



# **Annexe 1-A3**

## **Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale**

### **Finalisation facture – Phase Part Obligatoire**

**Intégrant l'Addendum n°8**

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

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

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

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

## Sommaire

<b>1</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
1.1	Présentation du document .....	5
1.2	Guide de lecture .....	5
<b>2</b>	<b>Spécifications Intégrales des traitements .....</b>	<b>7</b>
2.1	Présentation de la phase « Finalisation facture » .....	7
2.2	CF99 : Préparer la finalisation de la facture .....	9
2.3	VF05 : Générer les suppléments dérogatoires SMG .....	12
2.3.1	VF05.01 : Déterminer la nécessité de générer des prestations SD_SMG .....	16
2.3.2	VF05.02 : Générer une prestation SD_SMG .....	18
2.3.2.1	VF05.02.01 : Acquérir les données d'une prestation de type SD_SMG .....	20
2.3.2.2	VF05.02.02 : Contrôler les données d'une prestation de type SD_SMG .....	24
2.3.2.3	VF05.02.03 : Déterminer les montants d'une prestation de type SD_SMG .....	25
2.4	VF06 : Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation .....	27
2.5	VF07 : Générer les suppléments en nature d'assurance AT .....	31
2.5.1	VF07.01 : Générer les compléments AT Dentaires .....	32
2.5.1.1	VF07.01.01 : Acquérir les données de la prestation ATD .....	35
2.5.1.2	VF07.01.02 : Contrôler les données de la prestation ATD .....	38
2.5.1.3	VF07.01.03 : Déterminer les montants la prestation ATD .....	39
2.5.2	VF07.02 : Générer le supplément APIAS .....	42
2.5.2.1	VF07.02.01 : Acquérir les données du supplément APIAS .....	45
2.5.2.2	VF07.02.02 : Contrôler les données du supplément APIAS .....	48
2.5.2.3	VF07.02.03 : Déterminer les montants du supplément APIAS .....	49
2.6	VF08 : Générer les dépassements pour victime d'attentat .....	51
2.6.1	VF08.01 : Acquérir les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat .....	54
2.6.2	VF08.02 : Contrôler les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat .....	57
2.6.3	VF08.03 : Déterminer les montants pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat .....	58

## Table des Illustrations

FIGURE 1 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE LA PHASE « FINALISATION FACTURE ».....	8
FIGURE 2 : ENCHAINEMENT DE CF99 : «PREPARER LA FINALISATION DE LA FACTURE » .....	10
FIGURE 3 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF05 « GENERER LES SUPPLEMENTS DEROGATOIRES SMG » .....	14
FIGURE 4 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF05.01 « DETERMINER LA NECESSITE DE GENERER DES PRESTATIONS SD_SMG ».....	16
FIGURE 5: ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF05.02 « DETERMINER LA NECESSITE DE GENERER DES PRESTATIONS SD_SMG ».....	19
FIGURE 6: ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF05.02.01 « ACQUERIR LES DONNEES D'UNE PRESTATION DE TYPE SD_SMG ».....	21
FIGURE 7: ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF05.02.02 « CONTROLER LES DONNEES D'UNE PRESTATION DE TYPE SD_SMG » .....	24
FIGURE 8: ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF05.02.03 « DETERMINER LES MONTANTS D'UNE PRESTATION DE TYPE SD_SMG » .....	25
FIGURE 9: ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF06 « RECALCULER LE MONTANT DES HONORAIRES DE CHAQUE PRESTATION ».....	28
FIGURE 10: ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07 « GENERER LES SUPPLEMENTS EN NATURE D'ASSURANCE AT ».....	31
FIGURE 11: ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.01 « GENERER LES COMPLEMENTS AT DENTAIRE ».....	33
FIGURE 12 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.01.01 « ACQUERIR LES DONNEES DE LA PRESTATION ATD » .....	36
FIGURE 13 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.01.02 « CONTROLER LES DONNEES DE LA PRESTATION ATD » .....	38
FIGURE 14 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.01.03 « DETERMINER LES MONTANTS DE LA PRESTATION ATD ».....	40
FIGURE 15 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.02 « GENERER LE SUPPLEMENT APIAS ».....	43
FIGURE 16 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.02.01 « ACQUERIR LES DONNEES DU SUPPLEMENT APIAS » .....	46
FIGURE 17 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.02.02 « CONTROLER LES DONNEES DU SUPPLEMENT APIAS » .....	48
FIGURE 18 : ENCHAINEMENT DES OPERATIONS DE VF07.02.03 « DETERMINER LES MONTANTS DU SUPPLEMENT APIAS » .....	49

