



# **Annexe 1-B0**

## **Traitement des RSP**

**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.**

## TABLE DES MATIERES

<b>1</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
1.1	Présentation du document.....	5
1.2	Abréviations .....	5
1.3	Documents de référence .....	5
1.4	Définitions .....	6
1.5	Principe de lecture du document.....	7
<b>2</b>	<b>Principes généraux.....</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>Spécifications des traitements .....</b>	<b>11</b>
3.1	RR02 : Traiter le fichier de RSP .....	11
3.1.1	RR02.01 : Suivre les facturations et les opérations ponctuelles.....	12
3.1.1.1	RR02.01.01 : Qualifier le RSP.....	13
3.1.1.2	RR02.01.02 : Alimenter le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant.....	16
3.1.1.3	RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la facturation .....	25
3.1.1.4	RR02.01.04 : Alimenter le tableau de suivi des opérations ponctuelles .....	27
3.1.1.5	RR02.01.05 : Alimenter le tableau des RSP non rapprochés.....	30
3.1.1.6	RR02.01.06 : Traiter la facturation rejetée .....	32
3.1.1.7	RR02.01.07 : Créer et transmettre un rapport de réclamation .....	33
3.1.2	RR02.02 : Alimenter le tableau des virements.....	46
3.1.3	RR02.03 : Mettre à disposition d'une application comptable les informations de paiements et retenues.....	48
<b>4</b>	<b>Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 .....</b>	<b>50</b>
4.1	Introduction.....	50
4.1.1	Objet de du guide .....	50
4.1.2	Principes de création des RSP par les Organismes d'Assurance Maladie.....	50
4.1.3	Structure de la norme RSP 580 .....	52
4.2	Regroupement des entités .....	53
4.3	Identification des organismes émetteurs et destinataires du retour.....	54
4.4	Identification des informations sur la référence du virement bancaire .....	55
4.5	Les différents types de RSP .....	57
4.5.1	Déterminer le type de RSP « Liquidation de facture » .....	57
4.5.2	Déterminer le type de RSP « Régularisation de facture » .....	61
4.5.3	Déterminer le type de RSP « Opération ponctuelle » .....	65
4.6	Informations complémentaires .....	68
4.6.1	Précisions sur l'entité 103 : Assuré / Bénéficiaire .....	68
4.6.2	Précisions sur les entités 198 et 199 : Part AMO et Part AMC.....	68
4.6.3	Précisions sur l'entité 294 : Ligne rejet.....	68
4.6.4	Précisions sur le Numéro du lieu d'exécution de l'acte (entité 081, pos 8) : .....	70
4.6.5	Précisions sur l'entité 295 : Ligne commentaire.....	70
4.7	Exemples de RSP.....	71
4.7.1	Exemples de RSP de liquidation .....	71
4.7.1.1	La facturation contient 2 parts « Payées » .....	71
4.7.1.2	La facturation contient 1 part « Rejetée » .....	73
4.7.1.3	La facturation contient 1 part en état « Différé » .....	75
4.7.2	Exemples de RSP de régularisation.....	76
4.7.2.1	Paiement ultérieur de la part AMC .....	76
4.7.2.2	Régularisation négative partielle sur la part AMO et/ou AMC .....	78
4.7.2.3	Annulation totale de la facture.....	80
4.7.3	Exemples RSP d'opération ponctuelle .....	83
4.7.3.1	RSP de paiement ponctuel.....	83
4.7.3.2	RSP de retenue ponctuelle .....	86

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1 : ENCHAINEMENT DE « RR02 : TRAITER LE FICHIER RSP ».....	11
FIGURE 2 : ENCHAINEMENT DE « RR02.01 : SUIVRE LES FACTURATIONS ET LES OPERATIONS PONCTUELLES ».....	12
FIGURE 3 : SYNTHÈSE DES DIFFÉRENTS TYPES DE RSP ET LEURS USAGES.....	51
FIGURE 4 : STRUCTURE DE LA NORME RSP 580.....	52
FIGURE 5 : PRINCIPES DE REGROUPEMENT DES ENTITES.....	53
FIGURE 6 : ILLUSTRATION DES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE REJET .....	68
FIGURE 7 : ILLUSTRATION DU RAPPROCHEMENT DE LA FACTURE D'ORIGINE AVEC LE NIVEAU DE REJET .....	69

# 1 Introduction

## 1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie B0 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale. Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement les traitements relatifs au Rejets/Signalement/Paiement.

## 1.2 Abréviations

Abréviations	
<b>CESI</b>	<b>C</b> Entre de <b>S</b> ervice Inter-régimes Tiers-payant
<b>FSP</b>	<b>F</b> euille de <b>S</b> oins <b>P</b> apier
<b>GU</b>	<b>G</b> estion <b>U</b> nique
<b>GS</b>	<b>G</b> estion <b>S</b> éparée
<b>NOEMIE</b>	<b>N</b> orme <b>O</b> uverte d' <b>E</b> change entre la <b>M</b> aladie et les <b>I</b> ntervenants <b>E</b> xtérieurs
<b>RSP</b>	<b>R</b> ejet / <b>S</b> ignalement / <b>P</b> aielement

## 1.3 Documents de référence

Les documents de référence sont à consulter dans la dernière version applicable.

Appellation	Type et titre	Référence
CDC NOEMIE PS	<b>Cahier des charges NOEMIE PS,</b> disponible sur : <a href="http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/documentation-technique/norme-noemie/norme-noemie-ps.php">http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/documentation-technique/norme-noemie/norme-noemie-ps.php</a>	Mars 2011

## 1.4 Définitions

Définition	
<b>Liquidation de facture</b>	Traitement initial de la facture par l'Assurance Maladie. La liquidation de facture peut donner lieu à un paiement, un rejet ou une mise en attente de la facture.
<b>Régularisation de facture</b>	Les régularisations interviennent après un paiement ou un rejet initial (suite à la liquidation de facture) et peuvent donner lieu à un paiement complémentaire ou à un indu envers le Professionnel de Santé.
<b>Opération ponctuelle</b>	<p>Une opération ponctuelle est uniquement envoyée par les organismes AMO et n'est pas liée à une facture.</p> <p>Elles peuvent être des :</p> <p>paiements ponctuels et forfaitaires (par ex. aide pérenne, ROSP, RMT, ..)</p> <p>retenues ponctuelles (par ex. récupération pour satisfaire les besoins d'organismes extérieurs à l'Assurance Maladie).</p>

## 1.5 Principe de lecture du document

Les spécifications de l'annexe 1-B0 sont présentées sous la forme d'un enchaînement d'opérations, chaque opération étant un enchaînement de sous-opérations, composées elles-mêmes éventuellement de sous-opérations, etc., constituées au final d'un enchaînement de règles.

### Opérations

#### Présentation

La présentation de chaque opération ou sous-opération comprend :

- une description de l'opération,
- les données d'entrées et de sorties utilisées dans cette opération,
- éventuellement un schéma d'enchaînement,
- la liste des règles utilisées.

Chaque opération ou sous-opération est référencée par 2 lettres suivies d'un numéro.

### Règles

#### Présentation

Chaque règle est référencée sous la forme RG\_XXxxx

Avec XX : 2 lettres

xxx : un numéro

Pour chaque règle est présenté un cartouche indiquant les familles de Professionnel de Santé concernées.

#### Exemple

**[RG\_XXxxx] <Le titre de la règle>**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

<Description de la règle>



#### Cas particuliers

**[CP1] <Titre du premier cas particulier>**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

<Description du premier cas particulier>

...

**[CPn] <Titre du n<sup>ième</sup> cas particulier>**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

<Description du n<sup>ième</sup> cas particulier>

## Familles de PS concernées

Un cartouche de description des familles et sous-familles de professionnels de santé concernées par la règle est présent en en-tête des règles.

Les sigles utilisés dans ce cartouche ont la signification suivante :

### Pour les familles de Professionnel de Santé :

- Réservé pour utilisation future
- **FR** : Fournisseurs
- **PH** : Pharmacie
- **LB** : Laboratoire
- **AM** : Auxiliaires Médicaux
- **PR** : Prescripteurs

[RG\_XXxxx] <Le titre de la règle>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

### Pour les sous-familles de Professionnel de Santé :

- **M** : Médecins
- **CD** : Chirugiens-  
Dentistes
- **SF** : Sages-  
Femmes

Les familles ou sous-familles **concernées** apparaissent en texte noir.

Les familles ou sous-familles **non concernées** apparaissent en texte gris.



## 2 Principes généraux

Ce chapitre décrit quelques principes généraux concernant le traitement des retours de l'Assurance Maladie via la norme NOEMIE PS.

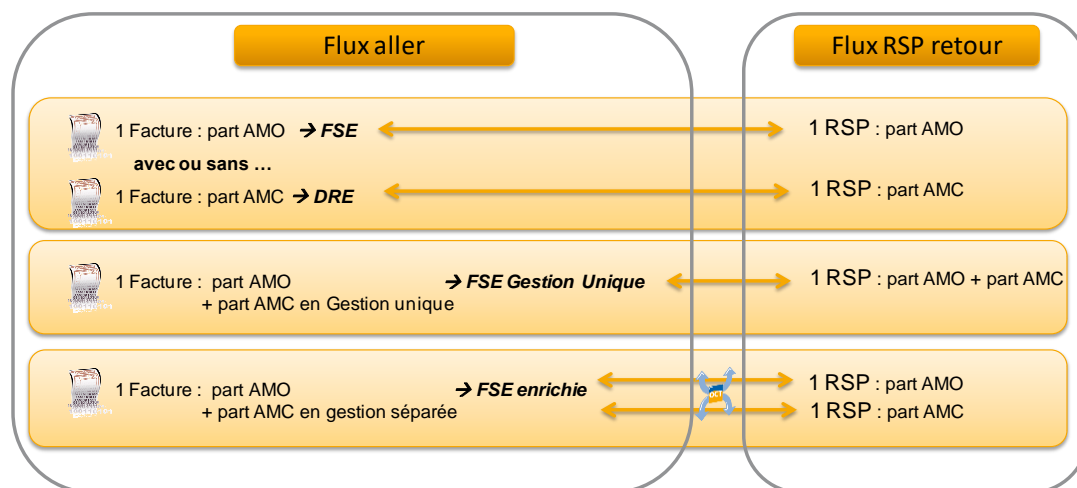
### La facturation

La facturation consiste :

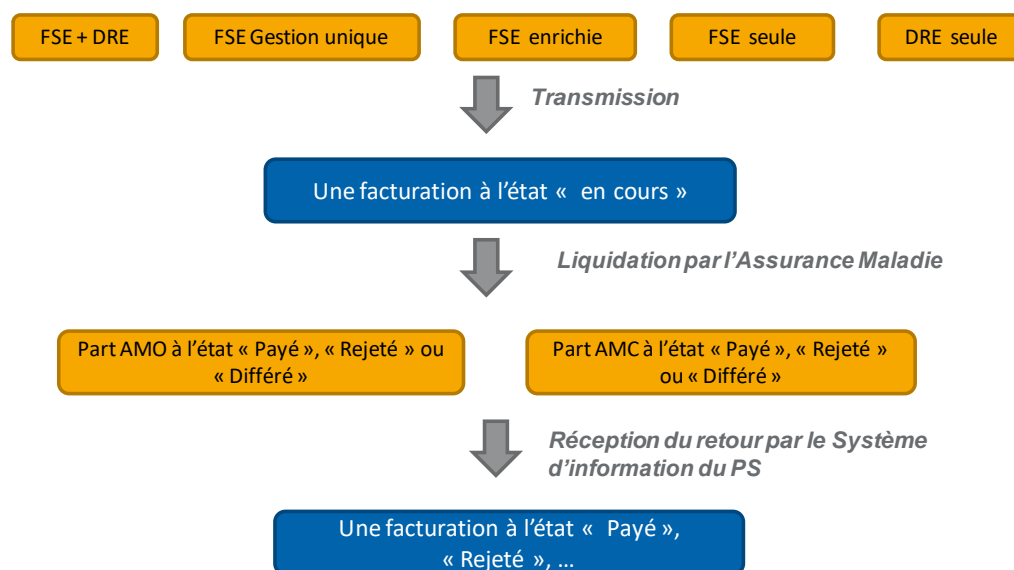
- à collecter l'ensemble des éléments constitutifs de la facture (acquisition des données relatives au Professionnel de Santé, au bénéficiaire des soins, des données liées à la prestation...),
- à procéder au calcul des montants des parts obligatoire et/ou complémentaire.

Lorsque la phase de tarification est terminée, les FSE et/ou DRE sont élaborées sur cette base commune.

Après traitement par l'Assurance Maladie, chaque facturation fait l'objet d'un ou plusieurs retours RSP donnant l'état de chacune des parts obligatoire (part AMO) et/ou complémentaire (part AMC), comme synthétisé dans le schéma ci-dessous :



L'état de la facturation suite à réception du ou des RSP est la combinaison de l'état de chacune des parts (AMO et/ou AMC) :



## Les Retours RSP

### Normes utilisées

La référence NOEMIE-PS 580 a été choisie comme référence unique de retour par tous les Organismes d'Assurance Maladie.

Elle doit à terme remplacer les retours existants :

- les références 576 et 900 de la norme NOEMIE pour les AMO,
- les flux de paiement et de rejet en provenance des AMC actuellement transmis

Le système de facturation doit être capable de traiter les données constituant la référence 580 de la norme NOEMIE, ainsi que les références 576 et 900 (sauf pour les pharmaciens).

Par ailleurs, il est recommandé que la gestion des flux de paiement et de rejet en provenance des AMC actuellement transmis soit maintenue pour les systèmes d'information qui offraient cette fonctionnalité.

### Principes d'alimentation du retour NOEMIE 580

Les organismes d'Assurance Maladie procèdent à un seul virement par jour et par Professionnel de Santé (pour un même organisme payeur).

Un virement peut englober des paiements de natures différentes : remboursements de prestation, opérations ponctuelles.

Les RSP sont regroupés :

Par mandataire

Par destinataire de règlement (Professionnel de Santé)

Par virement (1 virement par jour et par Professionnel de Santé pour un même organisme payeur)

Par type de RSP



Le type de RSP dépend de l'opération effectuée par l'organisme d'Assurance Maladie (RSP suite à la liquidation de factures ou à leurs régularisations, RSP suite à des opérations ponctuelles : paiements ou retenues ponctuelles).

➔ Cf. §4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour plus de précision sur la structure du retour NOEMIE 580.

## 3 Spécifications des traitements

### 3.1 RR02 : Traiter le fichier de RSP

#### Vue générale

**Description** L'objet de cette opération est de traiter le fichier de RSP afin :

- de suivre les facturations en Tiers-Payant et les opérations ponctuelles,
- d'alimenter le tableau des virements,
- de mettre à disposition d'une application comptable les informations de paiements et retenues.

! Les règles décrites dans cette opération concernent les RSP 580. Il est préconisé que le suivi des RSP 576 et 900, mis en place par le système de facturation, soit maintenu.

**Entrées** Le fichier RSP

**Sorties** Tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

Détail des mouvements de régularisation d'une facturation

Tableau de suivi des opérations ponctuelles

Tableau des RSP non rapprochés

Tableau des virements

Informations à destination d'une application comptable

#### Schéma

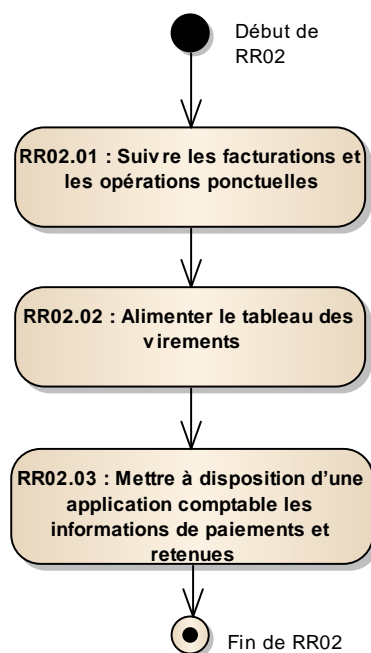


Figure 1 : Enchaînement de « RR02 : Traiter le fichier RSP »

### 3.1.1 RR02.01 : Suivre les facturations et les opérations ponctuelles

#### Vue générale

**Description** L'objet de cette opération est de :

- suivre les facturations,
- suivre les opérations ponctuelles,
- traiter les facturations rejetées.

