



Annexe 1-A0

Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

Zone d'échange facture

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

1	Introduction	5
1.1	Présentation du document	5
2	Description de la Zone d'échanges Facture	6
2.1	Introduction.....	6
2.2	Familles de Professions de Santé du Cahier des Charges	7
2.3	Liste des groupes constituant les factures	10
2.4	Description de chaque groupe et règles de constitution	11
2.4.1	1110-Groupe IDENTIFICATION Facture.....	11
2.4.2	1120-Groupe IDENTIFICATION Professionnel de Santé.....	12
2.4.3	1130-Groupe IDENTIFICATION du Bénéficiaire	15
2.4.4	1140-Groupe IDENTIFICATION Structure	16
2.4.5	1150-Groupe IDENTIFICATION Remplaçant.....	17
2.4.6	1151-Groupe IDENTIFICATION RPPS Remplaçant.....	18
2.4.7	1160-Groupe IDENTIFICATION Individu.....	19
2.4.8	1170-Groupe Liste d'opposition carte Vitale.....	20
2.4.9	1180-Groupe Dispositif Médecin Traitant	21
2.4.10	121x-Groupes PRESCRIPTION	25
2.4.10.1	1211-Groupe Prescription PS Libéral	26
2.4.10.2	1212-Groupe Prescription Soins Dentaires	29
2.4.10.3	1213-Groupe Prescription PS salarié	30
2.4.10.4	1214-Groupe Prescription PS bénévole	32
2.4.11	1220-Groupe Arrêt de Travail prescrit	34
2.4.12	1230-Groupe Origine de la prescription.....	35
2.4.13	1310-Groupe Organisme AMO.....	36
2.4.14	1321-Groupes Organisme Complémentaire.....	40
2.4.15	1330-Groupe Données Complémentaire additionnelles.....	47
2.4.16	1410-Groupe Cadre de Remboursement	50
2.4.17	1420-Groupe Identification de pièce justificative pour l'AMO	52
2.4.18	1440-Groupe Forçage Niveau facture	55
2.4.19	1450-Groupe Module de Tarification Complémentaire.....	56
2.4.20	151x-Groupes NATURE d'ASSURANCE	57
2.4.20.1	1511-Groupe Nature d'assurance Maladie	58
2.4.20.2	1512-Groupe Nature d'assurance Maternité.....	59
2.4.20.3	1513-Groupe Nature d'assurance Accident du Travail	61
2.4.20.4	1514-Groupe Nature d'assurance Prévention	61
2.4.20.5	1515-Groupe Nature d'assurance SMG	61
2.4.21	161x-Groupes PRESTATION	62
2.4.21.1	Règles de gestion des prestations.....	62
2.4.21.2	1610 Groupe Prestation.....	88
2.4.21.3	1620-Groupe Prestation IFD.....	92
2.4.21.4	1630-Groupe Prestation IK.....	93
2.4.22	17xx-Groupes PRESTATION DETAILLEE.....	94
2.4.22.1	1710-Groupe Prestation Détaillée NABM	94
2.4.22.2	1730-Groupe Prestation détaillée LPP	95
2.4.22.3	1740-Groupe Prestation détaillée code CIP	99
2.4.22.4	1741-Groupe Prestation détaillée lot d'un code CIP	102
2.4.23	1820-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exonération T.M.	103
2.4.24	1830-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION DMT-MT ou Télémédecine	105
2.4.25	1840-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Entente Préalable	106
2.4.26	1850-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Renouvellement	107
2.4.27	1860-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Dent traitée	108
2.4.28	1870-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exécutant.....	109
2.4.29	1880-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Lieu d'exercice	111
2.4.30	1890-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Réseau ou filière de soins	112
2.4.31	1910-Groupe TOTAL Facture.....	113
2.4.32	2000-Groupe Forçage AMO niveau acte.....	115
2.4.33	2010-Groupe Forçage sur la part complémentaire niveau acte	116
2.4.34	2020-Groupe Base de Remboursement Conventionnée AMO	117

2.4.35	2030-Groupe Prévention commune AMO/AMC	118
2.4.36	2100-Groupe Code Acte CCAM	119
2.4.37	2200-Groupe Liste des dents traitées (acte CCAM).....	120
2.4.38	3700-Groupe Contexte Tarification de la part Complémentaire	122
2.4.39	3710-Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte.....	122
2.4.40	3720-Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture	122
2.4.41	3730-Groupe Paramètres de calcul STS.....	122
2.4.42	3740-Groupe Paramètres de calcul contrats responsables	122
2.4.43	3770-Groupe Zone tampon de la part Complémentaire.....	122
2.5	Composition d'une FACTURE pour chaque famille	123
2.5.1	Famille Auxiliaires médicaux	123
2.5.2	Famille Prescripteurs	125
2.5.3	Famille Pharmaciens	127
2.5.4	Famille Laboratoires	128
2.5.5	Famille Fournisseurs.....	130

1 Introduction

1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie A0 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement la zone d'échange facture, à savoir tous les groupes de données constituant la facture ainsi que les règles qui leur sont associées.

2 Description de la Zone d'échanges Facture

2.1 Introduction

La facture transmise par le progiciel du Professionnel de Santé à la fonction de « Formater Factures » du module SSV est composée d'un ensemble de groupes de données.

L'assemblage des groupes de données pour constituer la facture dépend de la « famille » à laquelle appartient le Professionnel de Santé qui l'élabore.

La liste des spécialités des Professionnels de Santé composant chaque « famille » est donnée au paragraphe suivant « Familles de Professions de Santé du Cahier des Charges ».

Les groupes de données listés ci-dessous concernent les familles suivantes :

1. Auxiliaires médicaux
2. Prescripteurs
3. Pharmaciens
4. Laboratoires d'analyse de biologie médicale
5. Fournisseurs

Les factures relevant des Centres de Santé sont régies par les règles des familles « Prescripteurs », « Auxiliaires Médicaux » et « Laboratoires ».

2.2 Familles de Professions de Santé du Cahier des Charges

[RG_PS029] Déterminer le code famille du professionnel de santé

		PR		AM	LB	PH	FR	FR
M	CD	SE						

Le code famille du Professionnel de Santé est déterminé en fonction du code spécialité :

Code famille	Famille
AM	AUXILIAIRES-MEDICAUX
PR	PRESCRIPTEURS
LB	LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE
PH	PHARMACIENS
FR	FOURNISSEURS

La liste des spécialités des Professionnels de Santé composant chaque « famille » est donnée dans le tableau suivant :

AUXILIAIRES-MÉDICAUX		
Libellé de la spécialité	Sous-famille	Spécialité
• Infirmier	Infirmier	24
• Infirmier exerçant en Pratiques Avancées (IPA)		86
• Masseur Kinésithérapeute		26
• Pédicure Podologue		27
• Orthophoniste		28
• Orthoptiste		29

PRESCRIPTEURS			
• Médecine générale	01	• Médecin biologiste	38
• Anesthésie-Réanimation	02	• Chirurgie orthopédique et Traumatologie	41
• Cardiologie	03	• Endocrinologie et Métabolisme	42
• Chirurgie Générale	04	• Chirurgie infantile	43
• Dermatologie et Vénérologie	05	• Chirurgie maxillo-faciale	44
• Radiologie	06	• Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	45
• Gynécologie obstétrique	07	• Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	46
• Gastro-Entérologie et Hépatologie	08	• Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	47
• Médecine interne	09	• Chirurgie vasculaire	48
• Neuro-Chirurgie	10	• Chirurgie viscérale et digestive	49
• Oto-Rhino-Laryngologie	11	• Chirurgien dentiste spécialité C.O.	53
• Pédiatrie	12	• Chirurgien dentiste spécialité M.B.D.	54
• Pneumologie	13	• Chirurgie orale	69
• Rhumatologie	14	• Gynécologie médicale	70
• Ophtalmologie	15	• Hématologie	71
• Chirurgie urologique	16	• Médecine nucléaire	72
• Neuro-Psychiatrie	17	• Oncologie médicale	73
• Stomatologie	18	• Oncologie radiothérapique	74
• Chirurgien dentiste	19	• Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	75
• Réanimation médicale	20	• Radiothérapie	76

PRESCRIPTEURS			
• Sage-femme	21	• Obstétrique	77
• Spécialiste en médecine générale avec diplôme	22	• Génétique médicale	78
• Spécialiste en médecine générale reconnu par l'ordre	23	• Obstétrique et Gynécologie médicale	79
• Rééducation Réadaptation fonctionnelle	31	• Santé publique et médecine sociale	80
• Neurologie	32	• Médecine des Maladies infectieuses et tropicales	81
• Psychiatrie	33	• Médecine légale et expertises médicales	82
• Gériatrie	34	• Médecine d'urgence	83
• Néphrologie	35	• Médecine vasculaire	84
• Chirurgie Dentaire spécialité O.D.F	36	• Allergologie	85
• Anato-mo-Cyto-Pathologie	37		

LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE	
• Laboratoire d'analyses médicales	30
• Laboratoire polyvalent	39
• Laboratoire d'anato-mo-cyto-pathologique	40

PHARMACIENS	
• Pharmacie d'officine	50
• Pharmacie Mutualiste	51

FOURNISSEURS	
• Prestataire de type société	60
• Prestataire artisan	61
• Prestataire de type association	62
• Orthésiste	63
• Opticien	64
• Audioprothésiste	65
• Epithésiste Oculaire	66
• Podo-orthésiste	67
• Orthoprothésiste	68

Sous-Familles de Professions de Santé du Cahier des Charges

[IRG_PS030] Déterminer le code sous-famille du professionnel de santé

	PR		AM	LB	PH	FR	IR
M	CD	SF					

Les codes sous-familles sont les suivants :

Sous-famille		Code spécialité
CD	Chirurgien-dentiste	19, 36, 53,54
IF	Infirmiers	24, 86

MK	Masseur Kinésithérapeute	26
PE	Pédicure Podologue	27
OO	Orthophoniste	28
OY	Orthoptiste	29
M	Médecin	Autres codes spécialité de la famille prescripteurs
SF	Sage-femme	21

2.3 Liste des groupes constituant les factures

LISTE des GROUPES	
1110	Groupe <i>Identification facture</i>
1120	Groupe <i>Identification Professionnel de Santé</i>
1130	Groupe <i>Identification médico-administrative du bénéficiaire de prestation</i>
1140	Groupe <i>Identification Structure</i>
1150	Groupe <i>Identification Remplaçant</i>
1151	Groupe <i>Identification RPPS Remplaçant</i>
1160	Groupe <i>Identification Individu</i>
1170	Groupe <i>Liste d'opposition carte Vitale</i>
1180	Groupe <i>Dispositif Médecin Traitant</i>
1211	Groupe <i>Prescription PS libéral</i>
1212	Groupe <i>Prescription Dentiste</i>
1213	Groupe <i>Prescription PS salarié</i>
1214	Groupe <i>Prescription PS bénévole</i>
1220	Groupe <i>Arrêt de Travail prescrit</i>
1230	Groupe <i>Origine de la prescription</i>
1310	Groupe <i>Organismes AMO</i>
1321	Groupe <i>Organisme complémentaire</i>
1330	Groupe <i>Données Complémentaire additionnelles</i>
1410	Groupe <i>Cadre de remboursement</i>
1420	Groupe <i>Identification de pièce justificative AMO</i>
1440	Groupe <i>Forçage niveau « Facture »</i>
1450	Groupe <i>Module de Tarification Complémentaire</i>
1511	Groupe <i>Nature d'assurance Maladie</i>
1512	Groupe <i>Nature d'assurance Maternité</i>
1513	Groupe <i>Nature d'assurance Accident du travail</i>
1514	Groupe <i>Nature d'assurance Prévention</i>
1515	Groupe <i>Nature d'assurance Soins Médicaux Gratuits</i>
1610	Groupe <i>Prestation</i>
1620	Groupe <i>Prestation IFD</i>
1630	Groupe <i>Prestation IK</i>
1710	Groupe <i>Prestation détaillée NABM</i>
1730	Groupe <i>Prestation détaillée LPP</i>
1740	Groupe <i>Prestation détaillée code CIP</i>
1741	Groupe <i>Prestation détaillée lot d'un code CIP</i>
1820	Groupe <i>Complément de prestation Exonération du TM</i>
1830	Groupe <i>Complément de prestation DMT-MT</i>
1840	Groupe <i>Complément de prestation Entente préalable</i>
1850	Groupe <i>Complément de prestation Renouvellement</i>
1860	Groupe <i>Complément de prestation Dent traitée</i>
1870	Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
1880	Groupe <i>Complément de prestation Lieu d'exercice</i>
1890	Groupe <i>Complément de prestation Réseau ou filière de soins</i>
1910	Groupe <i>Total facture</i>
2000	Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
2010	Groupe <i>Forçage sur la part Complémentaire niveau acte</i>
2020	Groupe <i>Base de Remboursement Conventionnée AMO</i>
2030	Groupe <i>Prévention commune AMO/AMC</i>
2100	Groupe <i>Code acte CCAM</i>
2200	Groupe <i>Liste des dents traitées (acte CCAM)</i>

2.4 Description de chaque groupe et règles de constitution

2.4.1 1110-Groupe IDENTIFICATION Facture


Règles

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1110	Groupe Identification Facture
1. N° de Facture	Numéro de facture attribué par le Professionnel de Santé (incrémenté de un en un jusqu'à utilisation de l'ensemble des positions puis réinitialisé à la première position dès que l'ensemble des positions a été utilisé. Ce numéro doit être différent de zéro)
2. Nature d'opération	valeur 1 par défaut
3. Date élaboration de la Facture	Date d'élaboration de la facture*  Remarque : L'heure d'élaboration des factures ne doit pas être renseignée
4. N° logique de la situation de facturation du PS	Situation de facturation dans laquelle la facture est réalisée Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
5. N° de Facture rectifiée	Numéro de facture annulée ou modifiée. (Zone réservée pour utilisation future dans le cas de la FSE)
6. Date élaboration de la Facture rectifiée	Date d'élaboration de la facture annulée ou modifiée (zone réservée pour utilisation future)

*Dans le cas des actes en série ou lorsque sont en cause plusieurs actes ou prestations rapprochées relevant d'un même traitement, le progiciel renseigne dans la facture la date d'élaboration qui peut être, selon le choix du Professionnel de Santé :

- soit la date de paiement par l'assuré des actes ou prestations servies,
- soit la date de réalisation ou date de délivrance du dernier acte ou de la dernière prestation.

La date de la facture est nécessairement égale ou postérieure à toutes les dates d'exécution des prestations (1610-2) constituant la facture.

La date d'élaboration de la facture (groupe 1110) ne doit pas être postérieure à la date du jour (date système) de sécurisation de la facture, et ce quel que soit le mode de sécurisation appliqué.

2.4.2 1120-Groupe IDENTIFICATION Professionnel de Santé

Groupe de données Règles

Ce groupe identifie le Professionnel de Santé qui élabore et signe la facture.

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.



Remarque : Un centre de santé est caractérisé par la catégorie médicale de valeur 0. Cette information figure en troisième position de l'identifiant de facturation du groupe 1120. (Dans le périmètre actuel du Cahier des Charges SESAM-Vitale, la valeur est égale à zéro uniquement pour les centres de santé).

Dans ce cas, il est interdit d'élaborer une facture pour les spécialités pharmacien (50 et 51).

Dans le cas d'un remplacement, l'ensemble des champs doivent être renseignés avec les informations du Professionnel de Santé remplacé.



Remarque : Le système acquiert l'activité du centre de santé concernée par la facture. Cette activité prend la valeur « dentaire » lorsque l'activité du centre de santé est dentaire et « hors dentaire » lorsque l'activité du centre de santé est hors dentaire.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs
- Auxiliaires-médicaux
- Pharmaciens
- Laboratoires d'analyse de biologie médicale
- Fournisseurs

1120	Groupe Identification Professionnel de Santé
1. N° d'identification de facturation du PS	N° d'Identification de facturation du Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV ! Ce n° ne doit pas contenir uniquement des zéros
2. Clé du n° d'identification de facturation du PS	Clé du N° identification de facturation. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
3. Nom du PS	Nom du Professionnel de Santé (optionnel dans le cas d'un remplacement). Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
4. Prénom du PS	Prénom du Professionnel de Santé (optionnel dans le cas d'un remplacement). Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
5. Code conventionnel	Code conventionnel sous lequel exerce le Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
6. Code spécialité	Code spécialité du Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV

7. Code zone tarifaire	Zone tarifaire du Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
8. Code zone IK	Type d'indemnités kilométriques dont bénéficie le Professionnel de Santé. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
9. Code agrément 1	Code agrément pour radiologue ou fournisseur. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
10.Code agrément 2	Zone réservée pour utilisation future
11.Code agrément 3	Zone réservée pour utilisation future
12.Condition d'exercice	Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV (donnée « mode d'exercice ») Précise si le Professionnel de Santé agit en tant que <ul style="list-style-type: none"> soit libéral « L » (mode d'exercice 00 ou 04) soit salarié « S » (mode d'exercice 01)
13.N° RPPS du PS	A renseigner avec le n° RPPS du Professionnel de Santé facturant si ce n° est connu en carte CPS Cf. fonction « lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
14.Clé du N° RPPS du PS	A renseigner avec la clé du n° RPPS du Professionnel de Santé facturant si ce n° est connu en carte CPS Cf. fonction « lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
15.Code Famille du PS	Cf. §2.2 : RG_PS029
16.Top centre de santé	Cf. RG_PS022
17.Code Norme d'échange	Cf. RG_MF004

Règles

[RG_PS022] Déterminer si la carte PS est une carte de centre de santé

		PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SE							



Remarque : Un centre de santé est caractérisé par la catégorie médicale de valeur 0. Cette information figure en troisième position de l'identifiant de facturation du groupe 1120. (Dans le périmètre actuel du Cahier des Charges SESAM-Vitale, la valeur est égale à zéro uniquement pour les centres de santé).

[RG_PS031] Contrôler le code famille du professionnel de santé salarié d'un centre de santé

		PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SE							

Les factures relevant des Centres de Santé sont régies par les règles des familles « Prescripteurs », « Auxiliaires Médicaux » et « Laboratoires ».

Donc, pour un Professionnel de Santé salarié d'un centre de santé, le code famille du Professionnel de Santé (EF_PS04_09) doit être différent de « Pharmacien » et « Fournisseurs ».

[RG_MF004] Déterminer le code norme d'échange

	FR		AM	LB	PH	FR	FR
M	CD	SE					

Le tableau ci-dessous récapitule la règle de détermination de la norme d'échange à utiliser pour la FSE et pour la DRE :

Centre de santé	Famille de PS	Sous-famille de PS	Code norme d'échange de la facture
non	Auxiliaires-Médicaux	Infirmier	IF
		Masseur Kinésithérapeute	MK
		Pédicure Podologue	PE
		Orthophoniste	OO
		Orthoptiste	OY
	Prescripteurs	Médecin	ER
		Chirurgien-dentiste	
		Sage-femme	
	Pharmaciens	Sans objet	PH
	Fournisseurs	Sans objet	FR
	Laboratoires d'analyses de biologie médicale	Sans objet	LB
oui	Toutes hors Pharmaciens et Fournisseurs (cf. RG_PS031)		CS

2.4.3 1130-Groupe IDENTIFICATION du Bénéficiaire

Règles

Lors de la réalisation d'une facture en mode sécurisé SESAM-Vitale, ces données sont fournies soit par la lecture de la carte Vitale, soit par le service ADR, soit par le progiciel du Professionnel de Santé.

Lors de la réalisation d'une facture en mode sécurisé SESAM sans Vitale, ces données sont fournies soit par le service ADR, soit par le progiciel, soit saisies par le Professionnel de Santé.

Lors de la réalisation d'une facture en mode SESAM-Vitale dégradé, ces données sont saisies par le Professionnel de Santé ou fournies soit par le service ADR, soit par le progiciel du Professionnel de Santé.

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1130	Groupe Identification du bénéficiaire
1. Type d'identification bénéficiaire	Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV
2. N° national d'immatriculation : NIR assuré	Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR
3. Clé du NIR	Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR
4. Date de naissance du bénéficiaire	Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR
5. Rang de naissance	Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR
6. Qualité	Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR
7. Code couverture ¹ - Code ALD - Code situation	Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR
8. Code de présentation du carnet médical	Fourni par le Professionnel de Santé

¹ Le code couverture est optionnel en mode SESAM-Vitale dégradé ou en mode sécurisé SESAM sans Vitale.

2.4.4 1140-Groupe IDENTIFICATION Structure

Règles

Ce groupe est facultatif pour toutes les familles.

Ce groupe est utilisé pour identifier le numéro de structure du Professionnel de santé, si ce numéro est connu en carte CPS.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|---|
| • Prescripteurs |
| • Auxiliaires-médicaux |
| • Pharmaciens |
| • Laboratoires d'analyse de biologie médicale |
| • Fournisseurs |

1140	Groupe <i>Identification Structure</i>
1. Type d'identification structure	Type identification Structure. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
2. N° d'identification structure	N° Identification de la structure dans laquelle le Professionnel de Santé exerce. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV
3. Nom de la structure	Raison sociale de la structure. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé » du module SSV

2.4.5 1150-Groupe IDENTIFICATION Remplaçant

Règles

Ce groupe identifie le Professionnel de Santé qui exécute les prestations et signe la feuille de soins électronique dans le cas d'un remplacement.

Ce groupe est obligatoire en cas de remplacement pour toutes les familles citées.

Le champ « Indicateur de signature » doit systématiquement être renseigné lorsque la facture est réalisée par un Professionnel de Santé remplaçant ou sous sa responsabilité (cas des préparateurs en officine).

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|------------------------|
| • Prescripteurs |
| • Pharmaciens |
| • Auxiliaires-médicaux |

1150	Groupe Identification Remplaçant
1. N° d'identification de facturation	N° Identification de facturation du Professionnel de Santé remplaçant. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »
2. Clé	Clé du N° Identification remplaçant. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »
3. Nom	Nom du Professionnel de Santé remplaçant. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »
4. Prénom	Prénom du Professionnel de Santé remplaçant. Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »
5. Indicateur de signature	Indique que la facture est élaborée par un remplaçant ou sous sa responsabilité.

2.4.6 1151-Groupe IDENTIFICATION RPPS Remplaçant

Règles

Ce groupe identifie le numéro RPPS du Professionnel de Santé qui exécute les prestations et signe la feuille de soins électronique dans le cas d'un remplacement.

Ce groupe est facultatif en cas de remplacement pour toutes les familles citées.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|------------------------|
| • Prescripteurs |
| • Pharmaciens |
| • Auxiliaires-médicaux |

1151	Groupe Identification RPPS Remplaçant	
1. N° RRPS du remplaçant	N° Identifiant national du remplaçant si RPPS Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »	
2. Clé du N° RPPS du remplaçant	Clé du N° Identifiant national du remplaçant si RPPS Cf. fonction « Lecture carte Professionnel de Santé »	

2.4.7 1160-Groupe IDENTIFICATION Individu

Règles

Ce groupe permet d'identifier le bénéficiaire des soins.

Ce groupe est facultatif pour toutes les familles.