# 1 Introduction

## 1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie A3 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.  
Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement les traitements relatifs à la finalisation de la facture.

## 1.2 Guide de lecture

Les spécifications de la phase de finalisation de la facture 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 :

- Soit sous la forme RG\_XXxxx  
Avec XX : 2 lettres  
xxx : un numéro
- soit sous la forme RG\_XX\_\*\*\*\*\*  
Avec XX : 2 lettres  
\*\*\*\*\* : la référence d'une règle de l'Annexe 2.

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	TR

<Description de la règle>



#### Cas particuliers

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description du cas premier particulier>

...

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

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

## 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			A	L	P	FR	TR
M	CD	SF	M	B	H		

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

- **M** : Médecins
- **CD** : Chirurgiens-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 Spécifications Intégrales des traitements

### 2.1 Présentation de la phase « Finalisation facture »

#### Vue générale

##### **Nom** Finalisation facture

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

- la génération automatique de prestations à ajouter dans la facture :
  - soit des suppléments dérogatoires SMG : opération **VF05**
  - soit des suppléments AT : opération **VF07**
  - soit des dépassements pour Victime d'Attentat : opération VF08
- puis le calcul du montant des honoraires de chaque prestation de la facture : opération **VF06**

- enfin le contrôle de totaux AMO de la facture : **cf. A1-A0 Groupe 1910**  
et nécessite au préalable de déterminer le caractère remboursable AMO de chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé : opération CF99.

