			X					
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	X	X	X	X			X					
80	Santé publique et médecine sociale	X	X	X	X			X					
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	X	X	X	X			X					
82	Médecine légale et expertises médicales	X	X	X	X			X					
83	Médecine d'urgence	X	X	X	X			X					
84	Médecine vasculaire	X	X	X	X			X					
85	Allergologie	X	X	X	X			X					
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)	X		X			X	X	X				

		T1	T3.1	T1 bis	T1 ter	T3.1 ter	T2	T2 bis	T2 ter	T2 quater	T2 quint	T3	T4	T5
01	Médecine générale	X	X				X				X	X	X	X
02	Anesthésie-Réanimation	X	X				X				X	X	X	X
03	Cardiologie	X	X				X				X	X	X	X
04	Chirurgie générale	X	X				X				X	X	X	X
05	Dermatologie et Vénéréologie	X	X				X				X	X	X	X
06	Radiologie	X	X				X				X	X	X	X
07	Gynécologie obstétrique	X	X				X				X	X	X	X
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie	X	X				X				X	X	X	X
09	Médecine interne	X	X				X				X	X	X	X
10	Neuro-Chirurgie	X	X				X				X	X	X	X
11	Oto-Rhino-Laryngologie	X	X				X				X	X	X	X
12	Pédiatrie	X	X				X				X	X	X	X
13	Pneumologie	X	X				X				X	X	X	X
14	Rhumatologie	X	X				X				X	X	X	X
15	Ophtalmologie	X	X				X				X	X	X	X
16	Chirurgie urologique	X	X				X				X	X	X	X
17	Neuro-Psychiatrie	X	X				X				X	X	X	X
18	Stomatologie	X	X	X			X				X	X	X	X
19	Chirurgien Dentiste	X	X	X			X				X	X	X	X
20	Réanimation médicale	X	X				X				X	X	X	X
21	Sage-femme	X	X				X				X	X		X
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	X	X				X				X	X	X	X
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	X	X				X				X	X	X	X
24	Infirmier	X	X					X			X	X		X
26	Masseur Kinésithérapeute	X	X					X			X	X		X
27	Pédicure Podologue	X	X		X	X		X			X	X		X
28	Orthophoniste	X	X					X			X	X		X
29	Orthoptiste	X	X					X			X	X		X
30	Laboratoire d'analyses médicales				X	X				X	X	X		X
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation	X	X				X				X	X	X	X
32	Neurologie	X	X				X				X	X	X	X
33	Psychiatrie	X	X				X				X	X	X	X
34	Gériatrie	X	X				X				X	X	X	X
35	Néphrologie	X	X				X				X	X	X	X
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.	X	X	X			X				X	X	X	X
37	Anatomo-Cyto-Pathologie	X	X				X				X	X		X
38	Médecin biologiste	X	X				X				X	X		X
39	Laboratoire Polyvalent				X	X				X	X	X		X
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie				X	X				X	X	X		X
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie	X	X				X				X	X	X	X
42	Endocrinologie et Métabolisme	X	X				X				X	X	X	X

		T1	T3.1	T1 bis	T1 ter	T3.1 ter	T2	T2 bis	T2 ter	T2 quater	T2 quint	T3	T4	T5
43	Chirurgie infantile	X	X				X				X	X	X	X
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X				X				X	X	X	X
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X				X				X	X	X	X
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	X	X				X				X	X	X	X
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	X	X				X				X	X	X	X
48	Chirurgie vasculaire	X	X				X				X	X	X	X
49	Chirurgie viscérale et digestive	X	X				X				X	X	X	X
50	Pharmacie d'officine				X	X			X		X	X		X
51	Pharmacie mutualiste				X	X			X		X	X		X
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X	X	X			X				X	X	X	X
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X	X	X			X				X	X	X	X
60	Prestataire de type société				X	X			X		X	X		X
61	Prestataire de type artisan				X	X			X		X	X		X
62	Prestataire de type association				X	X			X		X	X		X
63	Orthésiste				X	X			X		X	X		X
64	Opticien				X	X			X		X	X		X
65	Audioprothésiste				X	X			X		X	X		X
66	Epithésiste Oculariste				X	X			X		X	X		X
67	Podo-orthésiste				X	X			X		X	X		X
68	Orthoprothésiste				X	X			X		X	X		X
69	Chirurgie orale	X	X	X			X				X	X	X	X
70	Gynécologie médicale	X	X				X				X	X	X	X
71	Hématologie	X	X				X				X	X	X	X
72	Médecine nucléaire	X	X				X				X	X	X	X
73	Oncologie médicale	X	X				X				X	X	X	X
74	Oncologie radiothérapique	X	X				X				X	X	X	X
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	X	X				X				X	X	X	X
76	Radiothérapie	X	X				X				X	X	X	X
77	Obstétrique	X	X				X				X	X	X	X
78	Génétique médicale	X	X				X				X	X	X	X
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	X	X				X				X	X	X	X
80	Santé publique et médecine sociale	X	X				X				X	X	X	X
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	X	X				X				X	X	X	X
82	Médecine légale et expertises médicales	X	X				X				X	X	X	X
83	Médecine d'urgence	X	X				X				X	X	X	X
84	Médecine vasculaire	X	X				X				X	X	X	X
85	Allergologie	X	X				X				X	X	X	X
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)	X	X					X			X	X		X

		T6	T7	T8	T12	T13	Tc8	P0	P0bis	P1	P1bis	P2	P3	P4
01	Médecine générale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
02	Anesthésie-Réanimation	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
03	Cardiologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
04	Chirurgie générale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
05	Dermatologie et Vénéréologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
06	Radiologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
07	Gynécologie obstétrique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
09	Médecine interne	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	Neuro-Chirurgie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	Oto-Rhino-Laryngologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Pédiatrie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Pneumologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Rhumatologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	Ophthalmologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	Chirurgie urologique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17	Neuro-Psychiatrie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	Stomatologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Chirurgien Dentiste	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		
20	Réanimation médicale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
21	Sage-femme	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24	Infirmier	X	X	X	X	X		X	X	X		X		
26	Masseur Kinésithérapeute	X	X	X	X	X		X	X	X		X		
27	Pédicure Podologue	X	X	X	X	X		X	X	X		X		
28	Orthophoniste	X	X	X	X	X		X	X	X		X		
29	Orthoptiste	X	X	X	X	X		X	X	X		X		
30	Laboratoire d'analyses médicales		X	X	X	X		X	X	X		X		
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
32	Neurologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
33	Psychiatrie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
34	Gériatrie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
35	Néphrologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
37	Anatomo-Cyto-Pathologie		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
38	Médecin biologiste		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
39	Laboratoire Polyvalent		X	X	X	X		X	X	X		X		
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie		X	X	X	X		X	X	X		X		
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
42	Endocrinologie et Métabolisme	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

43	Chirurgie infantile	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
48	Chirurgie vasculaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
49	Chirurgie viscérale et digestive	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
50	Pharmacie d'officine	X	X	X	X	X		X	X	X		X		
51	Pharmacie mutualiste	X	X	X	X	X		X	X	X		X		
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		
60	Prestataire de type société	X	X	X	X	X		X		X		X		
61	Prestataire de type artisan	X	X	X	X	X		X		X		X		
62	Prestataire de type association	X	X	X	X	X		X		X		X		
63	Orthésiste	X	X	X	X	X		X		X		X		
64	Opticien	X	X	X	X	X		X		X		X		
65	Audioprothésiste	X	X	X	X	X		X		X		X		
66	Epithésiste Oculariste	X	X	X	X	X		X		X		X		
67	Podo-orthésiste	X	X	X	X	X		X		X		X		
68	Orthoprothésiste	X	X	X	X	X		X		X		X		
69	Chirurgie orale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
70	Gynécologie médicale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
71	Hématologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
72	Médecine nucléaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
73	Oncologie médicale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
74	Oncologie radiothérapique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
76	Radiothérapie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
77	Obstétrique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
78	Génétique médicale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
79	Obstétrique et Gynécologie médicale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
80	Santé publique et médecine sociale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
82	Médecine légale et expertises médicales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
83	Médecine d'urgence	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
84	Médecine vasculaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
85	Allergologie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)	X	X	X	X	X		X	X	X		X		

		P5	P6	P7
01	Médecine générale			
02	Anesthésie-Réanimation			
03	Cardiologie			
04	Chirurgie générale			
05	Dermatologie et Vénéréologie			
06	Radiologie			
07	Gynécologie obstétrique			
08	Gastro-Entérologie et Hépatologie			
09	Médecine interne			
10	Neuro-Chirurgie			
11	Oto-Rhino-Laryngologie			
12	Pédiatrie			
13	Pneumologie			
14	Rhumatologie			
15	Ophthalmologie			
16	Chirurgie urologique			
17	Neuro-Psychiatrie			
18	Stomatologie	X	X	
19	Chirurgien Dentiste	X	X	
20	Réanimation médicale			
21	Sage-femme			
22	Spécialiste en Médecine générale avec diplôme			
23	Spécialiste en Médecine générale reconnu par l'ordre			
24	Infirmier			
26	Masseur Kinésithérapeute			
27	Pédicure Podologue			
28	Orthophoniste			
29	Orthoptiste			
30	Laboratoire d'analyses médicales			
31	Rééducation Fonctionnelle Réadaptation			
32	Neurologie			
33	Psychiatrie			
34	Gériatrie			
35	Néphrologie			
36	Chirurgien dentiste spécialité O.D.F.		X	
37	Anatomo-Cyto-Pathologie			
38	Médecin biologiste			
39	Laboratoire Polyvalent			
40	Laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie			
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie			
42	Endocrinologie et Métabolisme			

		P5	P6	P7
43	Chirurgie infantile			
44	Chirurgie maxillo-faciale	X	X	
45	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie	X	X	
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique			
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire			
48	Chirurgie vasculaire			
49	Chirurgie viscérale et digestive			
50	Pharmacie d'officine			X
51	Pharmacie mutualiste			X
53	Chirurgien Dentiste spécialité C.O.	X	X	
54	Chirurgien Dentiste spécialité M.B.D.	X	X	
60	Prestataire de type société			X
61	Prestataire de type artisan			X
62	Prestataire de type association			X
63	Orthésiste			X
64	Opticien			X
65	Audioprothésiste			X
66	Epithésiste Oculariste			X
67	Podo-orthésiste			X
68	Orthoprothésiste			X
69	Chirurgie orale	X	X	
70	Gynécologie médicale			
71	Hématologie			
72	Médecine nucléaire			
73	Oncologie médicale			
74	Oncologie radiothérapique			
75	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent			
76	Radiothérapie			
77	Obstétrique			
78	Génétique médicale			
79	Obstétrique et Gynécologie médicale			
80	Santé publique et médecine sociale			
81	Médecine des Maladies infectieuses et tropicales			
82	Médecine légale et expertises médicales			
83	Médecine d'urgence			
84	Médecine vasculaire			
85	Allergologie			
86	Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)			

## **3 1<sup>ère</sup> partie : Réglementation**



## Sommaire

R1 - Compatibilité du code prestation, du code indemnité forfaitaire de déplacement ou du type d'indemnité kilométrique avec la spécialité du Professionnel de Santé .....	35
R1bis- Compatibilité entre le code prestation et le contexte conventionnel du PS .....	36
R2 - Compatibilité entre le code prestation ou le code indemnité forfaitaire de déplacement ou le type d'indemnité kilométrique avec la qualité du bénéficiaire .....	37
R2 bis- Compatibilité entre le code prestation ou le code indemnité forfaitaire de déplacement ou le type d'indemnité kilométrique avec l'âge du bénéficiaire .....	38
R3 - Compatibilité du code prestation, du code indemnité forfaitaire de déplacement ou du type d'indemnité kilométrique avec la nature d'assurance .....	39
R4 - Compatibilité entre la nature d'assurance et la qualité du bénéficiaire .....	40
R5 - Contrôle de la nécessité d'une prescription pour un code prestation .....	41
R6 - Contrôle de la clé du numéro de prescripteur .....	42
R6 bis - Contrôle de la clé du numéro national d'immatriculation .....	43
R7 - Contrôle du coefficient des codes prestations effectués par un prescripteur, un auxiliaire médical ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale .....	44
R8 - Nécessité d'une entente préalable pour un code prestation en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé ...	45
R8bis - Contrôle de la nécessité d'une entente préalable pour les actes de biologie .....	46
R8ter - Contrôle de la nécessité d'une entente préalable pour les produits de la LPP .....	47
R10 - Vérification de la présence du numéro d'agrément de l'appareil pour les forfaits techniques .....	48
R11bis - Compatibilité des Soins Dentaires Forfaits CMU-C avec l'acte support .....	49
R11ter- Incompatibilité du code prestation avec une situation .....	50
R12 - Compatibilité du code prestation effectué avec une indemnité de déplacement .....	51
R14 - Compatibilité du code prestation avec le complément de « nuit » ou « dimanche ou jour férié », ou « urgence » ....	52
R15 - Contrôle de la validité d'une majoration de dimanche ou de jour férié .....	53
R16 - Compatibilité entre le montant des honoraires et le code qualificatif de la dépense .....	54
R17 - Compatibilité entre le code prestation et le code qualificatif de la dépense .....	55
R17 bis - Association obligatoire de code prestation .....	56
R17 ter - Contexte du parcours de soins pour des actes associés .....	57
R18 - Condition d'élaboration d'une Feuille de Soins Electronique en fonction de la situation du bénéficiaire .....	58
R19 - Contrôle de la présence d'actes incompatibles au regard des codes affinés de biologie .....	59
R20 - Contrôle du nombre maximum d'un même code affiné de biologie .....	60
R21 - Contrôle du respect des règles spécifiques en matière de codes affinés de biologie .....	61
R22 - Contrôle entre le coefficient facturé et le cumul des coefficients associés à chaque code affiné de biologie .....	62
R23 - Contrôle de la justification du complément à la cotation minimale liée aux actes sanguins .....	63
<b>R24 - Taux d'abattement des indemnités kilométriques .....</b>	<b>64</b>
R25.0 - Acquisition de l'organisme gestionnaire pour un accident du travail .....	65
R25.1 - Contrôle de l'existence d'une couverture au risque AT .....	67
R25.2 - Contrôle de l'acceptation d'une Feuille de Soins Electronique Accident du Travail pour un régime .....	68
R25.4- Contrôle de l'élaboration d'une FSE AT en l'absence d'organisme sur le support AT .....	69
R25.6 - Condition de sécurisation d'une FSE en fonction de l'organisme gestionnaire AT identifié .....	70
R26 - Acquisition de la date d'accident du travail et du numéro d'« Accident du travail » pour la nature d'assurance AT ...	71
R27 - Contrôle de la clé du numéro accident du travail .....	72
R28 - Contrôle de la date d'accident du travail pour la nature d'assurance « Accident du travail » .....	73
R29- Détermination du contexte tiers payant lié à des dispositions réglementaires spécifiques .....	74
R30 - Nécessité d'une date maternité pour la nature d'assurance « Maternité » .....	77
R31 - Contrôle de la date maternité pour la nature d'assurance « Maternité » .....	78
R32- Contrôle de la date de fin pour la prestation détaillée LPP .....	79
R33 - Contrôle du mode de sécurisation SESAM sans Vitale .....	80
R33 bis - Utilisation des modes de sécurisation SESAM sans Vitale ou dégradé .....	81
R35 Condition d'élaboration d'une FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole .....	82
R36 Contrôle de la date de l'accident .....	83
R37 - Détermination des cas d'exclusion du parcours de soins .....	84
R37bis -Détermination du contexte d'Urgence en fonction de la prestation .....	85
R37ter - Contextes particuliers au regard du parcours de soins .....	86
R37quater - Détermination de la position de la facture au regard du parcours de soins .....	87
R38 - Compatibilité de la spécialité du Professionnel de Santé avec les situations de parcours de soins « Accès Direct Spécifique » et « Hors Accès Direct Spécifique » .....	88
R39 - Compatibilité des majorations de coordination dans le parcours coordonné de soins .....	89
R40 - Déterminer la nécessité de supplément(s) dérogatoire(s) SMG dans la facture .....	90
R41 - Déterminer le contexte tarifaire Professionnel de Santé (PS) de la prestation .....	91
R42 - Déterminer le contexte tarifaire bénéficiaire (BS) de la prestation .....	92
<b>R43 - Contrôler le non panachage des paniers de soins dentaires sur une même dent .....</b>	<b>93</b>
<b>R44 - Contrôler le non panachage des paniers de soins optiques entre verres .....</b>	<b>94</b>
R51 - Déterminer la nécessité d'un complément AT dentaire .....	95
R55 - Déterminer le code prestation du dépassement à générer .....	96

R60 – Déterminer l'honoraire de dispensation simple à générer.....	97
R61 – Déterminer la nécessité de générer un honoraire complexe .....	98
R62 – Déterminer la nécessité de générer un honoraire pour médicament remboursable .....	99
R63 – Déterminer la nécessité de générer un honoraire lié à l'âge.....	100
R64 – Déterminer la nécessité de générer un honoraire pour médicament spécifique .....	101
R65 – Contrôler la validité du mode de prescription à la date de prescription.....	102
R66 – Contrôler la compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution pour délivrance du princeps.....	103
R70 – Détermination du code prestation en cas de consultation obligatoire enfant.....	104

## R1 - Compatibilité du code prestation, du code indemnité forfaitaire de déplacement ou du type d'indemnité kilométrique avec la spécialité du Professionnel de Santé

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Les Professionnels de Santé ne peuvent exécuter que certains codes prestation.</p> <p>Cette règle a pour objet de vérifier que la spécialité du Professionnel de Santé et le code prestation sont compatibles et que ce dernier est valide à la date d'exécution des soins.</p>	<p><b>Spécialité du Professionnel de Santé</b> : Lue sur la carte PS ou saisie dans le groupe 1870</p> <p><b>Code prestation</b> : (1610) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p><b>Code indemnité forfaitaire de déplacement</b> : (1620) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p><b>Type d'indemnité kilométrique</b> : (1630) : Saisie par le PS</p> <p><b>Date d'exécution</b> : (1610) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p><b>Date du déplacement IFD</b> : (1620) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p><b>Date du déplacement IK</b> : (1630) : Saisie par le PS</p>	<p>Table 1 Table 2</p>	<p>NGAP : Dispositions générales NABM : Dispositions générales</p>	<p>Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente Rc5 (cf. Annexe1-A1).</p> <p>* La présence du groupe 1870 rend la saisie prioritaire sur la lecture carte PS</p>

## R1bis- Compatibilité entre le code prestation et le contexte conventionnel du PS

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité entre le code prestation saisi par le Professionnel de Santé et le contexte conventionnel du PS définis par</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>son secteur conventionnel</li> <li>son contrat tarifaire PS.</li> </ul> <p>Le code prestation est</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>soit compatible,</li> <li>soit non compatible,</li> <li>soit compatible sous condition de respect de la règle P3</li> <li>soit compatible sous condition de respect de la règle P4</li> </ul>	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Code conventionnel :</b> lu sur la carte PS ou saisi dans le groupe 1870</p> <p><b>Contrat tarifaire PS :</b> paramétré sur le poste PS ou saisi par le PS</p> <p><b>Prestation compatible:</b> Donnée Résultat-</p>	Table 2bis	Convention Médicale 2016	Par construction, la règle P3 concerne des prestations de type « support » uniquement et la règle P4 des prestations de type « secondaire » uniquement

## R2 - Compatibilité entre le code prestation ou le code indemnité forfaitaire de déplacement ou le type d'indemnité kilométrique avec la qualité du bénéficiaire

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité entre le code prestation saisi par le Professionnel de Santé et la qualité du bénéficiaire.	<b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS  <u>ou</u> <b>Code indemnité forfaitaire de déplacement :</b> (1620) : Saisie par le PS  <u>ou</u> <b>Type d'indemnité kilométrique :</b> (1630) : Saisie par le PS  <b>Qualité du bénéficiaire (1130)</b>  <b>Code régime :</b> (1310)	Table 3	NGAP : Dispositions générales	

## R2 bis- Compatibilité entre le code prestation ou le code indemnité forfaitaire de déplacement ou le type d'indemnité kilométrique avec l'âge du bénéficiaire

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité entre le code prestation saisi par le Professionnel de Santé et l'âge du bénéficiaire à la date d'exécution des soins.</p> <p>Certains codes prestations sont autorisés uniquement à partir d'un âge minimum ou jusqu'à un âge maximum. L'âge minimum s'entend à partir du jour anniversaire de l'âge indiqué en table. L'âge maximum s'entend jusqu'à la veille de la date anniversaire de l'âge indiqué en table.</p> <p>Remarque : en présence d'un mois lunaire la date de naissance est ramenée au 01/01 de l'année de naissance.</p> <p>Cette règle ne s'applique pas pour les soins facturés en nature d'assurance maternité.</p>	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p><b>Code indemnité forfaitaire de déplacement :</b> (1620) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p><b>Type d'indemnité kilométrique :</b> (1630) : Saisie par le PS</p> <p><b>Date de naissance du bénéficiaire (1130)</b></p>	Table 3	<p>NGAP : Dispositions générales</p> <p>Réforme de l'Assurance Maladie : Loi du 13/08/2004</p>	<p>Les prestations CCAM sont régies par les règles RC 4 et RC 13 CF annexe 1A-1)</p>

### R3 - Compatibilité du code prestation, du code indemnité forfaitaire de déplacement ou du type d'indemnité kilométrique avec la nature d'assurance

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité du code prestation avec la nature d'assurance (maladie, maternité, accident du travail ou soins médicaux gratuits).	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p><b>Code indemnité forfaitaire de déplacement :</b> (1620) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p><b>Type d'indemnité kilométrique :</b> (1630) : Saisie par le PS</p> <p><b>Groupe nature d'assurance :</b> (151x) : Saisie par le PS</p>	Table 4		Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente Rc8 (cf. Annexe1-A1).