**Entrées** Le fichier RSP

**Sorties** Tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

Détail des mouvements de régularisation d'une facturation

Tableau de suivi des opérations ponctuelles

Tableau des RSP non rapprochés

#### Schéma

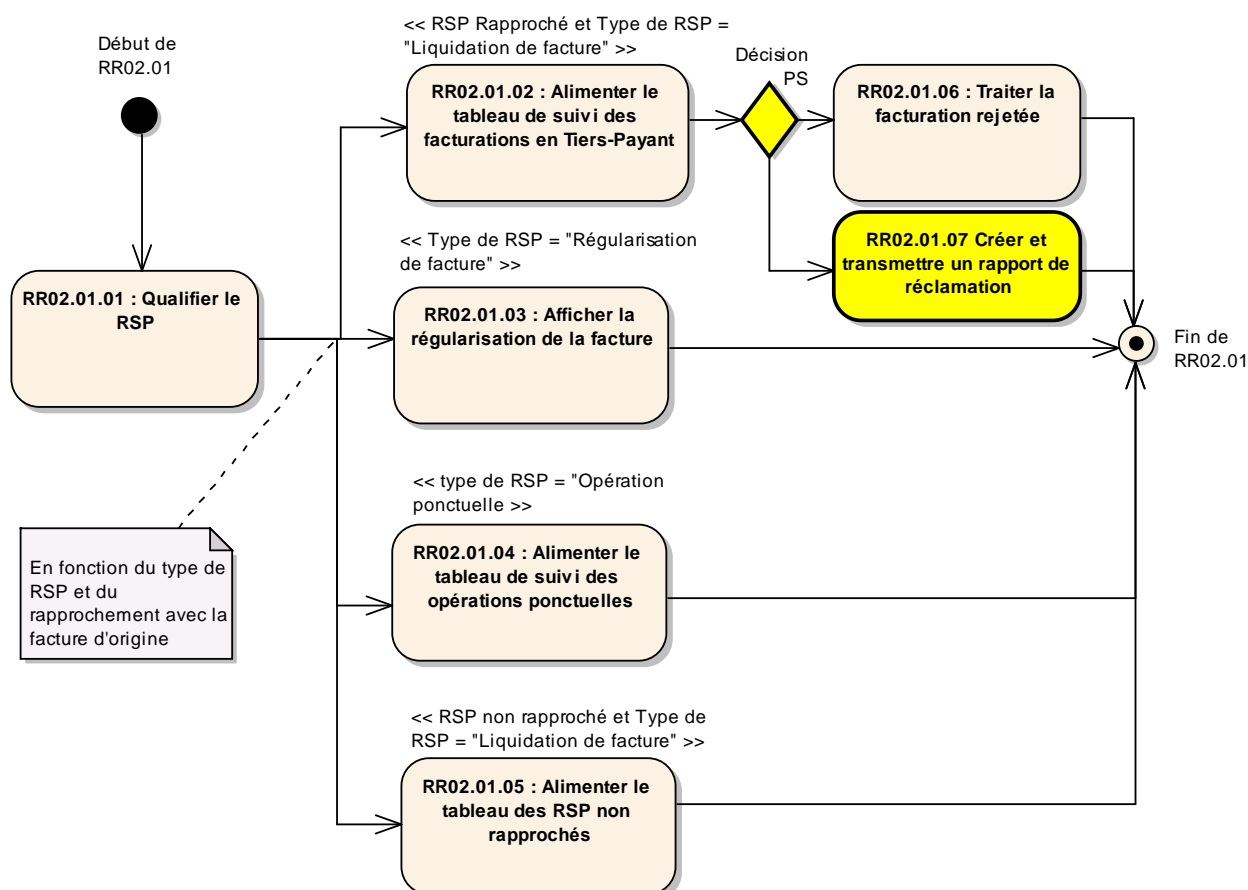


Figure 2 : Enchaînement de « RR02.01 : Suivre les facturations et les opérations ponctuelles »

### 3.1.1.1 RR02.01.01 : Qualifier le RSP

#### Vue générale

**Evènement déclencheur** Récupération du fichier de RSP par le système de facturation.

**Description** L'objet de cette opération est de :

- déterminer la référence et
- le type de RSP,
- puis, selon le type de RSP, de procéder au rapprochement du RSP pour déterminer son état (rapproché ou non rapproché)  
→ afin d'identifier ensuite les différents traitements.

**Entrées** Le fichier RSP

**Sorties** *Pour chaque RSP du fichier :*

La référence du RSP

Le type de RSP

L'état du RSP

#### Règles de gestion

**[RG\_RR010] Déclencher automatiquement le traitement du fichier de RSP**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le traitement du fichier de RSP doit être transparent pour le Professionnel de Santé et doit être effectué automatiquement dès récupération des RSP.

Il pourra, par exemple, être lancé en tâche de fond chaque jour.

**[RG\_RR011] Déterminer la référence RSP du message reçu**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation récupère la référence à partir du champ **NOE\_NRM (ou norme utilisee-reference de l'echange)** (position 62) de l'entité 000 du fichier RSP.

**[RG\_RR012] Déterminer le type de RSP**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Pour les RSP de référence égale à « 580 », le système de facturation détermine le type de RSP, à partir notamment du champ **Code du type de retour** (position 6) de l'entité 081 du fichier RSP ainsi que certaines règles de gestion complémentaires, précisées dans le § 4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 ».

Les différents types de RSP sont les suivants :

Type de RSP	Commentaire
Liquidation de facture	Pour transmettre l'état de la liquidation des factures
Régularisation de facture	Pour transmettre les régularisations sur les factures
Opération ponctuelle	Pour transmettre les paiements ponctuels (ex. rémunération médecin traitant, aide pérenne, ...) et les retenues ponctuelles (ex. récupération pour satisfaire les besoins d'organismes extérieurs à l'Assurance Maladie)

**[RG\_RR013] Rapprocher les RSP de type « liquidation de facture » des factures**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

A la récupération d'un RSP de référence = « 580 » et de type = « Liquidation de facture », le système de facturation procède au rapprochement des factures (FSE ou DRE).

Lorsque le rapprochement est un succès, le RSP passe à l'état « rapproché ».

Les critères de base suivants permettent de rapprocher automatiquement le RSP avec les factures (FSE ou DRE) :

Critère de base	Réf. du groupe dans l'annexe 1-A0	Réf. NOEMIE 580
N° de Facture	Groupe 1110	Entité 102, champ « N° de facture » (pos. 6)
Date élaboration de la Facture	Groupe 1110	Entité 102, champ « Date de facturation » (pos. 31)
N° d'identification de facturation du PS + Clé du n° d'identification de facturation du PS	Groupe 1120	Entité 040, champ « Numéro de destinataire de règlement final » (pos. 6)
Type de facture *		Entité 102, champ « type de facture » (pos. 30)

\* Le type de facture vaut :

- « F » lorsque la facture émise est une FSE (FSE seule, FSE avec présence d'une DRE, ou FSE en gestion unique).
- « D » lorsque la facture émise est une DRE (DRE seule, DRE d'annulation, ou DRE avec présence d'une FSE)



**Cas particulier**

**[CP1] : Rapprocher les RSP 580 d'une FSE enrichie**

Une FSE enrichie (type de facture « F ») peut faire l'objet de 2 RSP 580 (un RSP avec un type de facture à « F » pour la part obligatoire et un RSP avec un type de facture à « D » pour la part complémentaire). Dans ce cas, la FSE enrichie est rapprochée des 2 RSP.



### Cas d'erreur

#### **[CE1] : Echec du rapprochement**

Lorsque le rapprochement a échoué, le RSP passe à l'état « non rapproché ».

Celui-ci est présenté dans un tableau de suivi des RSP non rapprochés (cf. *RR02.01.05 : Alimenter le tableau des RSP non rapprochés*).

#### **[RG\_RR014] Rapprocher les RSP de type « Régularisation de facture » des factures émises**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

A la récupération d'un RSP de référence = « 580 » et de type = « Régularisation de facture », le système de facturation procède au rapprochement de la facture.

Les régularisations interviennent après un paiement ou un rejet initial et peuvent donner lieu à un paiement complémentaire ou à un indu envers le Professionnel de Santé.

Les règles de rapprochement des régularisations de facture avec la facture sont décrites dans le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».



### Cas d'erreur

#### **[CE1] : Le rapprochement du RSP de régularisation n'a pas pu être effectué**

Lorsque la régularisation n'a pas pu être rapprochée de la facture émise (par ex. lorsqu'elle arrive tardivement et que la facture émise n'est plus présente dans le système de facturation), les informations de la régularisation doivent être affichées au Professionnel de Santé (cf. *RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la facturation*).

Cet affichage permettra notamment au Professionnel de Santé d'effectuer le rapprochement avec sa comptabilité.

### 3.1.1.2 RR02.01.02 : Alimenter le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

#### Vue générale

**Evènement déclencheur** Présence d'un RSP « rapproché » de référence « 580 » et de Type « Liquidation de Facture »

**Description** Cette opération consiste à identifier les informations à afficher dans le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant, en fonction de leur état.



*Ce tableau pourra être initialisé et affichable avant réception du RSP, avec les facturations « en cours ».*

**Entrées** RSP 580 de type « liquidation de facture » à l'état « rapproché »

**Sorties** Etat de la part AMO dans le RSP

Etat de la part AMC dans le RSP

Etat de la Facturation

Tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant

#### Recommandations d'affichage

Les propositions suivantes d'affichage du tableau de suivi des facturations sont des exemples permettant de faciliter le suivi par le Professionnel de Santé :

- Le tableau de suivi des facturations doit être facilement accessible :
  - Le logiciel pourra inciter le PS à consulter l'état de ses facturations. Par exemple, il pourra chaque jour afficher une fenêtre récapitulant les rejets. Cette fenêtre pourra contenir un lien pour un accès rapide au tableau de suivi.
- Le tableau de suivi doit être lisible et synthétique :
  - Seules les informations essentielles sont affichées dans le tableau de suivi : date élaboration de la Facture, Numéro de facture, nom et prénom du bénéficiaire des soins, état de la facture, montant global demandé, montant restant dû, les organismes AMO et AMC.
  - Le détail d'une facturation n'est affiché qu'une fois la facturation sélectionnée (détail du paiement, détail du rejet, type de facture, NIR du Bénéficiaire des Soins...)
  - Un code couleur pourra être utilisé pour différencier facilement les différents états des facturations. Par exemple : facturations rejetées en rouge, facturations « payées » en vert, facturations « en cours » en bleu.
- Possibilité de faire une recherche ou d'appliquer des filtres sur les différents champs, notamment:
  - Etat de la facturation
  - Nom et prénom du bénéficiaire de soins et/ou de l'assuré
  - NIR du bénéficiaire de soins et/ou de l'assuré
  - Date élaboration de la Facture
  - Montant de la part payée
  - Libellé du virement bancaire



- Date de journée comptable
- Organisme payeur
- Code du rejet, libellé du rejet
- Organisme payeur
- Numéro de facture
- N° d'identification de facturation du PS
- Le tableau de suivi doit mettre en évidence les facturations rejetées à traiter.
- Le numéro de Professionnel de Santé destinataire du RSP doit être mis en évidence dans le tableau de suivi pour les cas suivants :
  - cas de plusieurs Professionnel de Santé utilisant le même logiciel
  - cas de centralisation du suivi des factures de différents Professionnels de Santé (ex : cabinet de groupe avec secrétariat)

## Règles de gestion


**[RG\_RR015] Déterminer l'état de la part AMO et de la part AMC dans le RSP**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

L'information de l'état de la part AMO et/ou AMC est renseignée soit dans un même retour NOEMIE soit dans deux retours NOEMIE (cas FSE + DRE ou FSE enrichie).

Les différents états sont les suivants :

Etat de la part AMO ou AMC dans le RSP	Détermination de l'état (réf. NOEMIE 580)
<b>Payé</b>	<p><u>Part AMO</u> :</p> <p>Entité 198, champ « Etat de paiement AMO » (pos. 14) = « P »</p> <p><u>Part AMC</u> :</p> <p>Entité 199, champ « Etat de paiement AMC » (pos. 14) = « P »</p>
<b>Rejeté</b>	<p><u>Part AMO</u> :</p> <p>Entité 198, champ « Etat de paiement AMO » (pos. 14) = « R »</p> <p><u>Part AMC</u> :</p> <p>Entité 199, champ « Etat de paiement AMC » (pos. 14) = « R »</p>
<b>Différé</b> ➤ Cet état signifie que le traitement de liquidation est en cours et non terminé : un 2 <sup>ème</sup> RSP est attendu	<p><u>Part AMO</u> :</p> <p>Entité 198, champ « Etat de paiement AMO » (pos. 14) = « D »</p> <p><u>Part AMC</u> :</p> <p>Entité 199, champ « Etat de paiement AMC » (pos. 14) = « D »</p>

	 L'état « différé » concerne la part AMO, ainsi que la part AMC en gestion unique. La part AMC en gestion séparée n'est pas concernée
<b>En attente d'un RSP</b>	Le RSP n'est pas encore reçu ou rapproché

**[RG\_RR016] Déterminer l'état de la facturation**

PR			AM	LB	PH	FR
M	CD	SF				

L'état de la facturation est déterminé par la combinaison de l'état de la part AMO et de celui de la part AMC.

Le croisement des états sur chaque part AMO et AMC donne lieu aux états possibles pour une même facturation, synthétisés dans le tableau ci-après :

	Part AMC Payée	Part AMC Rejetée	Part AMC Différée	Part AMC En attente d'un RSP	Pas de part AMC
Part AMO Payée	Payé	Rejeté	En cours	En cours	Payé
Part AMO Rejetée	Rejeté	Rejeté	En cours	En cours	Rejeté
Part AMO Différée	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours
Part AMO En attente d'un RSP	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours
Pas de part AMO	Payé	Rejeté	En cours	En cours	

Signification des états de la facturation :

- L'état « **Payé** » signifie que la facturation est payée et que le montant payé est conforme à celui attendu.
- L'état « **En cours** » signifie que :
  - Soit tous les RSP ne sont pas encore arrivés (par ex. présence du RSP pour la part AMO mais absence du RSP pour la part AMC)
  - Soit le RSP est en état « différé », un deuxième RSP devrait arriver afin de signifier l'état définitif de la part différée.
- L'état « **Rejeté** » signifie qu'au moins une des 2 parts a été rejetée, et que tous les RSP attendus sont arrivés.
  - ➔ Les facturations à l'état « Rejeté » sont à traiter par le professionnel de Santé (cf. RR02.01.06 : *Traiter la facturation rejetée*)



### Cas particuliers

#### [CP1] : la part complémentaire a été annulée

Dès lors qu'un Professionnel de Santé annule une part complémentaire en gestion séparée (émission d'une DRE d'annulation), l'information « **Part AMC annulée** » doit figurer dans le tableau de suivi des facturations.

- Les informations transmises dans le RSP en cas d'annulation de la DRE sont décrites dans le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

#### [CP2] : gestion unique

Si la facture est en mode « gestion unique », dès lors que la part AMO est rejetée, l'état de la facturation passe à l'état « rejeté » sans attendre le retour de la part AMC.



### Cas d'erreur

#### [CE1] : le montant payé est inférieur à celui demandé

Lorsque le montant payé est inférieur à celui demandé (*cf. tableau ci-après*), sur au moins une des parts (AMO et/ou AMC), l'état de la facturation passe à l'état « **En anomalie** ».