Ce groupe doit être renseigné systématiquement si le NIR individuel² est lu en carte Vitale ou acquis avec le service ADR.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1160	Groupe <i>Identification INDIVIDU</i>
1. N° national d'immatriculation individuel	Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR
2. Clé du N° national d'immatriculation individuel	Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR

² La donnée nommée « NIR individuelle » du groupe 1160 est alimentée par la donnée nommée « NIR certifié » de la carte Vitale (si elle est présente en carte Vitale).

2.4.8 1170-Groupe Liste d'opposition carte Vitale

Règles

Ce groupe doit être implémenté si le Professionnel de Santé a opté pour le principe d'utilisation de la liste d'opposition.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Pharmaciens

1170	Groupe <i>Liste d'opposition carte Vitale</i>
1. Référence de la liste d'opposition	Cette information est à prendre dans l'en-tête du fichier de la liste d'opposition Pour la LOI, (Cf. annexe 6 § 3.2 – Format de la liste d'opposition)

2.4.9 1180-Groupe Dispositif Médecin Traitant

Règles


Ce groupe est obligatoire pour les factures concernées par le parcours de soins ou élaborées en cas d'urgence.

Pour les factures concernées par le parcours de soins et les cas d'Urgence, ce groupe identifie l'Indicateur de Parcours de Soins (IPS), l'existence d'un Médecin Traitant pour le bénéficiaire des soins et éventuellement l'identité du médecin qui a orienté le bénéficiaire des soins, ainsi que l'adhésion du médecin réalisant la facture à un contrat tarifaire.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs

1180	Groupe <i>Dispositif Médecin Traitant</i>
1. IPS	Indicateur de parcours de soins Renseigné par le progiciel en fonction du contexte du parcours de soins saisi par le Professionnel de Santé : cf. règle ci après.
2. Top MT	Saisi par le Professionnel de Santé ou renseigné par le progiciel en fonction du contexte du parcours de soins saisi par le Professionnel de Santé : cf. règle ci après.
3. N° d'identification du Médecin ayant orienté	N° d'identification de facturation du Médecin ayant orienté le bénéficiaire des soins Zone réservée pour utilisation éventuelle future
4. Clé du n° d'identification du Médecin ayant orienté	Clé du n° d'identification de facturation du Médecin ayant orienté le bénéficiaire des soins Zone réservée pour utilisation éventuelle future
5. Nom du Médecin ayant orienté	Obligatoire en cas d'orientation Saisi par le Médecin qui a été orienté
6. Prénom du Médecin ayant orienté	Obligatoire en cas d'orientation Saisi par le Médecin qui a été orienté
7. Top Contrat tarifaire PS	Indique si le médecin a adhéré à un contrat tarifaire dans le cadre de sa convention. Cette information prend l'une des 2 valeurs suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - « O » : pour les PS ayant adhéré à un contrat (OPTAM ou OPTAM-CO) et pour les médecins de secteur 1 quelle que soit leur contrat - A blanc dans les autres cas  Remarque : pour les médecins de secteur 1, le médecin est considéré adhérer au CAS

Règle de détermination de l'IPS et du top Médecin Traitant

Pour les factures concernées par le parcours ou élaborées en cas d'urgence, le Professionnel de Santé est tenu d'indiquer le contexte du parcours de soins, à savoir sa situation par rapport au parcours et, le cas échéant, l'existence d'un Médecin traitant déclaré par le patient. (cf. tableau ci-après).

En fonction de ces informations, le progiciel détermine :

- la position par rapport au parcours de soins : « non concerné », « DANS » ou « HORS » du parcours,
- la valeur de l'indicateur de parcours de soins (IPS) à transmettre dans la facture,
- la valeur du « top Médecin Traitant » à transmettre dans la facture.

Table A0-T1 : Détermination de l'IPS et de la position par rapport au parcours de soins

Saisie du PS Contexte du parcours de soins		Données Facture (groupe 1180)		Donnée interne (cf. Annexe 2 - R37bis)
Situation au regard du parcours de soins	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant	IPS	top MT	Position par rapport au parcours de soins
Exclusion du parcours de soins	--(sans objet) (*)	Blanc	Blanc	Non concerné
Urgence	--(sans objet) (*)	U	Blanc	Non concerné
Médecin Traitant	--(sans objet) (*)	T	O	Dans
Nouveau Médecin Traitant	--(sans objet) (*)	N	O	Dans
Médecin traitant de substitution (**)	Oui	R	O	Dans
Généraliste récemment installé	Oui	J	O	Dans
	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc	Hors
Médecin installé en zone sous médicalisée	Oui	B	O	Dans
	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc	Hors
Hors résidence habituelle du patient	Oui	H	O	Dans
	Non ou ne sait pas	H	N ou blanc	Dans
Accès direct spécifique	Oui	D	O	Dans
	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc	Hors
Hors Accès Direct Spécifique	Oui	S	O	Hors
	Non ou ne sait pas		N ou blanc	
Médecin orienté par le MT	--(sans objet) (*)	O	O	Dans
Médecin orienté par un médecin autre que le MT (médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée...)	Oui	M	O	Dans
	Non ou ne sait pas	S	N ou blanc	Hors
Non respect du parcours (PS non Médecin Traitant, non orienté...)	-- (sans objet) (*)	S	O, N ou Blanc	Hors

(*) Saisie non nécessaire par le Professionnel de Santé, du fait du renseignement de la situation au regard du parcours de soins.

(**) Le Professionnel de Santé se trouve dans la situation de « Médecin traitant de substitution » uniquement lorsque le bénéficiaire l'informe de l'existence d'une déclaration du Médecin Traitant.

Dans le cas contraire, la situation au regard du parcours de soins à saisir est « Non respect du parcours ».

Consignes de renseignement de l'IPS et du top MT

- Dans les cas où le parcours de soins n'est pas respecté, l'IPS prend nécessairement la valeur 'S'.
- En cas d'urgence attestée par le Professionnel de Santé, l'IPS est valorisé à « U » et le top MT n'est pas renseigné (valeur blanc).
- Lorsque le Professionnel de Santé indique qu'il est le Médecin Traitant ou un nouveau Médecin Traitant ou le médecin traitant de substitution ou le médecin orienté par le MT, le progiciel renseigne le top MT à « O » dans la facture.
- Dans les cas d'exclusion du parcours de soins (cf. Annexe2 règle R37), l'IPS et le top MT sont non renseignés (valeur blanc).
- Si la situation au regard du parcours de soins est « Hors parcours de soins », alors le progiciel doit proposer la situation « Généraliste récemment installé » si celle-ci est vérifiée (cf. Annexe2 règle R37ter).
- Si la situation au regard du parcours de soins est « Hors parcours de soins », alors le progiciel doit proposer la situation « Médecin installé en zone sous médicalisée » si celle-ci est vérifiée (cf. Annexe2 règle R37ter).

2.4.10 121x-Groupes PRESCRIPTION

Consignes d'acquisition des informations

Consigne 1

Cette donnée est à renseigner par le Professionnel de Santé facturant à partir de l'ordonnance dès lors qu'elle y est présente. De plus, cette donnée doit être de préférence scannée par le Professionnel de Santé si un code à barre est présent sur l'ordonnance.

Consigne 2 Pour les pharmaciens uniquement

Si cette donnée n'est pas présente sur l'ordonnance, le Référentiel PS est utilisé selon les modalités décrites dans le tableau ci-dessous.

N° présents sur l'ordonnance		Utilisation du Référentiel PS par le Progiciel	
N° de FINESS	N° RPPS	Données recherchées	Critères de recherche
x	x	Code spécialité	N° RPPS La recherche est réalisée avec uniquement le n° RPPS.
x		N° RPPS Code spécialité	N° FINESS + si nécessaire, autres données présentes sur l'ordonnance et disponibles dans le référentiel PS (nom, prénom...) Si aucune donnée n'est trouvée en utilisant le N° FINESS, une autre recherche est réalisée avec uniquement les autres critères.
	x	N° FINESS Code spécialité	Coordonnées de l'établissement + si nécessaire, autres données présentes sur l'ordonnance et disponibles dans le référentiel PS
		N° RPPS N° FINESS Code spécialité	Données présentes sur l'ordonnance et disponibles dans le référentiel PS (coordonnées de l'établissement, nom, prénom, ...)

Si le Progiciel trouve dans le référentiel PS plusieurs prescripteurs répondant aux critères de recherche, le LPS demande au PS de sélectionner un prescripteur.

Dans tous les cas, le Progiciel laisse la possibilité au PS de modifier les informations issues du référentiel PS proposées par le LPS.

Le Progiciel doit laisser la possibilité au PS de renseigner manuellement les informations du prescripteur.

Consigne 3

L'acquisition de la clé est faite selon le même mode (saisie, scan ou référentiel PS) que celui utilisé pour le numéro auquel elle appartient.

Consigne 4 Pour les pharmaciens uniquement

Si un code à barre est présent sur l'ordonnance pour cette donnée, le Progiciel doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé de le scanner.

Consigne 5 Télémédecine

- Dans une facture comportant un acte de télémédecine, les groupes de données 1211, 1213 ou 1214 sont utilisés pour identifier un deuxième Professionnel de Santé : les données d'identification du PS1 dans la facture du PS2 et les données du PS2 dans la facture du PS1.

PS1

PS présent sur le lieu 1 (aux côtés du patient), pouvant être :

- PS accompagnant (dans le cadre d'une téléconsultation ou d'une télésurveillance)
- PS requérant (dans le cadre d'une téléexpertise ou d'une téléassistance).

PS2

PS présent sur le lieu 2, à distance et exerçant l'acte de télémédecine, pouvant être :

- PS assistant (dans le cadre d'une téléassistance)
- PS téléconsultant (dans le cadre d'une téléconsultation)
- PS requis (dans le cadre d'une téléexpertise).
- PS télésurveillant (dans le cadre d'une télésurveillance)

- L'alimentation d'un des groupes 1211, 1213 et 1214 est obligatoire en cas de facturation d'un acte de Téléassistance, **eu de Téléexpertise ou d'accompagnement à une téléconsultation.**
- Le n° d'identification du deuxième PS doit être différent de celui renseigné dans le groupe 1120, hormis en cas de facturation en centre de santé.

Accompagnement à la téléconsultation

Si la facture comporte au moins une prestation d'accompagnement à la téléconsultation (code acte avec un groupe fonctionnel détail égal à « Accompagnement »), le logiciel doit avertir le Professionnel de Santé que le n° de prescripteur à saisir est celui du PS téléconsultant et que, de ce fait, la présence d'autres prestations sur la même facture n'est possible que pour des prestations prescrites par ce même PS.

2.4.10.1 1211-Groupe Prescription PS Libéral

Règles

Extrait de l'article 5 de la NGAP : « seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie,, les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de leur compétence ».

Extrait de l'article 1er de la NABM : « la nomenclature, ..., établit avec leur cotation, la liste des actes susceptibles d'être pris en charge par l'Assurance Maladie qu'effectuent les directeurs, les directeurs adjoints et, sous leur responsabilité, les techniciens de laboratoires d'analyse de biologie médicale, dans la limite de leur compétence. »

La prescription est obligatoire pour la délivrance des produits de la LPP par les familles : « Fournisseurs », « Pharmacien », « Auxiliaires-médicaux », et « Laboratoires d'analyse de biologie médicale ».

Extrait du code la sécurité social « Les produits et prestations inscrits sur la LPP ne peuvent être remboursés par l'Assurance Maladie que sur prescription de certains Professionnels de Santé :

- sur prescription médicale d'un médecin, d'un chirurgien dentiste pour les produits et prestations nécessaires à l'exercice de son art,
- sur prescription médicale d'une sage-femme pour certains produits visés par arrêté,
- sur prescription d'auxiliaires médicaux, (masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures podologues...).

Pour ces deux dernières puces, les limites de prescription sont fixées réglementairement. (Articles L4311-1 et L4321-1 du Code de la Santé Publique). »

Familles concernées

Le groupe 1211 est obligatoire pour toutes les familles suivantes :

- | |
|---|
| • Auxiliaires-médicaux |
| • Pharmaciens |
| • Laboratoires d'analyse de biologie médicale |
| • Fournisseurs |

Pour la famille suivante :

- | |
|-----------------|
| • Prescripteurs |
|-----------------|

Ce groupe est renseigné lorsque la prescription a été élaborée par un Professionnel de Santé non salarié autorisé à prescrire (cf. Corps du CdC § « Professionnel de Santé Prescripteur ».), ou dans le cas d'une facturation de télémedecine. Dans ce cas les données de ce groupe sont utilisées non pas pour identifier le PS prescripteur mais le PS 2 ou PS1 (cf. consigne 5).

Ce groupe doit être renseigné par la famille des Prescripteurs lorsque le PS facturant (1120) est différent du PS prescripteur, ou en cas de facturation d'acte de Téléexpertise ou de Téléassistance.

1211	Groupe Prescription PS Libéral
1. N° d'identification du PS libéral	N° d'identification du prescripteur (à prendre sur l'ordonnance) Dans le cas où la prescription a été établie par un Professionnel de Santé remplaçant, ce champ doit être renseigné avec le N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé remplacé. Cf. consigne 5 supra
2. Clé du n° d'identification du PS libéral	Clé du N° d'identification du prescripteur (à prendre sur l'ordonnance) Dans le cas où la prescription a été établie par un Professionnel de Santé remplaçant, ce champ doit être renseigné avec le N° d'identification de facturation du Professionnel de Santé remplacé. Cf. consigne 5 supra
3. Date de prescription du PS libéral	Date à laquelle la prescription a été établie (à prendre sur l'ordonnance) (est inférieure ou égale à la date d'élaboration de la feuille de soins électronique du groupe 1110). Elle doit impérativement être antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne et postérieure ou égale à la date de naissance du bénéficiaire des soins. Cf. consigne 5 supra
4. Identification de la prescription du PS libéral	N° ordre de la prescription (à prendre sur l'ordonnance électronique). Zone réservée pour utilisation future
5. N° RPPS du PS libéral	Identifiant RPPS du prescripteur libéral (à prendre sur l'ordonnance) Cf. consigne 5 supra
6. Clé du n° RPPS du PS libéral	Clé de l'identifiant RPPS du prescripteur libéral (à prendre sur l'ordonnance) Cf. consigne 5 supra
7. N° de la structure du PS libéral	N° de la structure (clé incluse) dans laquelle exerce le prescripteur libéral (à prendre sur l'ordonnance) Cf. consigne 5 supra

2.4.10.2 1212-Groupe Prescription Soins Dentaires

Règles

Ce groupe concerne les prestations du groupe fonctionnel « soins dentaires / ODF » (cf. Annexe 2-Table 1).

Orthopédie dento-faciale

La réglementation prévoit que l'examen du droit aux prestations s'effectue à la date de début de la proposition par le Professionnel de Santé du traitement orthodontique et non à la date d'exécution. Ces deux dates doivent être indiquées sur la feuille de soins.

Bilan Bucco-dentaire

En cas de soins consécutifs à un bilan bucco-dentaire, cette date doit être obligatoirement renseignée avec la date du BBD.

Familles concernées

Ce groupe est obligatoire pour les Chirurgiens-dentistes et les Médecins pouvant réaliser des Soins dentaires à savoir les spécialités 18, 44, 45 et 69.

Cette règle concerne la famille de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs (Chirurgiens-dentistes/Médecins Soins dentaires)

1212	Groupe <i>Prescription Soins dentaires</i>
1. Date début (dentaire)	Saisie par le Professionnel de Santé, date de début du traitement orthodontique ou date de début des soins. Elle doit impérativement être antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne et postérieure ou égale à la date de naissance du bénéficiaire des soins.

2.4.10.3 1213-Groupe Prescription PS salarié

Règles

Le groupe 1213 doit être renseigné lorsque la prescription est élaborée par un prescripteur salarié.

Familles concernées

Le groupe 1213 est obligatoire pour toutes les familles suivantes :

- | |
|---|
| • Auxiliaires-médicaux |
| • Pharmaciens |
| • Laboratoires d'analyse de biologie médicale |
| • Fournisseurs |

Cas Particulier Télémédecine

Le groupe 1213 peut également être renseigné par les Professionnels de Santé dans le cadre de facturation de prestation de Télémédecine afin d'identifier dans la facture les données du PS1 salarié (dans la facture du PS2) ou les données du PS2 salarié (dans la facture du PS1).

Dans le cadre de facturation d'actes de Téléexpertise ou de Téléassistance, un des groupes 1211, 1213 ou 1214 doit être renseigné.

1213	Groupe Prescription PS salarié
1. N° d'identification du PS salarié	N° du prescripteur salarié ou à défaut n° de l'établissement Les consignes d'acquisition 1, 2, 4 et 5 s'appliquent à cette donnée.
2. Clé du n° d'identification du PS salarié	Clé du prescripteur salarié ou à défaut n° de l'établissement Les consignes d'acquisition 3 et 5 s'appliquent à cette donnée.
3. Code spécialité du PS salarié	Code spécialité du prescripteur salarié ³ Les consignes d'acquisition 2 et 5 s'appliquent à cette donnée
4. Date de prescription du PS salarié	Date à laquelle la prescription a été établie (à prendre sur l'ordonnance) (est inférieure ou égale à la date d'élaboration de la feuille de soins électronique du groupe 1110). Elle doit impérativement être antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne et postérieure ou égale à la date de naissance du bénéficiaire des soins. La consigne d'acquisition 5 s'applique à cette donnée
5. Identification de la prescription du PS salarié	N° ordre de la prescription (à prendre sur l'ordonnance électronique). Zone réservée pour utilisation future
6. N° RPPS du PS salarié	Identifiant RPPS du prescripteur salarié. Les consignes d'acquisition 1, 2 et 4 s'appliquent à cette donnée.

³ Ce code ne figure pas en clair sur l'ordonnance mais il peut être déduit du libellé de la spécialité du prescripteur salarié qui figure sur l'ordonnance.

1213	Groupe <i>Prescription PS salarié</i>	
7. Clé du n° RPPS du PS salarié	Clé de l'identifiant RPPS du prescripteur salarié La consigne d'acquisition 3 s'applique à cette donnée.	
8. N° de la structure du PS salarié	N° de la structure (clé incluse) dans laquelle exerce le prescripteur salarié Les consignes d'acquisition 1, 2 4 et 5 s'appliquent à cette donnée.	

2.4.10.4 1214-Groupe Prescription PS bénévole

Règles

Le groupe 1214 doit être renseigné lorsque la prescription est élaborée par un prescripteur bénévole.

Familles concernées

Le groupe 1214 est facultatif pour toutes les familles suivantes :

• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

Cas Particulier Télémédecine

Le groupe 1214 peut également être renseigné par les Professionnels de Santé dans le cadre de facturation de prestation de Télémédecine afin d'identifier dans la facture les données du PS1 bénévole (dans la facture du PS2) ou les données du PS2 bénévole (dans la facture du PS1).

Dans le cadre de facturation d'actes de Téléexpertise ou de Téléassistance, un des groupes 1211, 1213 ou 1214 doit être renseigné.

1214	Groupe Prescription PS bénévole
1. N° d'identification du PS bénévole	N° du prescripteur bénévole ou à défaut n° de l'établissement Les consignes d'acquisition 1, 4 et 5 s'appliquent à cette donnée.
2. Clé du n° d'identification du PS bénévole	Clé du n° du prescripteur bénévole ou à défaut n° de Les consignes d'acquisition 3 et 5 s'appliquent à cette donnée.
3. Code spécialité du PS bénévole	Code spécialité du prescripteur bénévole ⁴ Les consignes d'acquisition 2 et 5 s'appliquent à cette donnée.
4. Date de prescription du PS bénévole	Date à laquelle la prescription a été établie (à prendre sur l'ordonnance) (est inférieure ou égale à la date d'élaboration de la feuille de soins électronique du groupe 1110). Elle doit impérativement être antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne. La consigne d'acquisition 5 s'applique à cette donnée
5. Identification de la prescription du PS bénévole	N° ordre de la prescription (à prendre sur l'ordonnance électronique). Zone réservée pour utilisation future

⁴ Ce code ne figure pas en clair sur l'ordonnance mais il peut être déduit du libellé de la spécialité du prescripteur bénévole qui figure sur l'ordonnance.

1214	Groupe <i>Prescription PS bénévole</i>	
6. N° RPPS du PS bénévole	Identifiant RPPS du prescripteur bénévole Les consignes d'acquisition 1, 4 et 5 s'appliquent à cette donnée.	
7. Clé du n° RPPS du PS bénévole	Clé de l'identifiant RPPS du prescripteur bénévole Les consignes d'acquisition 3 et 5 s'appliquent à cette donnée.	
8. N° de la structure du PS bénévole	N° de la structure (clé incluse) dans laquelle exerce le prescripteur bénévole. Les consignes d'acquisition 1, 2, 4 et 5 s'appliquent à cette donnée.	

2.4.11 1220-Groupe Arrêt de Travail prescrit

Règles

Ce groupe est facultatif (prévu pour utilisation future).

Familles concernées

Ce groupe concerne la famille suivante :

- Prescripteurs

1220	Groupe Arrêt de travail prescrit	
1. Nombre jours AT	Nombre de jours d'arrêt de travail prescrit	
2. Date fin AT	Date de fin d'arrêt de travail	

2.4.12 1230-Groupe Origine de la prescription

Règles

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe est prévu ~~pour les Pharmaciens et les Laboratoires d'analyse de biologie médicale~~ quand la facture fait l'objet d'une prescription élaborée dans le cadre du parcours coordonné de soins.

Par ailleurs, ce groupe est également prévu ~~pour les Pharmaciens et Fournisseurs~~, dans le cadre de la délivrance de l'optique, pour indiquer si le Professionnel de Santé délivre un renouvellement sans disposer d'une nouvelle ordonnance.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1230	Groupe Origine de la prescription Arrêt de travail prescrit
1. Origine de la prescription	<p>Saisie par le Professionnel de Santé exécutant :</p> <p>T prescription établie par le médecin traitant,</p> <p>O prescription établie par un médecin correspondant,</p> <p>P prescription établie dans une autre situation du parcours de soins,</p> <p>S prescription établie hors parcours de soins.</p> <p>A Renouvellement Adapté (cas de l'optique)</p> <p>I Renouvellement à l'Identique de la prescription Initiale (cas de l'optique).</p>

2.4.13 1310-Groupe Organisme AMO

Règles

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

En mode dégradé ou en mode SESAM sans Vitale, lorsque ces données ne sont ni connues par le Professionnel de Santé ni acquises avec le service ADR, la feuille de soins électronique ne peut être réalisée.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1310	Groupe <i>Organisme AMO</i>
1. Code régime	<ul style="list-style-type: none"> Hors nature d'assurance SMG : Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR Nature d'assurance SMG (groupe 1515) : égal à 08
2. Caisse gestionnaire	<ul style="list-style-type: none"> Hors nature d'assurance SMG : Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR Nature d'assurance SMG (groupe 1515) : égal à 835
3. Centre gestionnaire	<ul style="list-style-type: none"> Hors nature d'assurance SMG : Cf. fonction « Lire Droits Vitale » du module SSV ou acquis avec le service ADR Nature d'assurance SMG (groupe 1515) : égal à 0300
4. Code organisme destinataire	<ul style="list-style-type: none"> Cf. Règles de détermination de l'organisme destinataire et du centre informatique page suivante.
5. Code centre informatique	<ul style="list-style-type: none"> Cf. Règles de détermination de l'organisme destinataire et du centre informatique page suivante.