## R4 - Compatibilité entre la nature d'assurance et la qualité du bénéficiaire

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>La nature d'assurance "<b>Maladie</b>" <u>est compatible</u> avec toutes les qualités de bénéficiaires, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• assuré</li> <li>• ascendant, descendant, collatéraux ascendants</li> <li>• conjoint</li> <li>• conjoint divorcé</li> <li>• concubin</li> <li>• conjoint séparé</li> <li>• enfant</li> <li>• conjoint veuf</li> <li>• autre ayant droits</li> </ul> <p>La nature d'assurance "<b>Maternité</b>" <u>est incompatible</u> avec les bénéficiaires suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ascendant, descendant, collatéraux ascendants,</li> </ul> <p>La nature d'assurance "Accident du travail" n'est compatible qu'avec la qualité de bénéficiaire "assuré" sauf pour les non salariés agricoles pour lesquels la qualité de bénéficiaire peut être différente de "assuré".</p> <p>La nature d'assurance « SMG » est compatible avec toutes les qualités de bénéficiaire.</p>	<p>Groupe nature d'assurance : (151x) : Saisie par le PS</p> <p>Qualité du bénéficiaire (1130)</p>		<p>Art L313-3 et L161.14 du code de la Sécurité Sociale Art L615.10 pour le RSI</p>	<p>Pour la nature d'assurance "Maternité", la feuille de soins électronique sécurisée est toujours établie au nom de la mère, quel que soit le bénéficiaire des soins (père, enfant).</p> <p>Les non salariés agricoles (i.e. les exploitants) sont caractérisés par n° de code caisse gestionnaire dont le dernier caractère est 1. Les salariés agricoles sont caractérisés par n° de code caisse gestionnaire dont le dernier caractère est 5.</p>



## R5 - Contrôle de la nécessité d'une prescription pour un code prestation

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Certains codes prestation ne peuvent être pris en charge que dans la mesure où ils ont fait l'objet d'une prescription.</p> <p>Cette règle a pour objet de déterminer si le code prestation qui a été exécuté est soumis à prescription médicale.</p> <p>Dès lors que cette obligation existe, une date de prescription ainsi que le numéro du prescripteur doivent être renseignés.</p> <p>Dans le cas contraire, le Professionnel de Santé doit toutefois pouvoir saisir ces informations.</p>	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p><b>Code indemnité forfaitaire de déplacement :</b> (1620) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p><b>Type d'indemnité kilométrique :</b> (1630) : Saisie par le PS</p> <p><b>Date de prescription :</b> (1211) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p><b>Date début :</b> (1212) : Saisie par le PS</p> <p><b>Numéro du prescripteur :</b> (à valoriser dans les groupes 1211 et 1212)</p>	Table 4		<p><b>Exemple :</b> Pour les actes SF la prescription est nécessaire dans certains cas seulement :</p> <p>L'observation et le traitement à domicile d'une grossesse demandant une surveillance intensive est soumise à prescription médicale.</p> <p><b>Remarque :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pour des prestations effectuées par des prescripteurs, la prescription n'est jamais obligatoire sauf s'il s'agit d'une sage-femme</li> <li>pour des prestations de type secondaire, ce contrôle n'a pas à être effectué : la nécessité d'une prescription est contrôlée par rapport à l'acte support associé.</li> </ul>

## R6 - Contrôle de la clé du numéro de prescripteur

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la clé des numéros de prescripteur après saisie de ces numéros par l'exécutant.</p> <p>Ces numéros correspondent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>au numéro d'identification de facturation</li> <li>au n° RPPS</li> </ul> <p>Cette vérification est faite à partir de l'algorithme de calcul suivant :</p> <p>Numéroter les chiffres du numéro de la droite vers la gauche</p> <p>Multiplier par 1 les chiffres de rang pair</p> <p>Multiplier par 2 les chiffres de rang impair</p> <p>Additionner l'ensemble de ces résultats, chiffre par chiffre</p> <p>Déterminer le complément à 10 du chiffre unitaire de cette somme : il constitue la clé</p> <p><i>Cas particulier</i> : Dans le cas de numéros renfermant des lettres, le calcul de clé se réalise par transposition de la lettre par un chiffre de la manière suivante :</p> <p>A par 1, B par 2, C par 3, D par 4 etc...</p> <p>La clé ainsi calculée doit être égale à la clé saisie</p>	<p><b>Numéro d'identification de facturation</b> (1211 ou 1213 ou 1214) : Saisie par le PS</p> <p><b>Clé du numéro d'identification de facturation</b> : (1211 ou 1213 ou 1214) : Saisie par le PS</p> <p><b>Identifiant RPPS</b> (1211 ou 1213 ou 1214) : Saisie par le PS</p> <p><b>Clé du RPPS</b> : (1211 ou 1213 ou 1214) : Saisie par le PS</p>			

## R6 bis - Contrôle de la clé du numéro national d'immatriculation

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la clé du numéro national d'immatriculation lorsque celui-ci est saisi par le Professionnel de Santé (SESAM sans Vitale, mode dégradé)</p> <p>Cette vérification est faite à partir de l'algorithme de calcul suivant :</p> <p>La clé est calculée à partir des 13 caractères significatifs ;</p> <p>Il faut diviser par 97 le nombre constitué par les 13 caractères ;</p> <p>Le complément à 97 du reste de cette division constitue la clé.</p> <p>Pour les assurés nés en Corse, le couple 2A prend la valeur 19 et le couple 2B la valeur 18, pour le calcul de la clé.</p>	<p>Numéro national d'immatriculation (1130) saisie par le PS</p> <p>Clé (1130) saisie par le PS</p>			<p>Exemple :</p> <p>1 29 02 78 551 031 divisé par 97 = 13301840732</p> <p>reste 27</p> <p>Complément = 97 - 27 = 70</p> <p>Clé = 70</p>

## R7 - Contrôle du coefficient des codes prestations effectués par un prescripteur, un auxiliaire médical ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de déterminer si le code prestation doit être ou non affecté d'un coefficient.</p> <p>L'obligation d'un coefficient pour certains actes est imposée par sa nomenclature.</p> <p>On recherche à partir d'une table si la présence d'un coefficient est obligatoire pour l'acte concerné et si celui-ci ne se situe pas à l'extérieur des valeurs minimales et maximales données dans une table.</p>	<p><b>Coefficient :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p>	Table 4	<p>NGAP : Dispositions générales</p> <p>NABM : Dispositions générales</p>	<p>Dans la table des compatibilités (table 4) certaines valeurs à " Non " sont suivies d'un astérisque (N*). Cette mention indique que le coefficient, s'il n'est pas saisi par le Professionnel de Santé, doit être renseigné à 1 par défaut.</p>

## R8 - Nécessité d'une entente préalable pour un code prestation en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier si un code prestation est susceptible d'être soumis à la formalité de l'entente préalable pour une spécialité de Professionnel de Santé. Cette règle est à réaliser une seule fois par facture pour toutes les prestations de même couple (code prestation, coefficient) (les dates d'exécution peuvent être différentes).</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NGAP ».</p>	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Code accord entente préalable :</b> (1840) : Saisie par le PS</p> <p><b>Coefficient :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Spécialité du professionnel de santé :</b> Lue sur la carte PS</p> <p><b>Type de nomenclature :</b> Lu en table 1</p>	<p>Table 1 Table 6</p>	<p>NGAP</p>	<p>Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente Rc7 (cf. Annexe1-A1).</p> <p>Gestion de l'entente préalable :</p> <p>La caisse dispose d'un délai de 15 jours pour se prononcer sur la demande d'entente préalable, à défaut de réponse dans ce délai, son accord est réputé acquis.</p> <p>Remarques :</p> <p>Concernant les actes dentaires, la demande d'entente préalable n'est plus requise sauf pour les actes d'orthopédie dento-faciale et les actes de chirurgie pré-prothétique qui restent soumis à la formalité d'entente préalable.</p>

## R8bis - Contrôle de la nécessité d'une entente préalable pour les actes de biologie

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la nécessité d'une entente préalable pour chaque code affiné présent sur la facture.</p> <p>Dès lors qu'au moins un code affiné est soumis à entente préalable, ce contrôle doit être effectué.</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM ».</p>	<p><b>Code affiné de l'acte</b> : 1710 : saisie par le PS.</p> <p><b>Code accord entente préalable</b> (1840) : saisie par le PS.</p> <p><b>Type de nomenclature</b> : Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p> <p>Table nationale de biologie.</p>	<p><b>NABM</b></p>	<p>Gestion de l'entente préalable</p> <p>La caisse dispose d'un délai de 15 jours pour se prononcer sur la demande d'entente préalable, à défaut de réponse dans ce délai, son accord est réputé acquis</p>

## R8ter - Contrôle de la nécessité d'une entente préalable pour les produits de la LPP

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la nécessité d'une entente préalable pour chaque code affiné présent sur la facture.</p> <p>Dès lors qu'au moins un code affiné est soumis à entente préalable, ce contrôle doit être effectué.</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « LPP ».</p>	<p><b>Code affiné de l'acte</b> : (1730) : saisie par le PS.</p> <p><b>Code accord entente préalable</b> (1840). : saisie par le PS.</p> <p><b>Type de nomenclature</b> : Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p> <p>Base LPP</p>		

## R10 - Vérification de la présence du numéro d'agrément de l'appareil pour les forfaits techniques

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Lorsque l'acte facturé est un forfait technique l'appareil ayant exécuté ces actes doit comporter un numéro d'agrément.</p> <p>Ce numéro d'agrément doit figurer sur la facture.</p> <p>Cette règle concerne les prestations du groupe fonctionnel « Forfaits Techniques ».</p>	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Identification Appareillage :</b> (1830) : Saisie par le PS</p> <p><b>Groupe fonctionnel :</b> Lu en table 1</p>	Table 1		



## R11bis – Compatibilité des Soins Dentaires Forfaits CMU-C avec l'acte support

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Dans le cadre de la <b>CMU complémentaire C2S</b>, des dépassements fixés par arrêté ministériel peuvent être pris en charge en plus des tarifs de responsabilités.</p> <p>Ces dépassements sont facturés sous la forme d'un forfait, i.e. une prestation du groupe fonctionnel « soins dentaires / forfait CMU-C ».</p> <p>Ils sont compatibles avec certaines prestations des groupes fonctionnels suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>« soins dentaires / ODF »,</li> </ul>	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS (NGAP) ou code regroupement CCAM renseigné par le progiciel.</p> <p><b>Groupe fonctionnel :</b> Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p> <p>Table 12</p>	<p>arrêté du 31/12/99 pris par application des articles L162-9 et L861-3 du code de la Sécurité Sociale (JO du 01/01/2000)</p> <p>arrêté du 30 mai 2006 (J.O. du 2 juin 2006)</p>	<p>Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente Rc19 (cf. Annexe1-A1).</p>

## 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 <b>CMU-C</b> <b>C2S</b>.</p> <p>Ces prestations sont identifiées en fonction de leur groupe fonctionnel général et détaillé.</p>	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS (NGAP) ou code regroupement CCAM renseigné par le logiciel.</p> <p><b>Groupe fonctionnel :</b> Lu en table 1</p> <p><b>Situation particulière du bénéficiaire :</b> *</p>	<p>Table 1</p> <p>Table 3bis</p>		

## R12 - Compatibilité du code prestation effectué avec une indemnité de déplacement

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité de l'indemnité de déplacement avec l'acte qui supporte cette indemnité.</p> <p>Pour que les frais de déplacement soient facturables, il est nécessaire qu'ils soient compatibles avec le code prestation auquel ils se rapportent.</p> <p><b><u>Spécificité sage-femme :</u></b> Pour les sages-femmes, l'acte en C est compatible avec les frais de déplacement exclusivement lorsqu'il s'agit d'une C0,9, d'une C2 ou d'une C2,50 (séances de préparation à l'accouchement psychoprophylactique).</p>	<p><b>Code indemnité forfaitaire de déplacement :</b> (1620) : Saisie par le PS</p> <p><u>ou</u></p> <p><b>Type d'indemnité kilométrique :</b> (1630) : Saisie par le PS</p> <p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p>	Table 4	<p>NGAP : Dispositions générales : Art. 13 NABM : Dispositions générales : Art. 10</p>	<p>Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente Rc6 (cf. Annexe1-A1).</p>

## R14 - Compatibilité du code prestation avec le complément de « nuit » ou « dimanche ou jour férié », ou « urgence »

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Les actes effectués la nuit, le dimanche ou un jour férié, ou en situation d'urgence, donnent lieu à une majoration qui s'ajoute à la valeur de l'acte.</p> <p>Cette règle a pour objet de déterminer si le code prestation est compatible avec le complément de nuit, dimanche ou jour férié, ou urgence, lorsque celle-ci est valorisée.</p>	<p><b>Code prestation :</b> (1610-4) : Saisie par le PS</p> <p><b>Code complément de prestation :</b> (1610-5) : Saisie par le PS</p>	Table 4	<p>NGAP : Dispositions générales : Art. 14</p> <p>NABM : Dispositions générales : Art. 6 et 9</p>	Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente Rc3 (cf. Annexe1-A1).

## R15 - Contrôle de la validité d'une majoration de dimanche ou de jour férié

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>La majoration du dimanche ou jour férié peut être facturée</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le dimanche ou un jour férié (jour férié = fête légale),</li> <li>- le samedi par certaines spécialités de Professionnels de Santé.</li> </ul> <p>Le contrôle de cette majoration comporte un contrôle calendrier et si la majoration est facturée un samedi, un contrôle de la spécialité de Professionnel de Santé.</p> <p>1 - <u>Contrôle calendrier</u></p> <p>On recherche si la date des soins correspond à un dimanche ou à un jour férié, un samedi ou un jour " autre ".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la date des soins correspond à un dimanche ou à un jour férié, aucun contrôle supplémentaire n'est nécessaire</li> <li>- la date des soins correspond à un samedi.</li> </ul> <p>Pour savoir si la majoration peut être facturée, il faut contrôler la spécialité du Professionnel de Santé qui l'a facturée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la date des soins correspond à un jour " autre " la majoration est impossible.</li> </ul> <p>2 - <u>Contrôle de la spécialité du Professionnel de Santé</u></p> <p>La majoration de dimanche ou de jour férié ne peut pas être facturée un samedi par les spécialités spécifiées dans la table 22.1</p>	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Code complément de prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Spécialité du professionnel de santé :</b> Lue sur la carte PS</p> <p><b>Date d'exécution :</b> (1610) : Saisie par le PS</p>	Table 22.1	<p>NGAP : Dispositions générales : Art 14 NABM : Dispositions générales : Art. 6 et 9</p> <p>Conventions Nationales Des Professionnels de Santé.</p>	Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente Rc11 (cf. Annexe1-A1).

## R16 - Compatibilité entre le montant des honoraires et le code qualificatif de la dépense

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité entre le montant des honoraires et le code qualificatif de la dépense</p> <p>Si le code qualificatif de la dépense est égal à “ Acte gratuit ”, le montant des honoraires doit être égal à zéro.</p>	<p><b>Montant des honoraires :</b> (1610) : Saisie par le PS.</p> <p><b>Qualificatif de la dépense :</b> (1610) : Saisie par le PS</p>			

## R17 - Compatibilité entre le code prestation et le code qualificatif de la dépense

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité entre le code prestation et le code qualificatif de la dépense.	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS (NGAP) ou code regroupement CCAM renseigné par le logiciel.</p> <p><b>Qualificatif de la dépense :</b> (1610) : Saisie par le PS</p>	Table 7		

## R17 bis – Association obligatoire de code prestation

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Certains codes prestation ne peuvent être facturés seuls. Il s'agit des codes prestation de type « secondaire ». Ils accompagnent nécessairement un code prestation de type « support » facturé à la même date d'exécution.</p> <p>De plus, parmi les codes prestation de type « secondaires », certains sont associés à une liste définie et exhaustive de codes prestation « supports » compatibles.</p>	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS (NGAP)</p> <p><b>Date d'exécution :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Type de prestation :</b> Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p> <p>Table 12</p>		<p>Remarque :</p> <p>D'autres actes peuvent être compatibles mais pas obligatoirement associés. Ex : CS + K 6.50 + MPC</p> <p>Un acte de type secondaire est nécessairement un acte NGAP. Par contre un acte de type support peut relever de tout type de nomenclature.</p> <p>Les règles d'associations d'actes CCAM entre eux ne sont pas concernés par la présente règle mais relèvent de l'annexe1-A1. <i>C'est pourquoi les codes regroupement CCAM sont de type « acte support ».</i></p>



## R17 ter – Contexte du parcours de soins pour des actes associés

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Dans le cadre du parcours de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un code prestation de type « secondaire », s'il relève des contextes particuliers d'exclusion du parcours de soins (cf. règle R37 – table 15.3) ou d'Urgence (cf. règle R37bis – table 5bis) alors ce contexte s'applique également au code prestation de type « support » associé.</li> <li>Inversement un code prestation de type « support », s'il relève des contextes particuliers d'exclusion du parcours de soins (cf. règle R37 – table 15.3) ou d'Urgence (cf. règle R37bis – table 5bis) alors ce contexte s'applique également aux codes prestation de type « secondaire » associés.</li> </ul>	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS (NGAP)</p> <p><b>Date d'exécution :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Type de prestation :</b> Lu en table 1</p>	Table 1		

## R18 - Condition d'élaboration d'une Feuille de Soins Electronique en fonction de la situation du bénéficiaire

*Préambule : D'autres situations non décrites dans cette règle peuvent ne pas donner lieu à l'élaboration d'une Feuille de Soins Electronique sécurisée SESAM-Vitale (R25.x).*

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
Pour la CAVIMAC et pour les codes situation 9020 à 9024, il ne faut pas effectuer de Feuille de Soins électronique Sécurisée SESAM-Vitale.	Code couverture : <i>Issue du lecteur.</i>			

## R19 - Contrôle de la présence d'actes incompatibles au regard des codes affinés de biologie

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>S'il n'y a pas d'incompatibilité entre les codes affinés présents sur la facture, la facture est prise en compte.</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM ».</p>	<p><b>Code affiné de l'acte</b> : (1710) : saisie par le PS.</p> <p><b>Code(s) incompatible(s)</b> : lue en table</p> <p><b>Type de nomenclature</b> : Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p> <p>Table nationale de biologie</p>	<b>NABM</b>	

## R20 - Contrôle du nombre maximum d'un même code affiné de biologie.

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si l'acte à traiter n'est pas limité en nombre sur une même facture, la facture est prise en compte.</p> <p>Si le nombre d'actes, pour un même code affiné, est inférieur ou égal au nombre maximum autorisé, la facture est prise en compte.</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM ».</p>	<p><b>Code affiné de l'acte</b> : 1710 : saisie par le PS.</p> <p><b>Nombre maximum</b> : lu en table</p> <p><b>Type de nomenclature</b> : Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p> <p>Table nationale de biologie.</p>	<b>NABM</b>	

## R21 - Contrôle du respect des règles spécifiques en matière de codes affinés de biologie

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si l'acte à traiter ne possède pas de " règle spécifique ", la facture est prise en compte.</p> <p>Si une " règle spécifique " est associée à cet acte, il faut vérifier si elle est respectée.</p> <p>La règle spécifique est un numéro auquel correspond une quantité maximale des codes régis par cette même règle, qui peuvent être simultanément présents sur une même facture.</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM ».</p>	<p><b>Code affiné de l'acte</b> : 1710 : saisie par le PS.</p> <p><b>Règle spécifique</b> : lue en table</p> <p><b>Type de nomenclature</b> : Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p> <p>Table nationale de biologie.</p>	<p><b>NABM</b></p>	<p>Il existe actuellement une seule règle spécifique. Elle concerne l'hépatite B</p>

## R22 - Contrôle entre le coefficient facturé et le cumul des coefficients associés à chaque code affiné de biologie

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Pour réaliser ce contrôle il faut, au préalable, déterminer les coefficients correspondant aux codes affinés et éventuellement au complément à l'acte sanguin présents sur la facture et les cumuler.</p> <p>Le contrôle sur la cohérence est réalisé en comparant les coefficients ainsi cumulés au montant du coefficient facturé.</p> <p>Si le cumul ainsi constitué est égal au coefficient facturé, la facture est acceptée.</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM ».</p>	<p><b>Code affiné de l'acte</b> : (1710) : saisie par le PS</p> <p><b>Coefficient du code affiné</b> : lu en table.</p> <p><b>Coefficient</b> : (1610) saisie par le PS</p> <p><b>Total des coefficients des codes affinés</b> (donnée intermédiaire).</p> <p><b>Type de nomenclature</b> : Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p> <p>Table nationale de biologie.</p>	<p><b>NABM</b></p>	

## R23 - Contrôle de la justification du complément à la cotation minimale liée aux actes sanguins

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si aucun complément à la cotation minimale n'a été facturé, ce contrôle n'est pas effectué.</p> <p>S'il existe au moins un complément à la cotation minimale sur la facture, il faut contrôler si sa présence et son coefficient sont justifiés.</p> <p>Pour réaliser ce contrôle, on vérifie dans un premier temps la présence d'au moins un examen sanguin.</p> <p>1. Si l'analyse est unique :</p> <p>On effectue le cumul des coefficients de l'ensemble des codes affinés présents sur la facture et pouvant être sanguins, sans tenir compte du forfait de sécurité.</p> <p>Le contrôle consiste à comparer ce cumul à la valeur de la cotation minimale (B20).</p> <p>Si ce cumul additionné au coefficient du complément à la cotation minimale est supérieur ou égal à B20, alors le complément est justifié et la facture est prise en compte.</p> <p>2. Si l'analyse est répétée plusieurs fois dans la journée, il est nécessaire d'effectuer ce contrôle pour chacune des analyses réalisées :</p> <p>Pour chaque analyse (distinguée par un numéro d'ordre), on effectue le cumul des coefficients des codes affinés pouvant être sanguins, sans tenir compte du forfait de sécurité.</p> <p>Le contrôle consiste à comparer ce cumul à la valeur de la cotation minimale (B20).</p> <p>Si ce cumul additionné au coefficient du complément à la cotation minimale est supérieur ou égal à B20, alors le complément est justifié et pris en compte pour l'analyse considérée.</p> <p>Si l'ensemble des compléments à la cotation minimale est justifié, la facture est prise en compte.</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM »</p>	<p><b>Code affiné de l'acte</b> : 1710 : saisie par le PS.</p> <p><b>Examen sanguin</b> : lu en table.</p> <p><b>Numéro d'ordre d'analyse dans la journée</b> : saisie par le PS</p> <p><b>Type de nomenclature</b> : Lu en table 1</p>	<p>Table 1</p> <p>Table nationale de biologie.</p>	<p><b>NABM</b> : dispositions générale : Art.4</p>	<p>Forfait de sécurité : sa cotation diffère selon qu'il s'agit d'un échantillon sanguin ou non.</p> <p>Les examens liés à la glycémie peuvent être répétés plusieurs fois dans la journée.</p>

## R24 – Taux d'abattement des indemnités kilométriques

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet d'acquérir le taux d'abattement utilisé pour le calcul du montant de l'indemnité kilométrique concernant les infirmiers</p> <p>Le taux d'abattement est soit calculé par le logiciel du PS, soit saisi pas le PS. Si le taux d'abattement est calculé par le logiciel du PS, le PS doit pouvoir modifier ce taux si nécessaire.</p> <p>À noter que le calcul du taux d'abattement par le logiciel du PS ne fait pas partie du périmètre de la facturation SESAM-Vitale et n'est donc pas spécifié ici.</p> <p>Le taux d'abattement doit correspondre à un des taux définis réglementairement et être valide à la date d'exécution du déplacement (table 24).</p>	Taux d'abattement : Donnée résultat	Table 24	Avenant 6 à la convention nationale des Infirmiers	Exemple : valeur des taux appliqués en 2020 : 0%, 50%, 100%