	Montant payé	Montant demandé
Part AMO	Entité 198 du RSP (pos 15) champ « Montant AMO payé »	Montant Total remboursable par l'AMO du groupe 1910 ( <i>cf. annexe 1-A0</i> )
Part AMC	Entité 199 du RSP (pos 15) champ « Montant AMC payé »	Total remboursable de la part complémentaire du groupe 1910 ( <i>cf. annexe 1-A0</i> )



### Recommandation

A ces états « Payé », « Rejeté », « En cours » ou « En anomalie », peuvent éventuellement s'ajouter :

- L'état « **Encaissé** » : le montant de la facturation est réellement versé sur le compte bancaire
  - L'information peut être déduite de la validation effective du virement par le Professionnel de Santé ou par le logiciel (information résultant de l'opération de rapprochement bancaire)
- Les états de rejet d'une facture suite à la réception d'un message de service ou d'un ARL négatif (*cf. annexe 1-B*)

#### [RG\_RR017] Afficher les informations générales de la facturation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Les informations suivantes doivent être affichées quel que soit l'état de la facturation.

Pour les facturations en état « **En cours** », les informations sont affichées à partir des informations de la facturation émise ou du système d'information du Professionnel de Santé (si celles-ci sont connues).

→ Lorsque le RSP est rapproché, les informations doivent être complétées avec les informations du RSP, lorsque celles-ci sont présentes :

Informations à afficher	Réf. du groupe dans l'annexe 1-A0	Réf. NOEMIE 580
Numéro de facturation	Groupe 1110 (N° de Facture)	Entité 102, champ « N° de facture » (pos. 6)
Date de la facturation	Groupe 1110 (Date élaboration de la Facture)	Entité 102, champ « Date de facturation » (pos. 31)
Nom d'usage et prénom du bénéficiaire (si connus)		Entité 103 (si présente): <ul style="list-style-type: none"> <li>• champ « Nom » (pos. 108)</li> <li>• champ « Prénom » (pos. 133)</li> </ul>
NIR du bénéficiaire + clé (si connu)		Entité 103 (si présente) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• champ « N°d'immatriculation individuel » (pos 86)</li> <li>• Champ « clé du N°d'immatriculation individuel » (pos. 99)</li> </ul>
Nom patronymique et/ou nom d'usage et prénom de l'assuré (si connus)		Entité 103 (si présente) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• champ « Nom patronymique » (pos 21)</li> <li>• champ « Nom d'usage » (pos 46)</li> <li>• champ « Prénom » (pos 71)</li> </ul>
NIR de l'assuré + clé	Groupe 1130	Entité 103 (si présente) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• champ « N°d'immatriculation » (pos. 6)</li> <li>• Champ « clé du N°d'immatriculation » (pos. 19)</li> </ul>
Type de facture	Cf. « 3.1.1.1 RR02.01.01 : Qualifier le RSP »	Entité 102, champ « type de facture » (pos. 30)
N° Professionnel de Santé	Groupe 1120 (N° d'identification de facturation du PS + Clé du n° d'identification de facturation du PS)	Entité 040, champ « Numéro de destinataire de règlement final » (pos. 6)
<b>Identification de l'organisme AMO</b>		
Organisme AMO	Groupe 1310	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos.6).  → cf. § 4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour les cas particuliers
<b>Identification de l'organisme AMC</b>		
N° organisme complémentaire	Groupe 1321	Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76)

**[RG\_RR018] Afficher les montants de la facturation**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Les informations de montants suivantes doivent être affichées :

Informations à afficher	Règle de détermination
Etat de la facturation	Cf. [RG_RR016] Déterminer l'état de la facturation
Montant global demandé à l'Assurance Maladie	Montant Total remboursable par l'AMO (cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0) + Total remboursable de la part complémentaire (cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0)
Et/ou Montant restant dû	Equivaut à Montant global demandé - Montant global payé
Montant global payé	Equivaut à Montant AMO payé + Montant AMC payé → (cf. [RG_RR019] : Afficher les informations spécifiques pour une facturation à l'état « Payé » ou « En anomalie »)
Montant de la part assuré	Equivaut à « Total montants facturés - total remboursable par AMO - Total remboursable de la part complémentaire » (cf. groupe 1910 de l'Annexe 1-A0)

**[RG\_RR019] Afficher les informations spécifiques pour une facturation à l'état « Payé » ou « En anomalie »**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
<b>Pour chaque part (AMO et AMC)</b>	
Le montant de la part payée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Montant AMO payé</u> : Entité 198, champ « Montant AMO payé » (pos.15) + champ « Signe du montant AMO payé » (pos. 23)</li> <li>• <u>Montant AMC payé</u> : Entité 199, champ « Montant AMC payé » (pos.15) + champ « Signe du montant AMC payé » (pos. 23)</li> </ul>
La référence du virement bancaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Libellé du virement</u> Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44)</li> <li>• <u>La date de journée comptable</u> Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6)</li> <li>• <u>Organisme payeur</u> Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -&gt; cf. 4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs</li> </ul>
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inférieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)
Destinataire de règlement	Entité 040, champ « Numéro de destinataire de règlement final » (pos. 6)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

**[RG\_RR020] Afficher les informations spécifiques pour une facturation à l'état « Rejeté »**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Une facturation à l'état rejeté comporte au moins une entité 294 (ligne rejet), en cas de rejets multiples, plusieurs entités 294 peuvent être présentes.

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
La part concernée (part AMO ou part AMC)	Entité 294, champ « Part concernée » (pos. 97)
Le code du rejet	Entité 294, champ « Codification du rejet » (pos. 6)
Le libellé du rejet	Entité 294, champ « Libellé du rejet » (pos. 16)
Le niveau de rejet	Entité 294, champ « niveau de rejet » (pos. 96)
Détail de la prestation rejetée -> pour les Rejets de niveau « type ligne de prestation (L) » ou « code affiné (A) »)	Entité 294 <ul style="list-style-type: none"> <li>Nature de la prestation concernée (pos. 98) *</li> <li>Date des soins (pos. 103)</li> <li>Numéro d'exécutant (pos. 109)</li> </ul> Pour les Rejets de niveau « code affiné (A) » : <ul style="list-style-type: none"> <li>Code affiné NABM ou code LLP ou code CIP ou code acte CCAM déduits à l'aide du Numéro de ligne (pos. 118) et du Rang du rejet (pos. 121) **</li> </ul>
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

\* La Nature de la prestation concernée correspond au *Code prestation* suivi éventuellement du *Code complément prestation* (cf. groupes 16x de l'annexe 1-A0), le *Code complément prestation* étant toujours en 5ème position

\*\* Les règles permettant de déduire le code affiné sont précisées dans le § 4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 »

**[RG\_RR021] Afficher les informations spécifiques lorsqu'une des parts (AMO/AMC) est à l'état « Différé »**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Une facturation à l'état différé comporte une entité 294 (ligne rejet).

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
La part concernée (part AMO ou part AMC)	Entité 294, champ « Part concernée » (pos. 97)
Le code du « rejet »	Entité 294, champ « Codification du rejet » (pos. 6)
Le libellé du « rejet » <i>Exemple : « facture en attente de traitement caisse »</i>	Entité 294, champ « Libellé du rejet » (pos. 16)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

**[RG\_RR022] Identifier les facturations ayant fait l'objet d'une régularisation**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Les facturations qui font l'objet d'une régularisation doivent être identifiées dans le tableau de suivi des facturations.

Le système d'information doit permettre d'afficher les détails de cette régularisation (cf. RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la facturation)

**[RG\_RR023] Déterminer les actions possibles sur le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le tableau de suivi des facturations doit permettre, à minima, au Professionnel de Santé :

- de traiter une facturation rejetée (cf. RR02.01.06 : Traiter la facturation rejetée)
- de forcer manuellement l'état d'une facture à « **Payé** »
  - cas d'un RSP non reçu alors que le Professionnel de Santé sait que la facture a été payée suite à un contact avec l'émetteur du retour ou tout autre moyen à sa disposition.
- de créer puis de transmettre un rapport de réclamation à la demande du PS (cf. RR02.01.07 : Créer et transmettre un rapport de réclamation) pour une facturation à l'état « rejeté », « en anomalie » ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés (délai paramétrable dans le logiciel).



**Préconisation :**

Le tableau de suivi des facturations peut également permettre au Professionnel de Santé

- de forcer manuellement l'état d'une facture à « **Encaissée** »
  - cas d'un Professionnel de Santé qui fait le rapprochement bancaire à la main ou à l'aide d'un autre logiciel



### 3.1.1.3 RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la facturation

#### Vue générale

**Evènement déclencheur** Récupération d'un RSP de référence « 580 » et de Type « Régularisation de facture »

**Description** Cette opération consiste à afficher les informations de régularisation d'une facturation.

**Entrées** RSP 580 de type « Régularisation de factures »

**Sorties** Détail des mouvements de régularisation d'une facturation

#### Règles de gestion

##### **[RG\_RR024] Afficher les informations de la régularisation d'une facturation**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Lorsqu'une facturation est régularisée, le détail de cette régularisation doit être affiché au Professionnel de Santé. Un lien doit être fait avec la facturation d'origine présente dans le tableau de suivi des facturations en Tiers-payant.

Le détail des informations contenues dans le RSP en cas de régularisation de facturation est précisé dans le §4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».



#### **Préconisation**

Une vue de toutes les régularisations de facturation peut également être proposée au Professionnel de Santé.

Pour chaque facturation régularisée, le système de facturation doit afficher :

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
<b>Identification de la facturation</b>	
Numéro de facture	Entité 102, champ « N° de facture » (pos. 6)
Date élaboration de la Facture	Entité 102, champ « Date de facturation » (pos. 31)
Nom d'usage et prénom du bénéficiaire	Entité 103 : <ul style="list-style-type: none"> <li>champ « Nom » (pos. 108)</li> <li>champ « Prénom » (pos. 133)</li> </ul>
<b>Identification de l'organisme AMO</b>	
Organisme AMO émetteur du retour	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos.6)
<b>Liste des régularisations (historique de la facturation)</b>	
<b>Détail de chaque régularisation</b>	
Date de la régularisation	Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6)
Montant de la régularisation	cf. § 4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour plus d'information sur la détermination de ce montant
La référence de la dette associée dans le cas d'une retenue	Entité 250, champ « Référence de la dette » (pos.8)
La nature des opérations de récupération dans le cas d'une retenue	Entité 250, champ « Nature des opérations de récupération » (pos.27)
La référence du virement bancaire	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Libellé du virement</u> Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44)</li> <li><u>La date de journée comptable</u> Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6)</li> <li><u>Organisme payeur</u> Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -&gt; cf. § 4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs</li> </ul>
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inférieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

### 3.1.1.4 RR02.01.04 : Alimenter le tableau de suivi des opérations ponctuelles

#### Vue générale

**Evènement déclencheur** Récupération d'un RSP de référence « 580 » et de Type « opération ponctuelle »

**Description** L'objet de cette opération est de préciser les informations à présenter au Professionnel de Santé lors de la réception d'un RSP contenant des paiements ponctuels ou forfaitaires ainsi que les retenues ponctuelles contenus dans la norme NOEMIE 580.

Les paiements ponctuels sont la résultante d'un processus interne, et non pas du traitement d'une facture.

**Entrées** RSP 580 de type « Opération ponctuelle »

**Sorties** Tableau de suivi des opérations ponctuelles

#### Règles de gestion

**[RG\_RR025] Afficher les informations de suivi des paiements ponctuels et forfaitaires**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					



Des précisions sur le renseignement des entités constituant les opérations ponctuelles sont présentées le § 4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 ».

Le système d'information doit proposer une liste des paiements ponctuels non liées à une facture avec pour chaque paiement :

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
Organisme émetteur	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos. 6)
Le code du paiement	Entité 261, champ « code paiement ponctuel ou forfaitaire » (pos. 6)
Le libellé associé	Entité 262, champ « Libellé associé » (pos. 11)
Le montant du paiement	Entité 261, champ « Montant paiement ponctuel ou forfaitaire » (pos.11)
La période et les dates de début et de fin (si renseignées)	Entité 262, champ « Période » (pos. 113) et champs « Date début période » (pos. 114) et « Date fin période » (pos. 120)
Le nombre de factures	Entité 262, champ « Nombre de factures » (pos.126)
La référence du virement bancaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Libellé du virement</u> Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44)</li> <li>• <u>La date de journée comptable</u> Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6)</li> <li>• <u>Organisme payeur</u> Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -&gt; cf. § 4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs</li> </ul>
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inférieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)
Le NIR de la personne ouvrant droit au paiement (si renseigné)	Entité 262, champ « N° d'immatriculation » (pos. 91) et « Clé du n° d'immatriculation » (pos. 104)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

**[RG\_RR026] Afficher les informations de suivi des retenues ponctuelles**

PR			AM	LB	PH	FR
M	CD	SF				



Des précisions sur le renseignement des entités constituant les retenues ponctuelles sont présentées le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

Le système d'information doit proposer une liste des retenues non liées à une facture avec pour chaque retenue :

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
Référence de la dette	Entité 250, champ « Référence de la dette » (pos.8)
Nature des opérations de récupération	Entité 250, champ « Nature des opérations de récupération » (pos.27)
Montant de la retenue	Entité 250, champ « Montant du mouvement financier » (pos.30)
La référence du mouvement financier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Libellé du virement</u> Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44)</li> <li>• <u>La date de journée comptable</u> Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6)</li> <li>• <u>Organisme payeur</u> Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -&gt; cf. § 4 « <i>Guide de lecture de la référence NOEMIE 580</i> » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs</li> </ul>
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inférieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)
Identification de l'organisme AMO (Organisme émetteur du RSP)	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos. 6)
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7)

### 3.1.1.5 RR02.01.05 : Alimenter le tableau des RSP non rapprochés

#### Vue générale

- Evènement déclencheur** Récupération d'un RSP de référence « 580 » de type « Liquidation de facture » et à l'état « non rapproché »
- Description** Cette opération consiste à identifier les informations à afficher dans le tableau des RSP non rapprochés avec une facture afin de faciliter le rapprochement manuel par le Professionnel de Santé.
- Entrées** RSP 580 de type « liquidation de facture » à l'état « non rapproché »
- Sorties** Tableau des RSP non rapprochés

#### Règles de gestion

**[RG\_RR027] Déterminer l'état de la part AMO et de la part AMC dans le RSP non rapproché**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Un RSP non rapproché contient le retour :

- soit sur la part AMO uniquement,
- soit sur la part AMC uniquement,
- soit sur les 2 parts (AMO et AMC), lorsqu'il s'agit d'un retour sur une FSE en gestion unique.

Les états possibles de la part AMO et/ou AMC dans le RSP non rapproché sont :

- Payé
  - Rejeté
  - Différé
- La détermination de ces états dans le RSP non rapproché est identique à celle du RSP rapproché (cf. RG\_RR015).

**[RG\_RR028] Déterminer l'état de la facturation du RSP non rapproché**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

La détermination de l'état de la facturation du RSP non rapproché n'est possible que lorsque le RSP contient l'état des 2 parts (cas d'un retour sur une FSE en gestion unique).

- La détermination de cet état est identique à celle du RSP rapproché (cf. RG\_RR016)

Les états possibles de la facturation du RSP non rapproché sont les suivants :

	Part AMC Payée	Part AMC Rejetée	Part AMC Différée
Part AMO Payée	Payé	Rejeté	En cours
Part AMO Rejetée	Rejeté	Rejeté	En cours
Part AMO Différée	En cours	En cours	En cours

PR	AM	LB	PH	FR	
----	----	----	----	----	--

**[RG\_RR029] Afficher les informations du RSP non rapproché**

M	CD	SF							
---	----	----	--	--	--	--	--	--	--

Le système de facturation affiche les mêmes informations que celles du tableau de suivi des facturations (cf. *RR02.01.02 : Alimenter le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant*), en fonction de l'état de la facturation ou de l'état de la part AMO ou AMC dans le RSP et en utilisant les données présentes dans la référence NOEMIE 580 du retour.

**[RG\_RR030] Déterminer les actions possibles sur le tableau des RSP non rapprochés**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation doit proposer au Professionnel de Santé de rapprocher manuellement les RSP non rapprochés avec les facturations.

La facturation, une fois rapprochée, apparaît dans le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant.



**Par exemple, pour un RSP donné :**

- Le système de facturation affiche les différentes facturations possibles,
- puis le Professionnel de Santé sélectionne la facturation correspondant au retour.