- En cas de nature d'assurance maladie ou maternité (1511 ou 1512) les données code régime, caisse gestionnaire et centre gestionnaire sont renseignées à partir du groupe 101.
- En cas de nature d'assurance AT (présence d'un groupe 1513 dans la facture), les données code régime, caisse gestionnaire et centre gestionnaire sont renseignées à partir de l'organisme gestionnaire de l'AT (cf. R25.0 de l'Annexe 2).



Remarque : le code de l'organisme gestionnaire de l'AT est constitué de 9 caractères et se décompose comme suit :

- le code régime (2 car.),
 - suivi du code de la caisse gestionnaire (3 car.),
 - suivi du code du centre gestionnaire (4 car.).
- Dans le cas où les données code régime, caisse gestionnaire et centre gestionnaire lues en carte (groupe 101) ou acquises avec le service ADR correspondent respectivement aux valeurs 08 835 0300, la nature d'assurance doit être SMG (présence d'un groupe 1515 dans la facture).
- Sinon, le progiciel informe le Professionnel de Santé et interdit la réalisation d'une telle facture.

Règles de détermination de l'organisme destinataire et du centre informatique

Détermination de l'organisme destinataire

L'association du code régime, de la caisse gestionnaire et du centre gestionnaire permet de déterminer le code organisme destinataire et le code centre informatique.

Régimes	Code régime	REGLE DE DETERMINATION DE L'ORGANISME DESTINATAIRE
Régime général	01	Le code <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i>
RATP	05	
ENIM	06	
Régime minier	07	
CNMSS	08	
CRPCEN	10	
Assemblée Nationale	14	
Sénat	15	
Port Autonome de Bordeaux	16	
CFE	17	
CAVIMAC	90	
MGPTT	92	
MNH	95	
Régime Agricole	02	Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est de type XX5, le code de l' <i>organisme destinataire</i> est XX1. Sinon le code de l' <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i> .
CPRPSNCF	04	Le code <i>organisme destinataire</i> est toujours égal à 110
MGEN	91	Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est égal à 751 et le code <i>centre gestionnaire</i> est égal à 0501, le code de l' <i>organisme destinataire</i> est 999. Sinon le code de l' <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i> .
MGP	93	Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est égal à 751, 781, 911, 921, 931, 941 ou 951, le code de l' <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>centre gestionnaire</i> . (*) Sinon le code de l' <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i>
MFP	94	Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est égal à 751, 781, 911, 921, 931, 941 ou 951 et code <i>centre gestionnaire</i> est égal à 0511, le code de l' <i>organisme destinataire</i> est 514. Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est égal à 751, 781, 911, 921, 931, 941 ou 951 et code <i>centre gestionnaire</i> est différent de 0511, le code de l' <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>centre gestionnaire</i> . (*) Sinon le code de l' <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i> .
MNAM	96	Si le code de la <i>caisse gestionnaire</i> est égal à 751, 781, 911, 921, 931, 941 ou 951, le code de l' <i>organisme destinataire</i> est 751. Sinon le code de l' <i>organisme destinataire</i> est identique au code <i>caisse gestionnaire</i> ;
RSI	03	voir table des organismes destinataires disponibles sur le site Internet du GIE SESAM-Vitale (www.sesam-vitale.fr).
Sections locales mutualistes	99	

(*) tronquer le premier octet du code *centre gestionnaire*, les 3 octets significatifs sont les 3 derniers.

Détermination de centre informatique

Pour l'ensemble des régimes ci-dessus, le code centre informatique sera renseigné à **000**



Cas particuliers

Les cartes de démonstration, utilisées pour les flux à destination du serveur du GIE SESAM-Vitale, sont caractérisées par les informations suivantes : code régime égal à 01, caisse gestionnaire égale à 999 ; centre gestionnaire égal 9999 ; le code organisme destinataire est donc égal à 999 et le code centre informatique à 999.

Les cartes de test, utilisées pour les flux à destination du serveur du CNDA, sont caractérisées par les informations suivantes : code caisse gestionnaire égal à 349 ou code centre gestionnaire à 0349 ; le code organisme destinataire est donc égal à 349 et code centre informatique égal à 000.

2.4.14 1321-Groupes Organisme Complémentaire

Règles

Le groupe 1321 est optionnel.

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



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

Ce groupe concerne les informations relatives aux organismes d'Assurance Maladie Complémentaire, à l'Aide Médicale d'Etat (AME), et à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) Complémentaire Santé Solidaire (C2S).

Ce groupe est obligatoire quand le Professionnel de Santé émet une DRE ou une FSE enrichie à destination d'un OCT éclateur ou une FSE contenant des informations relatives à la part complémentaire à destination de l'AMO en Tiers payant sur la part complémentaire.

Ce groupe comporte des données spécifiques aux échanges de feuilles de soins électroniques entre Professionnel de Santé et Organisme Concentrateur Technique.

Dans le cas d'une transmission via un Organisme Concentrateur Technique éclateur ce groupe doit être renseigné conformément à l'annexe 5.

Le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé soit de **saisir** directement les informations à partir d'une **attestation papier** si les informations ne sont pas en carte ou acquises avec le service ADR, soit de **remplacer** les données sur la part complémentaire issues de la carte Vitale ou du service ADR par des informations en **provenance d'autres supports de droits AMC** en respectant le choix de l'assuré relatif au support de droits AMC à utiliser. Excepté certaines données listées ci-dessous provenant du cas d'« **information en carte et présentation d'une attestation émise par le même organisme** ».

Ces remplacements d'informations font l'objet d'une mention soit au niveau de la **nature de pièces justificatives des droits** sur la part complémentaire (changement de support de droits AMC) soit au niveau de l'indicateur de forçage facture AMC sur la part complémentaire (changement de période de validité de présence des données sur la part complémentaire).

Si présentation de la carte Vitale par l'assuré, le progiciel récupère le numéro d'adhérent lu en carte (champ 3 du groupe 109) pour alimenter le 1321-3.

Si présentation et utilisation de l'attestation papier, le progiciel doit permettre la saisie à partir de l'attestation à la fois du numéro d'adhérent et de l'identifiant de l'assuré AMC. Le numéro d'adhérent (sur maximum 8 caractères) alimente le 1321-3 et l'identifiant de l'assuré AMC (sur maximum sur 15 caractères) alimente le 1321-12.

Valorisation de la nature de pièce justificative de droits Complémentaire

- **Aucune information en carte et présentation d'une attestation**

Aucune donnée complémentaire n'est contenue dans la carte, le Professionnel de Santé peut saisir toutes les informations à partir d'une attestation papier (ou un autre support de droits AMC). **La nature de pièce justificative de droits complémentaire** prend alors la valeur 2 « l'adhérent / assuré a présenté son support de droits sur la part complémentaire autre que la carte vitale ».

- **Données en carte et pas d'attestation**

Les données sont contenues dans la carte Vitale. Le patient ne présente pas d'autre support de droits AMC et la facture est établie à destination de l'organisme complémentaire présent en carte Vitale (le tiers payant ne pourra être possible qu'en présence de droits Complémentaire en carte Vitale). **La nature de pièce justificative de droits complémentaires** prend alors la valeur 4 « l'adhérent / assuré a présenté sa carte vitale comme support de droits ».

- **Information en carte et présentation d'une attestation émise par le même organisme**

Le Professionnel de Santé lit en carte Vitale les informations concernant l'organisme Complémentaire mais modifie les données listées ci-dessous d'après une attestation papier du même organisme.

La nature de pièces justificatives de droits Complémentaire prend alors la valeur 4 « l'adhérent / assuré a présenté sa carte Vitale comme support de droits ».

Les données modifiables sont :

- Dans le cadre d'une gestion unique :
 - garanties effectives,
 - date de début droits Mutuelle,
 - date de fin droits Mutuelle.
- Dans le cadre d'une gestion séparée :
 - date de début de validité des données,
 - date de fin de validité des données.



Remarque : Dès lors qu'une autre donnée AMC fait l'objet d'une modification, le progiciel doit effacer toutes les données complémentaires existantes, et proposer au Professionnel de Santé la saisie de l'ensemble des données sur la partie AMC. Le progiciel ne doit pas permettre au Professionnel de Santé de saisir la valeur « 4 » pour la nature de la pièce justificative.

- **Information en carte et présentation d'un autre support de droits émis par un organisme différent**

Le Professionnel de Santé renseigne alors toutes les informations d'identification de la complémentaire présente sur l'attestation papier.

Les informations issues de la carte Vitale sont alors effacées et **la nature de pièces justificatives de droits Complémentaire** prend alors la valeur 2 « l'adhérent / assuré a présenté un support de droits autre que la carte Vitale ».

- **Droits issus d'un fichier patient (indépendamment de la présence ou pas de la carte Vitale ou d'une attestation)**

Le Professionnel de Santé obtient directement informations concernant l'organisme complémentaire sur son Poste de Travail. La **nature de pièces justificatives des droits complémentaires** prend alors la valeur **0** « l'adhérent / assuré n'a présenté aucune pièce justificative ».



Remarque : La valorisation de la nature de la pièce justificative à « 3 » n'est plus autorisée par le Professionnel de Santé.
La nature de la pièce justificative à « 3 » est valorisée uniquement par les STS si nécessaire.

- **Information acquise avec le service ADR**

En cas d'acquisition des informations du bénéficiaire des soins par le service ADR, la nature de la pièce justificative AMC est égale à la valeur issue de la réponse du service ADR (sous certaines conditions définies dans la documentation spécifique du service ADR).

**Familles
concernées**

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1321	Groupe Organisme Complémentaire
1. Type de contrat	<p>Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codification fournie par les caisses d'Assurance Maladie Obligatoire. - Valeur 99 : autorisation d'éclatement de la FSE, donnée par le Professionnel de Santé à un OCT. Dans le cas d'une gestion séparée sans passage par OCT ou le cas d'une gestion unique cette valeur est interdite. - Pour les autres valeurs par rapport aux différents cas de CMU C2S ou sortant de CMU-C C2S ou dispositif « TPi ACS » voir les paragraphes ci-dessous.
2. N° organisme complémentaire	<p>Issu de la réponse du service ADR, de la carte Vitale ou tout autre support de droits.</p> <p>En gestion unique, cette zone est renseignée avec le « MUTNUM ».</p> <p>En gestion séparée, cette zone est renseignée avec le numéro d'organisme complémentaire.</p> <p>Pour les autres cas (CMU-C C2S, dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO ») voir règle ci-dessous.</p>
3. N° adhérent	N° d'adhérent à un organisme complémentaire.
4. Données de la complémentaire zone 1	<p>Cette information doit être utilisée dans une DRE, dans une FSE comportant une part complémentaire (cas de la FSE dans le cadre d'une convention de gestion ou cas de la FSE à destination d'un OCT éclateur). Le contenu de cette zone est défini dans les tableaux ci-dessous.</p>
5. Données de la complémentaire zone 2	<p>Cette information doit être utilisée dans une DRE, dans une FSE comportant une part complémentaire (cas de la FSE dans le cadre d'une convention de gestion ou cas de la FSE à destination d'un OCT éclateur). Le contenu de cette zone est défini dans les tableaux ci-dessous.</p>
6. N° organisme complémentaire EDI	Issu de la carte Vitale
7. Code application	Renseigné à 99. .
8. Code de routage flux AMC	Issu des informations administratives et de routage (cf annexe 1-A2) de la carte Vitale ou table des conventions ou tout autre support
9. Domaine	Issu des informations administratives et de routage (cf annexe 1-A2) de la carte Vitale ou table des conventions ou tout autre support
10. Indicateur de traitement AMC	Issu de la réponse du service ADR, de la carte Vitale ou tout autre support de droits sinon valeur par défaut issue des règles du Cahier des Charges SESAM-Vitale.
11. Identifiant hôte gestionnaire	Issu des informations administratives et de routage (cf annexe 1-A2) de la carte Vitale ou table des conventions ou tout autre support
12. Identifiant de l'assuré AMC	Issu de tout autre support de droits AMC
13. Zone supplémentaire non certifiée	<p>Réservée pour utilisation future</p> <p>Certifiée ou non certifiée si le type de contrat = 99</p>

Gestion des bénéficiaires de la CMU Complémentaire Santé Solidaire ou des sortants de CMU-C C2S

Pour les bénéficiaires de la CMU-C C2S : Si le mode de gestion est :

- un mode de gestion unique, le progiciel doit valoriser les champs « type de contrat » et « N° organisme complémentaire » du groupe 1321 respectivement à '89' et 'M'. Le champ « N° organisme complémentaire » doit être rempli par le progiciel à blanc aux 9 premières positions et le M à la 10ème position ('-----M').
- un mode de gestion séparée, le progiciel doit valoriser les champs « type de contrat » et « N° organisme complémentaire » du groupe 1321 respectivement à '89' et avec le 'N° AMC' présent en carte Vitale (ou autre support de droits).

Dans le cas où le Professionnel de Santé utilise les services d'éclatement d'un OCT, les champs « type de contrat » et « N° organisme complémentaire » du groupe 1321 sont valorisés respectivement à '99' et avec le 'N° AMC' présent en carte Vitale (ou autre support de droits).

Pour les sortants de CMU-C C2S : que le mode de gestion soit unique ou séparée, le progiciel doit valoriser les champs « type de contrat » à la valeur '01'. En gestion séparée, dans le cas où le Professionnel de Santé utilise les services d'éclatement d'un OCT, les champs « type de contrat » et « N° organisme complémentaire » du groupe 1321 sont valorisés respectivement à '99' et avec le 'N° AMC' présent en carte Vitale (ou autre support de droits).

Si la situation du bénéficiaire sortant de CMU-C2S a été identifiée à partir de la valeur '5555551' en carte Vitale ou dans la réponse du service ADR alors ce n'est pas cette information qui doit être transmise dans le n°organisme complémentaire. Dans ce cas, le n° organisme complémentaire doit être pris sur le support de droits présenté pour la part complémentaire par l'assuré.

Gestion des bénéficiaires de l'ACS

Si la facture est élaborée selon le dispositif « TPi ACS - Paiement coordonné par l'AMO » :

- le progiciel doit valoriser le champ « Type de contrat » dans la FSE en fonction du contrat ACS encadré, comme suit :

Type de contrat ACS encadré	Valorisation du champ « type de contrat »
ACS A	91
ACS B	92
ACS C	93

- le progiciel doit valoriser le champ « N° organisme complémentaire » du groupe 1321 à 'M'. Le champ « N° organisme complémentaire » doit être rempli par le progiciel à blanc aux 9 premières positions et le M à la 10ème position ('-----M').



Remarque : dans les autres cas, les informations sont renseignées nominalement.

Remplissage des données de la complémentaire zones 1 et 2 du groupe 1321

Les consignes de valorisation des données de la complémentaire des zones 1 et 2 sont les suivantes :

- Cas d'une DRE « initiale » ou d'une FSE comportant des informations relatives à la complémentaire.

	INFORMATIONS	POSITIONS	PRESENCE	CONSIGNES DE SAISIE DES RUBRIQUES
Données de la part complémentaire zone 1	Contexte de déroulement procédure de facturation	1321-4	Facultative	Référence de la réponse de prise en charge complémentaire, sur 16 caractères maximum
Données de la part complémentaire zone 2	Nature pièce justificative des droits Complémentaire	1321-5 pos. 1	Obligatoire	0 L'adhérent/assuré n'a présenté aucune pièce justificative
				1 Le Professionnel de Santé a consulté un serveur de droits
				2 L'adhérent/assuré a présenté un support de droits de la part complémentaire autre que la carte Vitale
				3 Prise en charge de la part complémentaire
				4 L'adhérent/assuré a présenté sa carte Vitale comme support de droits
				- Pour ADR, valeur issue de la réponse du service (selon conditions définies dans la documentation spécifique du service ADR)
	Situation accord préalable AMO	1321-5 pos. 2	Obligatoire	« D » lorsque « réponse défavorable à accord préalable AMO ». Dans les autres cas, renseigner cette zone à blanc.
	Type de service AMC	1321-5 pos. 3	Obligatoire	Cette information correspond au choix de mode de règlement de la part complémentaire choisi par le Professionnel de Santé Valeurs possibles : T pour tiers payant H pour hors tiers payant
	Sens comptable	1321-5 pos. 4	Obligatoire	1 = facture normale RO+RC 3 = recyclage global de la facture RO+RC 4 = recyclage partiel de la facture RO seul. 5 = recyclage partiel de la facture RC seul 6 = facture normale RC seulement 7 = facture normale RO seulement. « Dans le cadre de SESAM-Vitale, les valeurs 3-4-5-7 ne sont pas utilisées. Elles sont réservées pour les organismes complémentaire »

- Cas d'une DRE d'annulation

	INFORMATIONS	POSITIONS	PRESENCE	CONSIGNES DE SAISIE DES RUBRIQUES
Données de la part complémentaire zone 1	Zone disponible	1321-4	Obligatoire	A blanc
Données de la part complémentaire zone 2	Nature pièce justificative des droits Complémentaire	1321-5 pos. 1	Obligatoire	Rappel de la valeur de la facture initiale
	Situation accord préalable AMO	1321-5 pos. 2	Obligatoire	Rappel de la valeur de la facture initiale
	Type de service AMC	1321-5 pos. 3	Obligatoire	Rappel de la valeur de la facture initiale
	Sens comptable	1321-5 pos. 4	Obligatoire	2=annulation de facture RC

2.4.15 1330-Groupe Données Complémentaire additionnelles

Règles

Ce groupe doit être valorisé dès lors que des informations relatives à la complémentaire sont à transmettre.



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

La valorisation du champ « n° de l'opérateur de règlement /N°AMC » est effectuée:

- dans le cas d'une gestion séparée,
 - à partir du n° AMC-
En présence d'informations administratives et de routage, cette donnée est renseignée à partir du n° d'opérateur de règlement, issu des informations administratives et de routage, si celui-ci est présent.
 - à partir du numéro AMC-
En présence d'une convention applicable, cette donnée est renseignée à partir du n° d'opérateur de règlement si celui-ci est présent dans la table des conventions.
- dans le cas d'une gestion unique, à partir du n° AMC obtenu
 - si les droits sont issus du service ADR, ce champ est valorisé à partir du champ « Identifiant de l'organisme complémentaire » (équivalent du champ 5 du groupe 107) selon la règle de détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique identique à celle de la carte Vitale d'acquisition de ce champ cf. annexe 1- A (RG_BS328),
 - si le support de droits présenté est la carte Vitale (nature de la pièce justificative de la zone 2 du groupe 1321-5 avec la valeur « 4 »), ce champ est valorisé à partir du champ 5 du groupe 107 Selon la règle de détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique à partir de la carte Vitale d'acquisition du champ « service associé au contrat » cf. annexe 1- A (RG_BS328),
 - si le support de droits présenté n'est pas la carte Vitale (nature de la pièce justificative de la zone 2 du groupe 1321-5 différente de la valeur « 4 »), ce champ peut être valorisé à partir d'une attestation papier (ou éventuellement être acquis via la base patient suite à la saisie d'une attestation papier) selon la règle de détermination des identifiants de l'organisme complémentaire en gestion unique cf. annexe 1- A (RG_BS330).

~~En l'absence de n° AMC sur le support (service ADR, Carte Vitale ou autre support), le n° AMC est recherché à partir de la recherche de la table de correspondance (Mutnum =>N°AMC) ; cette consultation étant réalisée par le progiciel.~~



~~Remarque : Si aucun n°AMC n'est trouvé, alors le champ n'est pas renseigné et ne doit pas contenir le Mutnum.~~

Le champ « Contexte conventionnel AMC » est valorisé par le progiciel de santé avec les informations suivantes en présence d'une part complémentaire :

- N° de version de la structure de contexte conventionnel AMC (valorisé à 01),

- Code spécialité du Professionnel de santé réalisant la facture (issu de la carte CPx du Professionnel de Santé). Cette information est renseignée même si une convention n'a pas été sélectionnée.
- Code conventionnel du Professionnel de Santé, réalisant la facture, au regard de l'AMO (issu de la carte CPx du Professionnel de Santé). Cette information est renseignée même si une convention n'a pas été sélectionnée.
- Code type de convention issu des informations administratives et de routage de la convention AMC sélectionnée par le Professionnel de Santé pour la facture.
- Critère secondaire issu des informations administratives et de routage de la convention AMC sélectionnée par le Professionnel de Santé pour la facture. Si ce critère est constitué de moins de 9 caractères il convient de le compléter avec des blancs à droite.
- Code norme retour attendue par le Professionnel de Santé (actuellement non utilisé, réservé à un usage futur).
- Origine du contexte conventionnel issue des informations administratives et de routage pour la facture.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1330	Groupe Données Complémentaire additionnelles
1. N° opérateur de règlement/N°AMC	Issue de la table de convention si renseigné sinon N° AMC Issu des informations administratives et de routage
2. Contexte conventionnel AMC	Voir règle ci-dessus. La structure de ce champ est fonction de la valeur du N° de version de la structure de contexte conventionnel AMC.
3. Zone supplémentaire certifiée	Réservée pour utilisation future

Description du champ « contexte conventionnel AMC »

Position	Donnée	Présence	Règles de renseignement
1 – 2	N° de version de la structure de contexte conventionnel	Obligatoire	« 01 »
3 – 4	Code spécialité du Professionnel de Santé	Obligatoire	Code spécialité de l'exécutant salarié. Si absent Ccode spécialité du Professionnel de Santé réalisant la Facture (issu de la Carte du Professionnel de Santé).
5	Code conventionnel du Professionnel de Santé	Obligatoire	Code conventionnel du Professionnel de Santé réalisant la Facture, au regard de l'AMO (issu de la Carte du Professionnel de Santé).

Position	Donnée	Présence	Règles de renseignement
6 – 7	Code type de convention	Facultatif	Code type de la convention issu des informations administratives et de routage sélectionnée par le Professionnel de Santé pour la Facture.
8 – 16	Critère secondaire	Facultatif	<p>En gestion séparée : critère secondaire de l'organisme AMC issu des informations administratives et de routage pour la convention sélectionnée par le Professionnel de Santé (en cas de regroupement).</p> <p>En gestion unique : critère secondaire issu des informations administratives et de routage de la convention sélectionnée par le Professionnel de Santé pour la Facture (cette information peut comporter des caractères génériques à remplacer par le caractère alphanumérique « X »).</p>
17 – 19	Code norme retour attendu	Facultatif	Non utilisé.
20	Origine du contexte conventionnel	Obligatoire	Origine du contexte conventionnel issue des informations administratives et de routage



Exemple 1 (gestion séparée) : « 01191XX »

1. N° de version de la structure de contexte conventionnel : 01
2. Code spécialité du Professionnel de Santé : 19
3. Code conventionnel du Professionnel de Santé : 1
4. Code type de convention : XX
5. Critère secondaire : non renseigné
6. Code norme retour attendu : non renseigné



Exemple 2 (gestion unique) : « 01191RO02XX1XXXX »

1. N° de version de la structure de contexte conventionnel : 01
2. Code spécialité du Professionnel de Santé : 19
3. Code conventionnel du Professionnel de Santé : 1
4. Code type de convention : RO
5. Critère secondaire : 02XX1XXXX
6. Code norme retour attendu : non renseigné

2.4.16 1410-Groupe Cadre de Remboursement

Règles

Le progiciel de santé doit renseigner le groupe 1410, voire le groupe 1321, suivant le contexte de facturation au regard du remboursement de la part complémentaire.