## R25.0 – Acquisition de l'organisme gestionnaire pour un accident du travail

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><b><u>Organisme gestionnaire issu d'un support AT (autre que le support de droits AMO)</u></b></p> <p>Le Professionnel de Santé renseigne, le cas échéant, l'organisme gestionnaire à partir d'un support AT présenté par le bénéficiaire des soins.</p> <p>Le terme « support AT » correspond à l'un des supports suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ soit le feuillet AT mentionnant l'organisme gestionnaire de l'AT,</li> <li>➤ soit une attestation « d'affiliation/appartenance » à un organisme gestionnaire AT,</li> <li>➤ soit un courrier de l'organisme gestionnaire de l'AT,</li> <li>➤ soit la déclaration de la victime.</li> </ul> <p><b><u>Organisme gestionnaire issu du support de droits AMO</u></b></p> <p>L'organisme gestionnaire issu <b>du support de droits AMO</b> correspond :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ en priorité à l'organisme gestionnaire associé à l'accident du travail identifié par la date d'accident* ou le n° d'accident si l'accident est présent sur le support de droits AMO (groupe 103 - blocs 2 et 3),</li> <li>➤ si l'accident n'est pas présent sur le support de droits AMO : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ à l'organisme gestionnaire du risque AT par défaut identifié dans la zone « données accident de travail » (groupe 103 – bloc 1) si ce groupe est renseigné,</li> </ul> ou sinon à l'organisme de gestion de la maladie (groupe 101) en l'absence de « donnée accident de travail » sur le support de droits AMO (absence de groupe 103).</li> </ul>	<p><b>N° d'accident du travail</b> : (1513) : <i>Saisie par le PS issu de la R26</i></p> <p><b>Date accident du travail</b> : (1513) : <i>Saisie par le PS issu de la R26</i></p>		<p>Art. L441-5 du Code de la Sécurité Sociale</p>	<p><b>Remarque</b> Les supports AT autres que le support de droits AMO ne permettent pas nécessairement d'identifier un organisme gestionnaire.</p> <p>* Identification de l'accident issu du support de droits AMO à partir de la date AT lue sur le FAT (cf. R26) : L'identifiant AT issu du support de droits AMO est constitué par 9 caractères renseignés comme suit : date de l'accident sous la forme AAAAMMJJ (8 caractères) <b>cadree à gauche complétée par 1 caractère à droite</b></p>

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><b><u>Organisme gestionnaire de l'AT</u></b></p> <p>L'organisme gestionnaire de l'AT est déterminé par comparaison entre celui issu du support de droits AMO et celui issu du support AT fourni par la victime.</p> <p>En priorité, il convient de prendre pour organisme gestionnaire de l'AT l'organisme gestionnaire figurant sur le support AT.**</p> <p>Si l'organisme gestionnaire issu du support AT n'est pas identifié, il convient de prendre pour organisme gestionnaire de l'AT celui issu du support de droits AMO.</p> <p><b><u>Cas d'erreur : Organisme gestionnaire de l'AT non identifié</u></b></p> <p>En l'absence du support de droits AMO (absence de réponse ADR et de carte Vitale, et si l'organisme gestionnaire de l'AT n'a pu être identifié à partir du support AT, le Professionnel de Santé ne peut effectuer de feuille de soins électronique. Il établit une feuille de soins papier</p> <p><b><u>Origine de l'organisme gestionnaire de l'AT</u></b></p> <p>L'origine de l'organisme gestionnaire de l'AT correspond au support d'où est issu cet organisme.</p> <p>Il s'agit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ soit du support de droits AMO, zone « données accident du travail », AT 1 ou AT2 (groupe 103 bloc 2 ou 3),</li> <li>➤ soit du support de droits AMO, zone « données accident du travail », gestionnaire AT par défaut (groupe 103, bloc 1),</li> <li>➤ soit du support de droits AMO, zone « données assuré » (groupe 101),</li> <li>➤ soit du feuillet AT mentionnant l'organisme gestionnaire de l'AT,</li> <li>➤ soit d'une attestation « d'affiliation/appartenance » à un organisme gestionnaire AT,</li> <li>➤ soit d'un courrier de l'organisme gestionnaire de l'AT</li> <li>➤ soit de la déclaration de la victime.</li> </ul> <p>Si l'organisme gestionnaire issu du support de droits AMO et celui issu du support AT sont identiques, on retient prioritairement le support de droits AMO* comme origine de l'organisme gestionnaire AT.</p>	<p><b>Organisme gestionnaire issu de la carte :</b> issue de la carte vitale (groupe 103) ou (groupe 101) sinon.</p> <p><b>Organisme gestionnaire issu d'un support AT :</b> issue de l'attestation du feuillet AT ou de la déclaration de la victime.</p> <p><b>Organisme gestionnaire de l'AT :</b> issue de la carte, de l'attestation du feuillet AT ou de la déclaration de la victime.</p> <p><b>Origine de l'organisme gestionnaire AT :</b> (donnée intermédiaire résultat)</p>			<p>* L'organisme gestionnaire AT est considéré issu du support de droits AMO si son origine prend l'une des valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• support de droits AMO, zone « données accident du travail », AT 1 ou AT2 (groupe 103 bloc 2 ou 3),</li> <li>• support de droits AMO, zone « données accident du travail », gestionnaire AT par défaut (groupe 103, bloc 1),</li> <li>• support de droits AMO, zone « données assuré » (groupe 101).</li> </ul> <p><b>** Absence de support de droits AMO</b></p> <p>En l'absence d'appel au service ADR et de carte Vitale, l'organisme gestionnaire de l'AT est identifié à partir du support AT.</p>

## R25.1 – Contrôle de l'existence d'une couverture au risque AT

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier que l'assuré est couvert pour le risque Accident du Travail par l'organisme gestionnaire de l'AT identifié.</p> <p>Si l'assuré n'est pas couvert pour le risque Accident du Travail par l'organisme gestionnaire de l'AT identifié, le Professionnel de Santé réalise une feuille de soins électronique sécurisée au risque Maladie.</p> <p>Ce contrôle est sans objet dès lors que l'organisme gestionnaire de l'AT est issu des données AT du support de droits AMO, i.e. si l'origine de l'organisme gestionnaire AT est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>soit support de droits AMO, zone « données accident du travail », AT 1 ou AT2 (groupe 103 bloc 2 ou 3),</li> <li>soit support de droits AMO, zone « données accident du travail », gestionnaire AT par défaut (groupe 103, bloc 1)</li> </ul>	<p><b>Organisme gestionnaire de l'AT :</b> <i>donnée issue de la règle R25.0</i></p> <p><b>Origine de l'organisme gestionnaire AT :</b> <i>(donnée issue de la règle R25.0)</i></p> <p><b>Top Régime accepte l'AT :</b> <i>(donnée intermédiaire résultat) issue de la table T11.1</i></p>	Table 11.1		<p>Un régime peut <b>couvrir</b> ses assurés pour le risque AT sans pour autant gérer ce risque. Exemple : les assurés affiliés au régime CRPCEN sont couverts pour le risque AT, mais la <b>gestion</b> de ce risque AT est effectuée par le Régime Général</p> <p>Dans ce cas l'organisme gestionnaire de l'AT est le régime Général alors que l'organisme d'affiliation du bénéficiaire est le régime CRPCEN</p>

## R25.2 – Contrôle de l'acceptation d'une Feuille de Soins Electronique Accident du Travail pour un régime

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier que l'organisme gestionnaire de l'AT identifié accepte une feuille de soins électronique au risque Accident du Travail.</p> <p>Si l'organisme gestionnaire de l'AT identifié n'accepte pas une Feuille de Soins Electronique, le Professionnel de Santé établit une feuille de soins papier au risque Accident du Travail.</p> <p>Ce contrôle est sans objet dès lors que l'organisme gestionnaire de l'AT est issu des données AT du support de droits AMO, i.e. si l'origine de l'organisme gestionnaire AT est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>soit support de droits AMO, zone « données accident du travail », AT 1 ou AT2 (groupe 103 bloc 2 ou 3),</li> <li>soit support de droits AMO, zone « données accident du travail », gestionnaire AT par défaut (groupe 103, bloc 1)</li> </ul>	<p><b>Organisme gestionnaire de l'AT</b> : donnée issue de la règle R25.0</p> <p><b>Code gestion</b> : Issu du support de droits AMO</p> <p><b>Top FSE AT acceptée</b> : (donnée intermédiaire résultat) issu de la table T11.2</p>	Table 11.2		<p>Cas particulier pour un assuré affilié à l'ENIM (06) :</p> <p>Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Accident du travail » et si l'accident n'est pas pris en charge par l'armateur alors le PS établit une FSE. Dans le cas contraire, il établit une feuille de soins papier.</p>

## R25.4– Contrôle de l'élaboration d'une FSE AT en l'absence d'organisme sur le support AT

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si l'organisme gestionnaire n'est pas identifié sur le support AT et qu'il est issu des données AT du support de droits AMO* alors une Feuille de Soins électronique au risque AT est acceptée.</p> <p>Si l'organisme gestionnaire n'est pas identifié sur le support AT et qu'il est issu des données « maladie » du support de droits AMO** alors le Professionnel de Santé établit en fonction de cet organisme et du code gestion de l'assuré (table 11.3) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>soit une feuille de soins électronique au risque AT</li> <li>soit une feuille de soins papier au risque AT ou maladie selon que l'assuré est couvert pour le risque AT (table 11.1)</li> </ul>	<p><b>Organisme gestionnaire de l'AT :</b> <i>donnée issue de la règle R25.0</i></p> <p><b>Code gestion :</b> <i>Issu du support de droits AMO</i></p> <p><b>Origine de l'organisme gestionnaire AT :</b> <i>(donnée issue de la règle R25.0)</i></p>	<p>Table 11.3 Table 11.1</p>		<p>* L'organisme gestionnaire AT est considéré issu des données AT du support de droits AMO si son origine prend l'une des valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>support de droits AMO, zone « données accident du travail », AT 1 ou AT2 (groupe 103 bloc 2 ou 3),</li> <li>support de droits AMO, zone « données accident du travail », gestionnaire AT par défaut (groupe 103, bloc 1),</li> </ul> <p>** L'organisme gestionnaire AT est considéré issu des données maladie du support de droits AMO si son origine est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>du support de droits AMO, zone « données assuré » (groupe 101).</li> </ul>

## R25.6 – Condition de sécurisation d'une FSE en fonction de l'organisme gestionnaire AT identifié

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le Professionnel de Santé peut réaliser une Feuille de Soins Electronique sécurisée, si l'organisme gestionnaire AT est issu du support de droits AMO*.</p> <p>Dans le cas contraire, il réalise une Feuille de Soins Electronique en mode SESAM-Vitale dégradé.</p>	<p><b>Origine de l'organisme gestionnaire AT :</b> <i>donnée intermédiaire issue de R25.0</i></p> <p><b>Organisme gestionnaire AT :</b> <i>donnée issue de la règle R25.0</i></p>			<p>* L'organisme gestionnaire AT est considéré issu du support de droits AMO si son origine prend l'une des valeurs suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• support de droits AMO, zone « données accident du travail », AT 1 ou AT2 (groupe 103 bloc 2 ou 3),</li> <li>• support de droits AMO, zone « données accident du travail », gestionnaire AT par défaut (groupe 103, bloc 1),</li> <li>• support de droits AMO, zone « données assuré » (groupe 101).</li> </ul>

## R26 - Acquisition de la date d'accident du travail et du numéro d'« Accident du travail » pour la nature d'assurance AT

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><b>Date d'accident du travail</b> Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance "Accident du travail", le renseignement de la date d'Accident de Travail est obligatoire. Cette date est renseignée par le Professionnel de Santé à partir du FAT.</p> <p><b>N° de l'accident du travail</b> Le n° d'accident, clé incluse, est renseigné par le Professionnel de Santé s'il le connaît.</p>	<p><b>Date d'accident du travail : (1513) :</b> Saisie par le PS</p> <p><b>N° accident du travail : (1513) :</b> Saisie par le PS</p> <p><b>Clé : (1513)</b> Saisie par le PS</p>			<p>* Cette information figure sur le feuillet Accident de Travail.</p> <p>Pour le Régime Général, le Professionnel de Santé est tenu de renseigner le n° d'accident du travail, lorsque celui-ci a été attribué.</p>

## R27 - Contrôle de la clé du numéro accident du travail

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la clé du numéro accident du travail après saisie de ce numéro par le Professionnel de Santé.</p> <p>Cette vérification est faite à partir de l'algorithme de calcul suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sélectionner les 8 premiers chiffres du numéro d'accident du travail</li> <li>• Numérotter les chiffres de cette sélection de la droite vers le gauche</li> <li>• Multiplier par 1 les chiffres de rang pair</li> <li>• Multiplier par 2 les chiffres de rang impair</li> <li>• Additionner l'ensemble de ces résultats, chiffre par chiffre</li> <li>• Déterminer le complément à 10 du chiffre unitaire de cette somme : il constitue la clé</li> </ul> <p>La clé issue du calcul doit être égale à la clé saisie.</p>	<p><b>N° accident du travail : (1513) :</b> Saisie par le PS</p> <p><b>Clé : (1513)</b> Saisie par le PS</p>			<p>Cette règle concerne uniquement les Accidents du Travail gérés par le régime général.</p>



## R28 - Contrôle de la date d'accident du travail pour la nature d'assurance « Accident du travail »

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Accident du travail », la date d'accident doit être :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antérieure ou égale à la date des soins,</li> <li>• et antérieure ou égale à la date de la facture.</li> </ul>	<p><b>Date accident du travail</b> : (1513) : Saisie par le PS</p> <p><b>Date d'exécution</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Date d'élaboration de la facture</b> (1110) : Saisie par le PS</p>			

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

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet d'identifier les situations réglementaires génératrices de la dispense d'avance de frais sur les parts AMO et/ou AMC ;</p> <p><b>Attention</b> : elle ne préjuge en rien de l'existence d'autres situations de tiers payant issues d'accords conventionnels AMO/AMC/PS qui ne sont pas décrites dans le présent Cahier des Charges.</p> <p>Dans les cas identifiés ci-après, le contexte tiers payant est obligatoire, i.e. :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la dispense d'avance des frais doit être proposée par le Professionnel de Santé,</li> <li>selon les cas, <ul style="list-style-type: none"> <li>soit sur la part AMO uniquement,</li> <li>soit sur les parts AMO et AMC,</li> </ul> </li> <li>dans la limite du tarif de responsabilité<sup>(1)</sup>.</li> <li>Dans tous les cas le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais proposée.</li> </ul>	<p><b>Groupe nature d'assurance</b> : (151x) : Saisie par le PS</p> <p><b>Cadre de remboursement</b> : (1410) Saisie par le PS</p> <p><b>Option conventionnelle *</b> : Saisie par le PS</p> <p><b>Code prestation (1610)</b>. Saisie par le PS.</p> <p><b>Coefficient de l'acte (1610)</b>. Saisie par le PS.</p> <p><b>Groupe fonctionnel</b> : lu en table 1</p>		<p>Art L 432-1 et L432-3 du Code de la Sécurité Sociale.</p> <p>Conventions Nationales des médecins.</p> <p>Art L 861-3 du code de la sécurité Sociale</p>	<p>(1) le tarif de responsabilité correspond à la donnée " prix unitaire " décrite dans le groupe 1610 de l'annexe 1. <b>Rappel</b> : les dépassements ne sont pas pris en charge par l'AMO</p> <p>(2) Cf. règle P1</p> <p>(3) ces situations sont identifiées selon les règles définies dans l'annexe 1 – partie A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>fonction « Lecture droits Vitale » identification des bénéficiaires §2.1.3.4</li> <li>ou fonction « Acquérir les droits en ligne »</li> </ul> <p>(4) si le support Vitale est une ApCV, un appel au service ADR est obligatoire.</p>
<p>Les cas concernés par le tiers payant réglementaire sont les suivants :</p> <p><b>1. Cas général</b> : le Professionnel de Santé doit accorder à l'assuré le tiers payant sur la part AMO dans la mesure où le Bénéficiaire des Soins (hors « autre situation de migrant ») est identifié avec un support Vitale<sup>(4)</sup> la carte Vitale.</p> <p>Les bénéficiaires « autre situation de migrant »<sup>(3)</sup> ne sont pas concernés par cette obligation de tiers payant AMO si leur date de fin de droits AMO est dépassée.</p> <p><b>2. Nature d'assurance " Accident du Travail " :</b> part AMO</p> <p><b>3. Nature d'assurance " Maternité " :</b> part AMO</p> <p><b>4. Couverture maladie universelle :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Bénéficiaire de la C2S CMU-C</b><sup>(3)</sup> : parts AMO et AMC Dans ce cas, le montant de la participation de l'AMC est au minimum équivalent au ticket modérateur sauf cas particuliers (ex : prothèse dentaire...) pour lesquels le tarif de responsabilité<sup>(1)</sup> peut être dépassé.</li> <li><b>Sortant de C2S CMU-C</b><sup>(3)</sup> : part AMO</li> </ul>				

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><b>5. Permanence des soins :</b> <span style="float: right;"><b>part AMO</b></span> Ce cas s'applique dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte suite à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de la permanence de soins</p>		Table 1	Arrêté du 28/07/2005 Approbation de l'avenant n°8 à la convention nationale des médecins	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'option conventionnelle est connue du PS</li> </ul>
<p><b>6. AME :</b> <span style="float: right;"><b>parts AMO et AMC</b></span> Dans ce cas, le montant de la participation de l'AMC est au minimum équivalent au ticket modérateur.  Remarque : Pour un bénéficiaire de l'AME, ce tiers-payant se traduit par une avance de frais sur la part complémentaire, la part obligatoire étant à zéro.</p>				
<p><b>7. ACS <sup>(5)</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>TP Social AMO :</b> <span style="float: right;"><b>part AMO / médecin</b></span> Ce cas concerne les bénéficiaires de l'ACS n'ayant pas souscrit un contrat complémentaire ACS encadré et les Professionnel de Santé <b>médecin</b> uniquement.</li> <li><b>TPi ACS :</b> <span style="float: right;"><b>parts AMO et AMC</b></span> Ce cas concerne les bénéficiaires ayant souscrit un contrat complémentaire encadré ACS.</li> </ul>		A-T1	<p>TP Social AMO : convention médecins</p> <p>TPi ACS : Décret n°2014-1144 du 8 octobre 2014</p> <p>L162-32 du code de la Sécurité Sociale</p>	<p>(5) Cf. §3.2.2.6.3 Bénéficiaire du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire du Cahier des Charges SESAM-Vitale</p>
<p><b>8. Centre de Santé :</b> <span style="float: right;"><b>part AMO</b></span> Ce cas concerne les soins réalisés en Centre de santé.</p>				
<p><b>9. Soins conformes au protocole ALD:</b> <span style="float: right;"><b>part AMO</b></span> Ce cas concerne les factures dont l'une au moins des prestations de la facture correspond à des soins conformes au protocole ALD</p>	Soins conformes au protocole ALD : saisie par le PS	Tables 8.x	Projet de Loi de modernisation de notre système de santé, texte adopté N°505 par l'ASSEMBLÉE NATIONALE, le 14/04/2015- Article 18	

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<b>10. Examens relatifs à la contraception des mineures d'au moins 15 ans part AMO</b> Lors de la facturation de prestations relatives à la contraception des mineures d'au moins 15 ans, qu'il s'agisse d'examens médicaux ou d'examens de biologie médicale, le contexte Tiers Payant est obligatoire : la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé, dans la limite du tarif de responsabilité.			Article 64 de la LFSS	
<b>11. Situation particulière Victime d'attentat part AMO</b> Si le bénéficiaire des soins est identifié bénéficiaire Victime d'attentat alors la dispense d'avance de frais doit être proposée par le Professionnel de Santé sur la part AMO **	Situation particulière du bénéficiaire *		Article 60 de la LFSS 2017	* Voir Annexe1-A § 2.1.3.3.7  ** En cas de Victime d'Attentat, la part AMC est nécessairement à zéro.
<b>12. Consultations Obligatoires Enfant part AMO</b> Lors de la facturation d'une prestation de type Consultation Obligatoire Enfant, le contexte Tiers Payant est obligatoire : la dispense d'avance des frais sur la part AMO doit être proposée par le Professionnel de Santé, dans la limite du tarif de responsabilité.			Alinéa 25 de l'article L160-14 du code de la sécurité sociale	

### R30 - Nécessité d'une date maternité pour la nature d'assurance « Maternité »

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Maternité », la saisie de la date maternité est obligatoire.</p> <p>Cette date correspond soit à la date présumée de début de grossesse, soit à la date d'accouchement, soit à la date d'adoption.</p> <p>Si ces dates ne sont pas connues, la date de maternité peut correspondre à la date des soins la plus ancienne de la facture.</p>	<p><b>Date de maternité</b> : (1512) : Saisie par le PS</p>			<p>Ces informations sont portées sur le Guide Maternité</p>

### R31 - Contrôle de la date maternité pour la nature d'assurance « Maternité »

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
Si les soins sont en rapport avec la nature d'assurance « Maternité », la date maternité doit être antérieure ou égale à la date des soins de chaque prestation de la facture.	<b>Date de maternité</b> : (1512) : Saisie par le PS  <b>Date d'exécution</b> (1610) : Saisie par le PS			La date de maternité est décrite dans la règle R30.

## R32- Contrôle de la date de fin pour la prestation détaillée LPP

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la nécessité d'une date de fin de période pour la prestation détaillée LPP lorsque le type de prestation est à la valeur " Location " ou " Service " .</p> <p>Par ailleurs, lorsque cette date de fin est renseignée, elle doit être postérieure ou égale à la date de début de cette même prestation détaillée LPP.</p> <p>Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « LPP ».</p>	<p><b>Date de fin de location ou de service :</b> (1730) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Type de prestation fournie :</b> (1730) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Type de nomenclature :</b> Lu en table 1</p> <p><b>Date de début de location ou date d'achat ou de délivrance :</b> (1730) : <i>Saisie par le PS</i></p>	Table 1	LPP (ex TIPS)	La date de facturation ne peut pas être antérieure à la date de fin de location ou Service.