### 3.1.1.6 RR02.01.06 : Traiter la facturation rejetée

#### Vue générale

**Evènement déclencheur** La facturation est rejetée

**Description** Cette opération consiste à décrire les actions à effectuer par le système de facturation ou le Professionnel de Santé lorsque la facturation est rejetée, c'est-à-dire lorsqu'au moins une des parts (AMO et/ou AMC) est rejetée.

**Entrées** Facturation à l'état rejeté

**Sorties** Aucune

#### Règles de gestion

##### [RG\_RR031] Traiter le rejet de la FSE ou de la DRE par le Professionnel de Santé

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

En cas de rejet d'une FSE, il est alors nécessaire :

- soit de revenir au circuit papier traditionnel ; le Professionnel de Santé remet un duplicata (sur support papier) à l'assuré ou à l'organisme servant à ce dernier les prestations de base de l'Assurance Maladie. Ce duplicata comprend les données constitutives de la facture électronique, ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire des soins.
- soit de réaliser une nouvelle facture électronique si l'assuré peut se représenter chez le Professionnel de Santé. Dans ce cas, un nouveau numéro doit être attribué à cette facture.

Pour la DRE, le traitement des rejets relève des accords conventionnels.

##### [RG\_RR032] Constituer les DRE d'annulation en cas de rejet AMO

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Après une analyse des flux de rejet / signalement / paiement AMO reçus, et identification des FSE rejetées, le système de facturation :

- vérifie que la FSE rejetée a fait l'objet d'une part complémentaire en gestion séparée envoyée soit dans une DRE initiale, soit dans une FSE enrichie,
- vérifie qu'un RSP de paiement pour la part complémentaire a été reçu,
- contrôle l'acceptation d'une DRE d'annulation par l'organisme complémentaire dans la table de convention à partir des informations administratives et de routage utilisées pour l'envoi initial de la part complémentaire en gestion séparée.

Si les trois points précédents sont vérifiés, alors le système de facturation constitue automatiquement les DRE d'annulation à partir de la DRE initiale ou de la FSE enrichie initiale et demande la confirmation au Professionnel de Santé de l'envoi de ces DRE d'annulation, par rapport au motif du rejet AMO.



### 3.1.1.7 RR02.01.07 : Créer et transmettre un rapport de réclamation

#### Vue générale

**Evènement déclencheur** Facturation à l'état « rejeté » ou « en anomalie », ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés (paramétrable dans le logiciel).

**Description** Cette opération consiste à décrire les actions à effectuer par le système de facturation lorsque le Professionnel de Santé demande la création d'un rapport de réclamation pour une facture TP donnée.

**Entrées** Facturation à l'état « rejeté » ou « en anomalie », ou « en cours » depuis au moins 7 jours ouvrés.

**Sorties** Un rapport de réclamation transmis au CESI.

#### Règles de gestion

##### [RG\_RR036] Demander la création des rapports de réclamation

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation permet au PS d'indiquer qu'il souhaite créer un rapport de réclamation pour la part obligatoire et/ou la part complémentaire de la facturation. Les choix possibles dépendent :

- de la facturation concernée,

Facturation concernée	Rapports de réclamation possibles
Une FSE seule	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire
Une FSE en gestion unique	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire
Une DRE seule	Un rapport de réclamation pour la part complémentaire
Une DRE d'annulation	Un rapport de réclamation pour la part complémentaire
Une FSE et une DRE	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire et/ou un rapport de réclamation pour la part complémentaire
Une FSE enrichie	Un rapport de réclamation pour la part obligatoire et/ou un rapport de réclamation pour la part complémentaire

- des dates d'ouverture de la fonctionnalité de création et de transmission des rapports de réclamation,
  - une date d'ouverture des rapports de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire en gestion unique,
  - une date d'ouverture des rapports de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée.

Ces deux dates d'ouverture doivent être paramétrables par l'éditeur. Elles seront mises à jour sur instruction des AMO et AMC, par note technique SESAM-Vitale.

- et, pour les facturations à l'état « en cours », d'un délai à respecter.

La création d'un rapport de réclamation n'est possible qu'après un délai d'au moins 7 jours ouvrés suivant le passage à l'état « en cours ». Ce délai minimal doit être paramétrable par l'éditeur pour chaque spécialité de PS.



### Cas d'erreur

**[CE1] : la date d'ouverture de la fonctionnalité de création des rapports de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire en gestion unique n'est pas atteinte**

Le système de facturation ne doit pas proposer la création du rapport de réclamation pour la part obligatoire et pour la part complémentaire en gestion unique lorsque la date d'ouverture n'est pas atteinte.

**[CE2] : la date d'ouverture de la fonctionnalité de création des rapports de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée n'est pas atteinte**

Le système de facturation ne doit pas proposer la création du rapport de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée lorsque la date d'ouverture n'est pas atteinte.

**[CE3] : le délai minimal avant l'envoi d'un rapport de réclamation pour une facturation « en cours » n'est pas respecté**

Le système de facturation ne doit pas proposer la création du rapport de réclamation pour une facturation à l'état « en cours » lorsque le délai (paramétrable) d'au moins 7 jours ouvrés n'est pas respecté.

### Règles de gestion

Pour chaque rapport de réclamation demandé par le PS

**[RG\_RR037] Renseigner l'objet de sa réclamation**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le PS doit indiquer l'objet de sa réclamation (texte libre).

Cette action est obligatoire pour pouvoir transmettre le rapport de réclamation.

**[RG\_RR038] Créer un rapport de réclamation**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation crée le rapport de réclamation demandé par le PS.

Toutes les données du rapport de réclamation doivent être alimentées si celles-ci sont disponibles dans le système de facturation du PS.

Les données suivantes ne doivent pas être alimentées :

- lors de la transmission du rapport de réclamation pour la part obligatoire,
- en présence d'une part complémentaire en gestion séparée et
- avant la date d'ouverture des rapports de réclamation pour la part complémentaire en gestion séparée.

Liste des données :

- le montant RC demandé par le PS (groupe 1910),
- le montant RC payé par l'AMC (entité 199 du RSP),
- le montant de la part assuré (groupe 1910),
- le montant global payé,
- le N° organisme complémentaire (groupe 1321),
- le N° opérateur de règlement /N°AMC (groupe 1330),
- le contexte conventionnel AMC (groupe 1330),
- le N° du Lot (de la DRE),
- et les données des RSP AMC.



**Remarque :** les données relatives à la part complémentaire en gestion unique devront être alimentées dans le rapport de réclamation.

Les données du rapport de réclamation sont réparties en trois blocs :

- les données propres au rapport de réclamation,
- les données reprises de la facturation,
- les données reprises de chaque RSP liés à la facturation.

Le tableau ci-dessous présente l'alimentation des données propres au rapport de réclamation.

Données	Description de la donnée
Date de création	Date de création du rapport de réclamation par le logiciel PS. Format « AAAAMMJ0000 » (les 4 derniers caractères sont des zéros).
Identifiant du rapport de réclamation attribué par le LPS	Identifiant attribué par le logiciel du PS servant à faire le lien avec les retours du CESI (accusé de réception, rejets, ...).
Type de réclamation	Correspond à l'état de la facturation concernée : « rejeté », « en anomalie », « en cours ».
Objet de la réclamation	Texte saisi par le PS dans la règle de gestion RG_RR037.
Part concernée	Valeur « RO » si le rapport de réclamation concerne une FSE ou la part obligatoire d'une FSE enrichie. Valeur « RC » si le rapport de réclamation concerne une DRE ou la part complémentaire d'une FSE enrichie. Valeur « GU » si le rapport de réclamation concerne une FSE en gestion unique.
N° Tel du PS	Numéro de téléphone du PS utilisable par le CESI pour contacter le PS.
Adresse mail du PS	Adresse mail du PS utilisable par le CESI pour contacter le PS.

Le tableau ci-dessous présente l'alimentation des données reprises de la facturation. Les données doivent être alimentées sans modification de format par rapport au contenu de la facture.

Données	Description de la donnée
<b>Identification du professionnel de santé</b>	
N° Professionnel de Santé	Groupe 1120 (N° d'identification de facturation du PS + Clé du n° d'identification de facturation du PS)
Identifiant national du PS	RPPS si disponible : Groupe 1120 (N° RPPS du PS + Clé du N° RPPS du PS).  Sinon ADELI si disponible.  NB : l'ADELI n'est pas présent dans l'annexe 1-A0. Il est disponible dans le groupe 1 dans les données « N° d'identification nationale » et « Clé du n° d'identification nationale ».
Code spécialité du PS	Groupe 1120
<b>Identification de l'organisme AMO</b>	
Organisme AMO	Groupe 1310
<b>Identification de l'organisme complémentaire</b>	
N° organisme complémentaire	Groupe 1321
N° opérateur de règlement /N°AMC	Groupe 1330
Contexte conventionnel AMC	Groupe 1330 Cette donnée contient les informations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• N° de version de la structure de contexte conventionnel (positions 1 et 2),</li> <li>• Code spécialité du Professionnel de Santé (positions 3 et 4),</li> <li>• Code conventionnel du Professionnel de Santé (position 5),</li> <li>• Code type de convention (positions 6 et 7),</li> <li>• Critère secondaire (positions 8 à 16),</li> <li>• Code norme retour attendu (positions 17 à 19).</li> </ul>
Type de contrat	Groupe 1321
<b>Identification de la facture</b>	
Numéro de facturation	Groupe 1110 (N° de Facture)
Date de la facturation	Groupe 1110 (Date élaboration de la Facture)
Top éclatement des flux par le PS	Valeur « E » si une FSE et une DRE ont été émises par le poste du PS.  Donnée non renseignée dans les autres cas.
N° du Lot (de la FSE)	Groupe 8
N° du Lot (de la DRE)	Groupe 88
Date de création du lot de FSE	Groupe 8 (Date du lot)

Date de création du lot de DRE	Groupe 88 (Date du lot)
<b>Identification de l'assuré</b>	
Nom patronymique	Alimenter ces données si celles-ci sont connues dans le logiciel PS.
Nom d'usage	
Prénom	
N° national d'immatriculation : NIR assuré	Groupe 1130
Clé du NIR	Groupe 1130
<b>Identification du bénéficiaire des soins</b>	
Nom d'usage	Groupe 104 (Nom usuel du bénéficiaire)
Prénom	Groupe 104 (Prénom du bénéficiaire)
N° national d'immatriculation individuel	Groupe 1160
Clé du N° national d'immatriculation individuel	Groupe 1160
Date de naissance du bénéficiaire	Groupe 1130
Rang de naissance	Groupe 1130
<b>Identification du logiciel PS</b>	
Editeur du logiciel PS	Donnée à fournir par l'éditeur du logiciel PS.
Nom du logiciel PS	Donnée à fournir par l'éditeur du logiciel PS.
Version du logiciel PS	Donnée à fournir par l'éditeur du logiciel PS.
N° d'agrément du Progiciel de Santé	Groupe 8
<b>Montants demandés par le PS</b>	
Montant RO demandé par le PS	Montant Total remboursable par l'AMO ( <i>cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0</i> )
Montant RC demandé par le PS	Total remboursable de la part complémentaire ( <i>cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0</i> )
Montant de la part assuré	Equivalut à « Total montants facturés - Total remboursable par AMO - Total remboursable de la part complémentaire » ( <i>cf. groupe 1910 de l'Annexe 1-A0</i> )
Montant global des honoraires demandé par le PS	Total des montants facturés ( <i>cf. groupe 1910 de l'annexe 1-A0</i> )

Le tableau ci-dessous présente l'alimentation des données de chaque RSP lié la facturation.

NB : il peut y avoir zéro, un ou plusieurs RSP pour une facturation.

Les données doivent être alimentées sans modification de format par rapport au contenu du RSP.

Données	Description de la donnée
<b>Identification du professionnel de santé</b>	
N° Professionnel de Santé	Entité 040, champ « Numéro de destinataire de règlement final » (pos. 6)
<b>Identification de l'organisme AMO</b>	
Organisme AMO	Entité 000, champ « Numéro d'émetteur » (pos.6). cf. §4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour les cas particuliers Cette donnée ne doit être renseignée que lorsque l'organisme émetteur du RSP est un organisme AMO
<b>Identification de l'organisme complémentaire</b>	
N° organisme complémentaire	Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76)
<b>Identification de la facture</b>	
Numéro de facturation	Entité 102, champ « N° de facture » (pos. 6)
Date de la facturation	Entité 102, champ « Date de facturation » (pos. 31)
Type de facture	Entité 102, champ « type de facture » (pos. 30)
Numéro du lot de la facture	Entité 102, champ « N° de lot » (pos. 21)
Date de création du lot de la facture	Entité 102, champ « Date de création du lot » (pos. 24)
<b>Identification du bénéficiaire des soins</b>	
Nom d'usage	Entité 103 (si présente), champ « Nom » (pos. 108).
Prénom	Entité 103 (si présente), champ « Prénom » (pos. 133).
N° national d'immatriculation individuel	Entité 103 (si présente), champ « N°d'immatriculation individuel » (pos 86).
Clé du N° national d'immatriculation individuel	Entité 103 (si présente), champ « clé du N°d'immatriculation individuel » (pos. 99)
Date de naissance du bénéficiaire	Entité 103 (si présente), champ « Date de naissance » (pos. 101).
Rang de naissance	Entité 103 (si présente), champ « Rang de naissance » (pos. 107).
<b>Identification de l'assuré</b>	
Nom patronymique	Entité 103 (si présente), champ « Nom patronymique » (pos 21).
Nom d'usage	Entité 103 (si présente), champ « Nom d'usage » (pos 46).
Prénom	Entité 103 (si présente), champ « Prénom » (pos 71)

N° national d'immatriculation : NIR assuré	Entité 103 (si présente), champ « N°d'immatriculation » (pos. 6).
Clé du NIR	Entité 103 (si présente), Champ « clé du N°d'immatriculation » (pos. 19)
<b>Montants payés</b>	
Montant RO payé	Entité 198, champ « Montant AMO payé » (pos.15) + champ « Signe du montant AMO payé » (pos. 23)
Montant RC payé	Entité 199, champ « Montant AMC payé » (pos.15) + champ « Signe du montant AMC payé » (pos. 23)
Montant global payé	Correspond au Montant RO payé auquel on ajoute le Montant RC payé
<b>Virement bancaire</b>	
La référence du virement bancaire (Non renseignée pour la part rejetée)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Libellé du virement</u> <i>Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44)</i></li> <li>• <u>La date de journée comptable</u> <i>Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6)</i></li> <li>• <u>Organisme payeur</u> <i>Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 44)</i> <i>-&gt; cf. §4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs</i></li> </ul>
<b>Commentaire</b>	
Commentaire	Entité 295 (si présente), champ « commentaire » (pos. 7) <sup>(a)</sup>

<sup>(a)</sup> En cas de présence d'une ou plusieurs entités 295 dans le RSP, la donnée commentaire est alimentée par la concaténation des commentaires véhiculés dans les entités 295 du RSP.

Pour chaque RSP lié la facturation, les informations suivantes sont à intégrer dans le rapport de réclamation si la facturation est à l'état « rejeté », autant de fois que d'entités 294 présentes dans ce RSP.

Informations du rapport de réclamation	Règle de détermination
La part concernée	Entité 294, champ « Part concernée » (pos. 97)
Le code du rejet	Entité 294, champ « Codification du rejet » (pos. 6)
Le libellé du rejet	Entité 294, champ « Libellé du rejet » (pos. 16)
Le niveau de rejet	Entité 294, champ « niveau de rejet » (pos. 96)
Détail de la prestation rejetée -> pour les Rejets de niveau « type ligne de prestation (L) »	Entité 294 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nature de la prestation concernée (pos. 98)</li> <li>• Date des soins (pos. 103)</li> <li>• Numéro d'exécutant (pos. 109)</li> </ul>

Afin de pouvoir traiter de nouveaux besoins de routage, la structure des données prévoit les données présentées ci-dessous.

Critères supplémentaires de routage	
Critère de routage (donnée à occurrence multiple)	<p>Des critères de routage supplémentaires pourront être ajoutés. Chaque critère de routage se présente sous la forme d'un couple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• type du critère de routage,</li> <li>• valeur du critère de routage.</li> </ul>

### Description des données au format XML

Chaque donnée citée en amont alimente un fichier XML dont la structure est présentée dans le tableau ci-dessous.