**Entrées** Ensemble des prestations saisies par le Professionnel de Santé

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

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

**Sorties** Prestations à ajouter à la facture :

Prestations SD\_SMG

**ou**

Prestations de complément AT dentaire

Prestation de supplément APIAS

**ou**

Prestations de complément AT dentaire

Prestation de dépassement pour Victime d'Attentat

Montant calculé des honoraires pour chaque prestation de la facture

## Schéma

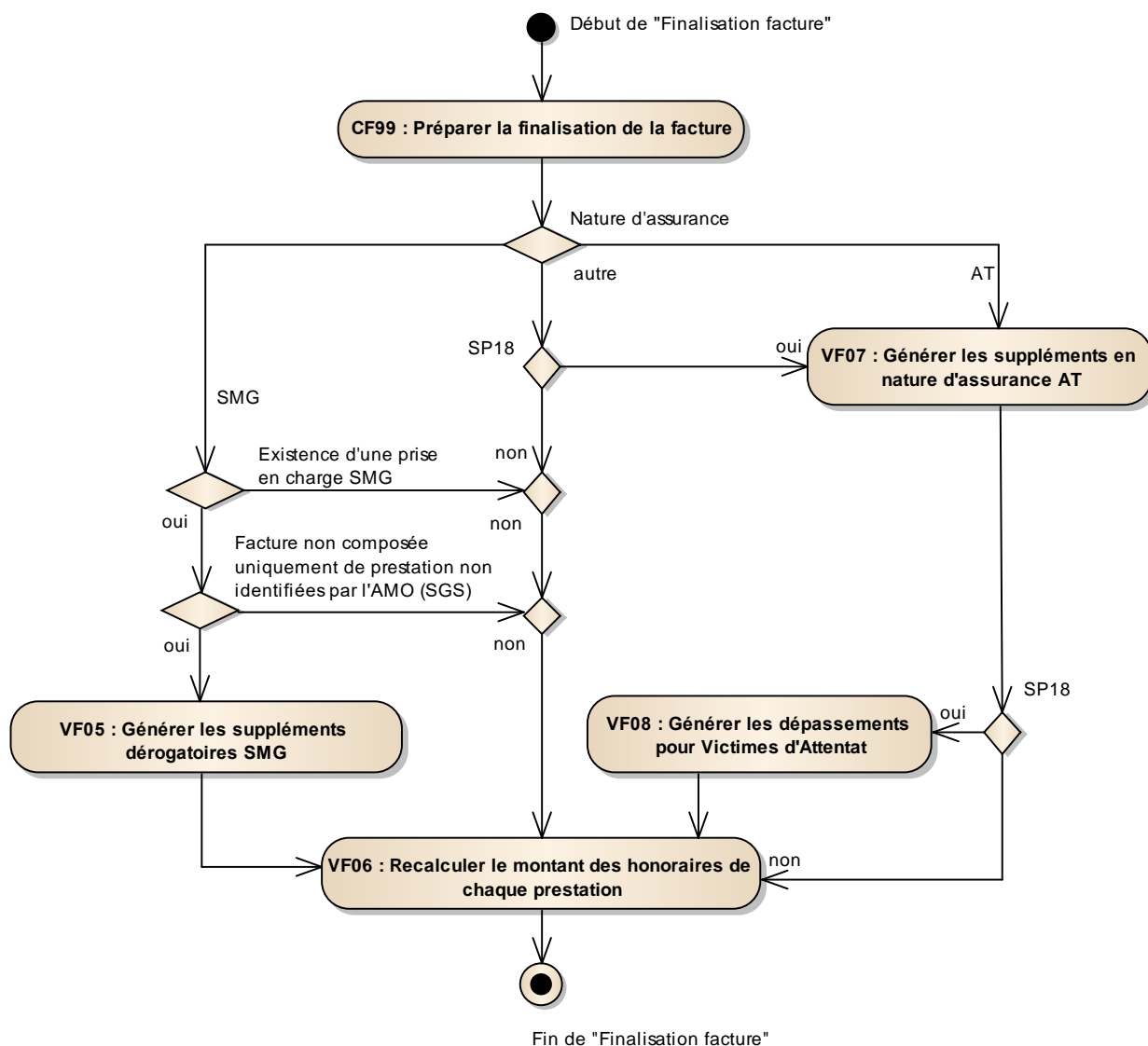


Figure 1 : Enchaînement des opérations de la phase « Finalisation facture»



## 2.2 CF99 : Préparer la finalisation de la facture

### Vue générale

**Nom** CF99 : Préparer la finalisation de la facture

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

D'une part de déterminer pour chaque prestation saisie par le Professionnel de Santé s'il s'agit d'une prestation remboursable AMO ou non

Cette information est nécessaire par la suite pour savoir combien et quels SD\_SMG le système de facturation doit générer.

D'autre part :

- soit de déterminer le montant total effectif de prise en charge au titre des SMG,
- soit d'acquérir le montant total de prise en charge au titre des APIAS.



Le montant total effectif de prise en charge au titre des APIAS est, quand à lui, déterminé ultérieurement (cf. VF07.02)

<b>Entrées</b>	Code prestation	1610-4
	Qualificatif de la dépense	1610-7
	Montant total de prise en charge au titre des SMG	1515-1
	Montant PS des honoraires de chaque prestation	