### R33 – Contrôle du mode de sécurisation SESAM sans Vitale

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le mode de sécurisation SESAM sans Vitale est ouvert :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>aux laboratoires d'analyse de biologie médicale,</li> <li>aux médecins spécialisés en anatomo-cyto-pathologie,</li> <li>aux directeurs de laboratoire médecins (hors Centre de Santé),</li> <li>aux ophtalmologistes dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste,</li> <li>aux prestations utilisées dans le cadre de la télémedecine (hors prestations d'accompagnement à la téléconsultation) : ces prestations sont caractérisées par leur groupe fonctionnel général : « Télémedecine » et un groupe fonctionnel détail différent de « Accompagnement ».</li> <li>ainsi qu'aux pharmaciens et aux fournisseurs dans la limite des cas cités ci-dessous :</li> </ul> <p><b>1. Pour les FSE anonymisées (Pharmaciens)</b></p> <p>Dans le cadre de la délivrance du contraceptif d'urgence à la mineure, le pharmacien ne doit pas utiliser de support Vitale carte Vitale ; il est donc exceptionnellement autorisé à utiliser le mode de sécurisation SESAM sans Vitale.</p> <p>Les informations constitutives de la FSE concernant le bénéficiaire des soins, le prescripteur et la caisse de rattachement du Professionnel de Santé sont issues du paramétrage présent sur le poste du Professionnel de Santé garantissant l'anonymisation de la FSE.</p> <p>Par ailleurs, dans le cadre de la délivrance à la mineure d'un contraceptif autre que le contraceptif d'urgence, le pharmacien a la possibilité d'utiliser le mode de sécurisation SESAM sans Vitale dans le cas où la mineure souhaite bénéficier de la confidentialité.</p> <p><b>2. Pour certains produits de la LPP (Pharmaciens et Fournisseurs)</b></p> <p>Lors de la délivrance de certains produits de la LPP destinés à la location ainsi que des prestations délivrées au long cours inscrites au Titre I et Titre II de la LPP<sup>2</sup> le pharmacien ou le fournisseur est, dans ces deux cas, autorisé à utiliser le mode de sécurisation SESAM sans Vitale.</p> <p>Cette partie de règle concerne les prestations de la nomenclature « LPP ».</p>	NIR : groupe 1130	Table 1	<p>L 5134- 1 du code de la santé publique.</p> <p>Décret n°2014-1523</p> <p>R161-43-1-II du code sécurité sociale</p> <p>Arrêté du 10/02/2004 modifié</p>	<p><b>1. FSE anonymisées</b></p> <p>les éléments issus du paramétrage du poste sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NIR fictif</li> <li>- Clé du NIR fictif</li> <li>- Date de naissance fictive par défaut (modifiable si la mineure accepte de la communiquer)</li> <li>- N° fictif du prescripteur + Clé du N° fictif du prescripteur (non utilisé pour un contraceptif autre que le contraceptif d'urgence et si la mineure ne souhaite pas bénéficier de la confidentialité)</li> <li>- L'identifiant de la caisse de rattachement du PS (CPAM de la circonscription du lieu d'implantation de la pharmacie).</li> </ul> <p><b>2. LPP</b></p> <p>la liste des produits de la LPP pour laquelle le mode de sécurisation SESAM sans Vitale est autorisé est fixée par arrêté.</p>
	Type de nomenclature : Lu en table 1			
	LPP : groupe 1730			



### R33 bis – Utilisation des modes de sécurisation SESAM sans Vitale ou dégradé

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>En l'absence de code couverture, il est nécessaire de déterminer le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération à partir du libellé mentionné sur le justificatif papier des droits AMO fourni par le bénéficiaire des soins.</p> <p>Dans ce cas le mode de sécurisation est nécessairement SESAM sans Vitale ou dégradé.</p>		Table 50.x		

### R35 Condition d'élaboration d'une FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><b>Mode de sécurisation avec Vitale</b> Si le numéro de la caisse gestionnaire maladie appartient à la table des caisses gestionnaires ne gérant pas les accidents de la vie privée alors le Professionnel de Santé ne peut pas effectuer de feuille soins électronique.</p> <p><b>Mode de sécurisation sans Vitale</b> Lorsque le libellé indique la mention « Taux Alsace Moselle » et lorsque l'acte effectué est en rapport avec un accident de la vie privée alors il ne faut pas effectuer de feuille de soins électronique</p>	<p>Mode de sécurisation :saisi</p> <p>Code régime (1310)</p> <p>Numéro de caisse gestionnaire AT(1310)</p>	Table 11.4		

## R36 Contrôle de la date de l'accident

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si les soins sont en rapport avec un accident de droit commun ou un accident de la vie privée (régime agricole), le Professionnel de Santé doit indiquer la date de celui-ci sur la feuille de soins électronique maladie qu'il établit.</p> <p>Cette date doit être antérieure ou égale à la date de la facture.</p>	<p><b>Date de l'accident de droit commun</b> (1511) : saisie par le PS</p> <p><b>Groupe nature d'assurance maladie :</b> (1511) : Saisi par le PS</p> <p><b>Date d'élaboration de la facture</b> (1110) : Saisie par le PS</p>			

## R37 – Détermination des cas d'exclusion du parcours de soins

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle caractérise la facture au regard du parcours de soins :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Non concernée par le parcours de soins,</li> <li>Concernée par le parcours de soins.</li> </ol> <p>Cette règle s'applique à compter du 01/07/2005.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sont non concernés par le parcours de soins : <ol style="list-style-type: none"> <li>Les cas d'exclusion du parcours de soins qui dépendent : <ul style="list-style-type: none"> <li>de la situation du bénéficiaire,</li> <li>de la spécialité du Professionnel de Santé,</li> <li>de la nature d'assurance et du code régime gestionnaire de la facture,</li> <li>de la nature des soins,</li> <li>de la catégorie médicale de l'acte pour un acte de nomenclature CCAM.</li> </ul> </li> <li>Les cas d'Urgence.</li> </ol> </li> <li>Dans le cas contraire les factures sont concernées par le parcours de soins.</li> </ol> <p>Les notions d'âge définies dans les tables utilisées s'entendent du premier jour de l'âge min à la veille de la date anniversaire de l'âge max.</p> <p><b>RUPTURE DE FACTURE POUR UNE SEQUENCE DE SOINS</b> Les cas d'exclusion et d'urgence du parcours de soins sont liés à des paramètres soit de niveau facture, soit de niveau prestation. Le top « facture concernée par le parcours de soins » étant unique pour l'ensemble de la facture, il n'est pas possible de cumuler sur une même facture des prestations concernées par le parcours et des prestations non concernées par le parcours. Il est donc nécessaire dans ce cas là d'effectuer une rupture de facture. Exemple : patient atteignant 16 ans durant une séquence de soins (par exemple : séquence de désensibilisation par un allergologue).</p>	<p><b>Spécialité du professionnel de santé</b> (1870 s'il existe ou 1120 sinon ) : Lue sur la carte PS ou saisie dans le groupe 1870.</p> <p><b>Groupe nature d'assurance</b> : (151x) : Saisie par le PS</p> <p><b>Code prestation</b> : (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Code affiné CCAM</b> : (2100) : Saisie par le PS</p> <p><b>Code de justification d'exonération du ticket modérateur</b> : (1820)</p> <p><b>Code régime (1310)</b></p> <p><b>Caisse gestionnaire de l'assuré (1310)</b></p> <p><b>NIR du bénéficiaire (1130)</b></p> <p><b>Identification mutuelle (1321)</b> : saisie par le PS d'après la notification d'AME</p> <p><b>Date de naissance du bénéficiaire (1130)</b></p> <p><b>Date d'exécution</b> : (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Catégorie médicale de l'acte CCAM</b> : issue de SRT_ConsumerDonnee(CCAM-12)</p> <p><b>Code régime gestionnaire</b> : (1310)</p> <p><b>Top « facture concernée par le parcours de soins »</b> : Donnée résultat</p>	<p>Table 15.1 Table 15.2 Table 15.3 Table 15.4 Table 15.5</p>	<p>Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04</p>	

### R37bis –Détermination du contexte d’Urgence en fonction de la prestation

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Certaines <i>prestations</i> induisent nécessairement le contexte d’ « Urgence » au regard du parcours de soins.</p> <p>Ces prestations sont caractérisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Par le code prestation</li> <li>Par le complément de prestation</li> <li>Le code modificateur pour les actes CCAM</li> </ul> <p>Ce contexte s’applique alors également à tous les actes de la facture effectués à la même date.</p>		Table 5bis	Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04	

## R37ter – Contextes particuliers au regard du parcours de soins

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Certains contextes du parcours de soins ne sont possibles que pour certaines spécialités de Professionnel de Santé et pendant une durée limitée.</p> <p>Cette règle a pour objet de vérifier, à la date des soins, la validité du contexte saisi par le Professionnel de Santé:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>« généraliste récemment installé » par rapport à la date de première installation en exercice libéral du Professionnel de Santé</li> <li>« médecin installé en zone sous médicalisée » par rapport à la date d'installation en zone sous médicalisée.</li> </ol>	<p><b>Situation au regard du parcours de soins :</b> <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Spécialité du professionnel de santé :</b> <i>Lue sur la carte PS</i></p> <p><b>Date d'exécution (1610) :</b> <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Date de première installation en exercice libéral :</b> <i>saisie par le PS</i></p> <p><b>Date d'installation en zone sous médicalisée :</b> <i>saisie par le PS</i></p>	Table 18	Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04	

## R37quater – Détermination de la position de la facture au regard du parcours de soins

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>➤ Pour les factures concernées par le parcours de soins, le Professionnel de Santé indique le contexte du parcours de soins à savoir la situation au regard du parcours et le cas échéant, l'existence de la déclaration d'un Médecin traitant déclaré par le patient.</p> <p>En fonction de ces 2 informations, le progiciel détermine la position par rapport au parcours de soins : <b>dans</b> ou <b>hors</b> du parcours.</p> <p>➤ Pour les factures non concernées par le parcours de soins, la position par rapport au parcours de soins prend la valeur « <b>non concerné</b> ».</p>	<p><b>Top facture concernée par le parcours de soins</b> : Donnée intermédiaire issue de la R37</p> <p><b>Situation au regard du parcours de soins</b> : Saisie par le PS</p> <p><b>Existence de la déclaration d'un Médecin Traitant</b> : saisi par le PS.</p> <p><b>Position de la facture par rapport au parcours de soins</b> : Donnée résultat</p>	Cf. Table A0-T1	Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04	

## R38 – Compatibilité de la spécialité du Professionnel de Santé avec les situations de parcours de soins « Accès Direct Spécifique » et « Hors Accès Direct Spécifique »

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité des situations d'« Accès Direct Spécifique » et de « Hors Accès Direct Spécifique » en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé et, le cas échéant, de l'âge du bénéficiaire des soins.</p> <p>Les notions d'âge définies dans les tables utilisées s'entendent du premier jour de l'âge min à la veille de la date anniversaire de l'âge max.</p>	<p><b>Situation au regard du parcours de soins</b> : Saisie par le PS</p> <p><b>Spécialité du professionnel de santé</b> : Lue sur la carte PS</p> <p><b>Date de naissance du bénéficiaire</b> (1310)</p>	<p>Table 16.1 Table 16.2</p>	<p>Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04</p>	<p>Remarque : pour certaines spécialités la saisie de la situation « accès direct spécifique » ou « hors accès direct spécifique » est fonction de la nature des soins et relève dans ce cas de la responsabilité du Professionnel de Santé.</p>



### R39 – Compatibilité des majorations de coordination dans le parcours coordonné de soins

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier si la majoration de coordination facturée est compatible avec le parcours de soins.</p> <p>Pour certaines situations au regard du parcours de soins et dans le cas où la position de la facture par rapport au parcours de soins est « dans le parcours », les Professionnels de Santé sont autorisés à facturer une majoration de coordination en fonction de leur code conventionnel, de leur adhésion à un contrat tarifaire et suivant que le bénéficiaire bénéficie ou non de la CMU-C C2S ou de l'ACS.</p> <p>Une exception à cette règle concerne l'autorisation de facturer certaines majorations de coordination pour les patients de moins de 16 ans, dans les conditions définies supra</p>	<p><b>Situation au regard du parcours de soins</b> : Saisie par le PS</p> <p><b>Position de la facture par rapport au parcours de soins</b> : Donnée intermédiaire issue de la R37quater</p> <p><b>Code conventionnel PS</b> : Saisie par le PS</p> <p><b>Contrat tarifaire PS</b> : Saisie par le PS ou renseignée par le progiciel (cf. A1-A §3.2.1.2)</p> <p><b>Type de contrat</b> (1321) : renseigné par le progiciel</p>	<p>Table 17</p> <p>Table 17 bis</p> <p>Table 17ter</p>	<p>Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13-08-04</p> <p>Avenant 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011</p> <p>Convention médicale 2016</p>	

## R40 – Déterminer la nécessité de supplément(s) dérogatoire(s) SMG dans la facture

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Dans le cadre d'une prise en charge SMG, il est nécessaire de générer automatiquement une ou 2 prestations de supplément dérogatoire SMG dans l'un au moins des cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>si le supplément SMG pour la facture est non nul et positif, i.e. la prise en charge au titre des SMG est supérieure à la prise en charge au titre de la maladie.</li> <li>si l'un (au moins) des codes prestation saisis par le Professionnel de Santé fait partie de la liste des prestations pour lesquelles un supplément dérogatoire SMG est toujours attendu (table 30)</li> </ul> <p><b>Cas particulier :</b></p> <p>Dans le cas d'une facture SMG contenant uniquement des prestations non identifiées par l'Assurance Maladie, (de code prestation SGS), il ne faut pas générer automatiquement de supplément dérogatoire SMG.</p>	<p><b>Groupe nature d'assurance :</b> (151x) : Saisie par le PS</p> <p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Supplément SMG facture :</b> issu de la règle VF401 (cf. A1-A3)</p> <p><b>Montant de la prise en charge SMG :</b> (1515-1)</p>	Table 30		Cette règle est mise en œuvre dans la phase « Finalisation SMG »


## R41 – Déterminer le contexte tarifaire Professionnel de Santé (PS) de la prestation

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de déterminer le contexte tarifaire lié au Professionnel de Santé (PS) exécutant la prestation. Ce contexte est utilisé pour la tarification de la prestation CCAM (cf. règles de l'A1-A1). Ce contexte dépend</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>de la spécialité du PS,</li> <li>de son secteur conventionnel</li> <li>de son adhésion ou pas à un contrat tarifaire PS,</li> <li>et de la date d'exécution de la prestation</li> </ul>	<p><b>Spécialité du PS :</b> <i>lue sur la carte PS ou saisie dans le groupe 1870</i></p> <p><b>Code conventionnel :</b> <i>lue sur la carte PS ou saisie dans le groupe 1870</i></p> <p><b>Contrat tarifaire PS :</b> <i>paramétré sur le poste PS ou saisi par le PS *</i></p> <p><b>Date d'exécution :</b> <i>(1610) : Saisie par le PS.</i></p> <p><b>Contexte tarifaire PS :</b> <i>Donnée résultat</i></p>	<p>Table 41</p> <p>Table 41bis</p>		<p>* Si le PS exécutant est différent du PS facturant (présence d'un groupe 1870), le contrat tarifaire du PS exécutant doit être précisé pour cette règle. Dans le cas contraire, utiliser le contrat tarifaire paramétré sur le poste PS : cf. Annexe1-A § 2.1.2</p>


## R42 – Déterminer le contexte tarifaire bénéficiaire (BS) de la prestation

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de déterminer le contexte tarifaire lié au bénéficiaire des soins (BS) à utiliser pour la tarification de la prestation CCAM (cf. règles de l'A1-A1).</p> <p>Ce contexte dépend</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>de la situation particulière du bénéficiaire à la date d'exécution de la prestation.</li> <li>et de la date d'exécution de la prestation.</li> </ul>	<p><b>Situation particulière du bénéficiaire :</b> *</p> <p><b>Date d'exécution :</b> (1610) : Saisie par le PS.</p> <p><b>Contexte tarifaire BS :</b> Donnée résultat</p>	Table 42		* Voir Annexe1-A § 2.1.3.3

## R43 – Contrôler le non panachage des paniers de soins dentaires sur une même dent

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la cohérence des paniers de soins des actes CCAM facturés sur une même dent.</p> <p>Cette règle concerne tous les actes CCAM pour lesquels pour lequel au moins un n° de dent est renseigné dans la facture.</p> <p>Pour tout acte CCAM, il peut y avoir jusqu'à 16 numéros de dent identifiés</p> <p>Pour tout acte CCAM, il convient de vérifier pour tout n° de dent sur lequel cet acte CCAM porte s'il existe dans la facture un acte CCAM portant sur ce même numéro de dent. Dans ce cas, les deux actes CCAM doivent relever du même panier.</p> <p>Le panier de tout acte CCAM dentaire se déduit de la table des plafonds dentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>soit l'acte est présent dans la table et une valeur de panier lui est associée, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> <li>0 : pour panier reste à charge zéro</li> <li>1 : pour panier reste à charge modéré.</li> </ul> </li> <li>soit l'acte est absent de la table et il relève du panier « Honoraires Libres ».</li> </ul> <p>La présence et le type de panier d'un acte CCAM dans la table des plafonds s'apprécie à la date d'exécution de cet acte.</p> <p> Cette table des plafonds contient également les plafonds C2S. Ceux-ci sont associés au panier de valeur 2 : il convient d'ignorer cette valeur 2 pour le présent contrôle.</p> <p>En cas d'incohérence des paniers de soins sur une même dent, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au PS.*</p>	<p><b>Code acte CCAM</b> (2100-2) : saisi par le PS</p> <p><b>Panier de soin de l'acte CCAM :</b> DF_PFD</p> <p><b>Numéro de dent</b> (2200-2 à 2200-17) : saisi par le PS</p>	Table des plafonds dentaires (DF_PFD)	Réforme gouvernementale dite du reste à charge zéro « 100% santé »	<p>* L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation, mais dans ce cas le panachage entraîne la valorisation de l'indicateur de forçage AMO niveau prestation Cf. A1-A §3 sur chaque prestation concernée.</p>

## R44 – Contrôler le non panachage des paniers de soins optiques entre verres

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier la cohérence des paniers de soins pour les verres d'un même appareillage d'optique :</p> <p>pour tout verre facturé, il convient de vérifier que le second verre facturé à la même date d'exécution appartient au même panier de soins, i.e. est de même sous-groupe fonctionnel.</p> <p>La facturation d'un verre se traduit dans la facture par une prestation de groupe fonctionnel « Optique » et de sous-groupe fonctionnel de type verre (« Verre A » ou « Verre B »),</p> <p> A noter qu'il peut être facturé au maximum 2 verres à une même date d'exécution, hors cas particulier prévu ci-après.</p> <p>En cas d'incohérence des paniers de soins, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au PS.*</p> <p><u>Cas particuliers</u> : Présence de 4 verres</p> <p>Dans le cas particulier de la délivrance de 2 appareillages d'optique à la même date, la facture peut comporter 4 prestations de type verre de même date d'exécution.</p> <p>Il convient alors de vérifier que ces 4 prestations sont de même panier deux à deux i.e. :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>soit les quatre prestations relèvent du même panier</li> <li>soit deux prestations relèvent du panier A et les deux autres du panier B</li> </ul>	<p><b>Code prestation (1610)</b> : saisi par le PS</p> <p><b>Date d'exécution (1610)</b> : saisi par le PS</p> <p><b>Groupe fonctionnel</b> du code prestation : Table 1</p> <p><b>Sous-groupe fonctionnel</b> du code prestation : Table 1</p>	Table 1	Réforme gouvernementale dite du reste à charge zéro « 100% santé »	<p>* L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation, mais dans ce cas le panachage entraîne la valorisation de l'indicateur de forçage AMO niveau prestation Cf. A1-A §3 sur chaque prestation concernée.</p> <p><u>Cas particuliers</u> : Présence de 4 verres : en cas de panachage des verres (3 verres de Classe A / 1 verre de Classe B ou 1 verre de Classe A / 3 verres de Classe B) l'indicateur de forçage AMO niveau prestation est positionné sur chacune des 4 prestations.</p>

## R51 – Déterminer la nécessité d'un complément AT dentaire

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<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"> <li>d'une part si l'acte support saisi par le PS relève <ul style="list-style-type: none"> <li>d'un type de nomenclature,</li> <li>d'un code de la prestation</li> <li>et d'une catégorie médicale de l'acte (pour une prestation CCAM) ouvrant droit à un complément AT dentaire (cf. table 51).</li> </ul> </li> <li>et d'autre part si le montant remboursable par l'AMO de cet acte support est <b>strictement</b> inférieur à son montant des honoraires.</li> </ul>	<p><b>Nature d'assurance (151x) :</b> Saisie par le PS</p> <p><b>Situation particulière du bénéficiaire :</b> *</p> <p><b>Prestation saisie par le PS</b></p> <p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Catégorie médicale de l'acte :</b> SRT_ConsulterDonnees (CCAM-12)</p> <p><b>Qualificatif de la dépense :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Montant des honoraires :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Montant remboursable par l'AMO :</b> (1610) : cf. règle P1</p> <p><b>Prestation à générer :</b></p> <p><b>Code prestation :</b> Donnée résultat</p>	<p>Table 1</p> <p>Table 51</p>		<p>* Voir Annexe1-A § 2.1.3.3.7</p>

## R55 – Déterminer le code prestation du dépassement à générer

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<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 <b>strictement</b> 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><b>Cas particulier : Frais PH et refus de substitution</b></p> <p>Le logiciel ne doit pas générer de code prestation de dépassement dans le cas d'un refus de substitution du médicament princeps par l'assuré (indicateur de substitution = 'N') ; dans cette situation, le montant remboursable AMO est inférieur au montant des honoraires et la différence est à la charge de l'assuré</p>	<p><b>Situation particulière du bénéficiaire :</b> <i>Victime d'attentat</i></p> <p><b>Prestation saisie par le PS :</b></p> <p><b>Code prestation :</b> (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Montant des honoraires :</b> (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Montant remboursable par l'AMO :</b> (1610) : <i>cf. règle P1</i></p> <p><b>Prestation de complément AT générée par le LPS :</b></p> <p><b>Montant remboursable par l'AMO :</b> (1610) : <i>cf. règle P1</i></p> <p><b>Indicateur de substitution (1740-7)</b></p> <p><b>Prestation à générer :</b></p> <p><b>Code prestation :</b> <i>Donnée résultat</i></p>	Table 1 Table 55		



## R60 – Déterminer l'honoraire de dispensation simple à générer

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet, pour toute prestation saisie par le PS, de déterminer la nécessité d'ajouter une prestation automatique et la valeur de son code prestation.</p> <p>La nécessité de cette création dépend des données de la prestation saisie par le PS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>son code de la prestation</li> <li>son qualificatif de la dépense</li> <li>la présence d'un code affiné*</li> <li>son type de conditionnement pour une prestation de type « médicament »</li> </ul>	<p><b>Prestation saisie par le PS</b></p> <p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Qualificatif de la dépense :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Type de conditionnement :</b> : lu en base médicament</p> <p><b>Groupe Prestation détaillée code CIP :</b> 1640 Données saisies par le PS</p> <p><b>Prestation à générer :</b></p> <p><b>Code prestation :</b> Donnée résultat</p>	<p>Table 60</p> <p>Base médicament</p>		<p>Cette règle concerne dans un premier temps les prestations de nomenclature « Frais PH » et a pour objet la génération automatique par le LPS des prestations de type honoraires de dispensation</p> <p>* Seuls les médicaments ayant un code CIP permettent de générer un honoraire de dispensation</p> <p>Remarque : La prestation générée par le LPS ne doit pas être modifiée par le PS.</p>