NB1 : le caractère obligatoire de certaines données est indiqué dans la définition fonctionnelle en amont dans les règles de gestion.

Balises XML Gras : élément vide <i>Italique</i> : élément avec contenu Rouge : attribut		Occurrence	Format	Valeur ou donnée
<b>RapportReclamation</b> (Namespace : http://www.sesam-vitale.fr/XMLSchema/SVRapportReclamation/1/0)		1		
	<b>version</b>	0..1		version fixée dans le xsd fourni
	<b>Description</b>	0..1		(Rapport de réclamation)
	<i>DateCreation</i>	0..1	AN	Date de création
	<i>IdentifiantRapport</i>	0..1	AN	Identifiant du rapport de réclamation attribué par le LPS
	<i>Type</i>	0..1	AN	Type de réclamation
	<i>Objet</i>	0..1	AN	Objet de la réclamation
	<i>PartConcernee</i>	0..1	AN	Part concernée
	<i>Telephone</i>	0..1	AN	N° Tel du PS
	<i>Mail</i>	0..1	AN	Adresse mail du PS
	<b>IdentifiantPS</b>	1		(Identification du professionnel de santé reprise de la facturation)
	<i>NoFacturation</i>	0..1	AN	N° Professionnel de Santé
	<i>IdentifiantNational</i>	0..1	AN	Identifiant national du PS
	<i>CodeSpecialite</i>	1	AN	Code spécialité du PS
	<b>OrganismeAMO</b>	0..1		(Identification de l'organisme AMO reprise de la facturation)
	<i>CodeOrganisme</i>	0..1	AN	Organisme AMO



<b>OrganismeComplementaire</b>		0..1		(Identification de l'organisme complémentaire reprise de la facturation)
	NoOrganisme	0..1	AN	N° organisme complémentaire
	NoOperateurReglementAMC	0..1	AN	N° opérateur de règlement /N°AMC
	ContexteConventionnelAMC	0..1	AN	Contexte conventionnel AMC
	TypeContrat	0..1	AN	Type de contrat
<b>Facture</b>		0..1		(Identification de la facture reprise de la facturation)
	NoFacture	0..1	AN	Numéro de facturation
	Date	0..1	AN	Date de la facturation
	TopEclatementPS	0..1	AN	Top éclatement des flux par le PS
	NoLotFSE	0..1	AN	N° du Lot (de la FSE)
	NoLotDRE	0..1	AN	N° du Lot (de la DRE)
	DateCreationLotFSE	0..1	AN	Date de création du lot de FSE
	DateCreationLotDRE	0..1	AN	Date de création du lot de DRE
<b>Assure</b>		0..1		(Identification de l'assuré reprise de la facturation)
	NomPatronymique	0..1	AN	Nom patronymique
	NomUsage	0..1	AN	Nom d'usage
	Prenom	0..1	AN	Prénom
<b>NIR</b>		0..1		
	Num	0..1	AN	N° national d'immatriculation : NIR assuré
	Cle	0..1	AN	Clé du NIR
<b>BeneficiaireSoins</b>		0..1		(Identification du bénéficiaire des soins reprise de la facturation)
	NomUsage	0..1	AN	Nom d'usage
	Prenom	0..1	AN	Prénom
<b>NIRIndividuel</b>		0..1		
	Num	0..1	AN	N° national d'immatriculation individuel
	Cle	0..1	AN	Clé du N° national d'immatriculation individuel
	DateNaissance	0..1	AN	Date de naissance du bénéficiaire
	RangNaissance	0..1	AN	Rang de naissance
<b>LogicielPS</b>		0..1		(Identification du logiciel PS)
	NomEditeur	0..1	AN	Editeur du logiciel PS
	NomLogiciel	0..1	AN	Nom du logiciel PS

		<i>VersionLogiciel</i>	0..1	AN	Version du logiciel PS
		<i>NoAgrementLogiciel</i>	0..1	AN	N° d'agrément du Progiciel de Santé
		<b>MontantsPSDemandes</b>	0..1		(Montants demandés par le PS repris de la facturation)
		<i>MontantRO</i>	0..1	AN	Montant RO demandé par le PS
		<i>MontantRC</i>	0..1	AN	Montant RC demandé par le PS
		<i>MontantAssure</i>	0..1	AN	Montant de la part assuré
		<i>MontantGlobal</i>	0..1	AN	Montant global des honoraires demandé par le PS
		<b>ListeRSP</b>	0..1		(Si au moins un RSP est lié la facturation concernée par le rapport de réclamation)
		<b>RSP</b>	1..n		(Pour chaque RSP lié la facturation concernée par le rapport de réclamation) (Les données ci-dessous sont reprises du RSP concerné)
		<b>IdentifiantPS</b>	0..1		(Identification du professionnel de santé)
		<i>NoPS</i>	0..1	AN	N° Professionnel de Santé
		<b>OrganismeAMO</b>	0..1		(Identification de l'organisme AMO)
		<i>CodeOrganisme</i>	0..1	AN	Organisme AMO
		<b>OrganismeAMC</b>	0..1		(Identification de l'organisme complémentaire)
		<i>CodeOrganisme</i>	0..1	AN	N° organisme complémentaire
		<b>Facture</b>	0..1		(Identification de la facture)
		<i>NoFacture</i>	0..1	AN	Numéro de facturation
		<i>DateFacture</i>	0..1	D	Date de la facturation
		<i>TypeFacture</i>	0..1	AN	Type de facture
		<i>NoLotFacture</i>	0..1	AN	Numéro du lot de la facture
		<i>DateCreationLot</i>	0..1	D	Date de création du lot de la facture
		<b>BeneficiaireSoins</b>	0..1		(Identification du bénéficiaire des soins)
		<i>NomUsage</i>	0..1	AN	Nom d'usage
		<i>Prenom</i>	0..1	AN	Prénom
		<b>NIRIndividuel</b>	0..1		
		<i>Num</i>	0..1	AN	N° national d'immatriculation individuel
		<i>Cle</i>	0..1	AN	Clé du N° national d'immatriculation individuel

				<i>DateNaissance</i>	0..1	AN	Date de naissance du bénéficiaire
				<i>RangNaissance</i>	0..1	AN	Rang de naissance
				<b>Assure</b>	0..1		(Identification de l'assuré)
				<i>NomPatronymique</i>	0..1	AN	Nom patronymique
				<i>NomUsage</i>	0..1	AN	Nom d'usage
				<i>Prenom</i>	0..1	AN	Prénom
				<b>NIR</b>	0..1		
				<i>Num</i>	0..1	AN	N° national d'immatriculation : NIR assuré
				<i>Cle</i>	0..1	AN	Clé du NIR
				<b>MontantsPayes</b>	0..1		(Montants payés)
				<i>MontantRO</i>	0..1	AN	Montant RO payé
				<i>MontantRC</i>	0..1	AN	Montant RC payé
				<i>MontantGlobal</i>	0..1	AN	Montant global payé
				<b>VirementBancaire</b>	0..1		(Virement bancaire)
				<i>LibelleVirement</i>	0..1	AN	Libellé du virement dans la référence du virement bancaire
				<i>DateJourneeComptable</i>	0..1	AN	La date de journée comptable dans la référence du virement bancaire
				<i>OrganismePayeur</i>	0..1	AN	Organisme payeur dans la référence du virement bancaire
				<b>Commentaire</b>	0..1		(Commentaire)
				<i>Commentaire</i>	0..1	AN	Commentaire
				<b>ListeRejet</b>	0..1		(Si au moins une entité 294 est présente dans ce RSP)
				<b>Rejet</b>	1..n		(Pour chaque entité 294 présente dans ce RSP)
				<i>PartConcernee</i>	0..1	AN	La part concernée
				<i>CodeRejet</i>	0..1	AN	Le code du rejet
				<i>LibelleRejet</i>	0..1	AN	Le libellé du rejet
				<i>NiveauRejet</i>	0..1	AN	Le niveau de rejet
				<b>DetailPrestationRejet</b> <b>ee</b>	0..1		(Détail de la prestation rejetée)
				<i>NaturePrestation</i>	0..1	AN	Nature de la prestation concernée
				<i>DateSoins</i>	0..1	AN	Date des soins
				<i>NoExecutant</i>	0..1	AN	Numéro d'exécutant
				<b>Extension</b>	0..1		(Réservé pour un usage futur au niveau RSP.)

<b>ListeCritereRoutage</b>			0..1		(Critères supplémentaires de routage)
<b>CritereRoutage</b>			1..n		(Critère de routage)
		Type	1	AN	Type du critère de routage
		Valeur	1	AN	Valeur du critère de routage
<b>Extension</b>			0..1		(Réservé pour un usage futur au niveau rapport de réclamation et facturation.)

**[RG\_RR039] Confirmer l'envoi du rapport de réclamation**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation doit demander au PS la confirmation de l'envoi du rapport de réclamation au CESI.

**[RG\_RR040] Transmettre le rapport de réclamation**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation compresse et chiffre le rapport de réclamation. Cf. annexe 4 pour la description de la compression et du chiffrement.

Le fichier obtenu doit être nommé « exercice-RR-compostage.gz » en reprenant les valeurs d'exercice et de compostage de l'entête SMTP. Cf. annexe 4 pour la description de l'entête SMTP.

Par exemple : 123456789-RR-2016032214435500001.gz

Le système de facturation constitue l'entête SMTP du message avec les informations indiquées dans l'annexe 4.

Le système de facturation transmet au CESI son message SMTP contenant le rapport de réclamation chiffré en pièce jointe.

**[RG\_RR041] Réceptionner les retours de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le traitement de ces retours doit être transparent pour le Professionnel de Santé et doit être effectué automatiquement.

Il pourra, par exemple, être lancé en tâche de fond chaque jour.

Les différents types de retour (accusé de réception du rapport de réclamation et/ou message de service) sont décrits dans l'annexe 4.

**[RG\_RR042] Alimenter le tableau de suivi des rapports de réclamation**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le système de facturation rapproche les retours obtenus et les rapports de réclamation. Ce rapprochement s'effectue par comparaison du champ relatif à l'identifiant original (« in-reply-to ») de chaque retour avec le champ sujet (« subject ») du message SMTP contenant le rapport de réclamation.

Le système de facturation indique pour chaque rapport de réclamation, si celui-ci est accepté ou rejeté d'un point de vue technique(\*) en fonction des retours de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI.

Retours de l'infrastructure d'accueil des rapports de réclamation à destination du CESI	Le rapport de réclamation est
accusé de réception avec ou sans message de service d'alerte	accepté d'un point de vue technique (*)
message de service de rejet	rejeté d'un point de vue technique (*)

(\*) Nota bene :

- l'accusé de réception ne témoigne que de la conformité technique du rapport de réclamation.
- le CESI prendra contact avec le Professionnel de Santé selon une procédure spécifique qui est hors périmètre SESAM-Vitale.

### 3.1.2 RR02.02 : Alimenter le tableau des virements

#### Vue générale

**Description** Cette opération consiste à présenter au Professionnel de Santé une vue des différents virements afin, notamment, de faciliter le rapprochement bancaire.

Ce dernier consiste à vérifier que le virement associé à une facture dite payée dans le retour RSP est bien arrivé sur le compte bancaire du Professionnel de Santé. Afin de réduire la charge administrative des Professionnels de Santé, il est souhaitable que ce rapprochement bancaire soit automatique.

Il pourra être réalisé par le logiciel du Professionnel de Santé, par un logiciel comptable spécifique, ou encore par un cabinet comptable dans le cas d'une externalisation de la comptabilité.

**Entrées** Le fichier RSP

**Sorties** Tableau des virements

#### Principes de norme RSP 580

##### Principes sur les virements (en lien avec les RSP) :

- Les organismes d'Assurance Maladie procèdent à un seul virement par jour et par Professionnel de Santé (pour un même organisme payeur).
- Un virement peut englober des paiements de natures différentes : remboursements de prestation, paiements ponctuels, régularisations de factures, retenues.
- Le virement fait l'objet dans le RSP d'une seule entité 071 qui encapsule l'ensemble des paiements et des retenues composant le virement.
- Chaque type de paiement fait l'objet d'une entité 081 encapsulée dans l'entité 071. Les entités 081 encapsulent des entités 198, 199, 261 et 250 qui détaillent les paiements ou retenues composant le virement.
- Le montant du virement est le montant cumulé de l'entité 990 de niveau 3 (entité 990 correspondant à l'entité 071).  
→ Le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* » donne le détail des différentes entités

##### Principes pour le rapprochement bancaire :

- La référence du virement est véhiculée dans le RSP à l'aide des champs « libellé de virement - ligne 1 » et « libellé de virement - ligne 2 » de l'entité 071.
- Pour procéder au rapprochement bancaire, les champs « libellé de virement - ligne 1 » et « libellé de virement - ligne 2 » doivent être rapprochés avec le libellé SEPA du relevé de compte.  
→ Les différentes règles sont détaillées dans le § 4 « *Guide de lecture de la référence NOEMIE 580* ».

## Règles de gestion

### [RG\_RR033] Afficher les informations de virement

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Pour chaque virement, les informations à afficher sont les suivantes :

Informations à afficher	Réf. NOEMIE 580
La référence du virement bancaire	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Libellé du virement</u> Entité 071, champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos.12) et « Libellé du virement – ligne 2 » (pos. 44)</li> <li><u>La date de journée comptable</u> Entité 071, champ « Date de la journée comptable ou date d'émission du virement » (pos. 6)</li> <li><u>Organisme payeur</u> Entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76) ou champ « Libellé du virement – ligne 1 » (pos. 12) -&gt; cf. § 4 « Guide de lecture de la référence NOEMIE 580 » pour plus d'information sur l'alimentation de ces champs</li> </ul>
Montant du virement signé	Entité 990 de niveau 3, champ « Cumul des montants de niveau inférieur » (pos.31) + champ « signe de l'acte » (pos. 42)

### [RG\_RR034] Afficher le détail de chaque virement

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Pour chaque virement, le détail des mouvements doit pouvoir être affiché en fonction de leur type : liquidation de facture, régularisation de facture ou opération ponctuelle (cf. RR02.01 : Suivre les facturations et les opérations ponctuelles).

### 3.1.3 RR02.03 : Mettre à disposition d'une application comptable les informations de paiements et retenues

#### Vue générale

**Description** Cette opération consiste à mettre à disposition d'une application comptable les informations de paiements et retenues afin de faciliter le rapprochement bancaire.

! Le format des données mises à disposition n'est pas dans le périmètre de ce document.

**Entrées** Informations de paiements et de retenues

**Sorties** Informations à destination d'une application comptable

#### Règles de gestion

**[RG\_RR035] Identifier les informations mises à disposition d'une application comptable**

PR			AM	LB	PH	FR	
M	CD	SF					

Le format des données mises à disposition n'est pas spécifié dans ce document.

Les informations exportées doivent permettre au Professionnel de Santé d'alimenter sa comptabilité et de rapprocher automatiquement les mouvements financiers avec les virements bancaires.

Les informations associées à chaque mouvement financier pouvant être exportées sont les suivantes :

- **Pour chaque part AMO et AMC rapprochée avec un RSP** (cf. 3.1.1.2 RR02.01.02 : Alimenter le tableau de suivi des facturations en Tiers-Payant) :
  - Les informations de la facture : numéro de facture, date de la Facture, montant de la facture, type de facture, organisme payeur, état de la part AMO ou AMC (rejeté ou payé).
  - Les informations nécessaires au rapprochement bancaire : date de journée comptable, libellé du virement (lignes 1 et 2), montant du virement, organisme payeur.
- **Pour chaque paiement ponctuel** (cf. RR02.01.04 : Alimenter le tableau de suivi des opérations ponctuelles) :
  - Les informations du paiement ponctuel : organisme émetteur, code du paiement, libellé associé, montant du paiement
  - Les informations nécessaires au rapprochement bancaire : date journée comptable, libellé du virement (lignes 1 et 2), montant du virement, organisme payeur.
- **Pour chaque retenue ponctuelle** (cf. RR02.01.04 : Alimenter le tableau de suivi des opérations ponctuelles) :
  - Les informations de la retenue : la référence de la dette, la nature des opérations de récupération, le Montant du mouvement financier, Identification de l'organisme AMO (Organisme émetteur du RSP).
  - Les informations nécessaires au rapprochement bancaire : date journée comptable, libellé du virement (lignes 1 et 2), montant du virement, organisme payeur.