**Sorties** Code qualificatif du remboursement AMO

Montant total effectif pris en charge au titre des SMG

Montant total de prise en charge au titre des APIAS

## Schéma

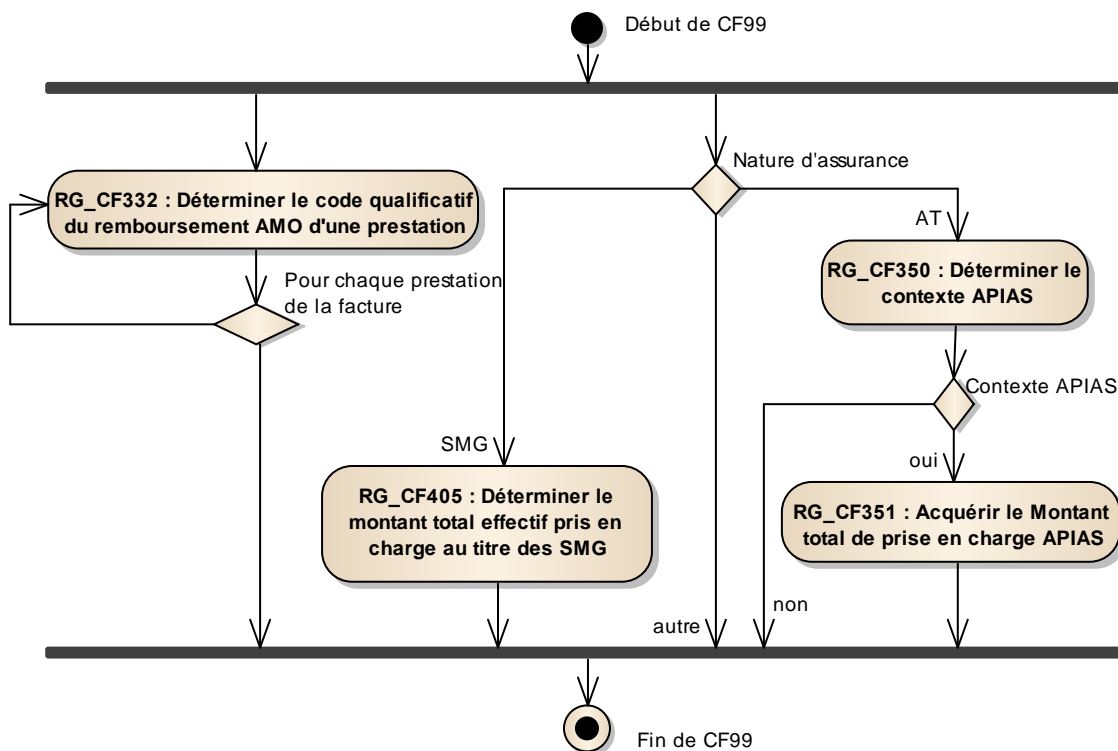


Figure 2 : Enchaînement de CF99 : «Préparer la finalisation de la facture »

## Règles de gestion

### [RG\_CF332] Déterminer le code qualificatif du remboursement AMO d'une prestation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut, le code qualificatif du remboursement d'une prestation est positionné à « remboursable AMO » hormis:

- pour les prestations de code « SGS » pour lesquelles ce code qualificatif du remboursement est non renseigné,
- et pour les prestations :
  - soit de code prestation « HN » ou « PHN »
  - soit de code qualificatif de la dépense pour lesquelles ce code qualificatif du remboursement est positionné à « NON remboursable AMO ».

### [RG\_CF405] Déterminer le montant total effectif pris en charge au titre des SMG

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La prise en charge de la facture au titre des SMG peut être inférieure au montant mentionné sur l'accord de prise en charge. En effet, cette prise en charge effective doit être limitée à la dépense réelle, i.e. le total du montant des honoraires perçus par le Professionnel de Santé :

Le Montant total effectif pris en charge au titre des SMG est égal au **MINIMUM** entre le Montant total pris en Charge au titre des SMG et le Montant total de la facture (1910-1) i.e. la somme des montants PS des honoraires de chaque prestation saisies par le Professionnel de Santé et des bases de remboursement des prestations d'honoraire de dispensation générées par le système).