## R61 – Déterminer la nécessité de générer un honoraire complexe

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de déterminer si la facture doit contenir une prestation d'honoraire complexe. Cette prestation devra être générée automatiquement par le LPS.</p> <p>Une prestation d'honoraire complexe est déclenchée lorsque, dans la facture, le nombre de codes CIP différents et ayant donné lieu à honoraire simple est supérieur ou égal au nombre minimum de codification CIP différentes permettant de facturer un Honoraire Complexe.</p>	<p><u>Pour toute prestation saisie par le PS :</u></p> <p>Groupe Prestation détaillée code CIP : 1740-Données saisies par le PS</p> <p>Code prestation : (1610) : Saisie par le PS</p>	<p>Table 61</p> <p>Base médicament</p> <p>Table 60</p>		<p>Remarque : La prestation générée par le LPS ne doit pas être modifiée par le PS.</p>

## R62 – Déterminer la nécessité de générer un honoraire pour médicament remboursable

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
« Cette règle a pour objet de déterminer si la facture doit contenir une prestation d'honoraire pour médicament remboursable (HDR). Cette prestation devra être générée automatiquement par le LPS. La prestation d'honoraire pour médicament remboursable est déclenchée lorsque, est présente dans la facture, au moins une prestation médicament remboursable, i.e. une prestation de groupe fonctionnel général « Médicament » et de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD », et présentant un code affiné (groupe 1740 associé au 1610).	<p><b>Groupe Prestation détaillée code CIP :</b> 1740-Données saisies par le PS</p> <p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Données Résultat :</b> « top honoraire pour médicament remboursable »</p>	Table 1	Avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017	

## R63 – Déterminer la nécessité de générer un honoraire lié à l'âge

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de déterminer si la facture doit contenir une prestation d'honoraire lié à l'âge (HDA). Cette prestation devra être générée automatiquement par le LPS.</p> <p>La présence dans la facture d'une prestation d'honoraire lié à l'âge dépend à la fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>du type des prestations saisies par le PS : la facture doit contenir au moins un médicament remboursable, (cette condition est vérifiée par la règle R62 précédente)</li> <li>et de l'âge du bénéficiaire : il est calculé à la date <del>de référence AMO</del> d'élaboration de la facture,, il doit être inclus dans l'une des tranches d'âge spécifiées en table 63.</li> </ul>	<p>Top honoraire pour médicament remboursable</p> <p>Date de référence AMO</p> <p>Date d'élaboration de la facture (1110) : Saisie par le PS</p> <p>Age du bénéficiaire</p> <p>Date de naissance du bénéficiaire (1130)</p> <p><b>Données    Résultat :</b> « top honoraire pour médicament lié à l'âge »</p>	Table 63	Avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017	

## R64 – Déterminer la nécessité de générer un honoraire pour médicament spécifique

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de déterminer si la facture doit contenir une prestation d'honoraire pour médicament spécifique (HDE). Cette prestation devra être générée automatiquement par le LPS.</p> <p>La présence dans la facture d'une prestation d'honoraire pour médicament spécifique dépend à la fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>du type des prestations saisies par le PS : la facture doit contenir au moins un médicament remboursable, (cette condition est vérifiée par la règle R62 précédente),</li> <li>du type des médicaments : la facture doit contenir au moins un médicament spécifique. Cette caractéristique est identifiée dans la base nationale médicaments</li> </ul>	<p>Top honoraire pour médicament remboursable</p> <p><b>Données    Résultat :</b> « top honoraire pour médicament spécifique »</p>	Base médicament nationale	Avenant n° 11 à la convention nationale signé le 20 juillet 2017	



## R65 – Contrôler la validité du mode de prescription à la date de prescription

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>En cas de facturation de médicament, cette règle a pour objet de contrôler la validité du mode de prescription à la date de prescription</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le mode de prescription saisi par le pharmacien doit être présent dans la table 65 et valide à la date de prescription</li> </ul> <p><b>Cas d'erreur n° 1 :</b> Si le mode de prescription n'est pas présent dans la table, le logiciel doit alerter le Professionnel de Santé et bloquer la facturation.</p> <p><b>Cas d'erreur n° 2 :</b> Si le mode de prescription est présent dans la table mais n'est pas valide à la date de prescription, le logiciel doit alerter le Professionnel de Santé sans bloquer la facturation. Le Professionnel de Santé propose la substitution et indique au LPS l'accord ou le refus du bénéficiaire des soins</p> <p>Le mode de prescription saisi par le professionnel de santé, s'il existe dans la table, est dans tous les cas renseigné dans la facture (qu'il soit valide ou non à la date de prescription).</p>	Mode de prescription (1740-12)	Table 65		<p>Dans le cas où le mode de prescription saisi par le Professionnel de Santé n'est pas valide (cf. cas d'erreur 2), le Professionnel de Santé est alerté, il propose alors à l'assuré la substitution, si celui-ci la refuse, le Professionnel de Santé valorise l'indicateur de substitution à « N » (cf. groupe 1740) et le logiciel applique le tarif ajusté (voir règle S1)</p>

## R66 – Contrôler la compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution pour délivrance du princeps

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>L'objet de cette règle est de vérifier, en cas de délivrance d'un princeps, l'indicateur de substitution et le mode de prescription sont correctement renseignés :</p> <p>en cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à un tarif forfaitaire de responsabilité et pour lequel il existe un tarif ajusté en base médicaments, le logiciel doit vérifier que les valeurs du mode de prescription et de l'indicateur de substitution sont compatibles. La liste des valeurs compatibles fait l'objet de la table 66.</p> <p><b>Cas d'erreur</b> : Si le mode de prescription et l'indicateur sont incompatibles ou sont tous les deux non renseignés, le logiciel doit alerter le Professionnel de Santé et bloquer la facturation.</p>	<p>Mode de prescription (1740-12)</p> <p>Indicateurs de substitution (1740-7)</p>	<p>Table 66</p> <p>Base médicaments</p>		

## R70 – Détermination du code prestation en cas de consultation obligatoire enfant

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>En cas de facturation d'une prestation de type « consultation obligatoire enfant », le système de facturation détermine le « code prestation à transmettre dans la facture en fonction de l'âge du bénéficiaire et du Professionnel de Santé, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>sa spécialité,</li> <li>son code conventionnel,</li> <li>son contrat tarifaire,</li> <li>sa caisse de rattachement,</li> <li>éventuellement son choix entre une prestation à tarif revalorisé sans dépassement ou une prestation à tarif non revalorisé avec dépassement possible: le LPS doit proposer ce choix au Professionnel de Santé, soit sous forme de question, soit en lui permettant d'opter entre l'un ou l'autre des 2 codes prestation correspondant en table,</li> <li>éventuellement sa fonction de pédiatre traitant (le LPS pose la question au PS).</li> </ul> <p>Cette détermination s'appuie sur la table 70 de l'Annexe2bis.</p> <p>Dans les cas où le code prestation ne peut pas être déterminé par la table (par exemple en fonction de l'âge du bénéficiaire des soins), il revient au PS de saisir le code prestation.</p> <p> Dans tous les cas, le Professionnel de Santé doit toujours pouvoir modifier le code prestation déterminé par cette règle.</p> <p> A noter que cette règle concerne uniquement les médecins généralistes et les pédiatres.</p>	<p>Date de naissance du bénéficiaire (1130)</p> <p>Date d'exécution : (1610) : Saisie par le PS</p> <p>Spécialité du PS : lue sur la carte PS ou saisie dans le groupe 1870</p> <p>Code conventionnel : lue sur la carte PS ou saisie dans le groupe 1870</p> <p>Contrat tarifaire PS : paramétré sur le poste PS ou saisi par le PS *</p> <p>Caisse de rattachement du PS : paramétrée sur le poste (cf. A1-A)</p> <p>Code prestation : (1610) : Donnée résultat</p>	Table 70		<p>* Si le PS exécutant est différent du PS facturant (présence d'un groupe 1870), le contrat tarifaire du PS exécutant doit être précisé pour cette règle. Dans le cas contraire, utiliser le contrat tarifaire paramétré sur le poste PS : cf. Annexe1-A § 2.1.2</p> <p>A noter que le code prestation une fois généré, est soumis aux règles de contrôle habituelles : cf. A1-A schéma SR1</p>



## **4      2<sup>ème</sup> partie : Tarification**

## 4.1 Chapitre 1 : Base de remboursement

### 4.1.1 Section 1 : Base de remboursement des codes prestations

B1 - Déterminer la date à retenir pour la base de remboursement d'un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires) ou un auxiliaire médical, ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale .....	107
B1 bis - Déterminer la date à retenir pour la base de remboursement des soins dentaires .....	108
B2 - Déterminer le tarif de la lettre-clé à retenir pour le calcul de la base de remboursement .....	109
B3 - Montant de la majoration d'urgence.....	110
B4 - Déterminer la base de remboursement du forfait technique d'un acte de scanographie .....	111
B5 - Déterminer la base de remboursement du forfait technique d'un acte d'I.R.M. ....	112
B6 - Déterminer la nature du montant de la majoration pour les codes prestation effectués par des prescripteurs.....	113
B6 bis- Déterminer la nature du montant de la majoration pour les codes prestation effectués par un auxiliaire médical .	114
B7 - Montant de la majoration de nuit au pourcentage.....	115
B8 - Montant de la majoration de nuit forfaitaire.....	116
B9 - Déterminer le montant de la majoration de nuit .....	117
B10 - Montant de la majoration en pourcentage de dimanche ou jour férié .....	118
B11 - Montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire .....	119
B12 - Déterminer le montant de la majoration de dimanche ou jour férié .....	120
B13 - Déterminer la base de remboursement d'un code prestation NGAP, NABM et actes secondaires .....	121

**B1 - Déterminer la date à retenir pour la base de remboursement d'un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires) ou un auxiliaire médical, ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale**

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
La date à retenir pour le calcul de la base de remboursement est la date d'exécution de chaque acte, c'est-à-dire la date des soins.	Date d'exécution : (1610) : Saisie par le PS			Remarque : cette règle concerne également les pharmaciens facturant des actes de biologie (lettre clé B)

## B1 bis - Déterminer la date à retenir pour la base de remboursement des soins dentaires

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Pour les soins dentaires, la date à retenir pour le calcul de la base de remboursement est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La date d'achèvement des travaux (c'est à dire la date d'exécution du dernier code prestation), si le code prestation est " SPR " ou " SC ".</li> <li>La date de fin de chaque fraction de traitement, si le code prestation est " TO ".</li> <li>La date d'achèvement des travaux (date d'exécution du dernier code prestation) si le code prestation est de type " PRO " ou " SCM "</li> <li>La date de fin de chaque fraction de traitement si le code prestation est " ORT ".</li> <li>La date d'exécution de l'acte s'il s'agit d'un autre code prestation.</li> </ul> <p>Pour les actes CCAM, et quelle que soit la spécialité du Professionnel de Santé, la date à retenir est la date d'achèvement des soins.</p>	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Date d'exécution :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Code Spécialité du PS :</b> Lue sur la carte PS</p> <p><b>Type de nomenclature :</b> Lu en table 1</p>	Table 1		

## 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	Référence réglementaire	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. S'il n'existe pas de tarif d'autorité la base de remboursement est égale à zéro.</p> <p><b>Cas particulier d'un complément AT</b></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><b>Coeff<sub>ATx</sub></b> = 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><b>Cas particulier d'un dépassement pour Victime d'Attentat</b></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><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Code conventionnel du professionnel de santé :</b> Lue sur la carte PS</p> <p><b>Code spécialité du professionnel de santé :</b> Lue sur la carte PS</p> <p><b>Code zone tarifaire :</b> Lue sur la carte PS</p> <p><b>Nature d'assurance (151x) :</b> Saisie par le PS</p> <p><b>Situation particulière du bénéficiaire :</b> *</p> <p><b>Prix unitaire :</b> (1610) : Lue dans la table des tarifs</p>	Table 1 Table 52	<p>N.G.A.P. : Dispositions générales : Valeurs des lettres-clés</p> <p>NABM : Dispositions générales</p> <p>Conventions Nationales des Professionnels de santé</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>

### B3 - Montant de la majoration d'urgence

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Si le médecin généraliste est conventionné (code 1, 2, 3), le montant de la majoration d'urgence est un montant forfaitaire.</li> <li>Si le médecin généraliste est non conventionné (code 0), le montant de la majoration d'urgence est nul.</li> </ul>	<p><b>Code conventionnel du professionnel de santé</b> : Lue sur la carte PS</p> <p><b>Code spécialité du professionnel de santé</b> : Lue sur la carte PS</p> <p><b>Montant de la majoration</b> : donnée intermédiaire utilisées dans B13.</p> <p><b>Code complément de prestation</b> (1610 : saisie par le PS</p>		Convention nationales des généralistes	Remarque : Les médecins généralistes sont définis dans le glossaire (Corps du CDC §6)

## B4 - Déterminer la base de remboursement du forfait technique d'un acte de scanographie

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>La nature du forfait technique se détermine de façon différente selon la date d'installation de l'appareil.</p> <p>1 - <u>La date d'installation est strictement inférieure au 1<sup>er</sup> août 1991</u></p> <p>Si l'appareil est installé depuis moins de 7 ans à la date d'examen, il s'agit d'un forfait technique normal. Si l'appareil est installé depuis au moins 7 ans à la date d'examen, il s'agit d'un forfait technique réduit.</p> <p>Dans ces cas, le montant de la base de remboursement du forfait technique est un montant forfaitaire.</p> <p>2 - <u>La date d'installation est supérieure au 1<sup>er</sup> août 1991</u></p> <p>En fonction de la classe ou puissance et de la zone d'implantation de l'appareil, il existe un nombre d'actes maximum, effectué par cet appareil, au-delà duquel s'applique le forfait technique réduit. En deçà de ce seuil, s'applique le forfait technique normal.</p> <p>Une fois ce montant déterminé, le montant de la base de remboursement correspondra au minimum entre le montant des honoraires et le montant déterminé précédemment.</p>	<p><b>Date d'installation de l'appareil</b> : (1830) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Puissance ou classe de l'appareil</b> : (1830) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Zone d'implantation de l'exploitant de l'appareil</b> : (1830) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Numéro d'ordre de l'examen</b> : (1830) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Montant des honoraires</b> : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Base de remboursement</b> : (1610)</p>			

## B5 - Déterminer la base de remboursement du forfait technique d'un acte d'I.R.M.

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>En fonction de la classe ou puissance de l'appareil, il existe un nombre d'acte maximum, effectué par l'appareil, au-delà duquel s'applique un forfait technique réduit.</p> <p>En deçà de ce seuil, s'applique un forfait technique normal, fonction de la zone d'implantation de l'exploitant de l'appareil.</p> <p>Une fois ce montant déterminé, le montant de la base de remboursement correspondra au minimum entre le montant des honoraires et le montant déterminé précédemment.</p>	<p><b>Date d'installation de l'appareil :</b> (1830) : Saisie par le PS</p> <p><b>Puissance ou classe de l'appareil :</b> (1830) : Saisie par le PS</p> <p><b>Zone d'implantation de l'exploitant de l'appareil :</b> (1830) : Saisie par le PS</p> <p><b>Numéro d'ordre de l'examen :</b> (1830) : Saisie par le PS</p> <p><b>Montant des honoraires :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Base de remboursement :</b> (1610)</p>			



## B6 - Déterminer la nature du montant de la majoration pour les codes prestation effectués par des prescripteurs

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
La majoration est soit de type forfaitaire, soit de type pourcentage. Le type de la majoration dépend du code prestation coté et éventuellement du coefficient associé.	<b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS  <b>Code complément de prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS  <b>Spécialité du professionnel de santé :</b> Lue sur la carte PS  <b>Nature de la majoration :</b> Donnée utilisée dans les règles B9 et B12	Table 23	NGAP : Dispositions générales	

## B6 bis- Déterminer la nature du montant de la majoration pour les codes prestation effectués par un auxiliaire médical

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
Le montant de la majoration est toujours forfaitaire	<b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS  <b>Code complément de prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS  <b>Nature de la majoration :</b> Donnée utilisée dans les règles B8 et B11		NGAP  NABM	

## B7 - Montant de la majoration de nuit au pourcentage

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le montant de la majoration de nuit au pourcentage est le résultat du calcul suivant :</p> $\begin{array}{r} \text{coefficient} \\ \times \\ 10 \% \\ \times \\ \text{prix unitaire} \end{array}$	<p><b>Coefficient</b> : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Prix unitaire</b> : (1610) : <i>Calculée dans la règle B2</i></p> <p><b>Montant de la majoration de nuit au pourcentage</b> : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle B9.</i></p>		NGAP	

## B8 - Montant de la majoration de nuit forfaitaire

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><u>Cas d'un Professionnel de Santé conventionné</u></p> <p>Le montant de la majoration de nuit forfaitaire est fonction de la spécialité du Professionnel de Santé et, pour les sages femmes, de la nature des soins dispensés.</p> <p><u>Cas d'un Professionnel de Santé non conventionné</u></p> <p>Le montant de la majoration de nuit forfaitaire est fonction de la spécialité du Professionnel de Santé et de sa zone tarifaire.</p>	<p><b>Code conventionnel du professionnel de santé</b> : Lue sur la carte PS</p> <p><b>Code prestation</b> : (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Code zone tarifaire du professionnel de santé</b> : Lue sur la carte PS</p> <p><b>Spécialité du professionnel de santé</b> : Lue sur la carte PS</p> <p><b>Montant de la majoration de nuit forfaitaire</b> : Donnée intermédiaire utilisée dans la règle B9, B13 ou B14.</p>		<p>N.G.A.P. : Dispositions générales : Valeurs des lettres-clés</p> <p>NABM : Dispositions générales.</p> <p>Conventions Nationales des Professionnels de Santé</p>	

## B9 - Déterminer le montant de la majoration de nuit

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><b>1 - <u>La nature de la majoration (déterminée en B6 ou B6 bis) est une majoration forfaitaire</u></b></p> <p>Le montant de la majoration correspondra au montant de la majoration de nuit forfaitaire (calculé en B8).</p> <p><b>2 - <u>La nature de la majoration (déterminée en B6 ou B6 bis) est une majoration au pourcentage</u></b></p> <p>Si le montant de la majoration en pourcentage (calculé en B7) est inférieur ou égal au montant de la majoration forfaitaire (calculé en B8), le montant de la majoration correspond au montant de la majoration forfaitaire.</p> <p>Si le montant de la majoration en pourcentage (calculé en B 7) est supérieur au montant de la majoration forfaitaire (calculé en B8), il est nécessaire d'effectuer une comparaison afin de retenir comme montant de la majoration le montant le moins important entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* le montant de la majoration en pourcentage (calculé en B7),</li> <li>* 15 fois le prix unitaire</li> </ul> <p>Si le montant de la majoration calculée issue de la comparaison est strictement inférieur au montant de la majoration forfaitaire alors il convient de retenir le montant de la majoration forfaitaire</p>	<p><b>Nature de la majoration :</b> Donnée intermédiaire calculée dans les règles B6 ou B6 bis</p> <p><b>Montant de la majoration de nuit forfaitaire :</b> Donnée intermédiaire calculée dans les règles B8</p> <p><b>Montant de la majoration de nuit au pourcentage :</b> Donnée intermédiaire calculée dans la règle B7</p> <p><b>Prix unitaire :</b> (1610) : Déterminé en B2</p> <p><b>Montant de la majoration</b> Donnée intermédiaire utilisée dans la règle B13 ou B14</p>		NGAP : Dispositions Générales.	

## B10 - Montant de la majoration en pourcentage de dimanche ou jour férié

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le montant de la majoration de dimanche ou jour férié en pourcentage est le résultat du calcul suivant :</p> <p>Coefficient x 5 % x prix unitaire</p>	<p><b>Coefficient</b> : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Prix unitaire</b> : (1610) : <i>Donnée intermédiaire calculée dans la règle B2</i></p> <p><b>Montant de la majoration de dimanche ou jour férié au pourcentage</b> : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle B12.</i></p>		NGAP : Dispositions Générales.	

## B11 - Montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>1 - <u>Cas d'un Professionnel de Santé conventionné</u></p> <p>Le montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire est fonction de la spécialité du Professionnel de Santé et pour les sages femmes, de la nature des soins dispensés.</p> <p>2 - <u>Cas d'un Professionnel de Santé non conventionné</u></p> <p>Le montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire est fonction de la spécialité du Professionnel de Santé et de sa zone tarifaire.</p>	<p><b>Code conventionnel du professionnel de santé</b> : Lue sur la carte PS</p> <p><b>Code zone tarifaire du professionnel de santé</b> : Lue sur la carte PS</p> <p><b>Spécialité du professionnel de santé</b> : Lue sur la carte PS</p> <p><b>Montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire</b> : Donnée intermédiaire utilisée dans la règle B12, B13 ou B14.</p>		<p>N.G.A.P. : Dispositions générales : Valeurs des lettres-clé</p> <p>Conventions Nationales des Professionnels de Santé</p> <p>NABM. Dispositions générales</p>	

## B12 - Déterminer le montant de la majoration de dimanche ou jour férié

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>1 - <u>La nature de la majoration (déterminée en B6 ou B6 bis) est une majoration forfaitaire</u></p> <p>Le montant de la majoration correspondra au montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire (calculé en B11).</p> <p>2 - <u>La nature de la majoration (calculée en B6 ou B6 bis) est une majoration en pourcentage</u></p> <p>Si le montant de la majoration en pourcentage (calculé en B10) est inférieur ou égal à celui de la majoration forfaitaire (calculé en B11), le montant de la majoration correspond au montant de la majoration forfaitaire.</p> <p>Si le montant de la majoration en pourcentage (calculé en B10) est supérieur au montant de la majoration forfaitaire (calculé en B11), il est nécessaire d'effectuer une comparaison, afin de retenir comme montant de la majoration, le montant le moins important entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le montant de la majoration en pourcentage (calculé en B10),</li> <li>8 fois le prix unitaire.</li> </ul> <p>Si le montant de la majoration calculée issu de la comparaison est strictement inférieur au montant de la majoration forfaitaire, alors il convient de retenir comme montant de la majoration de dimanche ou jour férié le montant de la majoration forfaitaire.</p>	<p><b>Nature de la majoration :</b> <i>Donnée intermédiaire calculée dans les règles B6 ou B6 bis</i></p> <p><b>Montant de la majoration de dimanche ou jour férié forfaitaire :</b> <i>Donnée intermédiaire calculée dans les règles B11</i></p> <p><b>Montant de la majoration de dimanche ou jour férié au pourcentage :</b> <i>Donnée intermédiaire calculée dans la règle B10</i></p> <p><b>Prix unitaire :</b> (1610) : <i>Déterminé en B2</i></p> <p><b>Montant de la majoration</b> <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle B13 ou B14</i></p>		NGAP : Dispositions Générales.	