- **Pour chaque régularisation** (cf. RR02.01.03 : Afficher la régularisation de la facturation) :
  - Les informations de la facture d'origine : numéro de facture, Date élaboration de la Facture, type de facture.
  - Pour les régularisations positives : montant de la régularisation
  - Pour les régularisations négatives : montant de la régularisation, référence de la dette, la nature des opérations de récupération
  - Les informations nécessaires au rapprochement bancaire : date journée comptable, libellé du virement (lignes 1 et 2), montant du virement, organisme payeur.

## 4 Guide de lecture de la référence NOEMIE 580

### 4.1 Introduction

#### 4.1.1 Objet de du guide

La référence NOEMIE 580 est utilisée pour transmettre les RSP entre les Organismes d'Assurance Maladie et les Professionnels de Santé.

**Ce guide de lecture de la référence NOEMIE 580 complète le CDC NOEMIE PS sur l'alimentation de certaines données par les différents Organismes d'Assurance Maladie.**

#### 4.1.2 Principes de création des RSP par les Organismes d'Assurance Maladie

Les flux de RSP sont créés par l'Assurance Maladie dans les cas suivants :

- Lors du traitement d'une facture :
  - au moment de la liquidation de la facture (le RSP est dit de « **Liquidation de facture** »),
  - au moment de la régularisation de la facture (le RSP est dit de « **Régularisation de facture** »).
- Hors du traitement d'une facture :
  - pour retour d'informations relatives à des opérations ponctuelles (le RSP est dit de « **Opération ponctuelle** »).

#### **Les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire en Gestion Séparée (GS) :**

- ne transmettent pas d'opérations ponctuelles,
- ne transmettent pas le résultat de la liquidation de Feuilles de Soins Papier via la référence NOEMIE 580,
- ne transmettent pas les régularisations de factures via la référence NOEMIE 580,
  - ➔ mais transmettent un RSP 580 suite à une annulation de la part complémentaire par le Professionnel de santé (sera traité dans une version ultérieure).

Le tableau ci-dessous présente les différents types de RSP et leurs usages :

	Type de RSP	Part concernée			Cas d'usage
		AMO	AMC en GU	AMC en GS	
<i>Traitement d'une facture</i>	Liquidation de facture	X	X	X	Liquidation d'une Feuille de Soins Electronique
		X	X		Liquidation d'une Feuille de Soins Papier
	Régularisation de facture	X	X		Paielement ultérieure d'une des 2 parts, régularisation partielle sur une des 2 parts, annulation totale de la facture, etc.
<i>Hors traitement d'une facture</i>	Opération ponctuelle				Paielement ponctuel ou forfaitaire
					Retenues ponctuelles

**Figure 3 : Synthèse des différents types de RSP et leurs usages**

### 4.1.3 Structure de la norme RSP 580

Les RSP contenus dans un même fichier de RSP ont tous la même référence.

La référence 580 est composée d'entités physiques organisées selon la structure hiérarchique ci-dessous :

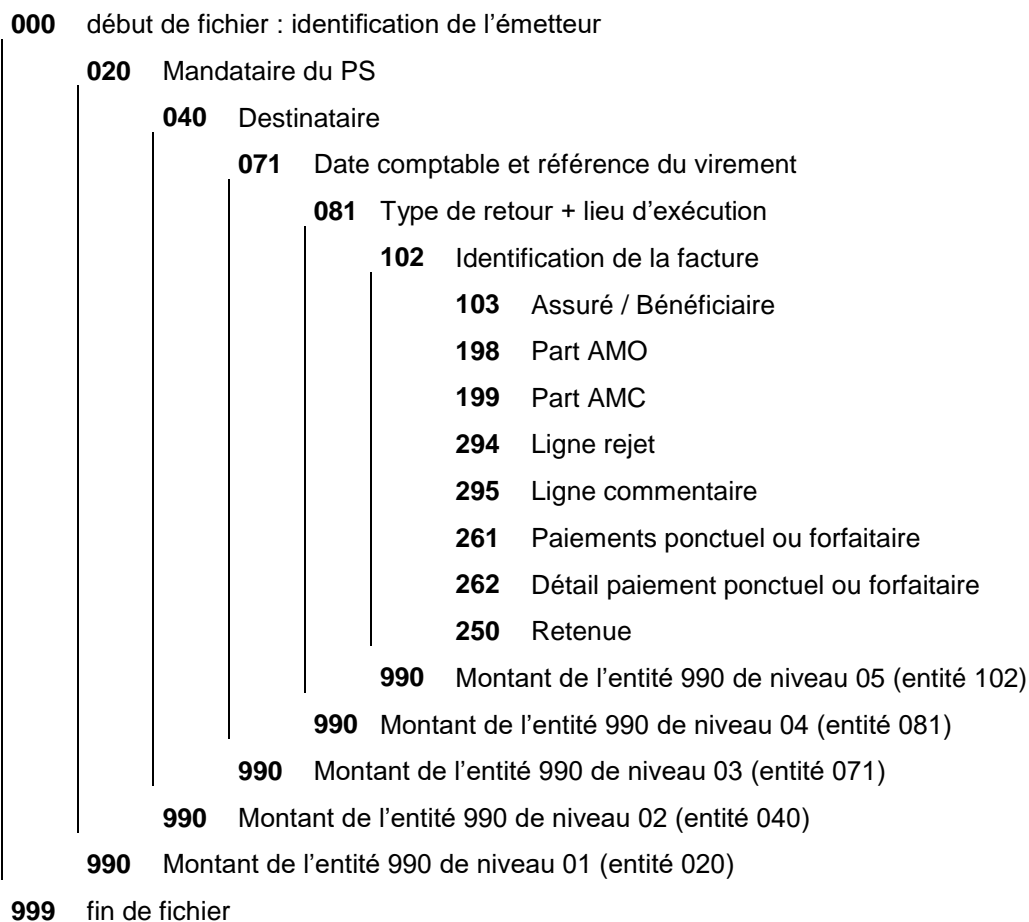


Figure 4 : Structure de la norme RSP 580



Remarque : la description de chaque entité est donnée dans le CDC de la norme NOEMIE PS. Ce guide de lecture ne reprend pas cette description.

## 4.2 Regroupement des entités

### Règles de gestion

#### [RG\_RSP001] Déterminer le regroupement des RSP

Dans 1 fichier RSP, les entités sont regroupées :

- Par mandataire,
  - puis par destinataire de règlement (Professionnel de Santé),
    - puis par virement (1 virement par jour et par Professionnel de Santé pour un même organisme payeur),
      - puis par type de Retour.

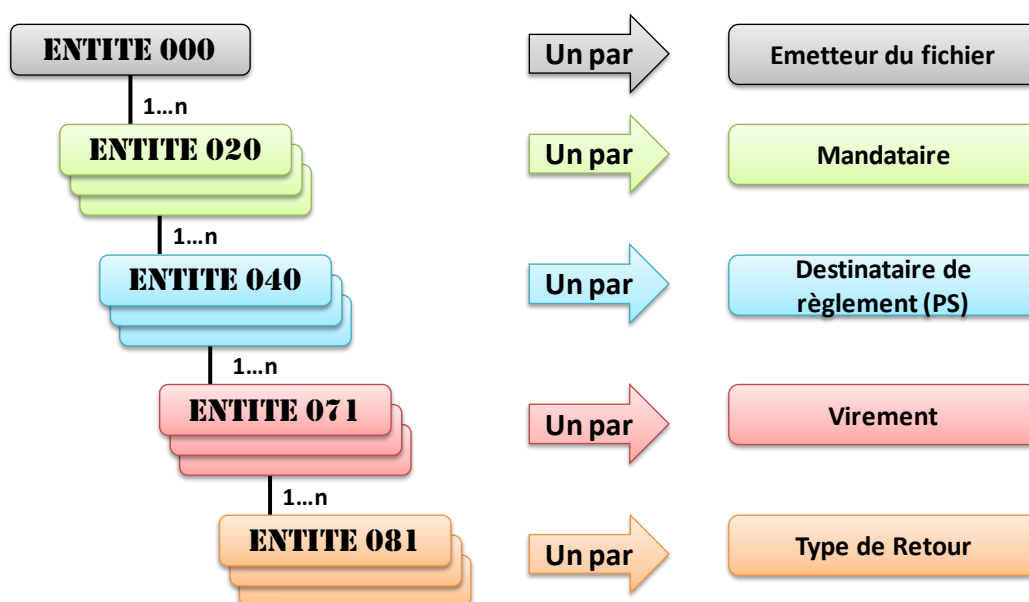


Figure 5 : Principes de regroupement des entités

## 4.3 Identification des organismes émetteurs et destinataires du retour

### Règles de gestion

#### **[RG\_RSP002] Déterminer l'organisme émetteur du retour**

L'émetteur du retour est renseigné dans l'entité 000. En fonction de l'organisme émetteur, différents champs constituent l'entité 000, comme détaillé dans la norme.

- **Pour déterminer l'Organisme AMO :**

Les champs « grand régime », « organisme gestionnaire » et « centre gestionnaires » sont remplis. Ils correspondent au destinataire du flux aller émis par le Professionnel de Santé (hormis en présence d'un OCT).

- **Pour déterminer le N° Organisme Complémentaire :**

Le N° de l'organisme complémentaire à l'origine du RSP n'est pas dans l'entité 000, il est renseigné dans l'entité 071, champ « Organisme payeur » (pos. 76).



Remarque : dans l'entité 000, le champ « n°AMC ou opérateur de règlement » correspond à l'organisme technique qui a envoyé le fichier de RSP. Il peut ne pas correspondre au destinataire du flux émis.



#### **Cas particulier**

##### **[CP1] : Présence d'un OCT**

En présence d'un OCT, l'organisme à l'origine du retour dans l'entité 000 ne sera ni l'organisme AMO ni l'organisme AMC, ni l'opérateur de règlement AMC, mais l'OCT.

Dans le cas de l'AMO, pour déterminer l'Organisme AMO, il faut s'appuyer sur l'organisme payeur (cf. §4.4 *Identification des informations sur la référence du virement bancaire*).

#### **[RG\_RSP003] Déterminer le destinataire du retour**

Différents champs concernent le destinataire du retour :

- Le champ « Numéro de destinataire » de l'entité 000 (pos. 28) : ce champ est rempli avec le numéro de facturation du Professionnel de Santé.
- Le champ « Numéro de destinataire de règlement » de l'entité 020 (pos. 6) : ce champ permet d'identifier le mandataire, c'est-à-dire un intermédiaire qui perçoit les sommes à verser aux destinataires de règlement.



Remarque : en l'état actuel, ce champ est peu utilisé. En cas d'absence de mandataire, ce champ est non significatif.

- Le champ « Numéro de destinataire de règlement final » de l'entité 040 (pos. 6) : ce champ désigne la personne à qui est destiné le paiement. Ce champ est rempli avec le numéro de facturation du Professionnel de Santé.

## 4.4 Identification des informations sur la référence du virement bancaire

### Règles de gestion

#### Déterminer le libellé du virement

#### [RG\_RSP004] Déterminer le libellé de virement

La concaténation des deux champs « Libellé du virement – ligne 1 » et « Libellé du virement – ligne 2 » de l'entité 071 permet de reconstituer le libellé du virement bancaire. Celui-ci identifie le virement de façon unique.

Le rapprochement bancaire consiste à rapprocher le libellé de virement véhiculé dans le RSP 580 avec celui du relevé de compte du Professionnel de Santé.



Remarque : les 2 champs « Libellé du virement – ligne 1 » et « Libellé du virement – ligne 2 » ne sont pas systématiquement renseignés.



#### Cas particulier

##### [CP1] : L'AMO est le Régime général

Pour le Régime Général, le champ « Libellé du virement – ligne 2 » de l'entité 071 contient le libellé du virement. Celui-ci est inclus dans le libellé de virement du relevé de compte du Professionnel de Santé.

Si plusieurs virements du relevé de compte correspondent au champ « libellé de virement – ligne 2 », les éléments suivants pourront être utilisés pour distinguer les virements :

- le montant du virement ;
- le champ « libellé de virement – ligne 1 » qui correspond tout ou partie au nom du donneur d'ordre du virement bancaire.

#### Déterminer la date de journée comptable

#### [RG\_RSP005] Déterminer la date de journée comptable

Le champ « **Date de la journée comptable ou date d'émission du virement** » de l'entité 071 est rempli avec la date d'émission du virement.



Remarque : cette date ne correspond pas à la date de réception du virement sur le compte bancaire du Profession de Santé (délai bancaire).

## Déterminer l'organisme payeur

### **[RG\_RSP006] Déterminer l'organisme payeur pour les AMC**

Le champ « organisme payeur » de l'entité 071 (pos.76) renseigne sur l'organisme à l'origine du virement.

### **[RG\_RSP007] Déterminer l'organisme payeur pour les AMO**

L'organisme payeur correspond généralement à l'organisme émetteur du retour (entité 000), mis à part pour les flux qui passent par un OCT (dans ce cas l'organisme émetteur du retour est renseigné avec l'OCT).



#### **Cas particulier**

#### **[CP1] : L'AMO est la MSA**

En plus de l'entité 000, l'organisme payeur peut également être déduit du champ « Libellé du virement – Ligne 1 » de l'entité 071 (pos. 12). Ce champ est rempli avec la date de paiement, l'organisme payeur et le numéro de destinataire.

#### **[CP2] : L'AMO est le Régime Général**

L'organisme payeur est renseigné dans le champ « Libellé du virement – Ligne 1 » de l'entité 071.

#### **[CP3] : Présence d'un OCT**

Lorsque l'AMO utilise uniquement l'entité 000 pour identifier l'organisme payeur, en présence d'un OCT, l'information sur l'organisme payeur n'est pas disponible dans le RSP.

## Déterminer le montant du virement

### **[RG\_RSP\_008] Déterminer le montant du virement**

Le montant du virement correspond au montant cumulé de l'entité 990 de niveau 3 (entité 990 correspondant à l'entité 071).



## 4.5 Les différents types de RSP



Lorsque le RSP reçu ne correspond pas aux règles de gestion décrites ci-après, et que le système de facturation ne peut interpréter le RSP, celui-ci doit permettre d'afficher les informations contenues dans le RSP.

### 4.5.1 Déterminer le type de RSP « Liquidation de facture »

#### Vue générale

Ce type de RSP est utilisé par tous les organismes d'Assurance Maladie Obligatoires et Complémentaires pour transmettre le retour suite au traitement d'une facture électronique en Tiers-Payant.

Certains AMO envoient également des RSP en réponse à la liquidation d'une Feuille de Soins papier.

L'entité 081 est la clef de voûte de la norme. Elle définit le champ « Code du type de retour » (position 6) qui détermine les entités qui seront présentes.

L'entité 102 porte les informations de la facture d'origine.

#### Illustrations :

Des illustrations des différents cas de RSP de liquidation sont données dans le § « 4.7.1 - Exemples de RSP de liquidation »

Pour chaque exemple, le cas général est présenté, avec en complément les cas particuliers si présents.

#### Règles de gestion

##### **[RG\_RSP009] Déterminer si le RSP fait suite à la liquidation d'une facture**

Les critères permettant d'identifier un RSP en réponse à une liquidation de facture sont les suivants.

Un RSP « 01 »<sup>1</sup> est utilisé pour les cas standards de retour sur une facture par tous les organismes (AMO et AMC).