Lorsque la part complémentaire est directement gérée par un organisme d'AMC alors l'information sur la situation de règlement de la part complémentaire est renseignée par la donnée 1321-5 en position 3. (Groupe « organisme de la part complémentaire », champ « donnée de la part complémentaire zone 2 », position « type de service AMC »).

Dans ce cas le groupe 1410 ne contient pas d'information sur la part complémentaire puisqu'elle est traitée directement par un organisme d'AMC.

Dans le cas où une convention a été signée entre le Professionnel de Santé et la caisse dont dépend l'assuré, une procédure de tiers payant peut être appliquée sur la part obligatoire.

Dans le cas d'une convention de gestion entre AMO et AMC, le tiers payant peut être appliqué à l'ensemble de la dépense.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

1410	Groupe Cadre de remboursement
1. Cadre de remboursement	<ul style="list-style-type: none"> • valeur 1 pour « le Professionnel de Santé n'a pas pratiqué de tiers payant sur les parts gérées par l'AMO » • valeur 2 pour « le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire, l'assuré ayant acquitté le ticket modérateur ou la part complémentaire ayant fait l'objet d'un tiers payant hors convention de gestion AMO-AMC » • valeur 3 pour « le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire et la part complémentaire gérée par l'AMO » • valeur 4 pour « le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant sur la part complémentaire gérée par l'AMO » • valeur 5 pour « le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant intégral pour le compte du régime SNCF ».
2. Décision avance de frais	Ce champ ne doit plus être renseigné.

Renseignement du cadre de remboursement

Le groupe 1410 : cadre de remboursement indique la situation de règlement des parts obligatoire et complémentaire gérées directement par l'AMO.

Le cadre de remboursement **est renseigné par le progiciel** en fonction de l'application ou non du tiers payant sur la part obligatoire et éventuellement de la prise en compte de la part complémentaire quand elle est gérée directement par l'AMO.

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des cas possibles :

Part obligatoire	Part complémentaire			
	Absence	Gestion unique		Gestion séparée
	so	HTP	TP	HTP ou TP
HTP	1	1	4	1
TP	2	2	3	2



Remarque : en gestion unique, le Hors Tiers payant sur la part complémentaire entraîne la non transmission d'informations complémentaires (cf. 1321) dans la facture.



Cas particulier : pour l'AME, la valeur de cadre de remboursement à utiliser est la valeur 3.

2.4.17 1420-Groupe Identification de pièce justificative pour l'AMO

Groupe de données Règles

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles quel que soit le mode de sécurisation.

Les Professionnels de Santé autorisés à effectuer des factures sans carte Vitale doivent préciser si le bénéficiaire a présenté une pièce justificative de droits et sa nature (bulletin de salaire, attestation de droits,...).

En cas d'acquisition des informations du bénéficiaire des soins par le service ADR, quel que soit le mode de sécurisation, la nature de la pièce justificative AMO est égale à la valeur issue de la réponse du service ADR (sous certaines conditions définies dans la documentation spécifique du service ADR).

Par ailleurs en cas de nature d'assurance SMG, quel que soit le mode de sécurisation, qu'il y ait eu ou non un appel au service ADR, la nature de la pièce justificative AMO doit être positionnée à « 1 » : « l'assuré a présenté un bulletin de salaire, une attestation de droits, une prise en charge pour l'AME, une attestation de bénéficiaire CMU-C... ».

Ce groupe ne doit être renseigné que dans les cas suivants :

- mise en forme d'une facture en mode de sécurisation : dégradé,
- mise en forme d'une facture avec les données issues du service ADR quel que soit le mode de sécurisation,
- mise en forme d'une facture en nature d'assurance SMG quel que soit le mode de sécurisation.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|---|
| • Prescripteurs |
| • Auxiliaires-médicaux |
| • Pharmaciens |
| • Laboratoires d'analyse de biologie médicale |
| • Fournisseurs |

1420	Groupe Identification de pièce justificative pour l'AMO	
1. Nature de la pièce justificative pour l'AMO	<p>cf. RG_CF313</p> <ul style="list-style-type: none"> • valeur 0 pour « L'assuré n'a présenté aucune pièce justificative » • valeur 1 pour « L'assuré a présenté un bulletin de salaire, une attestation de droits, une prise en charge pour l'AME, une attestation de bénéficiaire CMU-C, etc... » • valeur 2 pour « L'assuré a présenté sa Carte d'assuré social ou le Professionnel de Santé a consulté le fichier patient par télématique » • valeur 4 pour « L'assuré a présenté sa Carte Vitale » • pour ADR, valeur issue de la réponse du service (selon conditions définies dans la documentation spécifique du service ADR) 	
2. Date de validité de la pièce justificative pour l'AMO	Date de validité de la pièce justificative. (Règle spécifique définie dans la documentation du service ADR)	
3. Origine de la pièce justificative pour l'AMO	Code de l'organisme ayant délivré la pièce justificative quand la nature de la pièce est « L'assuré a présenté sa Carte d'assuré social ». (Règle spécifique définie dans la documentation du service ADR)	

Règles

[RG_CF313] Déterminer la nature de la pièce justificative AMO

	PR		AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SE					

La détermination de la nature de PJ AMO dépend du support de droits AMO

Support de droits AMO	Saisie PS	Nature de PJ	Libellé
Carte Vitale	So	4	L'assuré a présenté sa Carte Vitale
Service ADR	So		donnée issue du service ADR selon conditions décrites dans la documentation spécifique du service ADR
Attestation papier ou autre support de droits	Le Professionnel de Santé doit préciser si le bénéficiaire a présenté une pièce justificative de droits et sa nature (bulletin de salaire, attestation de droits,...).	0	L'assuré n'a présenté aucune pièce justificative
		1	L'assuré a présenté un bulletin de salaire, une attestation de droits, une prise en charge pour l'AME, une attestation de bénéficiaire CMU-C C2S, etc...
		2	L'assuré a présenté sa Carte d'assuré social ou le Professionnel de Santé a consulté le fichier patient par télématique

[CP1] Nature d'assurance SMG

	PR		AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SE					

Dans le cas particulier d'une facture en nature d'assurance SMG, quel que soit le support de droits AMO, le système de facturation renseigne la nature de pièce justificative AMO à la valeur 1 : « L'assuré a présenté une attestation de droits... ».

[CP3] Nature d'assurance AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SE					

Dans le cas où l'organisme gestionnaire AT identifié sur le support AT est différent de l'organisme gestionnaire AT du support de droits AMO, c'est l'organisme gestionnaire identifié sur le support AT et non sur le support de droits AMO qui est utilisé pour l'adressage de la facture, (cf. RG_CF_R25.0 : l'origine de l'organisme gestionnaire AT prend l'une des valeurs suivantes :

- feuillet AT,
- attestation AT,
- courrier de l'AT,
- déclaration de la victime.

La nature de pièce justificative AMO (EF_CF12_05) est alors renseignée à la valeur 1 : « L'assuré a présenté une attestation de droits ».

2.4.18 1440-Groupe Forçage Niveau facture

Règles



Voir Annexe1-A § Cas particulier du Forçage

Ce groupe est facultatif.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1440	Groupe <i>FORCAGE Niveau facture</i>
1. Indicateur de forçage AMO niveau facture	Voir Annexe1-A § Cas particulier du Forçage
2. Indicateur de forçage AMC niveau facture	Voir Annexe1-A § Cas particulier du Forçage
3. N° version du référentiel électronique SRT	Cf. fonction « version du référentiel » du module SRT – Annexe1-C

2.4.19 1450-Groupe Module de Tarification Complémentaire

Règles

Ce groupe est créé et renseigné par le module STS en sortie de la fonction « Tarification ».

Ce groupe est obligatoire si le progiciel a utilisé les STS pour calculer la part complémentaire.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|---|
| • Prescripteurs |
| • Auxiliaires-médicaux |
| • Pharmaciens |
| • Laboratoires d'analyse de biologie médicale |
| • Fournisseurs |

1450	Groupe <i>Module de Tarification Complémentaire</i>	
1. Identifiant du module STS	Renseigné par STS	
2. N° version*	Renseigné par STS	

*suivant le module STS, ce n° version est soit le n° de la table soit le n° du STS.

2.4.20 151x-Groupes NATURE d'ASSURANCE

Règles

Les différents groupes « nature d'assurance » regroupent un ensemble d'informations permettant d'indiquer à l'Assurance Maladie si les prestations indiquées sur la feuille de soins relèvent :

1. du risque Maladie,
2. du risque Maternité,
3. du risque Accident du travail.
4. du risque Prévention
5. du contexte Soins Médicaux Gratuits

Une facture ne peut donc comporter que des prestations relatives à un seul et même risque.

Un des cinq groupes ci-dessous est obligatoire pour toutes les familles.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

2.4.20.1 1511-Groupe Nature d'assurance Maladie

1511	Groupe Nature d'assurance Maladie
1. Date d'accident de droit commun	Saisie par le Professionnel de Santé. *
2. Indicateur Régime Alsace Moselle	Saisie par le Professionnel de Santé en l'absence de code couverture ou positionné par le progiciel : cf. RG_BS052 en cas d'utilisation des données issues du service ADR (selon une règle définie dans la documentation spécifique du service ADR).

*le Professionnel de Santé doit indiquer si les actes ou prestations servis sont consécutifs à un accident de droit commun causé par un tiers. Dans ce cas, le Professionnel de Santé doit saisir obligatoirement la date d'accident de droit commun.

La notion d'accident de droit commun est utilisée pour tous les bénéficiaires hormis les non salariés du régime agricole. Pour ces derniers on parle d'accident de la vie privée (cf. Corps du CDC §6 Glossaire).

Positionnement par défaut en nature d'assurance Maladie

En cas de facturation de prestations de type Consultation Obligatoire Enfant (groupe fonctionnel du code prestation = COx), la nature d'assurance maladie est proposée par défaut au Professionnel de Santé si elle n'est pas déjà renseignée.

Le LPS doit toutefois toujours permettre au Professionnel de Santé de modifier cette nature d'assurance



A noter qu'en cas de code situation caractérisant une situation « maternité » (cf. groupe 1511 : « Positionnement par défaut en nature d'assurance Maternité »), simultanément à la facturation de prestations de type Consultation Obligatoire Enfant, le positionnement par défaut de la nature d'assurance à « Maladie » est prioritaire sur « Maternité ».

[RG_BS052] Déterminer le code indicateur Alsace-Moselle

		FR							
M	CD	SE	AM	LB	PH	FR	LR		



Support de droits AMO = Carte Vitale ou ADR

En présence d'une carte Vitale, ou en cas d'utilisation des données issues du service ADR ce code indicateur est positionné par le système de facturation en fonction du code situation acquis à partir du support de droits AMO.

Le tableau ci-après présente la liste des codes situation caractérisant une situation Alsace-Moselle ou Régime-Local et positionnant le code indicateur Alsace-Moselle à « Oui » :

Code situation		Code Indicateur Alsace-Moselle
0105	→	« O »
0106		
0107		
0108		
0109		
0110		
0205	→	« O »
0206		
0207		
0225		
0226		
0227	→	« N »
Autre		



Autres supports de droits : absence de code situation

En l'absence de carte Vitale et d'acquisition des données via le service ADR, le code situation n'est pas connu. Le Professionnel de Santé indique alors si le bénéficiaire de soins bénéficie du régime Alsace-Moselle.

Si le Professionnel de Santé ne renseigne pas cet indicateur, cela équivaut à signifier que le bénéficiaire de soins ne bénéficie pas du régime Alsace-Moselle.

2.4.20.2 1512-Groupe Nature d'assurance Maternité

1512	Groupe Nature d'assurance Maternité
1. Date de maternité	Cf. R30 et R31 de l'annexe 2.

Positionnement par défaut en nature d'assurance Maternité

Dans certaines situations le contexte de maternité peut être détecté par le progiciel de sorte à ce qu'il propose par défaut la nature d'assurance maternité au Professionnel de Santé

Les codes situation issus de la lecture de la carte vitale du bénéficiaire (groupe 106) sont à utiliser pour identifier une situation « maternité ».

A une valeur de code situation correspondent une ou plusieurs situations médico administratives cumulées.

S'agissant des codes situation listés ci-dessous, ils contiennent nécessairement une situation « maternité » :

- **0103, 0107, 0110, 0203, 0207, 0405, 1003, 9003.**

En conséquence, dès lors que le progiciel détecte l'un de ces codes situation, la facturation sous la nature d'assurance maternité doit être proposée par défaut au Professionnel de Santé.

Le code situation s'apprécie à la date de prescription lorsqu'une prescription est à l'origine de la facture, à la date d'élaboration de la facture dans les autres cas.



Rappel : Dans ce contexte, l'acquisition de la « date maternité » est obligatoire. Le Professionnel de Santé doit toutefois pouvoir élaborer la facture sous une autre nature d'assurance qu'il aurait identifiée (AT, maladie, SMG).



Cas particulier : à ce jour, les Mahoraises (organisme de rattachement 04 : code caisse = 976 ou code régime / code caisse = 02 / 941) sont exclues de ce dispositif. En conséquence les dispositions ci-dessus ne doivent pas leur être appliquées.

2.4.20.3 1513-Groupe Nature d'assurance Accident du Travail

1513	Groupe Nature d'assurance Accident du Travail	
1. Date d'accident du travail	Saisie par le Professionnel de Santé ou lu sur la carte Vitale ou acquis avec le service ADR	
2. N° d'accident du travail	Saisie par le Professionnel de Santé ou lu sur la carte Vitale ou acquis avec le service ADR	
3. Clé du n° d'accident du travail	Saisie par le Professionnel de Santé ou lu sur la carte Vitale ou acquis avec le service ADR	

2.4.20.4 1514-Groupe Nature d'assurance Prévention

Ce groupe est prévu pour utilisation future.

1514	Groupe Nature d'assurance Prévention	
1. Champ d'application dispositif de prévention	Zone réservée pour utilisation future	
2. Date liée au dispositif de prévention	Zone réservée pour utilisation future	
3. N° d'accident lié au dispositif de prévention	Zone réservée pour utilisation future	
4. Clé du n° d'accident lié au dispositif de prévention	Clé du n° d'accident Zone réservée pour utilisation future	

2.4.20.5 1515-Groupe Nature d'assurance SMG

1515	Groupe Nature d'assurance SMG	
1. Montant total de la prise en charge SMG	Saisie par le Professionnel de Santé à partir de l'accord de prise en charge SMG Non renseigné en l'absence d'accord de prise en charge	

Pour choisir le risque Soins Médicaux Gratuits, le Professionnel de Santé est tenu de disposer nécessairement :

- pour un prescripteur :
 - de l' « attestation de droits aux Soins Médicaux Gratuits »,
 - de la « Fiche Descriptive des Infirmités donnant droit aux Soins Médicaux Gratuits »
- pour le Professionnel de Santé exécutant :
 - de l'ordonnance mentionnant le rapport des soins avec les infirmités ayant donné lieu à pension.

Dans le cas particulier où le Professionnel de Santé appartient à la famille « Auxiliaires Médicaux », il est recommandé au progiciel d'informer le Professionnel de Santé au moment de la saisie du montant total de prise en charge SMG qu'en cas d'actes en série, la facture doit comporter l'ensemble des soins de la série sur laquelle porte l'accord de prise en charge SMG »

2.4.21 161x-Groupes PRESTATION

2.4.21.1 Règles de gestion des prestations

Les informations télétransmises reflètent exactement la facturation des actes retracée sur le support papier. Il est donc nécessaire de créer autant de groupes 1610 que d'actes répertoriés sur la feuille de soins.

Prestations de biologie

Néanmoins, dans le cadre de la mise en œuvre de la codification affinée des actes de biologie (i.e. de type de nomenclature NABM et de top codage affiné = oui, cf. Annexe2-Table1), l'ensemble des actes exécutés à la même date pour une même prescription (ayant même taux de remboursement) est regroupé dans un groupe 1610 unique. La valeur du coefficient est alors égale à la somme des coefficients représentatifs des codes affinés.

Enchaînement des groupes 161x

L'enchaînement des prestations (groupes 161x) doit respecter les contraintes d'ordonnancement du présent CDC, à savoir :

Une prestation de type secondaire facturée dans un groupe 1610 doit être positionnée après d'éventuelles indemnités de déplacement (groupes 1620 et/ou 1630).

- Toute prestation d'honoraire simple doit succéder **immédiatement** le médicament à laquelle elle se rapporte (cf. § 2.4.21.1.5)
- Les prestations d'honoraires globaux doivent apparaître en fin de facture après tous les médicaments et leurs honoraires simples, dans l'ordre suivant :
 - L'honoraire complexe (HC)
 - L'honoraire de dispensation pour délivrance de médicaments remboursables (HDR)
 - L'honoraire de dispensation lié à l'âge (HDA)
 - L'honoraire de dispensation pour délivrance de médicaments spécifiques (HDE)
- Les prestations de suppléments SMG doivent apparaître en fin de facture (cf. A1-A3)
- La prestation de supplément APIAS doit apparaître en fin de facture (cf. A1-A3)

Tiers payant en mode dégradé

En mode de sécurisation dégradé, lorsque le Professionnel de Santé ne dispose pas des informations lui permettant de déterminer le taux de remboursement, la procédure de tiers payant ne peut être appliquée pour la part obligatoire comme pour la part complémentaire.

2.4.21.1.1 Règles particulières de présentation concernant certains types d'actes

Définition

Une séance de soins correspond à des actes réalisés le même jour par un même praticien sur le même patient.

Actes multiples au cours d'une même séance avec ou sans dépassement de tarif

Chaque acte doit être présenté isolément dans un groupe 1610. Le montant des honoraires retrace le prix de chaque acte. Le dépassement éventuel est imputé soit à chaque acte, soit à l'acte le plus important.

Plusieurs séances facturées sur la même feuille de soins avec actes multiples ou indemnités

Lorsque plusieurs séances d'actes sont facturées sur la même feuille de soins, la présentation des articles doit respecter la chronologie des séances et l'ordre de présentation des feuilles de soins comme précisé ci-après :

1ère Séance :

- acte médical avec ou sans majoration,
- éventuellement, acte médical réduit,
- indemnité(s).

2ème Séance :

- acte médical avec ou sans majoration,
- éventuellement, acte médical réduit,
- indemnité(s).

La possibilité de regrouper des actes identiques effectués le même jour (même coefficient, même prestation, même complément de prestation réalisés par le même Professionnel de Santé sur un même malade) est offerte.

Les indemnités kilométriques (codes prestations de groupe fonctionnel « Indemnité de déplacement / Kilométrique ») ne sont pas concernées par ce regroupement et doivent être présentées par séance de soins. (La faculté de regrouper les actes effectués le même jour n'est pas contradictoire avec le non regroupement des indemnités kilométriques.)

Les prestations CCAM ne sont pas concernées par ce regroupement.

Pour les auxiliaires-médicaux, le dénombrement d'une ligne de prestation correspond au nombre de séances de soins.



Remarque :

La cotation des prestations citées dans les exemples peut être déphasée par rapport à l'évolution de la réglementation. Celle-ci est donnée à titre indicatif.

Exemple : un AIS 3 effectué le matin et un AIS 3 effectué le soir pendant X jours à domicile.

Remplissage des groupes avec regroupement par journée de soins

Groupe	N° prestation	Date d'exécution	Code prestation	Coefficient	Quantité	Dénombrement
1610	1	20021201	AIS	3,00	2	2

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Code IFD	Quantité
1620	2	20021201	IFA	2

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Type IK	Nombre de kilomètres
1630	3	20021201	IK	5
1630	4	20021201	IK	5

Groupe	N° prestation	Date d'exécution	Code prestation	Coefficient	Quantité	Dénombrement
1610	5	20021202	AIS	3,00	2	2

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Code IFD	Quantité
1620	6	20021202	IFA	2

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Type IK	Nombre de kilomètres
1630	7	20021202	IK	5
1630	8	20021202	IK	5

Remplissage des groupes sans regroupement par journée de soins

Groupe	N° prestation	Date d'exécution	Code prestation	Coefficient	Quantité	Dénombrement
1610	1	20021201	AIS	3,00	1	1

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Code IFD	Quantité
1620	2	20021201	IFA	1

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Type IK	Nombre de kilomètres
1630	3	20021201	IK	5

Groupe	N° prestation	Date d'exécution	Code prestation	Coefficient	Quantité	Dénombrement
1610	4	20021201	AIS	3,00	1	1

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Code IFD	Quantité
1620	5	20021201	IFA	1

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Type IK	Nombre de kilomètres
1630	6	20021201	IK	5

Groupe	N° prestation	Date d'exécution	Code prestation	Coefficient	Quantité	Dénombrement
1610	7	20021202	AIS	3,00	1	1

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Code IFD	Quantité
1620	8	20021202	IFA	1

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Type IK	Nombre de kilomètres
1630	9	20021202	IK	5

Groupe	N° prestation	Date d'exécution	Code prestation	Coefficient	Quantité	Dénombrement
1610	10	20021202	AIS	3,00	1	1

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Code IFD	Quantité
1620	11	20021202	IFA	1

Groupe	N° prestation	Date du déplacement	Type IK	Nombre de kilomètres
1630	12	20021202	IK	5

Majoration de nuit ou de dimanche dans l'hypothèse d'actes multiples au cours d'une même séance

La majoration de nuit est imputée à l'acte principal.

Exemple

AIS 3 + AIS3/2 pour 10,80€ et 9,15€ de majoration de nuit

	Groupe 1610	Groupe 1610
N° de la prestation	1	2
Code prestation	AIS	AIS
Code complément prestation	N	
Coefficient	3	1,5
Montant des honoraires	$(2,40 * 3) + 9,15 = 16,35$	$2,40 * 1,5 = 3,60$

Cumul d'Actes

Cumul d'actes CCAM et non CCAM :

« La mise en application de la CCAM sur un champ partiel induit la cohabitation d'actes CCAM et d'actes NGAP.

Cependant, les règles actuelles de la NGAP continueront de s'appliquer.

Par exemple, il n'est pas possible de cumuler un acte technique et une consultation sauf exceptions (en particulier, C ou CS et ECG).

Un acte donné n'appartient qu'à une seule des deux nomenclatures à une date donnée pour une spécialité donnée. »

Actes gratuits, Actes non remboursables, Actes Hors Nomenclature, AME, Forfaits dentaires CMU-C

Actes gratuits

Pour les actes GRATUITS (actes supports ou actes secondaires), le taux de remboursement, le montant des honoraires, le montant remboursable par l'AMO doivent être valorisés à zéro et le qualificatif de la dépense à G (groupe 1610 ou 1620 ou 1630).