En l'absence de prise en charge SMG ce montant total effectif pris en charge au titre des SMG est non renseigné

### [RG\_CF350] Déterminer le contexte APIAS

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut le contexte APIAS est « FAUX » : il est positionné à « VRAI » automatiquement par le LPS si la nature d'assurance est « Accident du Travail » et si l'organisme gestionnaire de l'AT correspond au régime CNMSS .

### [RG\_CF351] Acquérir le montant total de prise en charge au titre des APIAS

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant total de prise en charge au titre des APIAS est renseigné par le Professionnel de Santé (dans le cas d'un échange formel avec la CNMSS ou non).



Hors contexte APIAS , ce montant est non renseigné.

## 2.3 VF05 : Générer les suppléments dérogatoires SMG

### Vue générale

**Nom** VF05 : Générer les suppléments dérogatoires SMG

**Description** L'objet de cette opération est de générer automatiquement, si nécessaire, la ou les 2 prestations de supplément dérogatoire SMG (SD\_SMG) :

- une pour les prestations remboursables
- une pour les prestations non remboursables

Cette opération est uniquement utilisée dans le cas d'une prise en charge SMG.

Cette opération est appelée uniquement s'il existe un accord de prise en charge SMG, i.e. si le montant total pris en charge au titre des SMG est non nul.

Cette opération effectue :

- Dans un premier temps, la détermination de la nécessité de cette génération automatique → VF05.01
- Puis, si y a lieu la génération d'une ou deux prestations SD\_SMG : une pour les prestations remboursables de la facture et une pour les prestations non remboursables de la facture → VF05.02

VF05 appelle une ou 2 fois successivement l'opération VF05.02 :

- d'une part pour générer automatiquement le code de supplément SMG pour les prestations remboursables, si le Professionnel de Santé a saisi des actes remboursables,
- d'autre part pour générer automatiquement le code de supplément SMG pour les prestations non remboursables, si le Professionnel de Santé a saisi des prestations non remboursables,

Pour chaque appel de l'opération VF05.02, VF05 positionne au préalable une donnée de contexte qui permettra de considérer chaque règle utilisée dans le cas particulier correspondant :

Contexte de génération de la prestation SD\_SMG = « SD\_SMG-R » :  
Cas Particulier de génération automatique de code supplément SMG pour des prestations remboursables

Contexte de génération de la prestation SD\_SMG = « SD\_SMG-NR » : Cas Particulier de génération automatique de code supplément SMG pour des prestations non remboursables



Remarque : La détermination de la présence de prestations remboursables et non remboursables (parmi les prestations saisies au préalable par le Professionnel de Santé) est réalisée avant la génération des prestations SD\_SMG (avant les 2 appels de VF05.02) car la détermination du PU d'un SD\_SMG dépend de ces 2 informations.