Le RSP est identifié comme suit :

<sup>1</sup> C'est-à-dire : avec le champ « Code du type de retour » (entité 081, pos 6) égal à

Critères	Part concernée		
	AMO	AMC en GU	AMC en GS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Code du type de retour (entité 081, pos 6) = « 01 »</li> <li>Et type de facture (entité 102, pos 30) = « F » ou « D »</li> <li>Et Numéro de facture (entité 102, pos 6) = n° de facture de la facture d'origine</li> </ul>	X	X	X



Dans le cas RSP « 01 », le Numéro de lot (entité 102, pos 21) et la Date de la facturation (entité 102, pos31) correspondent aux informations de la facture d'origine.



### Cas particulier

#### **[CP1] : Réception d'un RSP « 02 » suite à un premier RSP « 01 » en état « différé »**

Suite à l'envoi d'un 1<sup>er</sup> RSP différé, les AMO émettent un 2<sup>ème</sup> RSP « 01 » au moment du traitement de la facture.

Dans certains cas, le 2<sup>ème</sup> RSP est envoyé avec un code type de retour égal à « 02 ».

Dans ce cas, il s'agit bien d'un RSP suite à une liquidation de facture électronique (et non suite à la liquidation d'une Feuille de Soins Papier).

Le numéro de la facture d'origine est inscrit dans l'entité 102 et permet le rapprochement avec le 1<sup>er</sup> RSP.

Le RSP est identifié comme suit :

Critères	Part concernée		
	AMO	AMC en GU	AMC en GS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Code du type de retour (entité 081, pos 6) = « 02 »</li> <li>Et type de facture (entité 102, pos 30) = « P »</li> <li>Numéro de facture (entité 102, pos 6) = n° de facture renseigné dans le 1<sup>er</sup> RSP « différé »</li> </ul>	X	X	



Dans le cas RSP « 02 », le Numéro de lot (entité 102, pos 21) et la Date de la facturation (entité 102, pos31) ne sont pas significatives et ne doivent pas être utilisées pour le rapprochement.

**[CP2] : le RSP fait suite à la liquidation d'une Feuille de Soins Papier (FSP)**

Dans le cas d'un RSP suite à la liquidation d'une Feuille de Soins Papier, le RSP est identifié avec les critères suivants :

Critères	Part concernée		
	AMO	AMC en GU	AMC en GS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Code du type de retour (entité 081, pos 6) = « 02 »</li> <li>Et type de facture (entité 102, pos 30) = « P »</li> <li>Et Numéro de facture (entité 102, pos 6) = attribué par l'organisme d'assurance maladie lors du traitement de celle-ci (peut être non renseigné dans certains cas)</li> </ul>	X	X	



**Remarque** : dans un RSP en réponse à une Feuille de Soins Papier, le numéro de lot et la date de création du lot ne sont pas remplis.

L'algorithme de rapprochement avec la facture est basé sur la date de facturation (entité 102, pos. 31), le montant de la facturation (entités 198 et/ou 199), ainsi que les informations d'identification de l'assuré et du bénéficiaire de soins (entité 103).

→ Dans le cas où la date de facturation n'est pas remplie, l'algorithme de rapprochement est uniquement basé sur le montant de la facturation, ainsi que les informations d'identification de l'assuré et du bénéficiaire de soins (entité 103).

**[RG\_RSP010] Identifier les entités présentes dans le cas d'un RSP de liquidation**

Le tableau ci-dessous donne la présence des entités en fonction de l'Etat de la part AMO ou AMC dans le RSP.

- « O » : Obligatoire, l'entité est toujours présente (mais pas forcément renseignée)
  - « F » : Facultatif, l'entité n'est pas toujours présente (certains organismes d'Assurance Maladie peuvent ne pas la transmettre)
- Cf. « § 4.6 Informations complémentaires » pour plus de précisions sur le renseignement des différentes entités.

Entité	Présence		
	Etat de la part AMO ou AMC dans le RSP		
	Payé	Rejeté	Différé
102	O	O	O
103	O	O	O
198 et/ou 199	O	O	O
294		O	O
295	F	F	F
261			
262			
250			
295	F	F	F

## 4.5.2 Déterminer le type de RSP « Régularisation de facture »

### Vue générale

Seuls les AMO envoient des RSP 580 suite à des régularisations de facture.

Les régularisations interviennent suite à traitement initial (liquidation) qui a fait l'objet soit d'un **rejet** soit d'un **paiement**.

Une régularisation de facture entraîne l'envoi d'une combinaison de RSP ayant un « Code du type de retour » (entité 081, pos 6) égal à « 04 » et/ou à « 05 ».

Ces RSP reflètent les différentes opérations de régularisation de la facture par l'organisme d'assurance maladie.



**Ils ne sont pas toujours envoyés le même jour, et peuvent donc faire l'objet de plusieurs fichiers de RSP distincts.**



#### **Remarque :**

Le cumul des montants sur les entités présentes dans une régularisation correspond au montant effectif de la régularisation qui sera viré ou prélevé sur le compte bancaire.

### Illustrations :

Des illustrations des différents cas de régularisation sont données dans le § « 4.7.2 - Exemples de RSP de régularisation »

Pour chaque exemple, le cas général est présenté, avec en complément les cas particuliers si présents.

### Règles de gestion

## Identification du RSP

### **[RG\_RSP011] Déterminer si le RSP fait suite à la régularisation d'une facture**

Le RSP suite à une régularisation de facture est composé différemment suivant les cas de régularisations (voir exemples au § 4.7) :

- **Cas 1** : uniquement des RSP « 04 »,
- **Cas 2** : une combinaison de RSP « 04 » et de RSP « 05 »,
- **Cas 3** : uniquement des RSP « 05 ».

Dans un RSP de régularisation :

- L'entité 102 est toujours présente, mais peut être non renseignée.
- L'entité 103 peut être présente mais pas systématiquement renseignée.
- Les entités 198 et/ou 199 peuvent être présentes en fonction de la part qui fait l'objet de la régularisation (obligatoires pour le « 04 », facultatives pour le « 05 »).
- L'entité 250 est toujours présente pour le RSP « 05 ».
  - ➔ La régularisation s'articule autour d'une phase de constat initial (Nature des opérations = CIN) et d'une phase de re paiement (Nature des opérations = RPR), portées par l'entité 250.
- L'entité 295 est facultative

## Recherche du montant de la régularisation

### **[RG\_RSP012] Déterminer le Montant de la régularisation**

Le montant de la régularisation correspond à la somme des montants signés suivants :

- champ « montant AMO payé » (pour chaque entité 198)
- champ « montant AMC payé » (pour chaque entité 199)
- champ « montant du mouvement financier » (pour chaque entité 250)

## Rapprochement de la régularisation avec la facture initiale

### **[RG\_RSP013] Rapprocher les RSP de régularisation avec la facture initiale**

Le lien avec la facture initiale se fait au travers de l'entité 102 lorsque celle-ci est renseignée.

- Dans le cas d'un RSP « 04 », l'entité 102 est toujours renseignée.
- Dans le cas d'un RSP « 05 », l'entité 102 peut ne pas être renseignée (peut se produire en présence de plusieurs entités 250 relatives à la même facture, ces entités pouvant appartenir au même RSP « 05 » ou à des RSP « 05 » différents) :
  - L'entité 102 est systématiquement remplie pour la première entité 250 envoyée.
  - Lorsque le numéro de facture n'est pas renseigné pour une entité 250 ultérieure, le lien avec la facture se fait avec le champ « référence de la dette » (pos. 8) qui est commun aux différentes entités 250 relatives à une même facture



**Rappel** : les RSP peuvent être envoyés à des moments différents (et donc peuvent faire l'objet de plusieurs fichiers de RSP distincts).



#### **Cas particulier**

##### **[CP1] : La régularisation porte sur une Feuille de Soins Papier**

Dans le cas d'une régularisation sur une Feuille de Soins Papier :

- si le numéro de facture est renseigné dans le RSP de régularisation, ce numéro correspond au numéro de facture du 1er RSP, et permet alors de faire le rapprochement,
- si le numéro de facture n'est pas renseigné dans le RSP de régularisation, le rapprochement du RSP de régularisation s'effectue à l'identique du rapprochement du 1er RSP de liquidation (cf. RG\_RSP009 / CP2).



#### **Cas d'erreur**

##### **[CE1] : le rapprochement d'un RSP « 05 » avec la facture initiale n'a pas abouti**

Lorsqu'un RSP de régularisation, ayant un « Code du type de retour » égal à « 05 » n'a pas pu être rapproché d'une facture initiale, il s'agit d'une retenue ponctuelle (cf. §4.5.3 Déterminer le type de RSP « Opération ponctuelle »).



Une retenue ponctuelle se compose d'un RSP ayant un « Code du type de retour » égal à « 05 », sans entité 102, et avec une entité 250 dont la « référence de la dette » ne correspond à aucune référence de la dette déjà reçue dans d'autres entités 250.

## RSP suite à l'annulation d'une DRE par le Professionnel de Santé



Ce chapitre sera complété dans une version ultérieure du guide de lecture.



### 4.5.3 Déterminer le type de RSP « Opération ponctuelle »

#### Vue générale

Les RSP « Opérations ponctuelles » regroupent :

- les RSP en réponse à des paiements ponctuels (rémunération médecin traitant, aide pérenne, ...)  
→ présence des entités 261 et 262 (pour les RSP « 03 »)
- des RSP en réponse à des retenues ponctuelles (récupération pour satisfaire les besoins d'organismes extérieurs à l'Assurance Maladie).  
→ présence de l'entité 250 (pour les RSP « 05 »)

Ce chapitre ne concerne que les AMO.

#### Illustrations :

Des illustrations des différents cas d'opération ponctuelle sont données dans le § « 4.7.3 - Exemples RSP d'opération ponctuelle »

Pour chaque exemple, le cas général est présenté, avec en complément les cas particuliers si présents.

#### Règles de gestion

#### Païement ponctuel ou forfaitaire

#### **[RG\_RSP014] Déterminer si le RSP fait suite à un paiement ponctuel ou forfaitaire**

Le RSP suite à un paiement ponctuel ou forfaitaire » se compose :

- d'1 RSP « 03 »

Le tableau ci-dessous donne la présence des entités dans le RSP :

- « O » : Obligatoire, l'entité est toujours présente (mais pas forcément renseignée)
- « F » : Facultatif, l'entité n'est pas toujours présente (certains organismes d'Assurance Maladie peuvent ne pas la transmettre)

Entité	Présence	Remarque
102	O	Entité présente, mais les champs sont non renseignés
103		
198		
199		
294		
295	F	
261	O	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le champ « code paiement ponctuel ou forfaitaire » (pos. 6) est renseigné avec le code du paiement ponctuel</li> <li>Le champ « Montant paiement ponctuel ou forfaitaire » (pos.11) contient le montant du paiement ponctuel</li> </ul>
262	O	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il peut y avoir plusieurs entités 262 pour une entité 261, notamment lorsque le paiement concerne plusieurs « N°d'immatriculation ».</li> <li>Le champ « Codification » (pos. 6) n'est pas toujours renseigné. Cette information est redondante avec le champ « Code du paiement » (pos. 6) de l'entité 261</li> <li>Le champ « Libellé associé » (pos. 11) est généralement renseigné</li> <li>Le champ « N°d'immatriculation » (pos. 91) de la personne ouvrant droit au paiement n'est pas rempli par tous les AMO (par ex. le Régime Général remplit ce champ uniquement pour la rémunération RMT ALD)</li> <li>Le champ « période » (pos. 113) est renseigné</li> <li>Le champ « date début période » (pos. 114) est renseigné</li> <li>Le champ « date fin période » (pos. 120) est facultatif</li> <li>Le champ « nombre de factures » (pos. 126) est renseigné</li> </ul>
250		

## Retenue ponctuelle

### **[RG\_RSP015] Déterminer si le RSP fait suite à une retenue ponctuelle**

Le RSP suite à une « retenue ponctuelle » se compose :

- d'1 RSP « 05 »



Tous les RSP « 05 » ne sont pas des retenues ponctuelles, certains peuvent être des RSP de « Régularisation de facture ».

Seules les retenues qui ne correspondent pas à une régularisation de facture (cf. RG\_RSP013) sont considérées comme des retenues ponctuelles.

Le tableau ci-dessous donne la présence des entités dans le RSP :

- « O » : Obligatoire, l'entité est toujours présente (mais pas forcément renseignée)
- « F » : Facultatif, l'entité n'est pas toujours présente (certains organismes d'Assurance Maladie peuvent ne pas la transmettre)

Entité	Présence	Remarque
102	O	Entité présente, mais les champs sont non renseignés
103		
198 et/ou 199		
294		
295	F	
261		
262		
250	O	La « Référence de la dette » (pos. 8) est inconnue du logiciel : elle ne correspond pas à la référence de la dette d'une entité 250 reçue auparavant

## 4.6 Informations complémentaires

### 4.6.1 Précisions sur l'entité 103 : Assuré / Bénéficiaire

L'entité 103 regroupe les informations concernant l'assuré et le bénéficiaire de soins.

Tous les organismes d'Assurance Maladie ne remplissent pas cette entité.

### 4.6.2 Précisions sur les entités 198 et 199 : Part AMO et Part AMC

- Les champs « Montant AMO demandé » (entité 198, pos 6) ou « Montant AMC demandé » (entité 199, pos 6) sont renseignés différemment par les organismes d'assurance obligatoires.



Il est déconseillé d'utiliser ces champs.

- Le champ « N° AMC destinataire » (entité 199) est rempli :
  - en gestion séparée, avec le numéro de l'AMC,
  - en gestion unique, il peut être rempli par le numéro de l'organisme complémentaire ou le MUTNUM.
- Le champ « N° identification AMC de l'adhérent » (entité 199) est rempli avec le numéro d'adhérent.

### 4.6.3 Précisions sur l'entité 294 : Ligne rejet

Une même facture (entité 102) peut comporter plusieurs rejets, ce qui se traduit par la présence de plusieurs entités 294 à la suite.

Les rejets peuvent être de plusieurs niveaux :

- « F » : Facture,
- « L » : Ligne de prestation ou
- « A » : Code affiné.