La gratuité d'un acte support n'entraîne pas automatiquement la gratuité des actes secondaires qui lui sont rattachés.

	Groupe 1610	Champs modifiés par la règle
N° de la prestation	1	
Code prestation	Code prestation	
Code complément prestation	Code complément prestation	
Qualificatif de la dépense	G	***
Coefficient	Coefficient	
Prix unitaire	Prix unitaire	
Base de remboursement	Base de remboursement	
Taux de remboursement	Zéro	***
Montant remboursable par AMO	Zéro	***
Montant des honoraires	Zéro	***

Actes Non Remboursables et AME

Pour les actes NON REMBOURSABLES, **ainsi que dans le cadre des AME** ou forfaits dentaires CMU-C, la base de remboursement, le taux de remboursement, le montant de remboursement par l'AMO doivent être valorisés à zéro et le qualificatif de la dépense à N.

Ce dernier doit également être renseigné à N dans les groupes 1620 et 1630 en cas d'acte de déplacement non remboursable.

Actes gratuits en AME

Dans le cas particulier d'un acte gratuit délivré à un bénéficiaire de l'AME, le qualificatif de la dépense doit être positionné à G, prioritairement à la valeur N.

Forfaits dentaires CMU- C

Dans le cas des forfaits dentaires CMU-C, le montant remboursable de la part complémentaire contient le montant du forfait dentaire CMU-C.

	Groupe 1610	Champs modifiés par la règle
N° de la prestation	1	
Code prestation	Code prestation	
Code complément :prestation	Code complément prestation	
Montant des honoraires ou de la dépense	Remplissage standard ou montant du forfait dentaire CMU-C	
Qualificatif de la dépense	N	***
Coefficient	Coefficient	
Prix unitaire	Prix unitaire	
Base de remboursement	Zéro	***
Taux de remboursement	Zéro	***
Montant remboursable par AMO	Zéro	***

Actes Hors Nomenclature

Pour les actes HORS NOMENCLATURE,

	Groupe 1610	Champs modifiés par la règle
N° de la prestation	1	
Code prestation	HN	
Code complément :prestation		
Qualificatif de la dépense	N	***
Coefficient	1	
Prix unitaire	Montant des honoraires	
Base de remboursement	Zéro	***
Taux de remboursement	Zéro	***
Montant remboursable par AMO	Zéro	***

Déplacements

Les actes NON REMBOURSABLES, les actes GRATUITS et les actes HORS NOMENCLATURE ne donnent pas lieu à facturation de déplacement.

Les déplacements concernés par un abattement à 100% sont considérés comme des actes gratuits.

Pour les actes dans le cadre de l'AME, une facturation de déplacement est possible. Dans ce cas là, le qualificatif de la dépense du déplacement est à N.

Un déplacement est une prestation de groupe fonctionnel de niveau général « Indemnité de déplacement » (cf. Annexe2-Table1).

AME



Pour les bénéficiaires de l'AME, le montant du remboursement (part obligatoire + part complémentaire) est renseigné dans la part complémentaire (« montant théorique remboursable de la part complémentaire » groupe 1610, champ 15).

Médicaments détournables

En cas de délivrance par un pharmacien n'étant pas celui précisé sur l'ordonnance d'un médicament pouvant faire l'objet d'une utilisation détournée, ce médicament n'est pas remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Ce non remboursement apparaît dans la facture du pharmacien par l'utilisation du qualificatif de la dépense « Non remboursable ».

Dépassements liés au parcours coordonné de soins

Selon le contexte du parcours de soins, certains Professionnels de Santé sont autorisés, selon leur code conventionnel, leur contrat tarifaire et suivant que le bénéficiaire bénéficie de la **CMU-C C2S** ou non, à facturer un Dépassement Autorisé (DA).

Il est possible de cumuler un DA avec un dépassement pour « Entente Directe » (ED).

Dépassements prévus selon les contextes du parcours de soins, le Professionnel de Santé et le bénéficiaire :

A0-T2 : Table des dépassements selon le contexte du parcours de soins

INFORMATIONS DU PARCOURS DE SOINS			DEPASSEMENTS	
Position par rapport au parcours de soins	Contexte du parcours de soins		DA	DA+ED
	Situation au regard du parcours de soins	Existence de la déclaration d'un Médecin traitant		
Non concerné	Cas d'exclusion		NON	
	Urgence	--(sans objet)		
Dans le parcours	Médecin Traitant	--(sans objet)	NON	
	Nouveau Médecin Traitant	-- (sans objet)		
	Médecin traitant de substitution ^(*)	Oui		
	Généraliste récemment installé	Oui		
	Médecin en zone sous médicalisée	Oui		
	Hors résidence habituelle du patient	Oui		
		Non ou ne sait pas		
	Accès direct spécifique	Oui		
	Médecin orienté par le MT	-- (sans objet)		
	Médecin orienté par un médecin autre que le MT <i>(médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée ...)</i>	Oui		
Hors parcours	Généraliste récemment installé	Non ou ne sait pas	OUI sous condition cf. table A0-T2bis	
	Médecin installé en zone sous médicalisée	Non ou ne sait pas		
	Accès direct spécifique	Non ou ne sait pas		
	Hors Accès direct spécifique	Oui		
		Non ou ne sait pas		
	Médecin orienté par un médecin autre que le MT <i>(médecin en accès direct spécifique, généraliste récemment installé, médecin installé en zone sous médicalisée ...)</i>	Non ou ne sait pas		
	Non respect du parcours <i>(PS non Médecin Traitant, non orienté...)</i>	-- (sans objet) ^(**)		

(*) Le Professionnel de Santé se trouve dans la situation de « Médecin traitant de substitution » uniquement lorsque le bénéficiaire l'informe de l'existence d'une déclaration du médecin traitant.

Dans le cas contraire, la situation au regard du parcours de soins à saisir est « Non respect du parcours ».

Pour les contextes du parcours de soins avec lesquels le dépassement DA compatible, le détail des compatibilités en fonction du Professionnel de Santé et du bénéficiaire sont décrites dans le tableau ci-après :

A0-T2bis : Table des dépassements du parcours de soins selon le PS et le bénéficiaire

PS			DANS le parcours	HORS parcours	
			Bénéficiaire	Bénéficiaire	
	Code convention	Contrat tarifaire PS	en CMU-C C2S ou hors CMU-C C2S	hors CMU-C C2S	en CMU-C C2S
non conventionné	0	Non	non	non	
secteur I (sans DP)	1	Non	non	<ul style="list-style-type: none"> DA si spécialité différente de 01, 22, 23 	non
				<ul style="list-style-type: none"> DA+ED si spécialité 18, 44, 45, 69 	non
secteur I avec DP n'ayant pas adhéré à un contrat tarifaire PS	2	Non		non	non
secteur I avec DP ayant adhéré à un contrat tarifaire PS		Oui			
secteur II n'ayant pas adhéré à un contrat tarifaire PS	3	Non			
secteur II ayant adhéré à un contrat tarifaire PS		Oui			

Il est rappelé que ces règles de compatibilité entre la situation au regard du parcours de soins et les dépassements autorisés sont spécifiées ici à titre indicatif. Elles peuvent donner lieu à des signalements au Professionnel de Santé sur le poste lors de la facturation mais ne doivent en aucun cas être bloquantes et interdire la facturation d'un dépassement.

Séquence de calcul et Arrondis

Dès qu'un montant (base de remboursement ou montant remboursable) est affecté d'un taux, le résultat :

- est arrondi par excès (centime supérieur) dès lors que la troisième décimale est supérieure ou égale à 5 ;
- est arrondi par défaut (centime inférieur) dès lors que la troisième décimale est inférieure ou égale à 4.

Cette règle s'applique au calcul de la base de remboursement (et de façon plus générale à l'ensemble des calculs effectués).

Cette règle s'applique à chaque ligne prestation (groupe 1610).

Exemple

Base de remboursement x Taux = Montant remboursable

Le Montant remboursable est arrondi suivant le principe ci-dessus.

Détermination de la part remboursable par l'assurance complémentaire et de la part assuré

La détermination des sommes imparties à chaque poste peut être la suivante :

- montant remboursable par AMO => A = tarif de responsabilité x taux de remboursement
- base de remboursement sur la part complémentaire => B = dépense réelle - montant remboursable par AMO
- ticket modérateur => C = tarif de responsabilité - montant remboursable par AMO
- participation maximum sur la part complémentaire => D = base de remboursement AMC x taux de participation

Détermination de la part remboursable par l'assurance complémentaire et de la part assuré

Si $D < B$ et différence supérieure ou égale à 2 centimes

part remboursable sur la part complémentaire = D

part assuré = $B - D$

Si $D < B$ et différence inférieure à 2 centimes

part remboursable de la part complémentaire = B

part assuré = zéro

Si $D \geq B$

part remboursable de la part complémentaire = B

part assuré = zéro

2.4.21.1.2 Spécificités Dentaires

Soins dentaires

Les dispositions réglementaires concernant les soins dentaires prévoient que le tarif applicable est celui en vigueur à la date d'achèvement des soins.

Cette date doit être indiquée pour chaque prestation.

Dans le cadre de la NGAP, une prestation correspondant à une seule dent soignée.

Dans le cadre de la CCAM une prestation peut comporter jusqu'à 16 occurrences de dents soignées.

Les soins dentaires correspondent aux prestations de groupe fonctionnel de niveau général « soins dentaires ».

(cf. Annexe2-Table1)

Orthopédie dento-faciale

La réglementation prévoit que l'examen du droit aux prestations s'effectue à la date de début du traitement orthopédique.

Cette date de début figure dans le groupe 1212. La date de fin de la période de traitement figure quant à elle dans le groupe 1610 (rubrique : date d'exécution).

Les soins d'orthopédie dento-faciale correspondent aux prestations de groupe fonctionnel « soins dentaires / ODF » (cf. Annexe2-Table1).

Prothèses dentaires

L'examen du droit aux prestations s'effectue à la date d'exécution des soins (date d'achèvement de la prothèse).

Les prothèses dentaires correspondent aux prestations de groupe fonctionnel « soins dentaires / prothétiques » (cf. Annexe2-Table1).

Le respect des plafonds des actes prothétiques est contrôlé à partir de la table des plafonds dentaires (Annexe 2, règle P5). Cette table (DF_PFD) est fournie par le GIE Sesam Vitale et correspond à un fichier de données dont la structure est la suivante :

- Code acte
- Panier (« 0 » pour panier reste à charge zéro, « 1 » pour panier reste à charge modéré ou « 2 » pour panier **C2S CMU-C**)
- Forfait CMU-C (code du forfait CMU-C ou Sans objet « So »)
- Date d'effet (jj/mm/aaaa)
- Date de fin (jj/mm/aaaa)
- Plafond (montant avec deux décimales)



Les données liées à la base CCAM ne changent pas de nom. Le champ n°52 se nomme « Code CMU-C ». En conséquence les prestations de type forfait CMU-C ne changent pas de nom dans l'ensemble du CDC SV. Cela s'applique également aux forfaits optiques CMU-C.

- Exemple (les plafonds sont fictifs) :

Acte	Panier	Forfait CMU-C	Date d'effet	Date de fin	Plafond
HBLD090	2	FDA	01/04/2019		200,00
HBLD090	1	So	01/04/2019		230,00
HBLD090	2	FDC	01/01/2020		175,00
HBLD090	1	So	01/01/2020		175,00
HBLD745	2	FDA	01/01/2020		175,00
HBLD745	0	So	01/01/2020		230,00

Forfait dentaire au titre de la **CMU-C-C2S** du panier de biens et services **CMU-C-C2S**

Principe

A chaque acte dentaire support (CCAM ou NGAP) correspond un code forfait CMU-C à facturer (FDA, FDC, ...) et un montant maximum pris en charge pour ce forfait.

Les montants maximum de prise en charge des forfaits **CMU-C** dentaires font l'objet d'un arrêté **CMU-C** relatif à la protection complémentaire en matière de santé publié au Journal Officiel.

CCAM

La liste des forfaits CMU-C facturables pour un acte CCAM dentaire est consultable dans la base CCAM. Pour cela le LPS utilise le service SRT_ConsumerDonnees(CCAM-52a).

NGAP

Les actes d'orthopédie dento-faciale (ODF) sont en NGAP (code prestation TO ou ORT). La compatibilité entre le forfait CMU-C et l'acte dentaire NGAP est contrôlée par la règle R11bis qui s'appuie sur la table 12 (cf. Annexe 2)

Sur la facture

- l'acte dentaire support (CCAM ou NGAP) est facturé au tarif conventionnel **sans dépassement** (cf. Annexe2 règle P2),
- l'acte forfait CMU-C correspond au dépassement

Cas particulier : Forfait CMU-C hors panier de bien

Pour certains actes CCAM dentaires, un dépassement au-delà du montant maximal de dépassement autorisé est possible. Dans ce cas, une part reste à la charge de l'assuré.

Sur la facture :

- le montant facturé sur l'acte CCAM est supérieur au tarif conventionnel,
- le PS indique un qualificatif de dépense « entente directe » (D),
- le forfait CMU-C utilisé est le code **FPC**,
- le montant du FPC correspond au montant maximal de dépassement autorisé.



Attention : le dépassement (autre que le montant du FPC) ne doit pas être reporté dans le montant AMC de l'acte CCAM :

- le montant AMC de l'acte CCAM correspond au TM calculé sur la base de remboursement,
- le dépassement autre que le montant du FPC doit apparaître dans le reste à charge de l'acte CCAM.
- Les actes CCAM dentaire concernés sont ceux compatibles avec le code forfait FPC.

Exemple 1 Forfait CMU-C dans le panier de biens

Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
-------------------------------------	-----------	-----	-------	-----	--------------	----	------------	------------	---------	------------------	-----------------------	---------	----------------

à 70 %	PAR	HBLD138	1	1	1	0	139,75	139,75	70	97,83	139,75		41,92	0 ⁽¹⁾
	FDA		1	1	1	0	294,25	0	0	0	294,25	N	294,25	0
Total											434,00			

bénéf. exonéré	PAR	HBLD138	1	1	1	4	139,75	139,75	100	139,75	139,75		0	0
	FDA		1	1	1	0	294,25	0	0	0	294,25	N	294,25	0
Total											434,00			

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 70 %	PFM	HBLD040	1	1	1	0	279,50	279,50	70	195,65	279,50		83,85	0 ⁽¹⁾
	FDC		1	1	1	0	555,50	0	0	0	555,50	N	555,50	0
Total											835,00			

bénéf. exonéré	PFM	HBLD040	1	1	1	4	279,50	279,50	100	279,50	279,50		0	0
	FDC		1	1	1	0	555,50	0	0	0	555,50	N	555,50	0
Total											835,00			

Exemple 2 Forfait CMU-C hors panier de biens

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 70 %	PFC	HBLD036	1	1	1	0	107,50	107,50	70	75,25	277,50	D	32,25	170,00
	FPC		1	1	1	0	122,50	0	0	0	122,50	N	122,50	0
Total											400,00			

bénéf. exonéré	PFC	HBLD036	1	1	1	4	107,50	107,50	100	107,50	277,50	D	0	170,00
	FPC		1	1	1	0	122,50	0	0	0	122,50	N	122,50	0
Total											400,00			

Exemple 3 Forfait CMU-C pour un acte d'ODF

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 100 %	TO		1	90	1	0	2,15	193,5	100	193,5	193,50		0	0
	FDO		1	1	1	0	139,50	0	0	0	139,50	N	139,50	0
Total											333,00			

Les montants utilisés dans les exemples ci-avant sont mentionnés à titre d'exemple, et peuvent évoluer en fonction des tarifs conventionnels.

Ordre des prestations

Dans le cadre de la CCAM, une prestation de forfait dentaire ~~au titre de la~~ CMU-C devra suivre immédiatement une prestation CCAM de code regroupement dentaire. Cf. Annexe 2 règle R11bis.

Définition

Les forfaits dentaires ~~au titre de la~~ CMU-C correspondent aux prestations de groupe fonctionnel « soins dentaires / forfait CMU-C » (cf. Annexe2-Table1).

2.4.21.1.3 Codage de la biologie

Depuis la mise en place du codage de la biologie, seule la lettre clé B est acceptée dans les groupes 1610 (les lettres clés BP et BR sont supprimées).

La procédure de codage de la biologie est obligatoire pour les laboratoires.

Les majorations de nuit, dimanche et jours fériés étant codées dans les groupes 1710, les compléments d'actes N et F ne doivent plus figurer dans les groupes 1610. Toutefois, le coefficient correspondant à ces majorations est à inclure dans le total des coefficients du groupe 1610.

Le nombre de groupe 1710 est limité à 50 par groupe 1610. La valeur du dénombrement du groupe 1610 est égale au nombre de groupes 1710 (codes affines) qui suivent.

Lorsque l'acte de biologie a été effectué par un laboratoire spécialisé, sa facturation est reprise par le laboratoire demandeur et doit être isolée dans un groupe 1610 particulier suivi du(des) groupe(s) 1710 comportant le codage de l'acte dans un contexte de contrat de collaboration.

Certaines analyses peuvent être répétées plusieurs fois au cours d'une même journée et font alors l'objet d'une même facture. La présentation des groupes est alors la suivante :

Chaque exécution donne lieu à un groupe 1610 et un ou plusieurs groupes 1710

1610	code acte = B Quantité = 1 Coefficient = n	} 1 ^{ère} analyse de la journée
1710	xxxx code affiné	
1710	yyyy code affiné	
1610	code acte = B Quantité = 1 Coefficient = n	} 2 ^{ème} analyse de la journée
1710	xxxx code affiné	
1710	yyyy code affiné	

2.4.21.1.4 Codage des actes d'anatomo-cytopathologie

Les médecins anatomo-cytopathologistes peuvent transmettre les codes affines des actes cotés en P dans ce cas, le groupe 1710 doit être alimenté.

Le codage des actes en P suit les mêmes règles que celui des actes en B.

Ce groupe est facultatif, le codage affiné n'étant pas obligatoire pour ce type de prestation

2.4.21.1.5 Spécificités : Frais pharmaceutique

Codage de la Pharmacie

Une prestation concernant la famille pharmaciens (groupe 1610) ne peut inclure à la fois des codes médicaments (groupes 1740 et 1741) et des codes LPP (1730).

Pour les médicaments

On établit un groupe 1610 *Prestation* par code prestation de groupe fonctionnel « Médicament » (cf. Annexe2-Table1).

Pour les prestations admettant le codage (top codage affiné = oui, cf. Annexe2-Table1), ce groupe 1610 est suivi d'un groupe 1740 « *Prestation détaillée code CIP* », lui-même éventuellement suivi de 1 à 30 groupes 1741 « *Prestation détaillée lot d'un code CIP* » pour identifier les numéros de lot et de série des conditionnements de médicaments délivrés.

Le prix unitaire du groupe 1610 correspond au montant de la prestation, à savoir :

- le prix unitaire de la boîte de médicament délivré multiplié par le nombre de boîtes délivrées (multiplication du champ 1740-4 par le champ 1740-5)
- ou bien, en cas de déconditionnement, le prix de l'unité multiplié par le nombre d'unités délivrées. (multiplication du champ 1740-10 multiplié par le champ 1740-9)

La valeur du dénombrement du groupe 1610 demeure 1.

Refus de substitution

En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à tarif forfaitaire de responsabilité et ayant fait l'objet d'un refus de substitution par l'assuré, le PS saisit un indicateur de substitution à N (1740-7).

Dans ce cas, le prix unitaire du groupe 1610 est déterminé selon la règle S1.

Opération de génération des honoraires de dispensation

Principe

Pour chaque médicament remboursable identifié par un code CIP, le système de facturation doit générer une prestation d'honoraire de dispensation simple : pour toute prestation saisie par le PS, le système de facturation utilise la règle R60 (cf. Annexe 2) pour déterminer s'il y a lieu de générer une prestation d'honoraire simple associée. (cf. schéma SR1)

Par ailleurs, le système doit également générer :

- une prestation d'honoraire complexe (une seule par facture) en fonction de la présence dans la facture d'un nombre minimum de médicaments différents remboursables.

La règle de détermination de l'honoraire complexe est la règle R61 (cf. Annexe 2 ; cf. A1-A : schémas SR1 et SR1bis).

- une prestation d'honoraire pour délivrance de médicament remboursable en fonction de la présence dans la facture d'au moins un médicament remboursable. La règle de détermination de cet honoraire est la règle R62 (cf. Annexe 2 ; cf. A1-A : schémas SR1 et SR1bis).
- une prestation d'honoraire lié à l'âge en fonction de l'âge du bénéficiaire. La règle de détermination de cet honoraire est la règle R63 (cf. Annexe 2 ; cf. A1-A : schémas SR1 et SR1bis).
- une prestation d'honoraire pour délivrance de médicament spécifique en fonction la présence dans la facture d'au moins un médicament spécifique. La règle de détermination de cet honoraire est la règle R64 (cf. Annexe 2 ; cf. A1-A : schémas SR1 et SR1bis).

Positionnement dans la facture

Toute prestation d'honoraire simple générée par le LPS doit **immédiatement** succéder la prestation à laquelle elle se rapporte.



Dans le cas où la prestation de médicament ayant déclenché l'honoraire simple est déjà suivie d'un acte secondaire saisi par le Professionnel de Santé (exemple : UPH ou MPI), la prestation d'honoraire doit être insérée avant la prestation secondaire saisi par le PS.

La prestation d'honoraire complexe doit apparaître après tous les médicaments et leurs honoraires simples. Ensuite, doit apparaître l'honoraire pour médicament remboursable, puis s'il y a lieu l'honoraire lié à l'âge et enfin s'il y a lieu l'honoraire pour médicament spécifique.

Données d'une prestation d'honoraire générée

Le système de facturation établit un groupe 1610 Prestation pour toute prestation d'honoraire de dispensation simple ou global, comme spécifié ci-après :

	Honoraire simple	Honoraires globaux
1610-2 Date d'exécution	Date de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte.	Date de la facture
1610-3 Lieu d'exécution	Identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte.	Identique à celui de la dernière prestation saisie par le PS.
1610-4 Code prestation	cf. R60	HC (cf. R61) HDR (cf. R62) HDA (cf. R63) HDE (cf. R64)
1610-5 Code complément prestation	Non renseigné.	Idem honoraire simple
1610-6 Montant des honoraires	Base de remboursement de l'honoraire	Base de remboursement de l'honoraire global

1610-7 Qualificatif de la dépense	Identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte	Non renseigné Hors cas particuliers AME et SMG
1610-8 Coefficient	Toujours à 1	Idem honoraire simple
1610-9 Quantité	Egale au nb de boîtes de médicament utilisées pour la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte (1740-5 du médicament associé)	Egale à 1
1610-10 Dénombrement	Toujours à 1	Idem honoraire simple
1610-11 Prix unitaire	cf. S3	Idem honoraire simple



La prestation d'honoraire est générée par le système de facturation : aucune donnée de cette prestation (groupes 1610, 18xx, 20xx) ne doit être modifiable par le Professionnel de Santé (cf. A1-A §3.1)

2.4.21.1.6 Spécificité : LPP

Pour les Dispositifs médicaux (DM) de la LPP (anciennement TIPS) :

Pour chaque code prestation de type de nomenclature LPP (cf. Annexe2-Table1), on établit un groupe 1610 *Prestation*. Ce groupe 1610 est suivi de 1 à 10 groupes 1730 *Prestation détaillée*.