**Entrées** Montant total effectif pris en charge au titre des SMG

Montant remboursable AMO 1610-14

Montant PS des honoraires de la prestation

Table 30 de l'annexe 2

**Sorties** Prestation

Type prestation

Contexte Prestation AMO

Part AMO prestation

Montant du supplément SMG pour la facture

Top nécessité de suppléments dérogatoires SMG

Top présence prestations Remboursables AMO dans la facture

Top présence prestations Non Remboursables AMO dans la  
facture

## Schéma

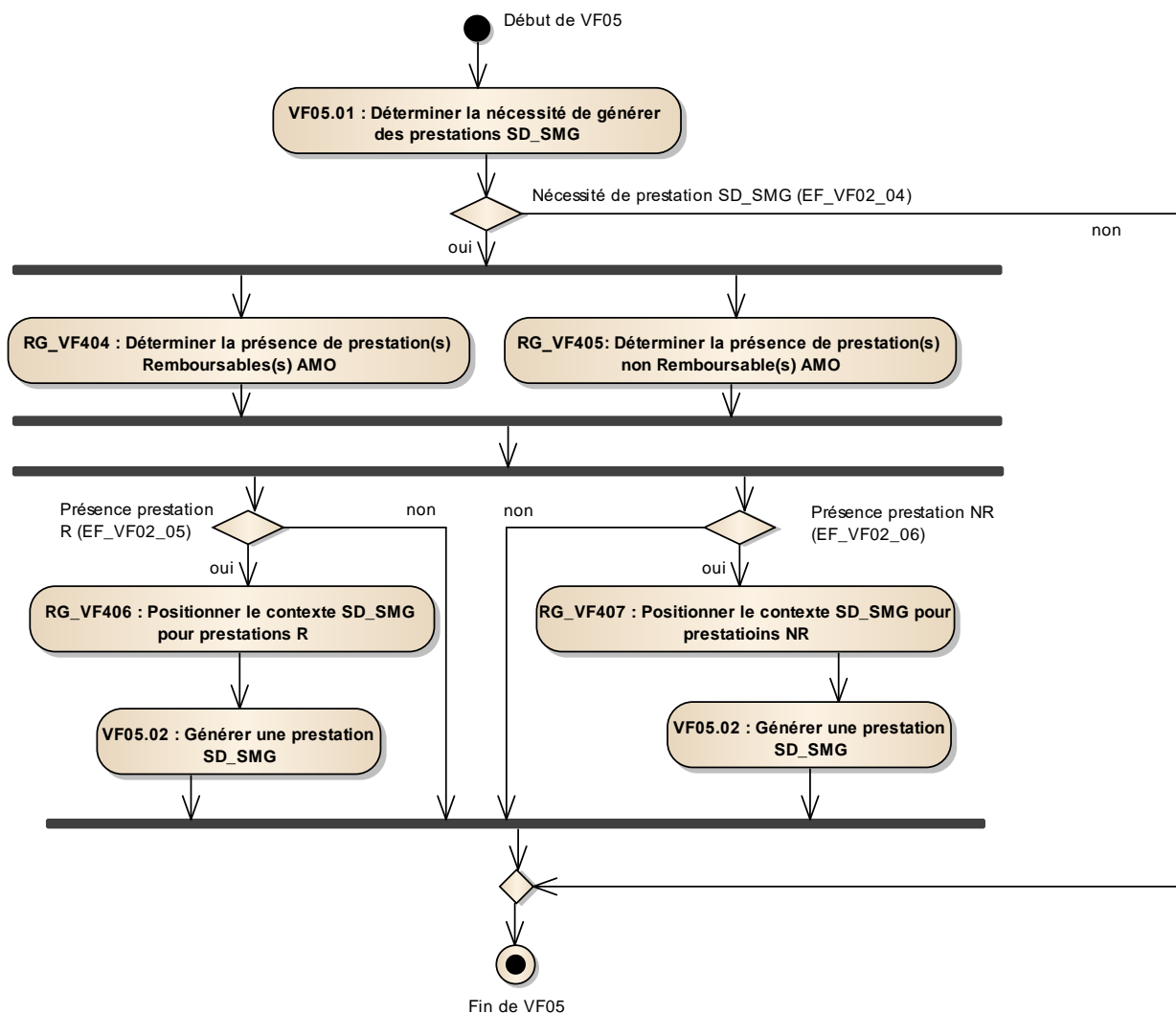


Figure 3 : Enchaînement des opérations de VF05 « Générer les suppléments dérogatoires SMG »

## Règles de gestion

### **[RG\_VF404] Déterminer la présence de prestation(s) Remboursable(s) AMO dans la facture**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation positionne à « VRAI » le top présence prestations Remboursables AMO dans la facture si au moins une des prestations saisies par le Professionnel de Santé est remboursable au titre de l'AMO, i.e. son code qualificatif du remboursement AMO est positionné à « remboursable AMO ».

### **[RG\_VF405] Déterminer la présence de prestation(s) Non Remboursable(s) AMO dans la facture**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation positionne à « VRAI » le top présence prestations Non Remboursables AMO dans la facture si au moins une des prestations saisies par le Professionnel de Santé est non remboursable, i.e. son code qualificatif du remboursement AMO est positionné à « Non remboursable AMO ».