L'entité 294 est renseignée en fonction du niveau de rejet, comme illustré dans le schéma ci-dessous :

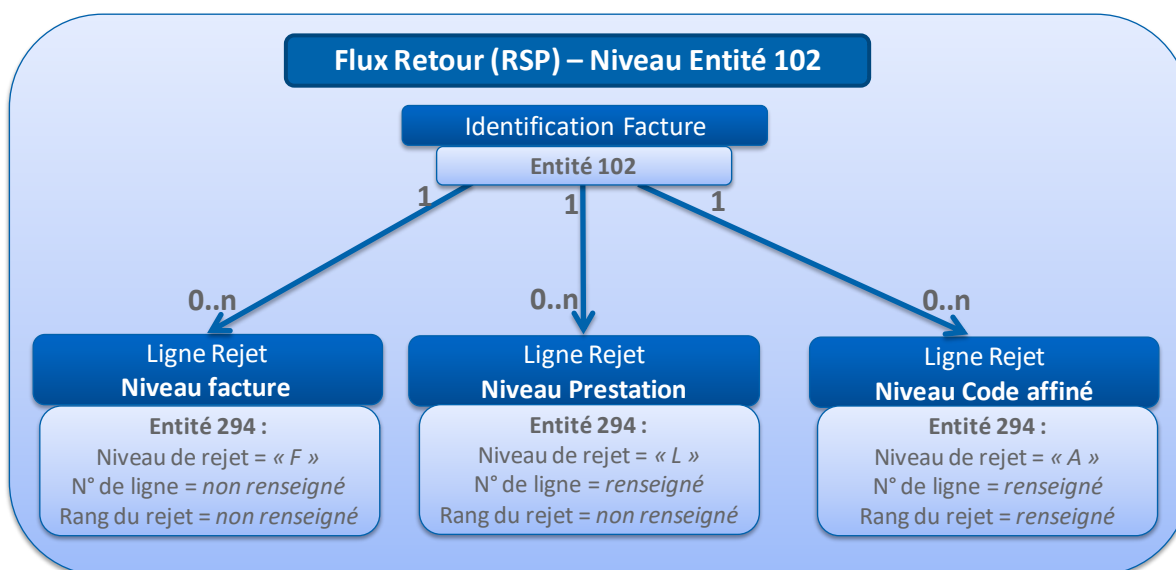


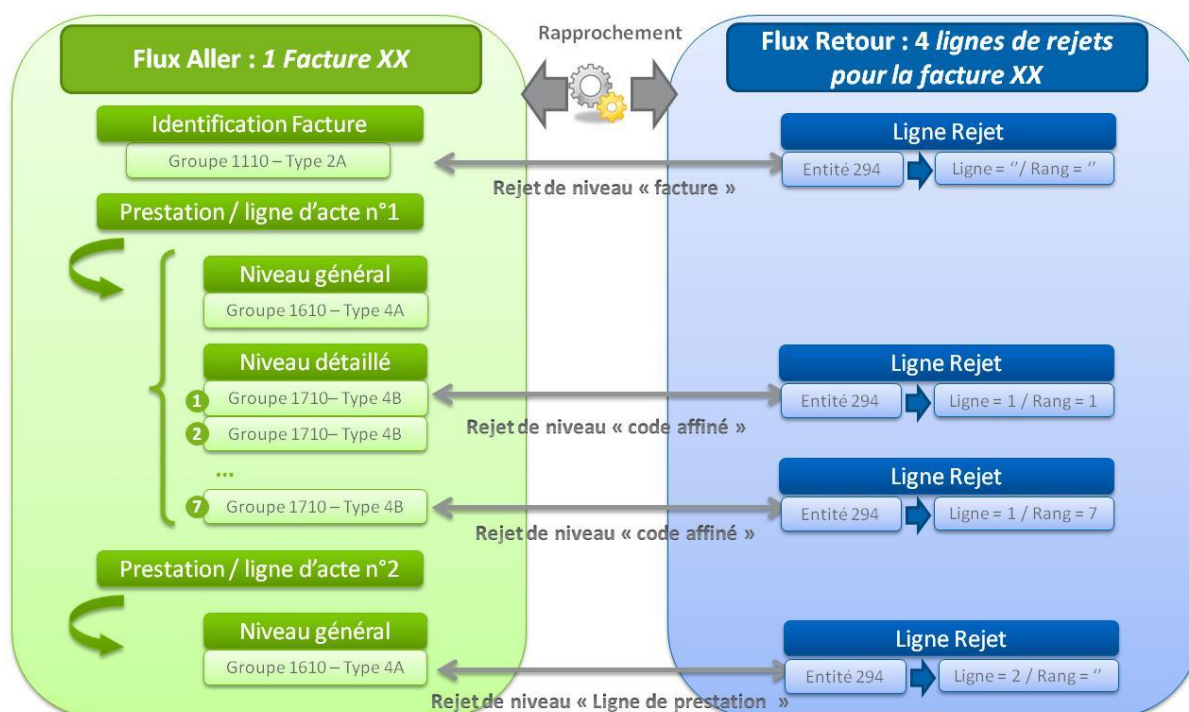
Figure 6 : Illustration des différents niveaux de rejet

**Identification de la prestation faisant l'objet du rejet (pour les rejets de niveau « L » ou « A ») :**

- Le champ « Nature de la prestation concernée » (pos. 96) correspond au « Code prestation » suivi éventuellement du « Code complément prestation » (N, F, U). Le Code complément prestation est toujours en 5<sup>ème</sup> position
- Le champ « Numéro de ligne » (pos. 118) correspond à la position du « Code prestation » de la prestation d'origine dans la facture
  - ➔ Par exemple pour une FSE, le « Numéro de ligne » donne le numéro de la position du type Groupe 1610 (type 4A) dans la facture.
- Le champ « Rang du rejet » (pos. 121) correspond à la position du code de la « Prestation détaillée » ou du « Code Acte » par rapport à la prestation en lien avec le « Numéro de ligne ».



**Illustration avec une facture contenant plusieurs actes NABM :**



**Figure 7 : illustration du rapprochement de la facture d'origine avec le niveau de rejet**

---

#### 4.6.4 **Précisions sur le Numéro du lieu d'exécution de l'acte (entité 081, pos 8) :**

Le champ « Numéro du lieu d'exécution de l'acte » de l'entité 081 n'est rempli par certains AMO que pour le cas d'un acte libéral dans un établissement privé en paiement direct au Professionnel de Santé avec la facture est générée par l'établissement.

L'organisme d'assurance maladie génère deux RSP, un pour l'établissement et un autre pour le Professionnel de Santé.

→ Comme le système d'information du Professionnel de Santé ne possède pas la facture d'origine, le rapprochement entre le RSP et la facture échoue : l'information du lieu d'exécution de l'acte peut alors aider le Professionnel de Santé à comprendre qu'il s'agit d'une facture de l'établissement privé.

---

#### 4.6.5 **Précisions sur l'entité 295 : Ligne commentaire**

Cette entité est parfois renseignée par certains organismes d'Assurance Maladie Complémentaire en gestion séparée.

Lorsqu'elle est renseignée, elle est utilisée pour ajouter des précisions sur le RSP.

## 4.7 Exemples de RSP



**Remarque générale :** seuls les champs « significatifs » sont précisés ici. Cela ne présume pas du renseignement des autres champs.

### 4.7.1 Exemples de RSP de liquidation

#### 4.7.1.1 La facturation contient 2 parts « Payées »

##### Cas d'usage

Exemple : paiement d'une facturation contenant les 2 parts

Le Professionnel de Santé a demandé 23€ : 16,10€ pour la part obligatoire et 6,90€ pour la part complémentaire.

L'Assurance Maladie rembourse les 23€ au Professionnel de Santé.

##### Remplissage des entités



**La facturation est en gestion séparée :** 2 RSP sont envoyés (1 pour le paiement de la part obligatoire, 1 pour le paiement de la part complémentaire). L'ordre des RSP n'est pas significatif et peut être inversé.

##### RSP envoyé par l'AMO

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P	16,10	P (Positif)

Montant du paiement : + 16,10 sur la part AMO

##### RSP envoyé par l'AMC

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)

Montant du paiement : + 6,90 sur la part AMC



**La facturation est en gestion unique** : 1 RSP est envoyé pour le paiement des 2 parts.

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P	16,10	P (Positif)

Montant du paiement : + 16,10 sur la part AMO

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)

Montant du paiement : + 6,90 sur la part AMC



#### 4.7.1.2 La facturation contient 1 part « Rejetée »

##### Cas d'usage

Exemple : rejet de la part AMO en gestion séparée et rejet de la part AMC en gestion unique

Le Professionnel de Santé a demandé 23€ : 16,10€ pour la part obligatoire et 6,90€ pour la part complémentaire.

L'Assurance Maladie rejette une des parts et paie l'autre.

##### Remplissage des entités



**La facturation est en gestion séparée** : 2 RSP sont envoyés (1 pour le rejet de la part obligatoire, 1 pour le paiement de la part complémentaire). Pour le rejet, l'entité 294 porte le détail du rejet.

L'ordre des RSP n'est pas significatif et peut être inversé.

##### RSP envoyé par l'AMO

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
R		



294

Codification du rejet	Libellé du rejet	Niveau de rejet	Part concerné
0270 051	Bénéficiaire inconnu	F	O

##### RSP envoyé par l'AMC

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)





**La facturation est en gestion unique** : 1 RSP est envoyé dans lequel la part obligatoire est payée et la part complémentaire rejetée. Pour le rejet, l'entité 294 porte le détail du rejet.

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P	16,10	P

Païement de la part AMO

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
R		

Rejet de la part AMC

294

Codification du rejet	Libellé du rejet	Niveau de rejet	Part concerné
0490 001	Pas de traitement OC-absence contrat valide	F	C

### 4.7.1.3 La facturation contient 1 part en état « Différé »

#### Cas d'usage

Exemple : la facturation ne contient que la part AMO, qui est en état différée dans le RSP reçu

Le Professionnel de Santé a demandé 16,10€ pour la part obligatoire. L'AMO envoie un RSP « différé » pour signaler que la facture est en cours de traitement.

#### Remplissage des entités



**La facturation ne contient qu'une seule part AMO.** Le RSP renvoyé par l'AMO signale la part AMO en état « différé ». L'entité 294 porte le détail de cet état différé.

Type de retour = « 01 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
N° facture initiale	Date facture initiale	N° de lot initial	Date de création du lot initial

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
D		



294

Codification du rejet	Libellé du rejet	Niveau de rejet	Part concerné
998	En attente de traitement caisse	F	O

## 4.7.2 Exemples de RSP de régularisation

### 4.7.2.1 Paiement ultérieur de la part AMC

#### Cas d'usage

Exemple : rappel **CMU C2S** sur la part AMC (en gestion unique)

Le Professionnel de Santé a demandé au titre de la **CMU C2S** 23€ : 16,10€ pour la part obligatoire et 6,90€ pour la part complémentaire.

La caisse a payé 16,10€ pour la part obligatoire. Les 6,90€ n'ont pas été payés, car le référentiel de la caisse n'est pas à jour.

Suite à une réclamation du Professionnel de Santé, la caisse fait un rappel de 6,90€ pour la part complémentaire (après avoir vérifié les droits **CMU C2S**).

#### Remplissage des entités



**Cas général avec un RSP « 04 »** : L'AMO envoie un seul RSP avec un code retour « 04 ». L'entité 199 (part AMC) porte le montant de la régularisation.

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P	0	P (Positif)

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)

Montant de la régul : + 6,90 sur la part AMC



**Total des montants = + 6.90**



**Cas particulier avec les RSP « 04 » et « 05 » :** l'AMO envoie un RSP avec un code retour « 04 » et un RSP avec un code retour « 05 ». L'entité 199 (part AMC) porte le montant de la régularisation.

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
A blanc	0	

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	P (Positif)

Montant de la régul : + 6,90 sur la part AMC

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	16,10	P (Positif)

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	16,10	N (Négatif)

Lien avec la facture

Ces 2 lignes « s'annulent »



Total des montants = + 6.90

Les montants des entités 250 s'annulent

## 4.7.2.2 Régularisation négative partielle sur la part AMO et/ou AMC

### Cas d'usage

Exemple : Facturation à tort d'une majoration

Suite à une visite avec majoration de déplacement, le Professionnel de Santé demande 26€ pour la part RO dont 3€ de majoration. La caisse paye la facture dans un premier temps. Après vérification, la caisse annule la majoration qui n'avait pas lieu d'être.

### Remplissage des entités



**Cas général avec les RSP « 04 » et « 05 »** : l'AMO envoie un RSP avec un code retour « 04 » et un RSP avec un code retour « 05 ». L'entité 198 (part AMO) porte le montant de la régularisation.

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P (Payé)	3	N (Négatif)

Montant de la régul : - 3 sur la part AMO

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	26	P (Positif)

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	26	N (Négatif)



Total des montants = -3

Les montants des entités 250 s'annulent



**Cas général avec uniquement le RSP « 05 »** : l'AMO envoie un RSP avec un code retour « 05 » dans lequel la part concernée (AMO) est annulée complètement via l'entité 198. Puis la régularisation s'effectue avec les 2 entités 250 : une 1ère pour le « constat initial » de la facture payée et une 2ème avec le montant de la régularisation

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P (Payé)	26	N (Négatif)

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	26	P (Positif)

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	3	N (Négatif)

Lien avec la facture

Montant de la régul : -3



**Total des montants = -3**

### 4.7.2.3 Annulation totale de la facture

#### Cas d'usage

Exemple : doublon de facture

Le Professionnel de Santé a demandé au titre de la **CMU-C C2S** 23€ : 16,10€ pour la part RO et 6,90€ pour la part RC. Suite à un doublon de facture, la caisse annule un paiement.

#### Remplissage des entités



**Cas général avec les RSP « 04 » et « 05 »** : l'AMO envoie 2 RSP avec chacun un code retour « 04 » et avec un code retour « 05 ». Les entités 198 (part AMO) et 199 (part AMC) portent le montant de la régularisation sur chaque part.

#### 1<sup>er</sup> RSP

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P (Payé)	16,10	N (Négatif)

Montant de la régul : - 16,10 sur la part AMO

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	16,10	P (Positif)

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	23	N (Négatif)

Lien avec la facture



## 2ème RSP

Type de retour = « 04 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	N (Négatif)

Montant de la  
régul : - 6,90 sur la  
part AMC

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	6,90	P (Positif)



Total des montants = -23

Les montants  
des entités 250  
s'annulent



**Cas général avec uniquement le RSP « 05 »** : L'AMO envoie un RSP avec un code retour « 05 » dans lequel les entités 198 (part AMO) et 199 (part AMC) portent le montant de la régularisation sur chaque part. Puis la régularisation s'effectue avec les 2 entités 250 : une 1ère pour le « constat initial » de la facture payée et une 2ème avec le montant de la régularisation.

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
N° facture initiale	Date facture initiale

198

Etat paiement part AMO	Montant AMO payé	Signe du montant AMO payé
P (Payé)	16,10	N (Négatif)

Montant de la régul : - 16,10 sur la part AMO

199

Etat paiement part AMC	Montant AMC payé	Signe du montant AMC payé
P (Payé)	6,90	N (Négatif)

Montant de la régul : - 6,90 sur la part AMC

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	CIN	23	P (Positif)

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
« Référence1 »	RPR	23	N (Négatif)

Lien avec la facture



Total des montants = -23

Les montants des entités 250 s'annulent

## 4.7.3 Exemples RSP d'opération ponctuelle

### 4.7.3.1 RSP de paiement ponctuel

#### Cas d'usage

##### Exemple :

Un paiement ponctuel de 80€ pour le forfait AVK touché pour 2 patients (40 x 2).

#### Remplissage des entités



#### Cas général

Les NIR des bénéficiaires des soins ouvrants droit au paiement ponctuel sont précisés dans l'entité 262 pour chaque paiement ponctuel en rapport avec la patientèle.

Type de retour = « 03 »

BS 1

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
Non renseigné			

261

Code paiement ponctuel ou forfaitaire	Montant paiement ponctuel ou forfaitaire
AVK	40

262

Codification	Libellé associé	N° d'Immatriculation	Période	Date début	Date fin	Nombre de factures
AVK	« ROSP AVK »	NIR Bénéficiaire 1	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement

BS 2

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
Non renseigné			

261

Code paiement ponctuel ou forfaitaire	Montant paiement ponctuel ou forfaitaire
AVK	40

262

Codification	Libellé associé	N° d'Immatriculation	Période	Date début	Date fin	Nombre de factures
AVK	« ROSP AVK »	NIR Bénéficiaire 2	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement



### Cas particulier 1

Les NIR des bénéficiaires des soins ouvrants droit au paiement ponctuel ne sont pas précisés dans l'entité 262. L'entité 261 porte le montant total de l'AVK.

Type de retour = « 03 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
Non renseigné			

261

Code paiement ponctuel ou forfaitaire	Montant paiement ponctuel ou forfaitaire
AVK	80

262

Codification	Libellé	N° d'immatriculation	Période	Date début	Date fin	Nombre de factures
AVK	« ROSP AVK »	Non renseigné	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement



### Cas particulier 2

Type de retour = « 03 »

102

N° de facture	Date de facturation	N° de lot	Date de création du lot
Non renseigné			

261

Code paiement ponctuel ou forfaitaire	Montant paiement ponctuel ou forfaitaire
AVK	80

262

Codification	Libellé	N° d'immatriculation	Période	Date début	Date fin	Nombre de factures
AVK	« ROSP AVK »	NIR Bénéficiaire 1	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement
AVK	« ROSP AVK »	NIR Bénéficiaire 2	A	01.01.2014	31.12.2014 (facultatif)	Non renseigné pour ce paiement



#### 4.7.3.2 RSP de retenue ponctuelle

##### Cas d'usage

##### Exemple :

Une retenue ponctuelle de 50€ est envoyée par l'AMO. La référence de la retenue ponctuelle contenue dans le champ « Référence de la dette » ne correspond à aucune régularisation reçue par le Professionnel de Santé.

##### Remplissage des entités

Type de retour = « 05 »

102

N° de facture	Date de facturation
Non renseigné	

250

Référence de la dette	Nature des opérations de récupération	Montant du mouvement financier	Signe de l'acte
Référence de la retenue ponctuelle	Code de la retenue ponctuel	50	N (Négatif)