Cas particulier : En nature d'assurance SMG **et ou** AT **ou pour les codes affiné LPP soumis à PLV**, ce groupe 1610 est nécessairement suivi d'un et un seul groupe 1730 *Prestation détaillée*.

1610-10 *Dénombrement*

La valeur du dénombrement du groupe 1610 correspond au nombre des groupes 1730 qui s'y rattachent.

1610-11 *PU*

Le prix unitaire du groupe 1610 (1610-11) est renseigné par la somme des « montants de la LPP » (1730-10) identifiés dans les groupes 1730 qui s'y rattachent.

1610-12 *Base de Remboursement*

La base de remboursement du groupe 1610 est renseignée par la somme des « montants totaux de la LPP » (1730-10) identifiés dans les groupes 1730 qui s'y rattachent, dans la limite du montant des honoraires (1610-6).

1610-6 *Montant des honoraires*

Quelle que soit la nature d'assurance, le montant total facturé à l'assuré renseigne le « montant des honoraires » (champ 1610-6). Ce montant correspond à la somme des « montants totaux facturés TTC après remise éventuelle » identifiés dans les groupes 1730 (champ 1730-11) qui se rattachent à ce groupe 1610, hormis en cas d'acte gratuit (qualificatif de la dépense = G) pour lequel seul le « montant des honoraires » (champ 1610-6) est égal à zéro.

En nature d'assurance SMG ou AT, après renseignement du groupe 1610 et du 1730(*) comme indiqué ci-dessus, le montant total facturé à l'assuré (champ 1610-6) est fourni en entrée de la phase « Finalisation facture » et permet de déterminer le montant des honoraires calculé (cf. A1-A3).

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

(*) Rappel : en nature d'assurance SMG ou AT ou **pour les codes affiné LPP soumis à PLV, un seul groupe 1730 par 1610 (cf. cas particulier ci-dessus).**

Code lieu

Pour les fournisseurs, le code lieu correspondant au lieu d'exécution doit toujours être à 0, quel que soit le lieu d'exécution de la prestation.

Date d'exécution

Pour une prestation LPP, la date d'exécution de la prestation (1610-2) correspond à la date de début de la prestation LPP (1730-5), i.e. date de début de location ou de service ou date d'achat ou de délivrance.

2.4.21.1.7 Spécificités : Soins Médicaux Gratuits (SMG)

En cas de facture SMG (présence d'un groupe 1515), chaque supplément dérogatoire éventuellement généré par le progiciel lors de la phase « Finalisation SMG » (cf. A1-A3) fait l'objet d'un groupe 1610.

2.4.21.1.8 Spécificités compléments AT

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

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

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

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

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

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

Les prestations ATL sont saisies par le Professionnel de Santé.

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

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

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



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

Données d'une prestation ATL

1610-2	Date d'exécution	Egale à la date d'exécution de l'acte support
1610-3	Code lieu	Egal au code lieu de l'acte support

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

2.4.21.1.9 Spécificités : Qualificatif de la dépense

Dans le cas général le qualificatif de la dépense est renseigné par le Professionnel de Santé.

Actes CCAM

Le progiciel positionne automatiquement le qualificatif de la dépense à « N » pour :

- les prestations CCAM n'autorisant pas de remboursement selon la base CCAM (l'admission au remboursement est « acte non remboursable ») (cf. Annexe1-A1 – Règle CC11)
- les prestations CCAM autorisant un remboursement sous condition (l'admission au remboursement est « acte remboursable sous condition ») et dont le code remboursement exceptionnel n'est pas renseigné (cf. Annexe1-A1 – Règle CC11)

Prise en charge SMG

Dans le cas où la facture fait l'objet d'une Prise en Charge SMG, i.e. s'il existe un montant de Prise en Charge SMG non nul (1515-1), le progiciel renseigne le qualificatif de la dépense à la valeur « L » hormis si celui-ci a été renseigné par le Professionnel de Santé auparavant (l'information saisie par le Professionnel de Santé est nécessairement prioritaire)

2.4.21.1.10 « Réponse de prise en charge » de la part complémentaire

Dans le cas d'une « réponse de prise en charge », deux modes de saisie des montants de la part complémentaires sont possibles.

Dans le cas du mode 1, le montant théorique remboursable de la part complémentaire du champ 1610-15 est renseigné par le Professionnel de Santé à partir du montant total de la « réponse de prise en charge ».

Dans le cas du mode 2, le montant théorique remboursable de la part complémentaire du champ 1610-15 est calculé par le progiciel.

2.4.21.1.11 Spécificités Code prestation saisi par le Professionnel de Santé

Le code prestation saisi par le Professionnel de Santé doit correspondre :

- soit à un code prestation présent en table 1 de l'annexe 2 et de code origine « PS »,
- soit à un code prestation non présent en table 1 de l'annexe 2 (cas de forçage – cf. A1-A §3.1)

Il ne doit en aucun cas correspondre à un code prestation présent en table 1 de l'annexe 2 et de code origine « LPS ».

2.4.21.1.12 Spécificités Codes prestation « réservés PS »

Si le code prestation saisi par le Professionnel de Santé relève du groupe fonctionnel général « réservé PS » (cf. table 1 de l'annexe2), ce code prestation ne doit pas être transmis dans la facture :

- Il est utilisé pour toutes les règles de facturation,
- Il est remplacé dans le groupe 1610 par son code de remplacement associé qui se trouve dans la donnée « groupe fonctionnel détail » en table 1 de l'annexe2 :
 - pour l'appel au service SSV_FormaterFacture
 - pour l'appel aux fonctions du module STS



Les prestations de type « réservées PS » concernent les Professionnel de Santé Médecins et Chirugiens-dentistes.

2.4.21.1.13 Spécificités Victime d'Attentat

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

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

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

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

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



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

2.4.21.1.14 Spécificités Télémédecine

Si la facture comporte au moins un acte de télémédecine différent d'une prestation d'accompagnement à la téléconsultation (groupe fonctionnel général = « Télémédecine » et groupe fonctionnel détail différent de « Accompagnement »), le LPS doit contrôler que le support de droits AMO correspond soit à la carte vitale soit à ADRI.



CAS D'ERREUR

Si Le support de droits AMO n'est ni la carte vitale ni ADRI, le LPS doit alerter le Professionnel de Santé que les droits AMO du bénéficiaire des soins ne sont issus d'aucun de ces deux supports.

2.4.21.1.15 Spécificités Consultations Obligatoires Enfant

[RG_IP343] Acquérir le contexte COx (EF_IP04_11)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SP					

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé d'indiquer, avant son choix de code prestation, qu'il facture une prestation de type « consultation obligatoire enfant ».

Dans ce cas, le système de facturation positionne alors l'indicateur de contexte COx, et le code prestation est déterminé par le système : cf. règle R70 de l'Annexe2

2.4.21.2 1610 Groupe Prestation

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1610	Groupe Prestation
1. N° de la prestation	N° ordre de la prestation (dans la facture)
2. Date d'exécution	<p>Date d'exécution de la prestation Cette date doit être antérieure ou égale à la date d'élaboration de la facture (1110) ; pour autant, cette date ne doit pas être antérieure de plus de 2 ans et 3 mois à la date d'élaboration de la facture.</p> <ul style="list-style-type: none"> Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3
3. Lieu d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> Valeurs : <ul style="list-style-type: none"> Valeur 0 pour « lieu d'exercice du PS » Valeur 1 pour « domicile du patient » Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3 Prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2), le code lieu d'exécution est identique au code lieu de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

4. Code prestation	<ul style="list-style-type: none"> • Hors CCAM : <ul style="list-style-type: none"> ○ Code prestation connu par l'Assurance Maladie (cf. Annexe 2 : table 1) hors indemnités de déplacement (groupe fonctionnel de niveau général « Indemnité de déplacement ») ○ Code prestation saisi par le PS : voir spécificités §2.4.21.1.10 ○ Consultations Obligatoires Enfant : voir spécificités §2.4.21.1.15 ○ Code prestation réservé PS : voir spécificités §2.4.21.1.12 ○ Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 ○ Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 ○ Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 ○ Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 ○ Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3 ○ Télémédecine : voir spécificités §2.4.21.1.14 • CCAM : code regroupement (cf. règle CC7) <p>! En aucun cas cette information ne peut pas être égale à une suite de 4 caractères blancs (0x20).</p>
5. Code complément prestation	<ul style="list-style-type: none"> • NGAP ou NABM : <ul style="list-style-type: none"> ○ valeur N pour « nuit » ○ valeur F pour « dimanche ou jour férié » ○ valeur U pour « urgence » Attention, particularité pour le codage de la biologie pour les valeurs 'N' et 'F'. • CCAM : champ non renseigné • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 • Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 • Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3
6. Montant des honoraires	<ul style="list-style-type: none"> • Dans tous les cas, indiquer le montant des honoraires calculé (cf. A1-A3 : opération VF06). • <u>Rappel de l'opération VF06 :</u> • Pour une prestation saisie par le PS, ce montant correspond : <ul style="list-style-type: none"> ○ Hors Nature d'assurance SMG et AT et hors situation Victime d'attentat : au montant PS des honoraires (montant total facturé à l'assuré pour la prestation (dépassement compris) et renseigné par le Professionnel de Santé) (en cents) ○ Nature d'assurance SMG ou AT ou Situation Victime d'Attentat : au montant des honoraires calculé. <p>Pour les prestations générées par le LPS, pour toutes les natures d'assurance, le montant des honoraires correspond à la base de remboursement (1610-12) (cf. RG_VF409)</p>

7. Qualificatif de la dépense	<ul style="list-style-type: none"> • Valeurs : <ul style="list-style-type: none"> ○ valeur D pour « entente directe » ○ valeur E pour « exigence particulière » ○ valeur F pour « déplacement non prescrit » ○ valeur G pour « acte gratuit » ○ valeur N pour « acte non remboursable » ○ valeur A pour « dépassement autorisé » ○ valeur B pour « dépassement autorisé et entente directe » ○ valeur L pour « prestation soumise à un accord de prise en charge SMG » • Spécificités <ul style="list-style-type: none"> ○ Voir spécificités : qualificatif de la dépense § 2.4.21.1.8 ○ Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 ○ Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 ○ Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 ○ Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 ○ Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3
8. Coefficient	<p>Coefficient en centièmes. Voir annexe 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attention, particularité pour le codage de la biologie • Valeur 1 pour une prestation CCAM • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 • Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 • Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 • Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3
9. Quantité	<ul style="list-style-type: none"> • Voir spécificités radiologie ou regroupement de séances • Valeur 1 pour une prestation CCAM • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 • Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 • Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 • Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3
10. Dénombrement	<p>Cette information est à 1 par défaut et ne doit jamais être nulle.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voir spécificités radiologie • Voir codage de la biologie et d'anatomo-cyto-pathologie • Voir codage de la pharmacie pour les médicaments et pour les dispositifs médicaux (DM) de la LPP. • Auxiliaires-Médicaux : voir « Plusieurs séances facturées sur la même feuille de soins avec actes multiples ou indemnités » • Valeur 1 pour une prestation CCAM • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 • Complément AT dentaire : voir spécificités annexe 1–A3 • Complément AT LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 • Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3

11.Prix unitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer le montant, en centimes d'Euros, de la prestation • CCAM : voir règle BC1 • Frais pharmaceutiques : voir règle S1 • Honoraires de dispensation générés: voir spécificités §2.4.21.1.5 • Complément AT dentaire ou LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 et annexe 2–règle B2 • Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3
12.Base de remboursement	<ul style="list-style-type: none"> • CCAM : voir annexe 1 – A1 règle BC99 • Complément AT dentaire ou LPP : voir spécificités §2.4.21.1.8 et annexe 2–règle B13 • Supplément APIAS : voir spécificités annexe 1–A3 • Dépassement pour Victime d'Attentat : voir spécificités annexe 1–A3 • Autres : voir annexe 2
13.Taux applicable à la prestation	<ul style="list-style-type: none"> • Voir annexe 2 - règle T13 • Le taux est renseigné de façon standard indépendamment de la situation du parcours de soins
14.Montant remboursable par l'AMO	<ul style="list-style-type: none"> • Voir annexe 2
15.Montant théorique remboursable de la part complémentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Cf. Phase Complémentaire – Annexe 1-A2 • En cas de nature d'assurance SMG ou de nature d'assurance AT et contexte APIAS ou en cas de situation de Victime d'Attentat, ce montant est non renseigné
16.Montant MTM restant à charge de l'assuré	<ul style="list-style-type: none"> • Montant renseigné hors parcours de soins. cf. Annexe 2 règle P1bis

2.4.21.3 1620-Groupe Prestation IFD

Règles

Gestion des Indemnités forfaitaires de déplacement

Les dispositions réglementaires fixant la tarification des indemnités forfaitaires de déplacement sont spécifiées dans l'annexe 2.

En mode de sécurisation dégradé, lorsque le Professionnel de Santé ne dispose pas des informations lui permettant de déterminer le taux de remboursement, la procédure de tiers payant ne peut être appliquée pour la part obligatoire comme pour la part complémentaire.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs
- Auxiliaires-médicaux
- Laboratoires d'analyse de biologie médicale

1620	Groupe prestation IFD
1. N° de la prestation IFD	N° ordre de la prestation (dans la facture)
2. Date du déplacement	Date du déplacement Cette date doit être antérieure ou égale à la date d'élaboration de la facture (1110)
3. Code prestation de type Id. FD	Toute prestation de groupe fonctionnel « Indemnité de déplacement/Forfaitaire » (cf. Annexe 2 – Table 1)
4. Montant de l'IFD	Indiquer le montant total de l'indemnité de déplacement (en centimes d'Euros)
5. Quantité (IFD)	Nombre de forfaits facturés pour une même date
6. Prix unitaire (IFD)	Indiquer le montant, en centimes d'Euros, de la prestation
7. Base de remboursement (IFD)	Voir annexe 2
8. Taux applicable à l'IFD	Voir annexe 2 règle T13 Le taux est renseigné de façon standard indépendamment de la situation du parcours de soins
9. Montant remboursable par l'AMO (IFD)	Voir annexe 2
10. Montant théorique remboursable de la part complémentaire (IFD)	Pour l'indemnité avant application de la règle niveau Facture Cf. Phase Complémentaire – Annexe 1-A2
11. Qualificatif de la dépense (IFD)	<ul style="list-style-type: none"> • valeur G pour « acte gratuit » • valeur N pour « acte non remboursable » • valeur L pour « prestation soumise à un accord de prise en charge SMG » Voir spécificités : qualificatif de la dépense
12. Montant MTM restant à charge de l'assuré	Montant renseigné hors parcours de soins. cf. Annexe 2 règle P1bis

2.4.21.4 1630-Groupe Prestation IK

Règles

Gestion des Indemnités kilométriques

Les dispositions réglementaires fixant la tarification d'indemnité kilométrique sont spécifiées dans l'annexe 2.

En mode de sécurisation dégradé, lorsque le Professionnel de Santé ne dispose pas des informations lui permettant de déterminer le taux de remboursement, la procédure de tiers payant ne peut être appliquée pour la part obligatoire comme pour la part complémentaire.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs
- Auxiliaires-médicaux
- Laboratoires d'analyse de biologie médicale

1630	Groupe prestation IK
1. N° de la prestation IK	N° ordre de la prestation (dans la facture)
2. Date du déplacement IK	Date du déplacement Cette date doit être antérieure ou égale à la date d'élaboration de la facture (1110)
3. Code prestation de type Id. K	Toute prestation de groupe fonctionnel « Indemnité de déplacement / kilométrique » (cf. Annexe 2 – Table 1)
4. Nombre de kilomètres	Indiquer le nombre de kilomètres facturés par séance de soins et après abattement
5. Montant de l'IK	Indiquer le montant total en centimes d'Euros (nombre de kilomètres x prix unitaire) Voir annexe 2 – Règle F5
6. Prix unitaire du kilomètre	Indiquer le montant, en centimes d'Euros, de la prestation
7. Base de remboursement (IK)	Voir annexe 2
8. Taux applicable à l'IK	Voir annexe 2 règle T13 Le taux est renseigné de façon standard indépendamment de la situation du parcours de soins
9. Montant remboursable par l'AMO (IK)	Voir annexe 2 – Règle P1
10. Montant théorique remboursable de la part complémentaire (IK)	Pour l'indemnité avant application de la règle niveau facture Cf. Phase Complémentaire – Annexe 1-A2
11. Qualificatif de la dépense (IK)	<ul style="list-style-type: none"> • valeur G pour « acte gratuit » • valeur N pour « acte non remboursable » • valeur L pour « prestation soumise à un accord de prise en charge SMG » Voir spécificités : qualificatif de la dépense
12. Montant MTM restant à charge de l'assuré	Montant renseigné hors parcours de soins. cf. Annexe 2 règle P1bis

2.4.22 17xx-Groupes PRESTATION DETAILLEE

2.4.22.1 1710-Groupe Prestation Détaillée NABM

Règles

Gestion des prestations détaillées NABM

Le nombre maximum de groupes Prestation Détaillée NABM associés à un groupe Prestation est de 50. Ces groupes sont obligatoires pour les actes cotés en B (arrêtes du 05/02/97) et facultatifs pour les actes cotés en P (arrêté du 02/0600).

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|---|
| • Prescripteurs (Anatomo-cyto-pathologistes) |
| • Laboratoires d'analyse de biologie médicale |
| • Prescripteurs (Pro-Pharmaciens) |

Ce groupe est facultatif.

1710	Groupe Prestation détaillée NABM
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
2. Code affiné NABM	Code affiné de la prestation ! A noter que ce code ne peut pas prendre la valeur zéro (chaîne de caractère composée uniquement de zéros).

2.4.22.2 1730-Groupe Prestation détaillée LPP

Règles

Gestion des prestations détaillées LPP

Le nombre de groupes « Prestation Détaillée LPP » associés à un groupe Prestation est de 10 au maximum. Ce groupe est obligatoire dès que le Professionnel de Santé délivre un dispositif médical de la LPP, que celui-ci soit codé ou non.

En cas de changement de tarif en cours de période de location (Type de service à 'L'), il convient de créer autant de couple 1610/1730 que de tarif pour cette prestation.

Familles concernées






Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Fournisseurs

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe concerne la famille Auxiliaires Médicaux dans la limite des spécialités de Professionnel de Santé autorisées à facturer des codes prestation LPP (cf. Annexe 2 – Règle R1 et Table 2).

1730	Groupe Prestation détaillée LPP
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
2. Code LPP	Code du LPP associé à la prestation ! Un code LPP est nécessairement numérique, sur 7 caractères. Ce champ ne peut être nul
3. Type Prestation	Type de prestation fournie au malade : A : Achat E : Entretien L : Location P : Frais de port S : Service (ex: Assistance Respiratoire) R : Réparation V : Livraison
4. N° SIRET du Fabricant ou de l'importateur	Réservé pour une utilisation future
5. Date de début de location ou date d'achat ou de délivrance	En cas de facturation partielle d'une location, la date de début de location correspond à la date de début de facturation de la période concernée.

1730	Groupe Prestation détaillée LPP
6. Date de fin de location ou de service	Ce champ est obligatoire en cas de location ou de service. En cas de facturation partielle d'une location, la date de fin de location correspond à la date de fin de facturation de la période concernée. En cas de changement de tarif en cours de période, il convient de créer autant de groupes 1730 que de tarifs pour ce code prestation.
7. Tarif LPP de référence	Indiquer le tarif unitaire de la prestation figurant à la LPP ou le prix unitaire en cas de délivrance d'articles sur facture à la date de délivrance (date d'exécution de la prestation 1610-4).  Ce montant ne doit pas être nul.
8. Nombre d'unités	Indique le nombre de fois où le prix unitaire est facturé. Correspond pour les locations au nombre de jours, semaines ou mois facturés.  Ce nombre ne doit pas être nul.
9. Prix unitaire public de la prestation LPP	Indiquer le prix public unitaire TTC de la prestation LPP à la date de délivrance (date d'exécution de la prestation 1610-4).  Ce montant ne doit pas être nul
10. Montant total LPP	(Tarif de référence LPP ou PU) x nombre d'unités.  Ce montant ne peut pas être nul.
11. Montant total facturé TTC après remise éventuelle	Prix public x nombre d'unités <u>après</u> application d'une remise éventuelle.  Ce montant ne doit pas être nul (cas d'une prestation gratuite). Cas particulier : En nature d'assurance SMG ou AT, mis à jour à partir du montant des honoraires du groupe 1610 (champ 1610-6) à l'issue de « Finalisation SMG » (cf. A1-A3)

Contrôler les périodes LPP

Chaque code détaillé LPP est caractérisé par une date de début de la prestation détaillée LPP et éventuellement une date de fin de la prestation détaillée LPP, définissant ainsi une période de la prestation LPP.

Dans une même facture, les périodes de location correspondant à un même code LPP :

- doivent être différentes et consécutives,
- et la date de fin d'une période doit être distincte de la date de début de la suivante.
- ne doivent pas se chevaucher ;
- ne doivent pas être incluse l'une dans l'autre.



A noter que ce contrôle concerne uniquement les codes LPP pour lesquels une date de fin de période est renseignée, ce qui correspond en pratique aux prestations LPP de type location (Type Prestation = « L ») et service (Type Prestation = « S »).

Actes gratuits

Bien que le montant des honoraires (1610-6) du groupe *Prestation* soit renseigné à zéro en cas d'acte gratuit, aucun montant de ce groupe *Prestation détaillée LPP* ne doit être renseigné à zéro.

Location



Remarque, à ce jour, seul les fournisseurs et les pharmaciens louent des produits de la LPP. Même si les pédicures podologues sont concernés par la LPP, ils ne sont pas concernés par la location. Par conséquent, pour la date de location, seuls les pharmaciens et fournisseurs sont concernés par cette règle.

A titre informationnel sur la part obligatoire



Modalités de facturation de la location

Pour le matériel en location, le Professionnel de Santé effectue une tarification hebdomadaire. Le tarif de prise en charge est un tarif forfaitaire global. Il intègre la fourniture de l'appareil et de certains accessoires nécessaires à son fonctionnement, la rémunération correspondant aux manipulations liées à sa délivrance, la maintenance et la reprise du matériel.

A noter qu'ainsi, toute période de location commencée est due. La facturation intervient ainsi à période échue. L'Assurance Maladie n'est tenue en effet de ne rembourser que des prestations effectivement servies.

Cas particulier d'un appareillage « assistance respiratoire » :

En cas de location d'un appareillage « assistance respiratoire » (code prestation AAR), le type de prestation (1730-3) doit prendre la valeur « S » (Service) et non « L » (Location).