---

## 4.1.2      Section 2 : Base de remboursement des frais de déplacement

<i>F1 - Base de remboursement pour des frais de déplacement de type ID .....</i>	<i>125</i>
<i>F2 - Base de remboursement pour des frais de déplacement IF .....</i>	<i>126</i>
<i>F3 - Base de remboursement pour des frais de déplacement lfx .....</i>	<i>127</i>
<i>F4 - Base de remboursement des indemnités kilométriques.....</i>	<i>128</i>
<b>F5 - Montant de l'indemnité kilométrique .....</b>	<b>130</b>



## F1 - Base de remboursement pour des frais de déplacement de type ID

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si le Professionnel de Santé est conventionné, le montant de la base de remboursement est fonction de sa zone tarifaire.</p> <p>La base de remboursement est égale à zéro si le Professionnel de Santé n'est pas conventionné.</p> <p><b>Pour le régime SNCF :</b> Le montant ainsi déterminé correspond au montant de la base de remboursement.</p> <p><b>Pour les autres régimes :</b> La base de remboursement correspondra au minimum entre le montant de l'indemnité et celui de la base de remboursement déterminé ci-dessus. Ce calcul s'applique également au régime SNCF lorsque le code couverture fait apparaître une gestion identique à un code couverture du régime général (Cf. tables utilisées).</p>	<p><b>Code couverture :</b> <i>issu du lecteur</i></p> <p><b>Code indemnité forfaitaire de déplacement :</b> (1620) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Code conventionnel du professionnel de santé :</b> <i>Lue sur la carte PS</i></p> <p><b>Zone tarifaire du professionnel de santé :</b> <i>Lue sur la carte PS</i></p> <p><b>Montant de l'indemnité :</b> (1620) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Base de remboursement :</b> (1620)</p>	<p>table 8.1 table 8.4</p>	<p>Convention avec les PS</p> <p>NGAP : Dispositions générales :</p> <p>N.A.B.M. : Dispositions générales :</p>	

## F2 - Base de remboursement pour des frais de déplacement IF

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si le Professionnel de Santé est conventionné le montant de la base de remboursement est fonction de sa zone tarifaire et de sa spécialité.</p> <p>La base de remboursement est égale à zéro si le Professionnel de Santé n'est pas conventionné.</p> <p><b>Pour le régime SNCF :</b> Le montant ainsi déterminé correspond au montant de la base de remboursement.</p> <p><b>Pour les autres régimes :</b> La base de remboursement correspondra au minimum entre le montant de l'indemnité et celui de la base de remboursement déterminé ci-dessus. Ce calcul s'applique également au régime SNCF lorsque le code couverture fait apparaître une gestion identique à un code couverture du régime général (Cf. tables utilisées).</p>	<p><b>Code couverture :</b> issu du lecteur</p> <p><b>Code indemnité forfaitaire de déplacement :</b> (1620) : Saisie par le PS</p> <p><b>Zone tarifaire du professionnel de santé :</b> Lue sur la carte PS</p> <p><b>Spécialité du professionnel de santé :</b> Lue sur la carte PS</p> <p><b>Code conventionnel du professionnel de santé :</b> Lue sur la carte PS</p> <p><b>Montant de l'indemnité :</b> (1620) : Saisie par le PS</p> <p><b>Base de remboursement :</b> (1620)</p>	table 8.1	<p>N.G.A.P. : Dispositions générales : Valeurs des lettres-clé</p> <p>Conventions nationales des PS</p>	

### F3 - Base de remboursement pour des frais de déplacement lfx

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>La base de remboursement est un tarif fixé en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de la spécialité du Professionnel de Santé</li> <li>- du conventionnement du Professionnel de Santé</li> <li>de la zone tarifaire du Professionnel de Santé</li> </ul> <p><b>Pour le régime SNCF :</b> Le montant ainsi déterminé correspond au montant de la base de remboursement.</p> <p><b>Pour les autres régimes :</b> La base de remboursement correspondra au minimum entre le montant de l'indemnité et celui de la base de remboursement déterminé ci-dessus. Ce calcul s'applique également au régime SNCF lorsque le code couverture fait apparaître une gestion identique à un code couverture du régime général (Cf. tables utilisées).</p>	<p><b>Code indemnité forfaitaire de déplacement :</b> (1620) : Saisie par le PS</p> <p><b>Spécialité du professionnel de santé :</b> Lue sur la carte PS</p> <p><b>Code conventionnel du professionnel de santé :</b> Lue sur la carte PS</p> <p><b>Zone tarifaire du professionnel de santé :</b> Lue sur la carte PS</p> <p><b>Montant de l'indemnité :</b> (1620) : Saisie par le PS</p> <p><b>Base de remboursement :</b> (1620)</p> <p><b>Code couverture :</b> issu du lecteur</p>	<p>table 8.1 ou 8.2 ou 8.4</p>	<p>Convention avec les PS</p> <p>NGAP : Dispositions générales</p> <p>NABM : Dispositions générales</p>	

## F4 - Base de remboursement des indemnités kilométriques

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle concerne les prestations de groupe fonctionnel Indemnité de déplacement / Kilométrique.</p> <p>Le montant unitaire de l'un de ces frais de déplacement correspond à un tarif fixé en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de la spécialité du Professionnel de Santé,</li> <li>- du conventionnement du Professionnel de Santé,</li> <li>- du type d'indemnité kilométrique,</li> <li>- de la zone tarifaire du Professionnel de Santé.</li> </ul> <p>Une fois ce tarif déterminé, <del>la base de remboursement est le résultat du calcul suivant :</del></p> <p style="text-align: center;"><del>prix unitaire x nombre de kilomètres facturés</del></p> <p>La base de remboursement est issue du calcul suivant : prix unitaire x nombre de kilomètres facturés</p> <p>Le montant de la base de remboursement correspond au minimum entre le montant de l'indemnité kilométrique et le montant de la base de remboursement tel que calculé précédemment.</p> <p>Lorsque deux types d'indemnités kilométriques sont facturées, il convient d'exécuter ces calculs pour chacune des indemnités et d'en faire l'addition pour obtenir la base de remboursement.</p> <p><b>Pour le régime SNCF :</b> <del>Le montant ainsi déterminé correspond au montant de la base de remboursement.</del></p> <p><b>Pour les autres régimes :</b> <del>La base de remboursement correspondra au minimum entre le montant de l'indemnité et celui de la base de remboursement déterminé ci-dessus.</del> <del>Ce calcul s'applique également au régime SNCF lorsque le code couverture fait apparaître une gestion identique à un code couverture du régime général (Cf. tables utilisées).</del></p>	<p><b>Code indemnité kilométrique</b> : (1630) : Saisie par le PS</p> <p><b>Spécialité du professionnel de santé</b> : Lue sur la carte PS</p> <p><b>Code conventionnel du professionnel de santé</b> : Lue sur la carte PS</p> <p><b>Zone tarifaire du professionnel de santé</b> : Lue sur la carte PS</p> <p><b>Montant de l'indemnité kilométrique</b> : (1630) : Saisie par le PS donnée issue de la règle F5</p> <p><b>Prix unitaire (1630)</b> : lu dans la table des tarifs.</p> <p><b>Nombre de kilomètres</b> : saisie par PS</p> <p><b>Base de remboursement</b> : (1630)</p> <p><b>Code couverture</b> : issu du lecteur</p> <p><b>Groupe fonctionnel</b> : Lu en table 1</p> <p><b>Taux d'abattement</b> : issu de la règle R24</p>	<p>Table 1</p> <p>table 8.1 ou 8.2 ou 8.4</p>	<p>Convention avec les PS</p> <p>Avenant 6 à la convention nationale des Infirmiers</p> <p>NGAP : Dispositions générales NABM : Dispositions générales.</p>	



<b>Cas particulier de l'abattement des IK à 100% :</b> Le montant de la base de remboursement est le résultat du calcul suivant : prix unitaire x nombre de kilomètres facturés				
---	--	--	--	--

## F5 - Montant de l'indemnité kilométrique

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle concerne les prestations de groupe fonctionnel Indemnité de déplacement / Kilométrique.</p> <p>Le montant unitaire de l'un de ces frais de déplacement correspond à un tarif fixé en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de la spécialité du Professionnel de Santé,</li> <li>- du conventionnement du Professionnel de Santé,</li> <li>- du type d'indemnité kilométrique,</li> <li>- de la zone tarifaire du Professionnel de Santé.</li> </ul> <p>Une fois ce tarif déterminé, le montant de l'indemnité kilométrique est le résultat du calcul suivant :</p> <p style="padding-left: 40px;">prix unitaire x nombre de kilomètres facturés x (100% - taux d'abattement).</p> <p>Le principe d'abattement des IK ne concerne que les infirmiers.</p> <p>Le montant de l'indemnité kilométrique ainsi calculé ne peut pas être modifié par le PS.</p>	<p><b>Code indemnité kilométrique</b> : (1630) : Saisie par le PS</p> <p><b>Spécialité du professionnel de santé</b> : Lue sur la carte PS</p> <p><b>Code conventionnel du professionnel de santé</b> : Lu sur la carte PS</p> <p><b>Zone tarifaire du professionnel de santé</b> : Lue sur la carte PS</p> <p><b>Prix unitaire (1630)</b> : lu dans la table des tarifs.</p> <p><b>Nombre de kilomètres</b> : saisie par PS</p> <p><b>Code couverture</b> : issu du lecteur</p> <p><b>Groupe fonctionnel</b> : Lu en table 1</p> <p><b>Taux d'abattement</b> : issu de la règle R24</p> <p><b>Montant de l'indemnité kilométrique</b> : (1630) : Donnée résultat</p>	Table 1	<p>Convention avec les PS</p> <p>Avenant 6 à la convention nationale des Infirmiers</p> <p>NGAP : Dispositions générales</p> <p>NABM : Dispositions générales.</p>	

#### 4.1.3

### Section 3 : Base de remboursement des frais pharmaceutiques

S1 - Prix unitaire et Base de remboursement des frais pharmaceutiques (hors actes secondaires) et de la LPP .....	133
S2 - Prix unitaire et Base de remboursement de prestations sanitaires non identifiées par l'AMO .....	135
S3 - Prix unitaire d'une prestation d'honoraire de dispensation générée .....	136
S403 - Détermination du montant restant à ventiler sur une prestation non identifiée par l'AMO ..	137



## S1 - Prix unitaire et Base de remboursement des frais pharmaceutiques (hors actes secondaires) et de la LPP

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><b>Etape 1</b></p> <p>→ <b>Pour les frais pharmaceutiques hors actes secondaires :</b></p> <p>Le montant de la base de remboursement correspond au prix unitaire du groupe 1610 à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le prix unitaire de la boîte de médicament délivré multiplié par le nombre de boîtes délivrées</li> <li>ou bien, en cas de déconditionnement, le prix de l'unité multiplié par le nombre d'unités délivrées.</li> </ul> <p>Ces prestations relèvent de la nomenclature « Frais PH ».</p> <p><b>Cas particulier : Refus de substitution par l'assuré</b></p> <p>En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à un tarif forfaitaire de responsabilité, pour lequel il existe un tarif ajusté en base médicaments et ayant fait l'objet d'une demande de non substitution par l'assuré (1740-7 = 'N'), le prix unitaire est calculé automatiquement par le logiciel et n'est pas modifiable par le Professionnel de Santé. Il correspond :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>au tarif ajusté multiplié par la quantité de boîtes délivrées (1740-5). Le tarif ajusté du médicament princeps délivré est issu de la base nationale médicaments.</li> <li>Ou bien, en cas de déconditionnement, au tarif ajusté (issu de la base nationale médicaments) divisé par le nombre d'unités dans le conditionnement, multiplié par le nombre d'unités délivrées.</li> </ul> <p>Remarque : Le tarif ajusté est également appliqué lorsque le mode de prescription saisi par le pharmacien n'est pas valide à la date de prescription (cf. R65) et que l'assuré refuse la substitution proposée par le pharmacien (1740-7 = 'N').</p> <p><b>!</b> Attention, dans ce cas particulier, le logiciel informe le Professionnel de Santé que le Prix unitaire ajusté a été appliqué et ne doit pas lui permettre la modification de ce montant.</p>	<p><b>Type de Nomenclature :</b> <i>Lu en table 1</i></p> <p><b>Prix unitaire de la boîte de médicament délivré :</b> (1740) : Saisie par le PS</p> <p><b>Nombre de boîtes délivrées :</b> (1740) : Saisie par le PS</p> <p><b>Prix unitaire de l'unité délivrée dans le cadre du déconditionnement :</b> (1740) Saisie par le PS</p> <p><b>Nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement :</b> (1740) Saisie par le PS</p> <p><b>Montant total LPP (ex TIPS) :</b> (1730) Saisie par le PS</p> <p><b>Base de remboursement :</b> (1610)</p>	Table 1		

<p>➔ <b>Pour les Dispositifs Médicaux (DM) de la LPP (ex TIPS) :</b></p> <p>Le montant de la Base de Remboursement correspond au montant total LPP du dispositif médical.</p> <p>Ces prestations relèvent de la nomenclature « LPP ».</p> <p><b>Etape 2</b></p> <p>Le montant de la base de remboursement correspond au minimum entre le montant des honoraires perçus et le montant de la base de remboursement tel que calculé précédemment.</p> <p><b>Cas particulier : Actes Gratuits</b></p> <p>Pour les actes gratuits, la Base de Remboursement correspond au montant de la base de remboursement tel que calculé précédemment, bien que le montant des honoraires perçus soit nul.</p>				
--	--	--	--	--

## S2 - Prix unitaire et Base de remboursement de prestations sanitaires non identifiées par l'AMO

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Pour une prestation sanitaire non identifiée par l'AMO, à savoir de code prestation « <b>SGS</b> » :</p> <p>Le prix unitaire de la prestation est égal au montant des honoraires saisi par le Professionnel de Santé.</p> <p>La base de remboursement de la prestation SGS est déterminée comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dans le cas où la facture n'est pas constituée uniquement de prestation de ce type, la base de remboursement de la prestation SGS est nulle.</li> </ul> <p>Ce cas concerne les factures :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>soit en nature d'assurance SMG et dont le « top prise en charge SMG de SGS uniquement » n'est pas positionné,</li> <li>soit en nature d'assurance autre que SMG.</li> <li>Dans le cas contraire, i.e. la facture est composée uniquement de prestations de code prestation SGS, la base de remboursement de la prestation est égale au montant restant à ventiler pour cette prestation dans la limite du montant des honoraires de la prestation :</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>BR = MIN (Montant Restant à ventiler, Montant PS des honoraires)</p> </div>	<p><b>Code prestation</b> : (1610) : <i>Saisie par le PS</i> <b>Montant PS des honoraires</b> : <i>Saisie par le PS</i> <b>Montant restant à ventiler</b> : <i>Donnée intermédiaire déterminée par S403</i></p> <p><b>Prix unitaire</b> : (1610) : <i>Donnée résultat</i> <b>Base de Remboursement</b> : (1610) : <i>Donnée résultat</i></p>			

### S3 - Prix unitaire d'une prestation d'honoraire de dispensation générée

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le prix unitaire d'une prestation d'honoraire de dispensation générée par le LPS est égal au tarif réglementaire en vigueur à la date d'exécution de la prestation et en fonction de la caisse de rattachement du PS.</p> <p>Les tarifs réglementaires font l'objet de la table 1.1.</p>	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : <i>Généré par le LPS</i></p> <p><b>Groupe fonctionnel de la prestation :</b> (1610) : <i>Table 1</i></p> <p><b>Date d'exécution :</b> (1610) : <i>Généré par le LPS</i></p> <p><b>Caisse de rattachement du PS :</b> <i>paramétrée sur le poste (cf. A1-A)</i></p> <p><b>Prix unitaire :</b> (1610) : Donnée résultat</p>	<p>Table 1</p> <p>Table 1.1</p>	<p>Convention Nationale des Pharmaciens</p>	<p>Remarque : Le prix unitaire déterminé ne doit pas être modifié par le PS.</p>



### S403 - Détermination du montant restant à ventiler sur une prestation non identifiée par l'AMO

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Dans le cas d'une facture composée uniquement de prestations non identifiées par l'AMO (code prestation SGS), le montant restant à ventiler pour une prestation donnée est égal :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soit, pour la première prestation SGS considérée, au montant total effectif de prise en charge au titre des SMG,</li> <li>• Soit, pour toute autre prestation SGS suivante, au montant restant à ventiler pour la prestation précédente diminué de la base de remboursement de la prestation précédente.</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <math display="block">\text{Reste à ventiler (SGS}_i\text{)} = \text{Reste à ventiler (SGS}_{i-1}\text{)} - \text{BR(SGS}_{i-1}\text{)}</math> </div>	<p><b>Montant total effectif de prise en charge SMG :</b> Donnée intermédiaire déterminée par RG_CF405 (cf. A1-A3)</p> <p><b>Base de Remboursement :</b> (1610) : Donnée déterminée par S2</p> <p><b>Montant restant à ventiler :</b> Donnée résultat</p>			



## 4.2 Chapitre 2 : Taux de remboursement

T1 - Date de référence pour déterminer le taux de remboursement pour un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires prothétiques et d'ODF) ou un auxiliaire médical .....	141
T3.1 - Date à prendre en compte afin de déterminer le taux de remboursement pour un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires prothétiques et d'ODF) ou un auxiliaire médical (RSI) .....	142
T1 bis- Date de référence pour déterminer le taux de remboursement des soins dentaires prothétiques et d'ODF. ....	143
T1 ter- Date de référence pour déterminer le taux de remboursement des frais pharmaceutiques, de la LPP et d'analyse de biologie médicale .....	144
T3.1 ter- Date à prendre en compte pour déterminer le taux de remboursement des frais pharmaceutiques, de la LPP et d'analyses de biologie médicale (RSI) .....	145
T2 - Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation effectué par un prescripteur .....	146
T2 bis- Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation effectué par un auxiliaire médical .....	147
T2 ter- Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un pharmacien ou un fournisseur .....	148
T2 quater- Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un laboratoire d'analyses de biologie médicale .....	149
T2-quint - Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour une FSE en l'absence de code couverture....	150
T3 - Détermination du taux de remboursement lié à la nature d'assurance .....	151
T4 - Détermination du taux de remboursement des codes prestation à coefficient exonérant .....	152
T5 - Détermination du taux de remboursement des actes exonérés .....	153
T6 - Détermination du taux de remboursement lié aux soins exonérés pour les nouveau-nés .....	154
T7 - Détermination du taux de remboursement de base .....	155
T8 - Détermination du taux de remboursement à prendre en compte .....	156
T12 - Détermination du taux de remboursement pour les actes de prévention .....	157
T13 Détermination du taux de remboursement à prendre en compte pour chaque acte de la facture .....	158
Tc8 Détermination du taux de remboursement à prendre en compte pour un acte CCAM .....	159



## T1 - Date de référence pour déterminer le taux de remboursement pour un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires prothétiques et d'ODF) ou un auxiliaire médical

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><b>1. Principes généraux :</b></p> <p>La date de référence correspond selon le cas soit à la date d'exécution, soit à la date de prescription. Ces différentes situations sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'il s'agit d'un acte isolé, le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable à la date d'exécution.</li> <li>- S'il s'agit d'un traitement en série, le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable à la date de prescription.</li> </ul> <p>Cette règle ne concerne pas les prestations des groupes fonctionnels suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « soins dentaires prothétiques »</li> <li>• « soins dentaires d'ODF »</li> </ul> <p><b>Cas particuliers sauf SNCF :</b></p> <p>Une modification de la situation d'exonération du bénéficiaire peut intervenir après la date de prescription <sup>(1)</sup>, en cours de traitement <sup>(2)</sup>.</p> <p>La détermination de l'évolution de la situation du bénéficiaire est effectuée à partir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit de la fonction « Lecture droits Vitale » (3),</li> <li>• soit de la fonction « Acquérir les droits en ligne »,</li> <li>• soit par la lecture systématique de la carte lors de chaque acte.</li> </ul> <p>Il convient d'examiner pour chaque acte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le taux de remboursement correspondant au code couverture traduisant la situation du bénéficiaire à la date de prescription.</li> <li>• Le taux de remboursement correspondant au code couverture traduisant la situation du bénéficiaire à la date des soins.</li> </ul> <p><b>a)</b> Si le changement de situation au regard de l'exonération du ticket modérateur est <b>défavorable</b> (le nouveau code couverture issu du lecteur à la date des soins génère un taux de remboursement inférieur à celui correspondant à la situation du bénéficiaire des soins à la date de prescription), le taux de remboursement à prendre en compte reste celui valable à la date de prescription.</p> <p><b>b)</b> Si le changement est <b>favorable</b> (le nouveau code couverture issu du lecteur à la date des soins génère un taux de remboursement supérieur à celui correspondant à la situation du bénéficiaire des soins à la date de prescription), le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable à la date des soins.</p>	<p><b>Date d'exécution :</b> (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Date de prescription</b> (1211) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Date de référence :</b> <i>donnée intermédiaire utilisée dans les règles décrites dans le schéma ST2</i></p> <p><b>Code prestation</b> (1610) <i>Saisie par le PS(NGAP) ou code regroupement CCAM renseigné par le logiciel</i></p> <p><b>Groupe fonctionnel</b> : Lu en table 1</p>	Table 1		<p>La cinématique relative au traitement des actes en série est décrite dans le corps du cahier des charges.</p> <p><sup>(1)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit entre la date de prescription et le début du traitement,</li> <li>• soit en cours de traitement.</li> </ul> <p><sup>(2)</sup> Le principe admis par la réglementation est de retenir la situation la plus favorable pour le bénéficiaire des soins.</p> <p><sup>(3)</sup> Cette fonction permet de restituer 5 codes couvertures au maximum en fonction de la date de référence saisie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la période incluant la date de référence.</li> <li>- les 4 périodes éventuellement suivantes.</li> </ul> <p>En cas d'évolution législative du taux de participation de l'assuré (ticket modérateur), la date de référence à retenir est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour un acte isolé : date d'exécution</li> <li>• pour un traitement en série : date du premier acte (cette situation est marginale)</li> </ul>

### T3.1 - Date à prendre en compte afin de déterminer le taux de remboursement pour un code prestation effectué par un prescripteur (hors soins dentaires prothétiques et d'ODF) ou un auxiliaire médical (RSI)

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-à la date d'exécution de l'acte s'il s'agit d'un acte isolé,</li> <li>- à la date d'exécution du dernier acte de la série s'il s'agit d'un traitement en série.</li> </ul> <p>Cette règle ne concerne pas les prestations de soins dentaires à savoir les prestations des groupes fonctionnels suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « soins dentaires prothétiques »</li> <li>• « soins dentaires d'ODF »</li> </ul>	<p><b>Date d'exécution du dernier code prestation facturé :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Groupe fonctionnel :</b> Lu en table 1</p>	Table 1		

## T1 bis- Date de référence pour déterminer le taux de remboursement des soins dentaires prothétiques et d'ODF.

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable à la date d'achèvement des travaux.</p> <p>Ce principe concerne les prestations des groupes fonctionnels suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins dentaires prothétiques</li> <li>• les soins dentaires d'ODF</li> </ul>	<p><b>Date d'exécution (du dernier code prestation facturé) :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Date de référence :</b> donnée intermédiaire utilisée dans les règles décrites dans le schéma ST2</p> <p><b>Code prestation</b> (1610) Saisie par le PS (NGAP) ou code regroupement CCAM renseigné par le progiciel.</p> <p><b>Groupe fonctionnel</b> : Lu en table 1</p>	Table 1		Le principe indiqué est valable quel que soit le motif d'évolution du taux de participation de l'assuré (évolution législative ou modification de la situation du bénéficiaire)