### **[RG\_VF406] Positionner le contexte SD\_SMG pour prestations-R**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la facture contient des prestations remboursables AMO , le système de facturation positionne, préalablement à l'appel de l'opération VF05.02, le contexte de génération de la prestation SD\_SMG à « SD\_SMG-R » : Génération d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations Remboursables AMO.

### **[RG\_VF407] Positionner le contexte SD\_SMG pour prestations-NR**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la facture contient des prestations non remboursables AMO , le système de facturation positionne, préalablement à l'appel de l'opération VF05.02, le contexte de génération de la prestation SD\_SMG à « SD\_SMG-NR » : Génération d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations Non Remboursables AMO.

## 2.3.1 VF05.01 : Déterminer la nécessité de générer des prestations SD\_SMG

### Vue générale

**Nom** VF05.01 : Déterminer la nécessité de générer des prestations SD\_SMG

**Description** L'objet de cette opération est de déterminer s'il est nécessaire de générer une, voire deux, prestations de supplément dérogatoire SMG

Pour cela, il convient de :

- Déterminer le montant du supplément SMG
- Positionner un « top » s'il est nécessaire de générer automatiquement une (voire 2) lignes de prestation de supplément dérogatoire SMG.

**Entrées** Montant total effectif pris en charge au titre des SMG

Montant remboursable AMO 1610-14

Montant PS des honoraires de la prestation

Table 30 de l'annexe 2

**Sorties** Montant du supplément SMG pour la facture

Top nécessité de suppléments dérogatoires SMG

**Situations  
spécifiques** Aucune

### Schéma

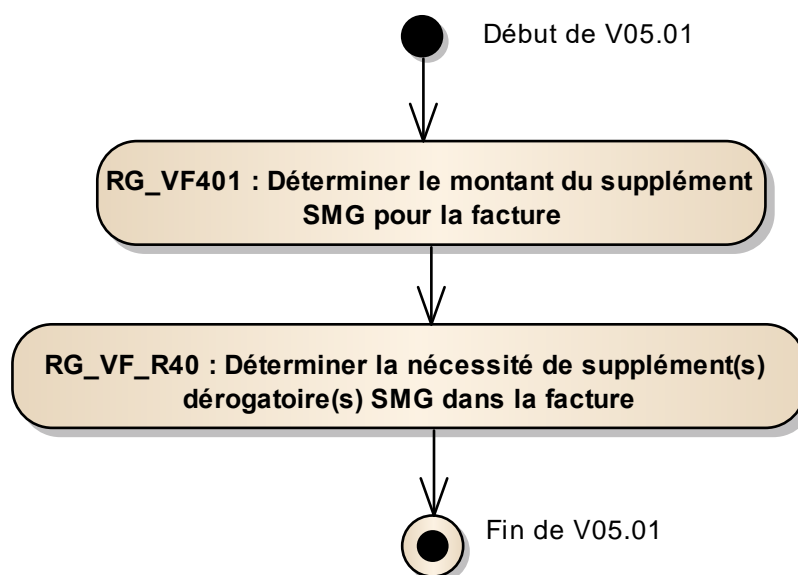


Figure 4 : Enchaînement des opérations de VF05.01 « Déterminer la nécessité de générer des prestations SD\_SMG »



## Règles de gestion

### **[RG\_VF401] Déterminer le montant du supplément SMG pour la facture**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant du supplément SMG pour la facture correspond au supplément de prise en charge des prestations saisies par le Professionnel de Santé au titre des Soins Médicaux Gratuits par rapport à leur prise en charge au titre du risque maladie.

Le supplément SMG est déterminé selon la formule suivante :

$$\text{Supplément SMG} = \text{Prise en charge SMG effective} - \sum [\text{MIN}(\text{Part AMO}, \text{Montant PS des honoraires})]_{(\text{actes saisis PS})}$$



### **Cas particuliers**

#### **[CP1] Prise en charge SMG de SGS uniquement**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture SMG contenant uniquement des prestations non identifiées par l'Assurance Maladie, le supplément SMG est non renseigné.