Changement de tarif en cours de période de mise à disposition

En cas de changement de tarif en cours de période de mise à disposition :

- les périodes de traitement débutant avant la date d'entrée en vigueur de la nouvelle tarification sont remboursées sur la base des tarifs applicables avant l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs,
- les périodes de traitement débutant après la date d'entrée en vigueur de la nouvelle tarification sont remboursées sur la base des nouveaux tarifs.



Exemple de changement de tarification

Exemple d'un traitement ayant débuté le mardi 8 janvier 2013 et se terminant le lundi 28 janvier 2013 avec un changement de tarif intervenant le jeudi 17 janvier 2013

- la semaine du 8 au 14 janvier 2013 sera remboursée sur la base du tarif applicable avant l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs,
- la semaine du 15 au 21 janvier 2013 sera remboursée sur la base du tarif applicable avant l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs.
- la semaine du 22 au 28 janvier 2013 sera remboursée sur la base des nouveaux tarifs.

Il en ira, bien sûr, de même pour les périodes suivantes.



JUN 2013		08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Type de prestation		location							location							location						
Date de début de location		08/01/2013							15/01/2013							24/01/2013						
Date de fin de location		14/01/2013							16/01/2013							28/01/2013						
Tarif LPP		Tarif unitaire de la prestation applicable avant l'entrée en vigueur du nouveau tarif (tarif hebdomadaire)							Tarif unitaire de la prestation applicable avant l'entrée en vigueur nouveau tarif (tarif hebdomadaire)							Tarif unitaire de la prestation (tarif hebdomadaire) Application du nouveau tarif						
Nombre d'unités		1							1							1						

2.4.22.3 1740-Groupe Prestation détaillée code CIP

Règles

Gestion des prestations détaillées code CIP

Un seul groupe Prestation Détaillée code CIP est associé à un groupe Prestation. Ce groupe est obligatoire dès lors qu'il est associé à un groupe prestation (1610) nécessitant du codage.

En cas de délivrance de médicaments pouvant être déconditionnés, conformément aux articles R.5132-30 et R.5132-33 du code de la santé publique (stupéfiant), la facturation de ce médicament est effectuée comme suit :

- Si le nombre d'unités prescrites correspond au nombre exact d'unités conditionnées dans une ou plusieurs boites → facturation du nombre de boites complètes **sans déconditionnement** ;
- Dans le cas contraire, → **une seule ligne de facturation** avec saisie :
 - d'une quantité de conditionnements (boites utilisées),
 - de la quantité d'unités délivrées,
 - et du top déconditionnement à « D ».

Familles concernées


Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :



- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prescripteurs (cas des ProPharmaciens) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pharmaciens |

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe n'est pas applicable pour les centres de santé.

1740	Groupe Prestation détaillée code CIP	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation	
2. Type de code CIP du médicament délivré	Indiquer le type de code CIP utilisé pour identifier le médicament délivré : <ul style="list-style-type: none"> • « A » : code CIP du médicament allopathique sur 7 caractères • « B » : code CIP du médicament sur 13 caractères • « 6 » : code CIP du médicament homéopathique sur 7 caractères « Petit labo. » • « 7 » : code CIP du médicament homéopathique sur 7 caractères « Grand labo. » 	
3. Code CIP du médicament délivré	Code CIP du médicament délivré ! A noter qu'un code CIP ne peut pas prendre la valeur zéro (chaîne de caractère composée uniquement de zéros) et est nécessairement composé de 13 caractères.	

4. Prix unitaire du médicament délivré	<p>Indiquer la base de remboursement d'un conditionnement (boîte de médicament) de médicament délivré.</p> <p>En cas de déconditionnement du médicament, cette information est obligatoirement à zéro.</p> <p>En cas de refus de substitution par le bénéficiaire des soins le prix du conditionnement correspond au tarif ajusté lu en base médicament : voir Annexe 2-règle S1.</p>
5. Quantité de médicament délivré	<p>En nombre de conditionnement délivrés (ou utilisés cas du déconditionnement).</p> <p> Remarque : en cas de déconditionnement, cette quantité est égale au « nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement » (11ème champ du présent groupe)</p> <p>! La quantité de médicament ne peut être égale à 0</p>
6. Indicateur du médicament délivré	<ul style="list-style-type: none"> • 0 : médicament n'appartenant pas à un groupe générique • 1 : médicament générique non soumis à TFR • 4 : référent du groupe générique non soumis à TFR • 5 : référent du groupe générique soumis à TFR • 7 : Générique soumis à TFR <p>Cette information est facultative</p>
7. Indicateur de substitution	<p>Indique éventuellement le motif ou le refus de substitution du médicament prescrit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • valeur U : substitution pour Urgence ou Accord du médecin • valeur N : refus de substitution <p>A blanc sinon.</p> <p>! Compatibilité avec le mode de prescription : voir Annexe 2-règle R66</p> <p>! En cas de mode de prescription invalide à la date de prescription (cf. R65), le PS positionne ce code en fonction de la réponse du bénéficiaire des soins et du médicament délivré.</p> <ul style="list-style-type: none"> • valeur N : refus de substitution et le médicament délivré est le princeps ; • valeur blanc : acceptation de substitution et le médicament délivré est le générique.
8. Top déconditionnement	<p>Indique si le médicament est déconditionné :</p> <ul style="list-style-type: none"> • valeur D : le médicament est déconditionné • valeur blanc : pas de déconditionnement.
9. Quantité d'unités délivrées dans le cadre du déconditionnement	<p>En cas de déconditionnement du médicament, indiquer le nombre total d'unités délivrées.</p> <p>A zéro sinon</p>

<p>10. Prix unitaire de l'unité délivrée dans le cadre du déconditionnement</p>	<p>En cas de déconditionnement du médicament, indiquer le prix unitaire de l'unité délivrée. Ce prix correspond au prix du conditionnement divisé par le nombre d'unité de ce conditionnement</p> <p>Exemple : Pour une boîte de 30 comprimés, ayant un prix à 15 €, le PU de l'unité délivrée est : 15 € divisé par 30 comprimés = 0.50 €</p> <p> Remarque : il y a lieu d'appliquer les règles d'arrondi habituelles. Cf. Groupe 1610-Séquence de calcul et Arrondis</p> <p>A zéro sinon.</p> <p>En cas de refus de substitution par le bénéficiaire des soins le prix du conditionnement à utiliser correspond au tarif ajusté lu en base médicament : voir Annexe 2-règle S1.</p>
<p>11. Nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement</p>	<p>En cas de déconditionnement du médicament, indiquer le nombre de conditionnements nécessaires pour la délivrance de la quantité d'unités prescrites.</p> <p>Exemple : 30 comprimés délivrés, issus de boîtes de 14 unités, le nombre de conditionnement utilisé est donc de 3.</p> <p>A zéro sinon.</p>
<p>12. Mode de prescription</p>	<p>Indique éventuellement le mode de prescription du médecin :</p> <p>• M : mention du Médecin sur la prescription « non substituable »</p> <p>Le Professionnel de Santé indique soit directement le mode de prescription soit le libellé (long ou court) et à partir duquel le LPS renseigne le mode de prescription (cf. Table 65 de l'Annexe2).</p> <p>La liste des valeurs admises fait l'objet de la table 65 de l'annexe 2.</p> <p>Le contrôle de validité de la valeur saisie se fait au regard de la date de prescription du médicament : voir Annexe 2-règle R65</p> <p>A blanc sinon.</p> <p> Compatibilité avec l'indicateur de substitution : voir Annexe 2-règle R66</p>
<p>13. Type de code CIP du médicament prescrit</p>	<p>Zone réservée pour utilisation future</p>
<p>14. Code CIP du médicament prescrit</p>	<p>Zone réservée pour utilisation future</p>
<p>15. Conditions particulières</p>	<p>Zone réservée pour utilisation future</p>

2.4.22.4 1741-Groupe Prestation détaillée lot d'un code CIP

Règles

La délivrance d'un médicament (identifié en groupe 1740) nécessite un ou plusieurs conditionnements.

Chaque conditionnement est identifié par un n° de lot et éventuellement un n° de série.

Les groupes « Prestation Détaillée lot d'un code CIP » permettent d'identifier les numéros de lot et éventuellement les numéros de série des conditionnements délivrés ou utilisés (cas du déconditionnement).

Le nombre maximum de groupes « Prestation Détaillée lot de code CIP » associés à un groupe « Prestation Détaillée code CIP » est de 30.

Le groupe « Prestation Détaillée lot d'un code CIP » est utilisé uniquement si un n° de lot est connu.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs (cas des ProPharmaciens)
- Pharmaciens

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe ne concerne pas les centres de santé.

1741	Groupe Prestation détaillée lot d'un code CIP
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
2. N° de rang du lot	De 1 à 30 lots différents pour la délivrance d'un même médicament.
3. N° de lot du conditionnement	Indiquer le n° de lot du conditionnement délivré.
4. Quantité de conditionnement appartenant au même lot	Si le numéro de série est renseigné, la quantité de conditionnement est nécessairement égale à 1. Dans le cas contraire, indiquer le nombre de conditionnement appartenant au même lot.
5. Conditionnement déconditionné	Cette information est renseignée uniquement en cas de déconditionnement. Si le numéro de série est renseigné indiquer la valeur D si le conditionnement est déconditionné. Dans le cas contraire, indiquer la valeur D si au moins un des conditionnements appartenant au même lot est déconditionné.
6. N° de série du conditionnement délivré	Dans le cas où un seul conditionnement correspond au n° du lot, indiquer le n° de série du conditionnement en question. Cette information est renseignée dans la mesure où elle figure sur la vignette du médicament.

2.4.23 1820-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exonération T.M.

Règles

Ce groupe permet de gérer les justificatifs d'exonération (ou code justification d'exonération) appliqués à chaque prestation.

Ce groupe est obligatoire lorsque la nature d'assurance est Maladie (groupe 1511).

A l'inverse si la nature d'assurance est Maternité (groupe 1512), Accident du Travail (groupe 1513) ou Soins Médicaux Gratuits (groupe 1515), le groupe 1820 est interdit.

Enfin, si la nature d'assurance est Prévention (groupe 1514), ce groupe est facultatif.



Ce groupe est rattaché à tout type de prestation (groupe 16xx). Cas particulier d'un déplacement

Dans le cas d'un déplacement, le code justification d'exonération est nécessairement identique à celui de l'acte support (groupe 1610 précédent).



Cas particulier d'un honoraire de dispensation simple

Dans le cas d'un honoraire de dispensation simple, le code justification d'exonération est nécessairement identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte (groupe 1610 précédent).

Pour rappel, un honoraire de dispensation simple est généré par le système de facturation.



Cas particulier de l'honoraire de dispensation complexe

Dans le cas d'un honoraire de dispensation complexe, le code justification d'exonération n'est pas saisi par le PS, il est nécessairement égal à une valeur déduite par le progiciel.

Pour rappel, un honoraire de dispensation complexe est généré par le système de facturation.



Cas particulier de l'honoraire de dispensation « global » hors HC

Le code justification d'exonération dépend des codes justification d'exonération des médicaments exonérés de la facture Cf. Annexe 2 règle T8.



Détermination du taux d'exonération : cf. Annexe 2 – Chapitre Taux de Remboursement.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1820	Groupe Complément de prestation Exonération du Ticket Modérateur
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle s'applique le code justification d'exonération du ticket modérateur
2. Code justification d'exonération du ticket modérateur	<p>Saisi par le Professionnel de Santé au niveau prestation ou au niveau facture :</p> <ul style="list-style-type: none"> • valeur 3 pour « Soins particuliers exonérés (traitement de la stérilité, soins aux prématurés, actes exonérants, soins en établissement des nourrissons dans les 30 premiers jours de vie, test de dépistage du virus HIV) » • valeur 4 pour « Soins conformes au protocole ALD » • valeur 6 pour « Exonération régimes spéciaux (Service médical SNCF, Régime des Mines) » • valeur 7 pour « Soins dispensés en risque maladie et exonérés dans le cadre d'un dispositif de prévention⁵(*) » <hr/> <p>Déduit par le progiciel du Professionnel de Santé en fonction du code couverture / libellé⁶ du bénéficiaire (voir annexe 2) lue sur la carte Vitale ou saisi par le Professionnel de Santé dans le cas d'une facture sans carte Vitale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valeur 0 pour « pas d'exonération » • valeur 5 pour « Assuré ou bénéficiaire exonéré » • valeur 6 pour « Exonération régimes spéciaux (Régime des Mines uniquement) » • valeur 9 pour « FSV ». <hr/> <p>Renseigné par le progiciel du Professionnel de Santé en fonction des retours des services SRT C-ExoActe (règle TC2-3) et C-ExoFacture (règle TC5) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • valeur C pour « Soins exonérés en codage CCAM du fait de la nature de l'acte, ou du dépassement du seuil. » <hr/> <p>Déduit par le progiciel du Professionnel de Santé pour un honoraire de dispensation généré :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour un honoraire de dispensation simple ou global (hors honoraire complexe) : toutes valeurs présentées ci-dessus, hors valeur « C » • pour un honoraire de dispensation complexe : <ul style="list-style-type: none"> ○ valeur 0 pour « pas d'exonération » ○ valeur 5 pour « Assuré ou bénéficiaire exonéré » ○ valeur 6 pour « Exonération régimes spéciaux (Régime des Mines uniquement) » ○ valeur 9 pour « FSV ».

⁵ (*) Uniquement dans le cadre de campagnes de prévention- ou certaines prestations CCAM. Dans ce dernier cas le code justificatif d'exonération est renseigné par le progiciel du PS en fonction des retours du service C-ExoPrevention (règle TC1).

⁶ Lorsque l'on est en présence d'un mode de sécurisation sans Vitale.

2.4.24 1830-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION DMT-MT ou Télémédecine

Règles

Les Professionnels de Santé facturant des forfaits techniques doivent préciser la discipline de prestations et le mode de traitement.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens

Ce groupe est facultatif.

Cas Particulier Télémédecine

Ce groupe peut également être utilisé pour tracer l'utilisation d'une vidéo sécurisée dans le cadre d'une téléconsultation. Dans ce cas, les données 2,3,4 doivent être renseignées automatiquement par le LPS.

Prestations de type secondaire

Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2), les informations du complément DMT-MT, doivent être identiques aux informations de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

1830	Groupe Complément de prestation DMT-MT	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le complément de prestation DMT-MT	
2. Discipline de prestations	<ul style="list-style-type: none"> • valeur 035 pour SCANNER • valeur 753 pour IRMN • valeur 000 en cas de Téléconsultation avec vidéo sécurisée identifiée 	
3. Mode de traitement	<ul style="list-style-type: none"> • valeur 19 pour SCANNER ou IRMN • valeur 00 en cas de Téléconsultation avec vidéo sécurisée identifiée 	
4. Identification appareillage	Numéro d'agrément de l'appareil ou de l'installation Identifiant de la connexion vidéo sécurisée utilisée pour la Téléconsultation si celui-ci est connu.	
5. Date d'installation	Date d'installation de l'appareil	
6. Puissance	Puissance ou classe de l'appareil	
7. Zone d'implantation	Zone d'implantation de l'exploitant de l'appareil	
8. N° ordre de l'examen	N° ordre de l'examen	

2.4.25 1840-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Entente Préalable

Règles

Ce groupe est obligatoire pour les prestations soumises à entente préalable, y compris en cas de prise en charge SMG.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1840	Groupe Complément de prestation Entente Préalable
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'entente préalable
2. Code accord entente préalable	<ul style="list-style-type: none"> valeur 0 pour une absence de réponse de la caisse dans le délai réglementaire. valeur 4 pour une réponse favorable valeur 5 pour une notion d'urgence <p>! Cette information est obligatoire</p>
3. Date d'envoi de la demande d'entente préalable	<p>Date à laquelle la demande d'entente préalable ou la demande de prise en charge SMG a été postée</p> <p>Cette date doit être antérieure ou égale à la date d'exécution de la prestation (1610), hormis dans le cas particulier d'une prestation LPP d'oxygénothérapie.</p> <p>! Cette information est obligatoire</p>
4. Identification de l'entente préalable	N° ordre de l'entente préalable (zone réservée pour utilisation future)

Les données de ce groupe sont renseignées par le Professionnel de Santé (hors le n° de la prestation de rattachement).



Cas particulier : ces données sont renseignées automatiquement par le progiciel à partir du groupe 1840 d'une prestation précédente (dans la même facture) de même code prestation et de même coefficient (la date d'exécution peut être différente) cf. Annexe 2 – Règle R8.



Remarque : en nature d'assurance SMG, le code accord entente préalable ne peut pas prendre la valeur « pas de réponse de la caisse ».

2.4.26 1850-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Renouvellement

Règles

Ce groupe est utilisé en cas de renouvellement d'une prescription de médicaments ou d'analyse de biologie médicale.



Cas particulier d'une délivrance exceptionnelle

L'article L5125-23-1 autorise les pharmaciens à renouveler la délivrance de médicaments aux patients dont les traitements chroniques risquent d'être interrompus, faute d'avoir obtenu de leur médecin une nouvelle prescription.

Le décret N° 2008-108 du 5 février 20081 fixe les conditions d'application de cette mesure. L'arrêté du 5 février 20081 détermine les catégories de médicaments exclues du dispositif.

Dans ce contexte de délivrance exceptionnelle, le champ renouvellement doit être valorisé à « 99 ».



Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré.

Dans le cas d'une prestation de type honoraire (cf. table 1 de l'annexe 2), ce groupe n'est pas renseigné



Prestations de type secondaire

Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2bis), le code renouvellement (1850-2) est identique au code renouvellement de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|---|
| • Pharmaciens |
| • Laboratoires d'analyse de biologie médicale |

Ce groupe est facultatif.

1850	Groupe Complément de prestation Renouvellement	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le renouvellement.	
2. Renouvellement	Indiquer le N° ordre de renouvellement.	

2.4.27 1860-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Dent traitée

Règles

Ce groupe est utilisé uniquement pour les prestations dentaires cotées en NGAP.

Ces prestations correspondent aux prestations de groupe fonctionnel de niveau général « soins dentaires » et de type de nomenclature NGAP. (cf. Annexe 2-Table 1).

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs (spécialités Chirurgie Dentaire/Médecins Soins dentaires)

Ce groupe est facultatif.

1860	Groupe <i>Complément de prestation Dent traitée</i>	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'identification de la dent traitée.	
2. Dent traitée	N° de la dent traitée selon la norme N.F. S 91011	

2.4.28 1870-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exécutant

Règles

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1870	Groupe Complément de prestation Exécutant
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'identification de l'exécutant
2. N° d'identification de l'exécutant	Indiquer le N° d'identification de facturation de l'exécutant Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant ! Ce n° ne doit pas contenir uniquement des zéros
3. Clé du n° d'identification de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant
4. Code spécialité de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant
5. Code zone tarifaire de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant
6. Condition d'exercice de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant
7. Code conventionnel de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant
8. N° RPPS de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant
9. Clé du n° RPPS de l'exécutant	Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant
10. N° de la structure de l'exécutant	N° d'identification de structure (clé incluse) Saisi ou lu sur la carte CPx de l'exécutant

Ce groupe doit être renseigné si le Professionnel de Santé qui effectue la prestation est différent de celui qui établit la facture.

Ce groupe est prévu pour désigner les laboratoires sous-traitants, les salariés de Professionnel de Santé ou les médecins directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Concernant les laboratoires d'analyses de biologie médicale sous traitants, le groupe *Exécutant* ne peut être utilisé qu'à titre transitoire et sous réserve de modification des dispositions réglementaires.



Cas particulier d'un complément AT LPP

Dans le cas d'une prestation ATL, ces informations sont nécessairement identiques à celles de l'acte support.



Prestations de type secondaire

Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2bis), les informations du PS exécutant salarié sont identiques à celles de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

2.4.29 1880-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Lieu d'exercice

Règles



Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré

Dans le cas d'une prestation de type honoraire (cf. table 1 de l'annexe 2), ce groupe n'est pas renseigné



Prestations de type secondaire

Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2bis), l'identifiant du lieu d'exécution de la prestation (1880-2) est identique à l'identifiant du lieu d'exécution de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|---|
| • Prescripteurs |
| • Auxiliaires-médicaux |
| • Laboratoires d'analyse de biologie médicale |

Ce groupe est facultatif.

1880	Groupe Complément de prestation Lieu d'exercice
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le lieu d'exercice.
2. Lieu d'exercice	<p>Permet de renseigner le lieu dans lequel l'acte a été effectué, dès lors que ce lieu est identifié avec un n° FINESS (structure de soins, maison de retraite,...).</p> <p>Obligatoire pour les prescripteurs et Auxiliaires Médicaux dès lors que les actes ne sont pas effectués au cabinet.</p> <p>Dans le cas d'une prestation ATL, cette information est identique à celle de l'acte support</p>

2.4.30 1890-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Réseau ou filière de soins

Règles



Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré

Dans le cas d'une prestation de type honoraire (cf. table 1 de l'annexe 2), ce groupe n'est pas renseigné



Prestations de type secondaire

Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2), l'identifiant réseau ou filière de soins (1890-2) est identique aux informations de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

Ce groupe est facultatif.

1890	Groupe <i>Complément de prestation Réseau ou filière de soins</i>
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'identification du réseau ou de la filière de soins
2. Identifiant réseau ou filière de soins	Permet de renseigner la relation d'appartenance du bénéficiaire à une filière ou un réseau dans lequel l'acte a été effectué. Dans le cas d'une prestation ATL, cette information est identique à celle de l'acte support.

2.4.31 1910-Groupe TOTAL Facture

Règles

Ce groupe est obligatoire.

La valorisation du champ « Total participation assuré » est obligatoire. Il correspond à la participation assuré avant la participation sur la part complémentaire. Sa valeur correspond au « Total des montants facturés » moins « Total remboursable par l'AMO » ; ces données sont gérées à l'intérieur du groupe 1910.

De manière générale, le progiciel doit permettre au Professionnel de Santé de vérifier le montant total complémentaire.

Si les montants totaux complémentaires ne sont pas renseignés, le progiciel doit les renseigner par la somme des montants des prestations.

Si les montants totaux complémentaires sont différents de la somme des montants des prestations alors le progiciel doit en informer le Professionnel de Santé.

Prise en charge SMG

En cas de prise en charge SMG (champ 1515-1 renseigné), il convient de vérifier que le cumul des montants remboursables par l'AMO (1910-3) est inférieur ou égal au montant de la prise en charge au titre des SMG saisi par le Professionnel de Santé (1515-1).

Réponse de prise en charge de la part complémentaire

Dans le cas d'une réponse de prise en charge, deux modes d'acquisition des montants de la part complémentaires cf. 4.2.1.9 corps, sont proposés par le progiciel.

Dans le cas du mode 1, le montant total du champ 1910-5 et du champ 1910-6 est calculé par le progiciel (sur la base de la somme des montants de la part complémentaire de chaque prestation qu'il a calculé.)