## T1 ter- Date de référence pour déterminer le taux de remboursement des frais pharmaceutiques, de la LPP et d'analyse de biologie médicale

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><b>1. Principes généraux :</b></p> <p>La date de référence correspond à la date de prescription.</p> <p>Le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable à la date de prescription, y compris pour le renouvellement.</p> <p>Pour le cas de la réparation d'appareils, la date correspond à la date de la réparation i-e la date d'exécution.</p> <p><b>2. Cas particuliers sauf SNCF</b></p> <p>Une modification de la situation du bénéficiaire peut intervenir après la date de prescription <sup>(1)</sup> en cours de traitement. La détermination de l'évolution de la situation du bénéficiaire est effectuée à partir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>soit de la fonction " Lecture droits Vitale " (3),</li> <li>soit de la fonction « Acquérir les droits en ligne »,</li> <li>soit par la lecture systématique de la carte lors de chaque acte.</li> </ul> <p>Il convient d'examiner pour chaque renouvellement:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le taux de remboursement correspondant au code couverture traduisant la situation du bénéficiaire à la date de prescription.</li> <li>- Le taux de remboursement correspondant au code couverture traduisant la situation du bénéficiaire à la date de 1<sup>ère</sup> délivrance ou de renouvellement.</li> </ul> <p><b>a)</b> Le changement de situation au regard du ticket modérateur est <b>défavorable</b> : (le nouveau code couverture issu du lecteur à la date d'exécution génère un taux de remboursement inférieur à celui correspondant à la situation du bénéficiaire des soins à la date de prescription), le taux de remboursement à prendre en compte reste celui valable à la date de prescription</p> <p><b>b)</b> Le changement de situation au regard du ticket modérateur est <b>favorable</b>, le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable à la date de première délivrance ou à la date de renouvellement.</p>	<p><b>Date de prescription :</b> (1211) : Saisie par le PS</p> <p><b>Date de référence :</b> donnée intermédiaire utilisée dans les règles décrites dans le schéma ST2</p> <p><b>Code prestation</b> (1610) Saisie par le PS.</p> <p><b>Renouvellement</b> (1850) saisie par le PS</p> <p><b>Date d'exécution</b> (1610) saisie par le PS</p> <p><b>Type prestation Réparation</b> (1730-3) saisie par le PS</p>			<p><sup>(1)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>soit entre date de prescription et date de première délivrance.</li> <li>soit entre la date de première délivrance et la date de renouvellement du médicament</li> </ul> <p><b>Remarque</b> A ce jour la notion de renouvellement n'est pas gérée dans le système SESAM-Vitale pour les prestations LPP.</p> <p><i>En cas d'évolution législative du taux de participation de l'assuré (ticket modérateur) la date de référence à retenir est la date de prescription (situation marginale).</i></p>



### T3.1 ter- Date à prendre en compte pour déterminer le taux de remboursement des frais pharmaceutiques, de la LPP et d'analyses de biologie médicale (RSI)

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le taux de remboursement à prendre en compte est celui valable à la date d'exécution.</p> <p>Cette règle concerne les actes des nomenclatures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Frais PH »</li> <li>« LPP »</li> <li>« NABM »</li> </ul>	<p><b>Date d'exécution :</b> (1610) : Saisi par le PS</p> <p><b>Type de nomenclature :</b> Lu en table 1</p>	Table 1		

## T2 - Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation effectué par un prescripteur

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><b>1) Principe général</b> Le Taux de Remboursement associé à une situation d'exonération ou de modulation du Ticket Modérateur ainsi que le Code justificatif d'exonération du Ticket Modérateur afférent, sont déterminés dans les tables référencées à partir du Code Couverture restitué par le lecteur.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cas particulier du forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé : La présentation d'une attestation d'ALD et du protocole de soins ALD par l'assuré doit être signalée au progiciel par le Professionnel de Santé. Dans ce cas, le progiciel doit modifier le code ALD (première position du code couverture) et le valoriser à 1.</li> </ul> <p><b>Pour le Régime SNCF,</b> le code couverture issu du lecteur permet de déduire les règles de tarification à appliquer. La règle de tarification dépend du Professionnel de Santé à l'origine de la facturation.</p> <p><b>2) Tous régimes sauf SNCF et RSI</b> En cas d'évolution de la situation du bénéficiaire, le code justificatif d'exonération à retenir est celui qui correspond au code couverture pour la détermination du taux de remboursement (Cf. règles T1, T1bis, T1 ter)</p> <p><b>3) Particularité SNCF :</b> Lorsque le code couverture fait apparaître une application des taux du Régime Général de sécurité sociale, il y a lieu de faire abstraction des règles spécifiques au régime 04, et d'appliquer les règles du régime 01 pour la détermination des taux liés à la prestation en rapport avec une situation exonérante, aux soins particuliers exonérés ainsi que le taux de base.</p>	<p><b>Date de référence :</b> <i>donnée intermédiaire calculée dans les règles T1 ou T1bis</i> <b>Date d'exécution :</b> (1610) : Saisi par le PS <b>Code couverture :</b> Issue du lecteur <b>Code régime :</b> Issu du lecteur <b>Code gestion :</b> Issue du lecteur <b>Code spécialité PS :</b> Issue du lecteur <b>Code prestation :</b> saisie <b>Soins conformes au protocole ALD :</b> saisie <b>Soins en rapport avec accident :</b> saisie <b>Top présentation attestation ou protocole ALD :</b> saisie <b>Catégorie médicale de l'acte CCAM :</b> issue de SRT_ConsumerDonnee(CCAM-12) <b>Taux individu :</b> Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8 <b>Code justificatif d'exonération individu :</b> Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p>	Table 8.1 Tables 21.x		<p>Pour l'ENIM (code régime 06), la CNMSS (code régime 08), les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale (code régime 14 ) les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat (code régime 15), la Caisse des Français à l'Etranger (code régime 17)</p> <p>et les sections locales mutualistes (codes régimes 91 à 96 et 99) :</p> <p>le code couverture sera de la forme "x01xx ".</p>

## T2 bis- Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation effectué par un auxiliaire médical

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><b>1) Principe général</b> Le Taux de Remboursement associé à une situation d'exonération ou de modulation du Ticket Modérateur ainsi que le Code justificatif d'exonération du Ticket Modérateur afférent, sont déterminés dans les tables référencées à partir du Code Couverture restitué par le lecteur.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cas particulier du forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé : La présentation d'une attestation d'ALD et du protocole de soins par l'assuré doit être signalée au progiciel par le Professionnel de Santé. Dans ce cas, le progiciel doit modifier le code ALD (première position du code couverture) et le valoriser à 1.</li> </ul> <p><b>Pour le Régime SNCF,</b> le code couverture issu du lecteur permet de déduire les règles de tarification à appliquer. La règle de tarification dépend du Professionnel de Santé à l'origine de la facturation.</p> <p><b>2) Particularité SNCF</b> Lorsque le code couverture fait apparaître une application des taux du Régime Général de sécurité sociale, il y a lieu de faire abstraction des règles spécifiques au régime 04, et d'appliquer les règles du régime 01 pour la détermination des taux liés à la prestation en rapport avec une situation exonérante, aux soins particuliers exonérés ainsi que le taux de base.</p>	<p><b>Date de référence :</b> <i>Donnée intermédiaire calculée dans la règle T1.</i> <b>Date d'exécution :</b> (1610) : Saisi par le PS <b>Code couverture :</b> <i>Issue du lecteur</i> <b>Code régime :</b> <i>Issue du lecteur</i> <b>Code gestion :</b> <i>Issue du lecteur</i> <b>Code spécialité PS :</b> <i>Issue du lecteur</i> <b>Code spécialité Prescripteur :</b> saisie <b>Code prestation :</b> saisie <b>Soins conformes au protocole ALD :</b> saisie <b>Top présentation attestation ou protocole ALD :</b> saisie <b>Soins en rapport avec accident :</b> saisie</p> <p><b>Prescription d'un médecin SNCF :</b> saisie</p> <p><b>Taux individu :</b> <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i> <b>Code justificatif d'exonération individu :</b> <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p>	Table 8.2		<p>Pour l'ENIM (code régime 06), la CNMSS (code régime 08) les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale (code régime 14) les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat (code régime 15), la Caisse des Français à l'Etranger (code régime 17)</p> <p>et les sections locales mutualistes (codes régimes 91 à 96 et 99) :</p> <p>le code couverture sera de la forme " x01xx ".</p>

## T2 ter- Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un pharmacien ou un fournisseur

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><b>1) Principe général</b> Le Taux de Remboursement associé à une situation d'exonération ou de modulation du Ticket Modérateur ainsi que le Code justificatif d'exonération du Ticket Modérateur afférent, sont déterminés dans les tables référencées à partir du Code Couverture restitué par le lecteur.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cas particulier du forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé : La présentation d'une attestation d'ALD et du protocole de soins ALD par l'assuré doit être signalée au progiciel par le Professionnel de Santé. Dans ce cas, le progiciel doit modifier le code ALD (première position du code couverture) et le valoriser à 1.</li> </ul> <p><b>Pour le Régime SNCF,</b> le code couverture issu du lecteur permet de déduire les règles de tarification à appliquer. La règle de tarification dépend du Professionnel de Santé à l'origine de la facturation.</p> <p><b>2) Particularité SNCF</b> Lorsque le code couverture fait apparaître une application des taux du Régime Général de sécurité sociale, il y a lieu de faire abstraction des règles spécifiques au régime 04, et d'appliquer les règles du régime 01 pour la détermination des taux liés à la prestation en rapport avec une situation exonérante, aux soins particuliers exonérés ainsi que le taux de base.</p>	<p><b>Date de référence :</b> <i>Donnée intermédiaire calculée dans la règle T1 ter.</i></p> <p><b>Date d'exécution :</b> (1610) : Saisi par le PS</p> <p><b>Code couverture :</b> Issue du lecteur</p> <p><b>Code régime :</b> Issue du lecteur</p> <p><b>Code gestion :</b> Issue du lecteur</p> <p><b>Code spécialité Prescripteur :</b> saisie</p> <p><b>Code prestation :</b> saisie</p> <p><b>Soins conformes au protocole ALD :</b> saisie</p> <p><b>Top présentation attestation ou protocole ALD :</b> saisie</p> <p><b>Soins en rapport avec accident :</b> saisie</p> <p><b>Catégorie médicale de l'acte CCAM :</b> issue de SRT_ConsumerDonnee(CCAM-12)</p> <p><b>Prescription imprimé 1032 ou médecin SNCF :</b> saisie</p> <p><b>Taux individu :</b> Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p> <p><b>Code justificatif d'exonération individu :</b> Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p>	<p>Table 8.3 Table 8.5  Tables 21.x</p>		<p>Pour l'ENIM (code régime 06), la CNMSS (code régime 08) les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale (code régime 14 ) les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat (code régime 15), la Caisse des Français à l'Etranger (code régime 17)</p> <p>et les sections locales mutualistes (codes régimes 91 à 96 et 99) :</p> <p>le code couverture sera de la forme "x01xx".</p>

## T2 quater- Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour un code prestation exécuté par un laboratoire d'analyses de biologie médicale

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><b>1) Principe général</b> Le Taux de Remboursement associé à une situation d'exonération ou de modulation du Ticket Modérateur ainsi que le Code justificatif d'exonération du Ticket Modérateur afférent, sont déterminés dans les tables référencées à partir du Code Couverture restitué par le lecteur.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cas particulier du forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé : La présentation d'une attestation d'ALD et du protocole de soins ALD par l'assuré doit être signalée au progiciel par le Professionnel de Santé. Dans ce cas, le progiciel doit modifier le code ALD (première position du code couverture) et le valoriser à 1.</li> </ul> <p><b>Pour le Régime SNCF,</b> le code couverture issu du lecteur permet de déduire les règles de tarification à appliquer. La règle de tarification dépend du Professionnel de Santé à l'origine de la facturation.</p> <p><b>2) Particularité SNCF</b> Lorsque le code couverture fait apparaître une application des taux du Régime Général de sécurité sociale, il y a lieu de faire abstraction des règles spécifiques au régime 04, et d'appliquer les règles du régime 01 pour la détermination des taux liés à la prestation en rapport avec une situation exonérante, aux soins particuliers exonérés ainsi que le taux de base.</p>	<p><b>Date de référence :</b> donnée intermédiaire calculée dans la règle T1ter. <b>Date d'exécution :</b> (1610) : Saisie par le PS <b>Code couverture :</b> Issue du lecteur <b>Code régime :</b> Issue du lecteur <b>Code gestion :</b> Issue du lecteur <b>Code spécialité</b> <b>Prescripteur :</b> saisie <b>Code prestation :</b> saisie <b>Soins conformes au protocole ALD :</b> saisie <b>Top présentation attestation ou protocole ALD :</b> saisie <b>Soins en rapport avec accident :</b> saisie <b>Prescription médecin SNCF :</b> saisie</p> <p><b>Taux individu :</b> Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8 <b>Code justificatif d'exonération individu :</b> Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p>	Table 8.4		<p>Pour l'ENIM (code régime 06), la CNMSS (code régime 08), les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale (code régime 14), les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat (code régime 15), la Caisse des Français à l'Etranger (code régime 17)</p> <p>et les sections locales mutualistes (codes régimes 91 à 96 et 99) :</p> <p>le code couverture sera de la forme " x01xx ".</p>

## T2-quint - Détermination du taux de remboursement lié à un individu pour une FSE en l'absence de code couverture

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>En l'absence de code couverture, le taux de remboursement ainsi que le code justificatif d'exonération ou de modulation du ticket modérateur afférent sont déterminés dans la table référencée à partir d'un libellé.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cas particulier du forçage d'une situation d'ALD par le Professionnel de Santé : dans ce cas le progiciel doit valoriser à " oui " la réponse à la question " soins conformes au protocole de soins ALD ? "</li> </ul>	<p><b>Date de référence :</b> <i>donnée intermédiaire calculée dans la règle T1 et T1ter.</i></p> <p><b>Date d'exécution :</b> (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p>Libellé : Issu de l'attestation papier de droits</p> <p><b>Taux individu :</b> <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p> <p><b>Code justificatif d'exonération individu :</b> <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p>	<p>Table 50.1 Table 50.2 Table 50.4 Table 50.6</p>		<p>Pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>l'ENIM (code régime 06),</li> <li>la CNMSS (code régime 08),</li> <li>les Fonds de sécurité sociale de l'Assemblée Nationale (code régime 14 ),</li> <li>les Caisses autonomes de Sécurité Sociale du Sénat (code régime 15),</li> <li>la Caisse des Français à l'étranger (17)</li> <li>la CAVIMAC (code régime 90),</li> <li>le Port Autonome de Bordeaux (code régime 16),</li> <li>et les sections locales mutualistes (codes régimes 91 à 96 et 99),</li> <li>les libellés sont identiques. Par conséquent, il faut utiliser la table 50.1 pour ces régimes.</li> </ul>

### T3 - Détermination du taux de remboursement lié à la nature d'assurance

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
Lorsque la nature d'assurance est " accident du travail ", " soins médicaux gratuits ", ou " maternité ", le taux de remboursement est égal à 100%. Le code justificatif d'exonération est « pas d'exonération ».	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Nature d'assurance</b> (151X) : Saisie par le P.S</p> <p><b>Taux lié à la nature d'assurance :</b> Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p> <p><b>Code justificatif d'exonération lié à nature d'assurance :</b> Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p>		<p>Art. L331.1 et L331.2 du code de la Sécurité Sociale.</p> <p>Art L432.3 du code de la sécurité sociale.</p>	La détermination de la nature d'assurance est effectuée à partir d'un support particulier (guide maternité, feuillet Accident de Travail) ou en fonction de l'acte facturé (forfait accouchement à domicile, séances de rééducation de la paroi abdominale)

#### T4 - Détermination du taux de remboursement des codes prestation à coefficient exonérant

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Si le code prestation est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>acte de radiologie (Z)</li> <li>acte d'échographie ou d'échotomographie ou de Doppler pratiqué par un médecin (KE)</li> <li>acte de spécialité exécuté par un médecin (K)</li> <li>acte de chirurgie exécuté par un médecin (KC)</li> <li>acte dentaire (D)</li> <li>acte de chirurgie dentaire (DC)</li> <li>acte d'orthopédie dento faciale (TO - ORT)</li> </ul> <p>et que le coefficient du code prestation est supérieur ou égal à " 60 ", alors le taux de remboursement est égal à 100 %.</p> <p>Le libellé du code justificatif d'exonération ou de modulation du ticket modérateur sera " soins particuliers exonérés ".</p>	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Coefficient :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Taux lié à la prestation exonérante :</b> Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p> <p><b>Code justificatif d'exonération lié à la prestation exonérante :</b> Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p>	Table 1		<p>Cette règle sera caduque dès que la CCAM sera obligatoire.</p> <p><b>Fractionnement des actes d'Orthopédie Dento Faciale :</b> Par exception à la réglementation il est admis que les caisses puissent rembourser en cours de traitement ODF les avances versées par les assurés aux chirurgiens dentistes et aux stomatologistes sur la base d'un TO/ORT 30 ou 45 (Fractionnement d'un TO/ORT 90). Ces actes sont facturés avec un code justification d'exonération : soins particuliers exonérés.</p>



## T5 - Détermination du taux de remboursement des actes exonérés

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><b><u>R1 : Tous REGIMES sauf SNCF, MINES.</u></b></p> <p>L'acte peut être exonéré s'il intervient dans le cadre d'un traitement exonérant sauf s'il s'agit de médicaments à vignette bleue ou orange. Dans ce cas, le taux de remboursement sera valorisé à 100% et le code justificatif d'exonération du ticket modérateur sera renseigné à " Soins particuliers exonérés ".</p> <p><b><u>R2 : SNCF (sauf exception prévue T2, T2 bis, T2ter, T2 quater)</u></b></p> <p>L'acte peut être exonéré s'il intervient dans le cadre d'un traitement exonérant. Dans ce cas, le taux de remboursement sera valorisé à 100% et le code justificatif d'exonération du ticket modérateur sera renseigné à " Soins particuliers exonérés ".</p>	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Soins exonérés au titre d'un acte exonérant :</b> Saisie par le PS</p> <p><b>Soins exonérés au titre d'un traitement exonérant :</b> Saisie par le PS</p> <p><b>Taux lié à la prestation</b> en rapport avec une situation exonérante : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p> <p><b>Code justificatif d'exonération lié à la prestation :</b> en rapport avec une situation exonérante : <i>Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</i></p>			<p>Les mines ne sont pas concernées par la règle T5.</p>

## T6 - Détermination du taux de remboursement lié aux soins exonérés pour les nouveau-nés

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><b><u>R1 : Tous régimes sauf SNCF, MINES, CRPCEN</u></b></p> <p>Le code prestation peut être exonéré s'il appartient à une série d'actes prescrits* dans les 30 premiers jours de la vie du nouveau-né.</p> <p>Dans ce cas le taux de remboursement sera valorisé à 100% (à l'exclusion de la pharmacie vignette bleue ou orange), le code justificatif d'exonération sera renseigné à " Soins particuliers exonérés ".</p> <p>Seul le Professionnel de Santé peut, au regard de la prescription, déterminer si l'acte est un acte en série prescrit dans les 30 premiers jours.</p> <p><b><u>R2 : SNCF, CRPCEN (sauf exception prévue T2, T2 bis, T2ter, T2 quater)</u></b></p> <p>Le code prestation peut être exonéré s'il est réalisé dans un établissement de santé dans les 30 premiers jours de la vie du nouveau-né.</p> <p>Dans ce cas le taux de remboursement sera valorisé à 100%, le code justificatif d'exonération sera renseigné à " Soins particuliers exonérés ".</p>	<p><b>Code prestation</b> (1610). Saisie par le PS</p> <p><b>Indicateur actes en série</b> : saisie par le PS.</p> <p><b>Taux lié</b> aux soins particuliers exonérés : Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p> <p><b>Code justificatif d'exonération lié</b> aux soins particuliers exonérés Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p>			<p><i>Il s'agit exclusivement des actes prescrits dans un établissement de santé et exécutés en milieu ambulatoire</i></p> <p>Les mines ne sont pas concernées par la règle T6.</p>
			art R322.9 du code de la sécurité sociale	

## T7 - Détermination du taux de remboursement de base

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p><b>Taux de remboursement de base pour tout acte hors actes de la nomenclature CCAM :</b></p> <p>Le taux de remboursement de base de l'acte correspond au taux renseigné dans la table 4.</p> <p>Il dépend du code régime et de la date de référence de l'acte.</p> <p>Le code justificatif d'exonération du ticket modérateur sera valorisé à " pas d'exonération " sauf lorsque pour l'acte présenté, le code justificatif d'exonération du ticket modérateur est déjà valorisé à « FSV » ; dans ce cas, ce code justificatif d'exonération doit être conservé.</p> <p><b>Taux de remboursement de base pour un acte de la nomenclature CCAM :</b></p> <p>Le taux de remboursement de base d'un acte CCAM correspond au taux renseigné dans la table 4bis.</p> <p>Il dépend du code régime et de la date de référence de l'acte.</p>	<p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Date de référence :</b> donnée intermédiaire calculée dans les règles T1, T1bis, T3.1</p> <p><b>Code régime :</b> (1310)</p> <p><b>Type d'indemnité kilométrique</b> (1630) : Saisie par le PS</p> <p><b>Code indemnité forfaitaire de déplacement</b> (1620) : Saisie par le PS</p> <p><b>Taux de base :</b> Donnée intermédiaire lue dans la table 4 (ou 4bis) et utilisée dans la règle T8</p> <p><b>Code justificatif d'exonération lié à la prestation :</b> Donnée intermédiaire utilisée dans la règle T8</p> <p><b>Type de nomenclature :</b> Lu en table 1</p>	<p>Acte NGAP, LPP ou NABM : Table 4</p> <p>Acte CCAM : Table 4bis</p>		<p>Table 4 : pour les codes régimes 91 à 96 et 99, utilisation de la terminologie " Sections locales mutualistes ".</p> <p>Remarque : cette règle ne concerne pas les bénéficiaires des régimes CPRPSNCF (04) et ENIM (07) cf. Annexe1-A Schéma ST4bis</p>