Dans le cas du mode 2, le montant total du champ 1910-5 et du champ 1910-6 est renseigné à partir du montant total de la « réponse de prise en charge » renseigné par le Professionnel de Santé.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

• Prescripteurs
• Auxiliaires-médicaux
• Pharmaciens
• Laboratoires d'analyse de biologie médicale
• Fournisseurs

1910	Groupe <i>Total Facture</i>
1. Nombre de prestations	Nombre de groupes 16xx
2. Total des montants facturés	Total des montants facturés sur les groupes 16xx (somme des champs 1610-6, 1620-4 et 1630-5)
3. Total remboursable par l'AMO	Total des montants remboursables AMO sur les groupes 16xx
4. Total participation assuré	Total de la participation assuré avant participation sur la part complémentaire Résultat de l'opération (total montants facturés - total remboursable par AMO)
5. Total théorique remboursable de la part complémentaire	Total des montants remboursables de la part complémentaire des groupes 16xx avant application de la règle niveau facture (groupes 16xx) Cf. Phase Complémentaire – Annexe 1-A2
6. Total remboursable de la part complémentaire	Total des montants remboursables de la part complémentaire des groupes 16xx avant application de la règle niveau facture .Cf. Phase Complémentaire – Annexe 1-A2. (champ créé par anticipation, et dans l'attente de sa mise en œuvre, le montant à véhiculer dans ce champ est égal au total théorique remboursables de la part complémentaire).

2.4.32 2000-Groupe Forçage AMO niveau acte

Règles

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe est renseigné si le Professionnel de Santé effectue le forçage d'une ou plusieurs données de la prestation de rattachement (CCAM ou autre), ou si le service de Contrôle Complet CCAM a détecté l'utilisation d'une ou plusieurs données du référentiel CCAM modifiées par le Professionnel de Santé.

Dans le cas de forçage d'une prestation CCAM (directement dans la facture ou au niveau du référentiel CCAM), ce groupe est renseigné par le service de Contrôle Complet CCAM.

Dans le cas de forçage d'une prestation non CCAM (NGAP ou autre) le progiciel renseigne cet indicateur. Les valeurs à utiliser en fonction des données forcées sont spécifiées dans la partie A de l'annexe1.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|---|
| • Prescripteurs |
| • Auxiliaires-médicaux |
| • Pharmaciens |
| • Laboratoires d'analyse de biologie médicale |
| • Fournisseurs |

2000		Groupe Forçage AMO niveau acte
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'indicateur de forçage	
2. Indicateur de forçage AMO niveau acte	Indiquer la valeur significative du type de la donnée forcée	

2.4.33 2010-Groupe Forçage sur la part complémentaire niveau acte

Règles

Ce groupe est facultatif.

Les règles de valorisation de ce groupe sont dans la partie A de l'annexe 1.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|---|
| • Prescripteurs |
| • Auxiliaires-médicaux |
| • Pharmaciens |
| • Laboratoires d'analyse de biologie médicale |
| • Fournisseurs |

2010	Groupe Forçage sur la part complémentaire niveau acte	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'indicateur de forçage	
2. Indicateur de forçage AMC niveau acte	Indiquer la valeur significative du type de la donnée forcée	

2.4.34 2020-Groupe Base de Remboursement Conventionnée AMO

Règles

Ce groupe est obligatoire dans tous les cas.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|---|
| • Prescripteurs |
| • Auxiliaires-médicaux |
| • Pharmaciens |
| • Laboratoires d'analyse de biologie médicale |
| • Fournisseurs |

2020	Groupe <i>Base de remboursement conventionnée AMO</i>
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache la base de remboursement conventionnée AMO
2. Base de remboursement conventionnée AMO	Si le Professionnel de Santé est non conventionné, indiquer le montant de la base de remboursement que l'AMO aurait pris en compte si le Professionnel de Santé était conventionné. Si le Professionnel de Santé est conventionné indiquer la base de remboursement transmise dans le champ n° 12 du groupe 1610. Ce montant est à indiquer en centimes d'Euros.

2.4.35 2030-Groupe Prévention commune AMO/AMC

Règles

Ce groupe est renseigné dans le cas de prestations réalisées dans le cadre de prévention au sens de la Réforme d'Assurance Maladie (loi du 13 août 2004).

Elle n'est pas liée au risque prévention géré par les organismes AMO.



Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré

Dans le cas d'une prestation de type honoraire (cf. table 1 de l'annexe 2), ce groupe n'est pas renseigné



Prestations de type secondaire

Pour une prestation de type secondaire (cf. table 1 de l'Annexe 2), les informations de prévention commune AMO/AMC (2030-2 et 2030-3) sont identiques aux informations de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

Familles concernées

Cette règle concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- | |
|---|
| • Prescripteurs |
| • Auxiliaires-médicaux |
| • Pharmaciens |
| • Laboratoires d'analyse de biologie médicale |
| • Fournisseurs |

2030	Groupe Prévention AMO/AMC
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattachent les informations de prévention
2. Top prévention commune AMO/AMC	Saisi par le Professionnel de Santé. Renseigné pour les actes concernés par la prévention commune AMO/AMC.
3. Qualifiant du dispositif de prévention	Saisi par le Professionnel de Santé

2.4.36 2100-Groupe Code Acte CCAM

Règles

Ce groupe est obligatoire pour toute prestation CCAM.

Le remplissage des codes modificateurs doit commencer à la 1ère occurrence et il ne doit pas y avoir de rupture dans le remplissage des occurrences.

Le champ « Données CCAM complémentaires » contient la concaténation des 4 modificateurs AMC.

Le champ « code remboursement exceptionnel » est significatif uniquement pour les prestations remboursables sous condition (cf. Annexe1-A1 – Règle CC11).

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs

2100	Groupe Code acte CCAM	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le code acte CCAM.	
2. Code de l'acte CCAM	Saisie par le Professionnel de Santé	
3. Code extension documentaire	Saisie par le Professionnel de Santé	
4. Code activité	Saisie par le Professionnel de Santé	
5. Code phase de traitement	Saisie par le Professionnel de Santé	
6. Code modificateur 1	Saisie par le Professionnel de Santé	
7. Code modificateur 2	Saisie par le Professionnel de Santé	
8. Code modificateur 3	Saisie par le Professionnel de Santé	
9. Code modificateur 4	Saisie par le Professionnel de Santé	
10.Code association	Saisie par le Professionnel de Santé	
11.Code remboursement exceptionnel	Saisie par le Professionnel de Santé	
12.Supplément de charge	Saisie par le Professionnel de Santé	
13.Données CCAM complémentaires	Résultat de la conversion des codes modificateurs 1 à 4 conformément à la règle CC13	

2.4.37 2200-Groupe Liste des dents traitées (acte CCAM)

Règles

Ce groupe est renseigné par le Professionnel de Santé dans le cas où il s'agit d'une prestation de type CCAM concernant des actes dentaires pour lesquels il est possible de préciser les n° de dents traitées.

Un groupe 2200 est donc nécessairement précédé d'un groupe 2100.

Le remplissage des numéros de dents doit commencer à la 1ère occurrence et il ne doit pas y avoir de rupture dans le remplissage des occurrences, ni de doublon.

Familles concernées

Ce groupe concerne les familles de Professionnels de Santé ci-dessous :

- Prescripteurs

2200	Groupe <i>Liste des dents traitées (acte CCAM)</i>	
1. N° de la prestation (de rattachement)	Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache la liste des dents traitées.	
2. N° de la dent 1	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent. Si un seul numéro de localisation de dent est renseigné, il est nécessaire de le renseigner en première position.	
3. N° de la dent 2	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
4. N° de la dent 3	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
5. N° de la dent 4	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
6. N° de la dent 5	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
7. N° de la dent 6	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
8. N° de la dent 7	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
9. N° de la dent 8	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
10. N° de la dent 9	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
11. N° de la dent 10	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
12. N° de la dent 11	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
13. N° de la dent 12	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
14. N° de la dent 13	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
15. N° de la dent 14	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
16. N° de la dent 15	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	
17. N° de la dent 16	Saisie par le Professionnel de Santé. A blanc si pas de notion de dent.	

Numérotation des dents

La numérotation des dents à utiliser se conforme à la norme ISO 3960-1984 et permet de numéroter chaque dent ainsi que les sextants et les maxillaires.

Numérotation des dents :

- 1er caractère : indication du quadrant : 1 à 4 pour les dents définitives, 5 à 8 pour les dents de lait
- 2ème caractère : localisation de la dent dans un même quadrant : de 1 à 8.

Numérotation sextants et maxillaires :

01	maxillaire supérieur
02	mandibule (maxillaire inférieur)
03	Sextant supérieur droit
04	Sextant antéro-supérieur
10	Quadrant supérieur droit
20	Quadrant supérieur gauche

05	Sextant supérieur gauche
06	Sextant inférieur gauche
07	Sextant antéro-inférieur
08	Sextant inférieur droit
30	Quadrant inférieur gauche
40	Quadrant inférieur droit

Ces précisions concernant la numérotation des dents sont données à titre indicatif. Le progiciel n'est pas tenu d'implémenter de contrôle sur la validité du n° de dent saisi par le Professionnel de Santé.

Les contrôles portant sur les n° de dents des prestations CCAM sont spécifiés par les règles R43 de l'annexe 2, et RC14 et CC5 de l'annexe1-A1.

2.4.38 3700-Groupe Contexte Tarification de la part Complémentaire



Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

2.4.39 3710-Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte



Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

2.4.40 3720-Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture



Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

2.4.41 3730-Groupe Paramètres de calcul STS



Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

2.4.42 3740-Groupe Paramètres de calcul contrats responsables



Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

2.4.43 3770-Groupe Zone tampon de la part Complémentaire



Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

2.5 Composition d'une FACTURE pour chaque famille



Légende

Dans les § suivants :

- les flèches en **trait continu** présentent un ou des groupes dont la présence est **obligatoire** dans la facture ;
- les flèches en **trait pointillé** présentent un ou des groupes dont la présence est **facultative** dans la facture.

2.5.1 Famille Auxiliaires médicaux

AUXILIAIRES-MÉDICAUX		
→	1110	Groupe <i>Identification Facture</i>
→	1120	Groupe <i>Identification Professionnel de Santé</i>
→	1130	Groupe <i>Identification du bénéficiaire</i>
.....→	1140	Groupe <i>Identification Structure</i>
.....→	1150	Groupe <i>Identification Remplaçant</i>
.....→	1151	Groupe <i>Identification RPPS Remplaçant</i>
.....→	1160	Groupe <i>Identification Individu</i>
→	121x	Groupe <i>Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire)</i>
.....→	1230	Groupe <i>Origine de la prescription</i>
→	1310	Groupe <i>Organisme AMO</i>
.....→	1321	Groupe <i>Organismes complémentaires</i>
.....→	1330	Groupe <i>Données Complémentaire Additionnelles</i>
→	1410	Groupe <i>Cadre de remboursement</i>
→	1420	Groupe <i>Identification de pièce justificative pour l'AMO</i>
.....→	1440	Groupe <i>Forçage niveau facture</i>
.....→	1450	Groupe <i>Module de Tarification Complémentaire</i>
→	151x	Groupe <i>Nature d'assurance</i>
n	n	→ 1610 Groupe <i>Prestation</i>
		.....→ 1820 Groupe <i>Complément de prestation Exonération TM</i>
		.....→ 1830 Groupe <i>Complément de prestation DMT-MT ou Télémédecine</i>
		.....→ 1840 Groupe <i>Complément de prestation Entente préalable</i>
		.....→ 1870 Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
		.....→ 1880 Groupe <i>Complément de prestation Lieu d'exercice</i>
		.....→ 1890 Groupe <i>Complément de prestation Réseau ou filière de soins</i>
		.....→ 2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
		.....→ 2010 Groupe <i>Forçage sur la part Complémentaire niveau acte</i>
		→ 2020 Groupe <i>Base de Remboursement conventionnée AMO</i>
		.....→ 2030 Groupe <i>Prévention commune AMO/AMC</i>
	n	→ 1730 Groupe <i>Prestation détaillée LPP</i>
		.....→ 1620 Groupe <i>Prestation IFD</i>

n	.....▶	1820	Groupe Complément de prestation Exonération du TM
	.....▶	1870	Groupe Complément de prestation Exécutant
	.....▶	2000	Groupe Forçage AMO niveau acte
	.....▶	2010	Groupe Forçage sur la part Complémentaire niveau acte
	.....▶	2020	Groupe Base de Remboursement conventionnée AMO
n	.....▶	1630	Groupe Prestation IK
	.....▶	1820	Groupe Complément de prestation Exonération du TM
	.....▶	1870	Groupe Complément de prestation Exécutant
	.....▶	2000	Groupe Forçage AMO niveau acte
	.....▶	2010	Groupe Forçage sur la part Complémentaire niveau acte
	.....▶	2020	Groupe Base de Remboursement conventionnée AMO
→		1910	Groupe Total Facture

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes 1730), ce type de prestation détaillée pouvant être répété de 1 à 10 fois pour la prestation détaillée code LPP (groupes 1730).

2.5.2 Famille Prescripteurs

PRESCRIPTEURS			
→	1110	Groupe <i>Identification Facture</i>	
→	1120	Groupe <i>Identification Professionnel de Santé</i>	
→	1130	Groupe <i>Identification du bénéficiaire</i>	
→	1140	Groupe <i>Identification Structure</i>	
→	1150	Groupe <i>Identification Remplaçant</i>	
→	1151	Groupe <i>Identification RPPS Remplaçant</i>	
→	1160	Groupe <i>Identification Individu</i>	
→	1180	Groupe <i>Identification Médecin Traitant</i>	
→	121x	Groupe <i>Prescription</i>	
→	1220	Groupe <i>Arrêt de Travail prescrit</i>	
→	1230	Groupe <i>Origine de la prescription</i>	
→	1310	Groupe <i>Organisme AMO</i>	
→	1321	Groupe <i>Organismes complémentaires</i>	
→	1330	Groupe <i>Données Complémentaire Additionnelles</i>	
→	1410	Groupe <i>Cadre de remboursement</i>	
→	1420	Groupe <i>Identification de pièce justificative pour l'AMO</i>	
→	1440	Groupe <i>Forçage niveau facture</i>	
→	1450	Groupe <i>Module de Tarification Complémentaire</i>	
→	151x	Groupe <i>Nature d'assurance</i>	
n	n	→	1610 Groupe <i>Prestation</i>
		→	1820 Groupe <i>Complément de prestation Exonération du TM</i>
		→	1830 Groupe <i>Complément de prestation DMT-MT</i>
		→	1840 Groupe <i>Complément de prestation Entente préalable</i>
		→	1860 Groupe <i>Complément de prestation Dent traitée</i>
		→	1870 Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
		→	1880 Groupe <i>Complément de prestation Lieu d'exercice</i>
		→	1890 Groupe <i>Complément de prestation Réseau ou filière de soins</i>
		→	2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
		→	2010 Groupe <i>Forçage sur la part Complémentaire niveau acte</i>
		→	2020 Groupe <i>Base de Remboursement conventionnée AMO</i>
		→	2030 Groupe <i>Prévention commune AMO/AMC</i>
		→	2100 Groupe <i>Code acte CCAM</i>
		→	2200 Groupe <i>Liste des dents traitées (acte CCAM)</i>
	n	→	1710 Groupe <i>Prestation détaillée NABM</i>
		→	1740 Groupe <i>Prestation détaillée code CIP</i>
	n	→	1741 Groupe <i>Prestation détaillée lot d'un code CIP</i>
		→	1620 Groupe <i>Prestation IFD</i>
	n	→	1820 Groupe <i>Complément de prestation Exonération du TM</i>

n	.....→	1870	Groupe Complément de prestation Exécutant
	.....→	2000	Groupe Forçage AMO niveau acte
	.....→	2010	Groupe Forçage AMO niveau acte
	——→	2020	Groupe Base de Remboursement conventionnée AMO
	.....→	1630	Groupe Prestation IK
	.....→	1820	Groupe Complément de prestation Exonération du TM
	.....→	1870	Groupe Complément de prestation Exécutant
	.....→	2000	Groupe Forçage AMO niveau acte
	.....→	2010	Groupe Forçage sur la part Complémentaire niveau acte
	——→	2020	Groupe Base de Remboursement conventionnée AMO
→		1910	Groupe Total Facture

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes 1710 ou 174x), ce type de prestation détaillée pouvant être répété :

- 1 fois pour la prestation détaillée code CIP (groupe 1740) suivi éventuellement de 1 à 30 prestation détaillée lot d'un code CIP (groupes 1741) ;
- de 1 à 50 fois pour la prestation détaillée NABM (groupes 1710).

2.5.3 Famille Pharmaciens

PHARMACIENS		
→	1110	Groupe <i>Identification Facture</i>
→	1120	Groupe <i>Identification Professionnel de Santé</i>
→	1130	Groupe <i>Identification du bénéficiaire</i>
→	1140	Groupe <i>Identification Structure</i>
→	1150	Groupe <i>Identification Remplaçant</i>
→	1151	Groupe <i>Identification RPPS Remplaçant</i>
→	1160	Groupe <i>Identification Individu</i>
→	1170	Groupe <i>Identification Liste Opposition Carte Vitale</i>
→	121x	Groupe <i>Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire)</i>
→	1230	Groupe <i>Origine de la prescription</i>
→	1310	Groupe <i>Organisme AMO</i>
→	1321	Groupe <i>Organismes complémentaires</i>
→	1330	Groupe <i>Données Complémentaire Additionnelles</i>
→	1410	Groupe <i>Cadre de remboursement</i>
→	1420	Groupe <i>Identification de pièce justificative pour l' AMO</i>
→	1440	Groupe <i>Forçage niveau facture</i>
→	1450	Groupe <i>Module de Tarification Complémentaire</i>
→	151x	Groupe <i>Nature d'assurance</i>
n	→	1610 Groupe <i>Prestation</i>
	→	1820 Groupe <i>Exonération du T.M</i>
	→	1830 Groupe <i>Complément de prestation DMT-MT ou Télémédecine</i>
	→	1840 Groupe <i>Complément de prestation Entente préalable</i>
	→	1850 Groupe <i>Complément de prestation Renouvellement</i>
	→	1890 Groupe <i>Complément de prestation Réseau ou filière de soins</i>
	→	1870 Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
	→	2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
	→	2010 Groupe <i>Forçage sur la part Complémentaire niveau acte</i>
	→	2020 Groupe <i>Base de Remboursement conventionnée AMO</i>
	→	2030 Groupe <i>Prévention commune AMO/AMC</i>
	→	1740 Groupe <i>Prestation détaillée code CIP</i>
	n →	1741 Groupe <i>Prestation détaillée lot d'un code CIP</i>
	n →	1730 Groupe <i>Prestation détaillée LPP</i>
	1910	Groupe <i>Total Facture</i>

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes 174x ou 1730), ce type de prestation détaillée pouvant être répété :

- 1 fois pour la prestation détaillée code CIP (groupe 1740) suivi éventuellement de 1 à 30 prestation détaillée lot d'un code CIP (groupes 1741) ;
- De 1 à 10 fois pour la prestation détaillée code LPP (groupes 1730).

2.5.4 Famille Laboratoires

LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE			
→	1110	Groupe <i>Identification Facture</i>	
→	1120	Groupe <i>Identification Professionnel de Santé</i>	
→	1130	Groupe <i>Identification du bénéficiaire</i>	
→	1140	Groupe <i>Identification Structure</i>	
→	1160	Groupe <i>Identification Individu</i>	
→	121x	Groupe <i>Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire)</i>	
→	1230	Groupe <i>Origine de la prescription</i>	
→	1310	Groupe <i>Organisme AMO</i>	
→	1321	Groupe <i>Organismes complémentaires</i>	
→	1330	Groupe <i>Données Complémentaire Additionnelles</i>	
→	1410	Groupe <i>Cadre de remboursement</i>	
→	1420	Groupe <i>Identification de pièce justificative pour l'AMO</i>	
→	1440	Groupe <i>Forçage niveau facture</i>	
→	1450	Groupe <i>Module de Tarification Complémentaire</i>	
→	151x	Groupe <i>Nature d'assurance</i>	
n	n	→	1610 Groupe <i>Prestation</i>
		→	1820 Groupe <i>Complément de prestation Exonération du TM</i>
		→	1840 Groupe <i>Complément de prestation Entente préalable</i>
		→	1850 Groupe <i>Complément de prestation Renouvellement</i>
		→	1870 Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
		→	1880 Groupe <i>Complément de prestation Lieu d'exercice</i>
		→	1890 Groupe <i>Complément de prestation Réseau ou filière de soins</i>
		→	2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
		→	2010 Groupe <i>Forçage sur la part Complémentaire niveau acte</i>
		→	2020 Groupe <i>Base de Remboursement conventionnée AMO</i>
		→	2030 Groupe <i>Prévention commune AMO/AMC</i>
	n	→	1710 Groupe <i>Prestation détaillée NABM</i>
	n	→	1620 Groupe <i>Prestation IFD</i>
		→	1820 Groupe <i>Complément de prestation Exonération du TM</i>
		→	1870 Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
		→	2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
		→	2010 Groupe <i>Forçage sur la part Complémentaire niveau acte</i>
		→	2020 Groupe <i>Base de Remboursement conventionnée AMO</i>
	n	→	1630 Groupe <i>Prestation IK</i>
		→	1820 Groupe <i>Complément de prestation Exonération du TM</i>
		→	1870 Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
		→	2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
		→	2010 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>



Une prestation détaillée NABM (groupe 1710) peut être répétée de 1 à 50 fois.

2.5.5 Famille Fournisseurs

FOURNISSEURS		
→	1110	Groupe <i>Identification Facture</i>
→	1120	Groupe <i>Identification Professionnel de Santé</i>
→	1130	Groupe <i>Identification du bénéficiaire</i>
→	1140	Groupe <i>Identification Structure</i>
→	1160	Groupe <i>Identification Individu</i>
→	121x	Groupe <i>Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire ou 1214)</i>
→	1230	Groupe <i>Origine de la prescription</i>
→	1310	Groupe <i>Organisme AMO</i>
→	1321	Groupe <i>Organismes complémentaires</i>
→	1330	Groupe <i>Données Complémentaire Additionnelles</i>
→	1410	Groupe <i>Cadre de remboursement</i>
→	1420	Groupe <i>Identification de pièce justificative pour l'AMO</i>
→	1440	Groupe <i>Forçage niveau facture</i>
→	1450	Groupe <i>Module de Tarification Complémentaire</i>
→	151x	Groupe <i>Nature d'assurance</i>
n	→	1610 Groupe <i>Prestation</i>
	→	1820 Groupe <i>Exonération du T.M</i>
	→	1840 Groupe <i>Complément de prestation Entente préalable</i>
	→	1870 Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
	→	1890 Groupe <i>Complément de prestation Réseau ou filière de soins</i>
	→	2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
	→	2010 Groupe <i>Forçage sur la part Complémentaire niveau acte</i>
	→	2020 Groupe <i>Base de Remboursement théorique AMO</i>
	→	2030 Groupe <i>Prévention commune AMO/AMC</i>
n	→	1730 Groupe <i>Prestation détaillée LPP</i>
	1910	Groupe <i>Total Facture</i>

Une même prestation (groupe 1610) ne peut être suivie que d'un seul type de prestation détaillée (groupes 1730), ce type de prestation détaillée pouvant être répété :

- de 0 à 10 fois pour la prestation détaillée code LPP (groupes 1730).