## T8 - Détermination du taux de remboursement à prendre en compte

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le taux à prendre en compte est le taux le plus favorable entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le taux de remboursement lié à l'individu</li> <li>le taux de remboursement lié à la prestation exonérante</li> <li>le taux de remboursement liés aux soins particuliers exonérés</li> <li>le taux de base</li> </ul> <p>Le code justificatif d'exonération à retenir sera celui correspondant au taux retenu.</p> <p><b>Cas particulier 1 :</b> exonération des honoraires globaux (sauf honoraire complexe)</p> <p>S'il existe dans la facture un ou plusieurs médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » exonérés (taux de remboursement = 100% et code justif d'exo différent de 0), alors il y a lieu d'exonérer les honoraires globaux également (taux = 100%).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si la facture comporte des médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » avec un seul et même justif d'exo, le code justificatif d'exo de l'HD (HDA, HDE, HDR) est le même que le code justif d'exo présent dans la facture.</li> <li>En cas de facturation de plusieurs médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » pour lesquels des codes justif d'exo différents ont été positionnés, le code justif d'exo à renseigner sur le HD (HDA, HDE, HDR) doit correspondre à un des codes justif d'exo déjà présent dans la facture.</li> </ul> <p><b>Cas particulier 2 :</b> PH1 et honoraires globaux (sauf honoraire complexe).</p> <p>Si dans la facture, tous les médicaments de groupe fonctionnel détail « ouvrant à HD » sont des PH1 avec code justif d'exo = 0, alors le taux de remboursement des honoraires globaux est de 100% avec un code justif d'exo = 0.</p>	<p><b>Code Prestation (1610) :</b> Saisie par le PS.</p> <p><b>Taux lié à l'individu :</b> Donnée intermédiaire issue des règles T2 ou T2 bis ou T2 ter ou T2quater ou T2 quinte</p> <p><b>Taux lié à la prestation</b> exonérante : Donnée intermédiaire issue de la règle T4</p> <p><b>Taux lié aux soins particuliers exonérés :</b> Donnée intermédiaire issue de la règle T5 et T6</p> <p><b>Taux lié à la nature d'assurance :</b> Donnée intermédiaire issue de la règle T3</p> <p><b>Taux de base :</b> Donnée intermédiaire issue de la règle T7</p> <p><b>Code justificatif d'exonération lié à la prestation :</b> Donnée intermédiaire issue de la règle, T7</p> <p><b>Taux applicable à la prestation (1610) à l'indemnité forfaitaire (1620) à l'indemnité kilométrique (1630)</b></p> <p><b>Code de justification d'exonération du ticket modérateur :</b> (1820)</p>			

## T12 - Détermination du taux de remboursement pour les actes de prévention

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>L'Assurance Maladie prévoit le remboursement de certaines prestations dans le cadre exclusif de campagnes de prévention.</p> <p>De même l'Assurance Maladie prévoit le remboursement du contraceptif d'urgence pour les mineures.</p> <p>Dans ce contexte, le taux de remboursement est valorisé à 100 % et le code justificatif d'exonération du ticket modérateur est renseigné à " Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention ".</p>	<p><b>Code nature de prestation</b> (saisi PS)</p> <p><b>Taux de remboursement</b></p> <p><b>Code justificatif d'exonération du ticket modérateur</b> (1820)</p>		<p>Art. L5134-1 du code de la santé publique.</p>	<p>Les modalités relatives aux campagnes de prévention sont définies par la réglementation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Celle ci détermine entre autres :La population concernée,</li> <li>• la liste des prestations prises en charge,</li> <li>• l'imprimé de prise en charge,</li> <li>• la période de validité de la prise en charge.</li> </ul>

### T13 Détermination du taux de remboursement à prendre en compte pour chaque acte de la facture

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le taux à prendre en compte est le taux le plus favorable entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le taux de remboursement à prendre en compte</li> <li>le taux de remboursement d'un acte exonéré par la règle du seuil calculé au niveau de la facture.</li> </ul> <p>Le code justificatif d'exonération à retenir sera celui correspondant au taux retenu.</p> <p><b>Cas particuliers :</b> Lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>soit le code qualificatif de la dépense est «Non Remboursable » ou « Gratuit »,</li> <li>soit le code prestation est "HN" ou "PHN",</li> </ul> <p>le taux applicable à la prestation est forcé à 0*</p> <p>Le code justificatif d'exonération quant à lui reste celui correspondant au taux qui aurait été retenu après application des règles T1 à T13 conformément au schéma ST2.</p>	<p><b>Code acte :</b> saisie par le PS</p> <p><b>Code qualificatif de la dépense :</b> saisi par le PS</p> <p><b>Taux à prendre en compte :</b> donnée intermédiaire issue des règles T8 ou Tc8</p> <p><b>Taux lié à la règle du seuil facture :</b> donnée intermédiaire issue du service SRT C-ExoFacture (cf. Annexe1-A1 règle TC5)</p> <p><b>Code justificatif d'exonération lié à la prestation :</b> donnée intermédiaire issue des règles T8 ou Tc8 ou service SRT C-ExoActe ou C-ExoFacture(cf. Annexe1-A1 règles TC2-3 et TC5)</p> <p><b>Taux de remboursement à prendre en compte :</b> Donnée résultat à renseigner dans le groupe 1610 ou 1620 ou 1630</p>			* cf. Annexe1 groupe 161x

## Tc8 Détermination du taux de remboursement à prendre en compte pour un acte CCAM

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le taux à prendre en compte est le taux le plus favorable entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le taux de remboursement lié à l'individu</li> <li>le taux de remboursement retourné par le service SRT C_ExoActe</li> <li>le taux de remboursement de base</li> </ul> <p>Le code justificatif d'exonération à retenir sera celui correspondant au taux retenu.</p>	<p><b>Code acte</b> : saisie par le PS</p> <p><b>Taux lié à l'individu</b> : donnée intermédiaire issue des règles T2 ou T2 bis ou T2 ter ou T2 quater ou T2 quinte</p> <p><b>Taux</b> : issu de C_ExoActe</p> <p><b>Taux de remboursement de base</b> : donnée intermédiaire issue de la règle T7</p> <p><b>Code justificatif d'exonération lié à la prestation</b> : donnée intermédiaire issue de du service SRT C_ExoActe (cf. Annexe1-A1 règle TC5) et de la règle T7</p>			Cf. Annexe 1 module SRT





## 4.3 Chapitre 3 : Calcul du montant remboursable par l'A.M.O.

<i>P0 – Détermination du contexte de calcul du montant remboursable par l'A.M.O. ....</i>	<i>163</i>
<i>P0bis - Détermination de la diminution de taux à prendre en compte hors parcours de soins .....</i>	<i>164</i>
<i>P1 - Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. pour les situations différentes de « hors parcours de soins » .....</i>	<i>165</i>
<i>P1 bis - Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. hors parcours de soins .....</i>	<i>166</i>
<i>P2 - Calcul du dépassement .....</i>	<i>167</i>
<i>P3 - Contrôle du respect des tarifs opposables pour des prestations support .....</i>	<i>168</i>
<i>P4 - Contrôle du respect des tarifs opposables pour des prestations secondaires.....</i>	<i>169</i>
<i>P5 - Contrôle du respect des plafonds des actes prothétiques .....</i>	<i>170</i>
<i>P6 - Contrôle du respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses) .....</i>	<i>171</i>
<i>P7 - Contrôle du respect des prix limite de vente des produits de la LPP .....</i>	<i>172</i>



## P0 – Détermination du contexte de calcul du montant remboursable par l'A.M.O.

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le montant remboursable dépend de la position par rapport au parcours de soins</p> <p>Le calcul est différent selon que la facture se trouve « non concernée », « Dans' ou « Hors » du parcours de soins.</p>	<p><b>Position de la facture par rapport au parcours de soins :</b> Donnée intermédiaire issue de la R37quater</p>			

## P0bis - Détermination de la diminution de taux à prendre en compte hors parcours de soins

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Pour les cas concernés par le parcours de soins, le taux doit être, sauf exception, diminué en cas de non respect du parcours de soins c'est à dire quand la position par rapport au parcours de soins est égal à « hors parcours ».</p> <p>La valeur de diminution du taux de remboursement dépend de différents paramètres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le code régime du bénéficiaire,</li> <li>la caisse gestionnaire du bénéficiaire,</li> <li>la situation particulière du bénéficiaire</li> <li>la nature d'assurance,</li> <li>la nature de prestation,</li> <li>l'existence de la déclaration d'un Médecin Traitant</li> <li>le code justificatif d'exonération</li> <li>l'application du tiers payant sur la part obligatoire.</li> </ul>	<p><b>Taux de remboursement :</b> donnée intermédiaire issue de la règle T13</p> <p><b>Code régime (1310)</b></p> <p><b>Code caisse gestionnaire (1310)</b></p> <p><b>Code justificatif d'exonération lié à la prestation :</b> donnée intermédiaire issue de la règle T3 ou de la règle T8</p> <p><b>Code prestation :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Groupe nature d'assurance :</b> (151x) : Saisie par le PS</p> <p><b>Position de la facture par rapport au parcours de soins :</b> Donnée intermédiaire issue de la règle R37bis</p> <p><b>Existence de la déclaration d'un Médecin Traitant :</b> saisie par le PS.</p> <p><b>Situation particulière du bénéficiaire:</b> cf. A1-A §2.1.3.4.</p> <p><b>Tiers payant AMO :</b> voir cadre de remboursement (1410)</p> <p><b>Diminution du taux hors parcours de soins :</b> Donnée résultat</p>	Table 14	Réforme d'Assurance Maladie : loi du 13 Août 2004	<p>L'application par le PS du Tiers Payant sur la part obligatoire est reflétée par la valeur du cadre de remboursement :</p> <p>Valeurs 2, 3 ou 5 : TP AMO appliqué</p> <p>Valeurs 1 ou 4 : : TP AMO non appliqué</p>

## P1 - Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. pour les situations différentes de « hors parcours de soins »

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le montant remboursable est le résultat du calcul suivant :</p> <p>Base de remboursement</p> <p><b>X</b></p> <p>Taux applicable sans considération du parcours de soins /100</p> <p>Le montant du remboursement ne peut excéder le montant facturé.</p>	<p><b>Base de remboursement :</b> (1610 ou 1620 ou 1630) : <i>Calculée pour les actes CCAM dans la règle BC99 :cf. annexe 1</i> <i>SRT service C_Base</i> <i>Calculée pour les autres prestations dans les règles B13 ou B14,</i> <i>F1, F2, F3, ou F4 et S1</i></p> <p><b>Taux applicable</b> * <b>à la prestation</b> (1610) * <b>à l'indemnité forfaitaire :</b> (1620) * <b>à l'indemnité kilométrique :</b> (1630) <b>sans considération du parcours de soins :</b> donnée intermédiaire issue de la règle T13 (Déterminée dans la partie " Taux de remboursement ")</p> <p><b>Montant de l'honoraire</b> (1610) ; <b>montant des indemnités</b> (1620) ; <b>Montant de indemnité kilométrique</b> (1630) : Saisi par le PS</p> <p><b>Montant remboursable par l'AMO :</b> pour la prestation : (1610) : pour l'indemnité forfaitaire : (1620) : pour l'indemnité kilométrique (1630) : Donnée résultat</p>			


## P1 bis - Calcul du montant remboursable par l'A.M.O. hors parcours de soins

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le montant remboursable hors parcours de soins est le résultat du calcul suivant :</p> $\text{Montant Remboursable} = \frac{\text{BR} \times \text{TAUX}}{100} - \text{Montant MTM restant à charge de l'assuré}$ <p>La pénalité hors parcours de soins est le résultat du calcul suivant :</p> $\text{Montant MTM restant à charge de l'assuré} = \text{MIN} [(\text{BR} \times \text{Diminution TAUX}), \text{Plafond}]$ <p>Avec le seuil égal au calcul suivant :</p> $\text{Plafond} = \text{Tarif conventionnel de l'acte de référence} \times \text{Diminution TAUX}$ <p>Remarque : Il convient de prendre en compte le tarif conventionnel en vigueur à la date des soins.</p> <p>Le montant du remboursement ne peut excéder le montant facturé.</p> <p><b>Remarque</b> : cette règle s'applique uniquement si le TAUX est non nul.</p>	<p><b>Base de remboursement (BR)</b> : (1610 ou 1620 ou 1630) : <i>Calculée pour les actes CCAM dans la règle BC99 :cf. annexe 1 SRT service C_Base</i>  <i>Calculée pour les autres prestations dans les règles B13 ou B14, F1, F2, F3, ou F4 et S1</i></p> <p><b>Taux applicable</b>  * à la prestation (1610)  * à l'indemnité forfaitaire : (1620)  * à l'indemnité kilométrique : (1630)  <b>sans considération du parcours de soins (TAUX)</b> : <i>donnée intermédiaire issue de la règle T13 (déterminée dans la partie " Taux de remboursement ")</i></p> <p><b>Diminution du Taux hors parcours (Diminution TAUX)</b> : <i>donnée intermédiaire issue de la règle P0bis</i></p> <p><b>Montant de l'honoraire</b> (1610) ;  <b>montant des indemnité</b> (1620) ;  <b>Montant de indemnité kilométrique</b> (1630) :  <i>Saisi par le PS</i></p> <p><b>Montant remboursable par l'AMO : pour la prestation</b> : (1610) ;  <b>pour l'indemnité forfaitaire</b> : (1620) ;  <b>pour l'indemnité kilométrique</b> (1630) :  <i>Donnée résultat</i></p> <p><b>Montant MTM restant à charge de l'assuré</b> :  <b>pour la prestation</b> : (1610) ;  <b>pour l'indemnité forfaitaire</b> : (1620) ;  <b>pour l'indemnité kilométrique</b> (1630) :  <i>Donnée résultat</i></p>	Table 19		

## P2 - Calcul du dépassement


Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Le montant du dépassement est le résultat du calcul suivant :</p> $\frac{\text{Montant facturé}}{\text{base de remboursement}}$ <p>Ce dépassement peut être utilisé pour alerter le Professionnel de Santé sur des erreurs de saisie importante.</p> <p>La fourchette d'alerte peut être paramétrée par le Professionnel de Santé. D'autre part, si aucun motif de dépassement n'est renseigné, une alerte peut être transmise au Professionnel de Santé conventionné secteur 1.</p> <p>Cas particulier d'un acte dentaire support (CCAM ou NGAP) suivi d'un forfait dentaire CMU-C : le montant du dépassement doit être nul hormis si le qualificatif de la dépense est à « entente directe ».</p>	<p><b>Montant des honoraires :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Montant de l'indemnité :</b> (1620) : Saisie par le PS</p> <p><b>Montant de l'indemnité kilométrique :</b> (1630) : Saisie par le PS</p> <p><b>Base de remboursement :</b> (1610 ou 1620 ou 1630) : calculée*</p> <p><b>Code conventionnel du professionnel de santé :</b> Lue sur la carte PS</p> <p><b>Qualificatif de la dépense :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b>Montant du dépassement :</b> Donnée intermédiaire</p>			<p>* Calculée pour les actes CCAM dans la règle BC99 :cf. annexe 1 SRT service C_Base</p> <p>Calculée pour les autres prestations dans les règles F1, F2, F3, ou F4 ;B13 ou B14, S1</p> <p>Les montants maximum de prise en charge des forfaits dentaires CMU-C font l'objet d'un arrêté <b>CMU-C</b> publié au Journal Officiel.</p>

### P3 - Contrôle du respect des tarifs opposables pour des prestations support

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation déterminée compatible « sous condition P3 » par la règle R1bis, que les tarifs opposables sont respectés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le montant du dépassement de cette prestation doit être nul.</li> </ul> <p>Dans le cas contraire, cette prestation n'est pas autorisée.</p> <p> <b>Cas particulier : existence d'un motif de dépassement</b></p> <p>Le montant du dépassement peut être non nul si le qualificatif de la dépense est renseigné à une valeur différente de « Gratuit » et « Non remboursable ».</p> <p>Dans ce cas, la prestation est alors autorisée.</p>	<p><b>Montant du dépassement :</b> (1610) : Déterminé par la règle P2</p> <p><b>Prestation compatible sous condition :</b> Déterminé par la règle R1bis</p> <p><b>Qualificatif de la dépense :</b> (1610) : Saisie par le PS</p>		Convention Médicale 2016	Par construction cette règle concerne uniquement des prestations support



## P4 - Contrôle du respect des tarifs opposables pour des prestations secondaires

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation déterminée compatible « sous condition P4 » par la règle R1bis, que les tarifs opposables sont respectés.</p> <p>Pour cela:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le montant du dépassement de cette prestation doit être nul.</li> <li>et le montant du dépassement de la prestation support auquel il est rattaché doit être nul.</li> </ul> <p>Dans le cas contraire, cette prestation n'est pas autorisée.</p> <p> <b>Cas particulier : existence d'un motif de dépassement</b></p> <p>Pour la prestation secondaire comme pour la prestation support, le montant du dépassement peut être non nul si le qualificatif de la dépense est renseigné à une valeur différente de « Gratuit » et « Non remboursable ».</p> <p>Dans ce cas, il n'y a pas lieu d'alerter le Professionnel de Santé.</p>	<p><b><u>Prestation secondaire :</u></b></p> <p><b>Prestation compatible sous condition :</b> Déterminé par la règle R1bis</p> <p><b>Montant du dépassement :</b> (1610) : Déterminé par la règle P2</p> <p><b>Qualificatif de la dépense :</b> (1610) : Saisie par le PS</p> <p><b><u>Prestation support :</u></b></p> <p><b>Montant du dépassement :</b> (1610) : Déterminé par la règle P2</p> <p><b>Qualificatif de la dépense :</b> (1610) : Saisie par le PS</p>		Convention Médicale 2016	A noter que par construction cette règle concerne uniquement des prestations secondaires.

## P5 - Contrôle du respect des plafonds des actes prothétiques

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier pour tout code acte CCAM facturé, s'il est présent à la date de référence AMO dans la table des plafonds dentaires, que le montant du plafond autorisé n'est pas dépassé.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le montant des honoraires doit être inférieur ou égal au montant du plafond autorisé.</li> </ul> <p>Dans le cas où le plafond autorisé est dépassé, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au PS : « Le montant des honoraires facturés ne respecte pas la convention dentaire. Il vous appartient d'en informer votre patient. ».*</p> <p><b>Cette règle concerne uniquement les chirurgiens-dentistes.</b></p> <p><b>Cas particulier : Facturation d'un acte CCAM suivi d'un forfait dentaire CMU-C :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acte CCAM : le montant des honoraires doit être égal à la base de remboursement, sauf si le qualificatif de la dépense est renseigné à « Entente directe » : dans ce cas le dépassement est autorisé.</li> <li>Forfait CMU-C : le montant des honoraires du forfait ne doit pas dépasser le montant du plafond autorisé diminué du montant des honoraires de l'acte CCAM qui le précède. Le montant du plafond autorisé est lu par le LPS dans la table des plafonds pour le couple code acte CCAM, forfait CMU-C facturé.</li> </ul> <p>Dans ce cas particulier <b>CMU-C</b>, le logiciel doit également alerter le PS <b>en cas de</b> du non-respect <b>du des</b> plafonds <b>C2S CMUC</b> et lui demander d'en informer son patient.</p> <p><b>Cas particulier : Bénéficiaire de l'ACS</b> Le montant du plafond autorisé correspond au plafond C2S s'il existe. Dans la table des plafonds, ce montant est associé au panier de valeur 2.</p> <p>Dans le cas où le plafond C2S n'apparaît pas dans la table des plafonds, le montant du plafond autorisé est celui du cas nominal.</p>	<p><b>Code acte CCAM</b> <i>saisi par le PS et présent dans la table des plafonds dentaires</i></p> <p><b>Code Forfait CMU-C</b> <i>saisi par le PS</i></p> <p><b>Montant des honoraires</b> : (1610) : <i>Saisie par le PS</i></p> <p><b>Situation particulière du bénéficiaire</b>: cf. A1-A §2.1.3.4.</p>	Table des plafonds dentaires (DF_PFD)	Réforme gouvernementale dite du reste à charge zéro « 100% santé »	* L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation, mais dans ce cas le dépassement entraîne la valorisation de l'indicateur de forçage AMO niveau acte Cf. A1-A §3

## P6 - Contrôle du respect des tarifs opposables des soins dentaires (hors prothèses)

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation soumise au respect des tarifs opposables (cf. Table 2ter) que le montant du dépassement est nul.</p> <p>Dans le cas contraire, le LPS doit déclencher un message d'alerte au Professionnel de Santé : « Le montant des honoraires facturés ne respecte pas la convention dentaire. Il vous appartient d'en informer votre patient. » *.</p> <p><del>Cette règle concerne uniquement les chirurgiens-dentistes.</del></p>	<p><b>Montant du dépassement :</b> (1610) : Déterminé par la règle P2</p>	Table 2ter	Convention dentaire	<p>* L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation mais dans ce cas le dépassement entraîne la valorisation de l'indicateur de forçage AMO niveau acte Cf. A1-A §3</p>

## P7 - Contrôle du respect des prix limite de vente des produits de la LPP

Description de la règle	Données utilisées	Table utilisée	Référence réglementaire	Observation exemple
<p>Cette règle a pour objet de vérifier, pour toute prestation de nomenclature « LPP » et nécessitant un code affiné (top codage affiné = « oui ») que le Prix Limite de Vente de l'acte facturé est respecté.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le montant du tarif LPP du code détaillé LPP doit être inférieur ou égal à son Prix Limite de Vente issu de la base LPP* (si présence d'un Prix Limite de Vente en base LPP).</li> </ul> <p>Dans le cas où le Prix Limite de Vente est dépassé, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au Professionnel de Santé : « Le montant de la prestation facturée est supérieur au prix limite de vente. Il vous appartient d'en informer votre patient ». **.</p> <p>Cette règle concerne uniquement les fournisseurs et les pharmaciens.</p> <p>Cas particuliers :</p> <p><b>Situation de C2S CMU-C ou sortant de C2S CMU-C</b> : dans le cas d'une facturation de prestations d'optique ou d'audioprothèse (groupe fonctionnel général = « optique » ou « audioprothèse ») au titre de la C2S CMU-C ou Sortant de C2S CMU-C, le montant des honoraires ne doit pas dépasser le Prix de Vente maximum fixé par l'arrêté CMU-C publié au Journal Officiel***. Dans le cas contraire, le logiciel doit alerter le PS du non-respect des plafonds CMU-C et lui demander d'en informer son patient.</p> <p><b>Facturation dans les DOM</b> : le tarif LPP du code détaillé LPP correspond au tarif LPP lu en base et éventuellement majoré du coefficient DOM propre à l'acte s'il existe ; le Prix Limite de Vente à ne pas dépasser est le Prix Limite de Vente lu en base majoré à l'identique.</p>	<p><b>Nomenclature</b> : Lu en table 1</p> <p><b>Top codage affiné</b> : Lu en table 1</p> <p><b>Montant du tarif LPP</b> (1730)</p> <p><b>Montant du prix limite de vente</b></p>	Table 1	Réforme gouvernementale dite du reste à charge zéro « 100% santé »	<p>*La base LPP est disponible sur le site de l'Assurance Maladie</p> <p>** L'alerte déclenchée par le LPS ne doit pas bloquer le PS dans la suite de son processus de facturation-mais dans ce cas le dépassement entraîne la valorisation de l'indicateur de forçage AMO niveau acte Cf. A1-A §3</p> <p>*** Le Prix de Vente maximum des prestations d'optique et d'audioprothèses incluses dans le panier de soins CMU-C de la protection complémentaire en matière de santé font l'objet d'un arrêté CMU-C publié au Journal Officiel.</p>

## 5 Annexe : Tables

Cf. Document Annexe 2bis