### **[RG\_VF\_R40] Déterminer la nécessité de supplément(s) dérogatoire(s) SMG dans la facture**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre d'une prise en charge SMG, il est nécessaire de générer automatiquement une ou 2 prestations de supplément dérogatoire SMG :

- soit si le supplément SMG pour la facture est non nul et positif, i.e. la prise en charge au titre des SMG est supérieure à la prise en charge au titre de la maladie.
- soit si l'un (au moins) des codes prestation saisis par le Professionnel de Santé fait partie de la liste des prestations pour lesquelles un supplément dérogatoire SMG est toujours attendu (table 30 )



[SP11] Il est possible d'outrepasser cette règle : cf. Situation Spécifique de forçage.



### **Cas particuliers**

#### **[CP1] Prise en charge SMG de SGS uniquement**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture SMG contenant uniquement des prestations non identifiées par l'Assurance Maladie, (« top prise en charge SMG de SGS uniquement » à VRAI), il ne faut pas générer automatiquement de supplément dérogatoire SMG .

## 2.3.2 VF05.02 : Générer une prestation SD\_SMG

### Vue générale

**Nom** VF05.02 : Générer une prestation SD\_SMG

**Description** L'objet de cette opération est de générer automatiquement, une prestation de supplément dérogatoire SMG.

Cette opération effectue l'acquisition ou la détermination puis le contrôle de toutes les données nécessaires à une prestation de type SD\_SMG.

L'opération VF05.02 est découpée en 3 sous-opérations:

- VF05.02.01 : acquisition des données
- VF05.02.02 : contrôle des données
- VF05.02.03 : détermination des montants

**Entrées** Contexte de génération de la prestation SD\_SMG

<b>Sorties</b>	Prestation	1610
	Type prestation	
	Contexte Prestation AMO	1610
	Part AMO prestation	1610

**Situations  
spécifiques** Aucune

## Schéma

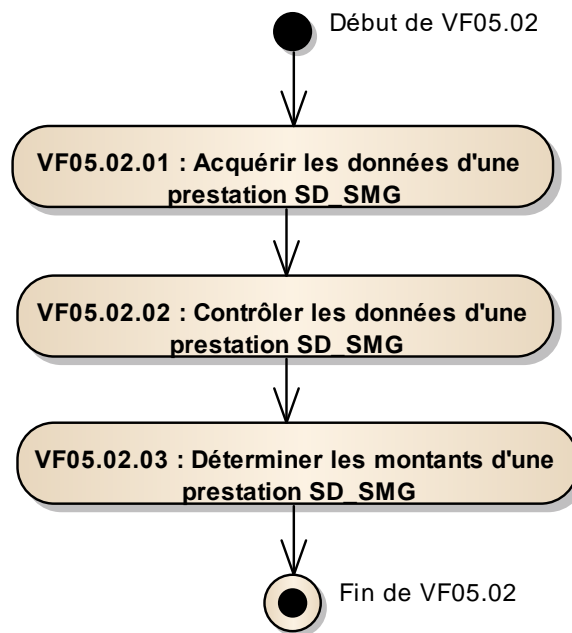


Figure 5: Enchaînement des opérations de VF05.02 « Déterminer la nécessité de générer des prestations SD\_SMG »

---

### 2.3.2.1 VF05.02.01 : Acquérir les données d'une prestation de type SD\_SMG

---

#### Vue générale

**Nom** VF05.02.01 : Acquérir les données d'une prestation de type SD\_SMG

**Description** L'objet de cette opération est d'acquérir les données pour une prestation de supplément dérogatoire SMG générée par le système.

**Entrées** Contexte de génération de la prestation SD\_SMG

**Sorties** Prestation

Type prestation

Contexte Prestation AMO

**Situations  
spécifiques** Aucune

---

#### Schéma

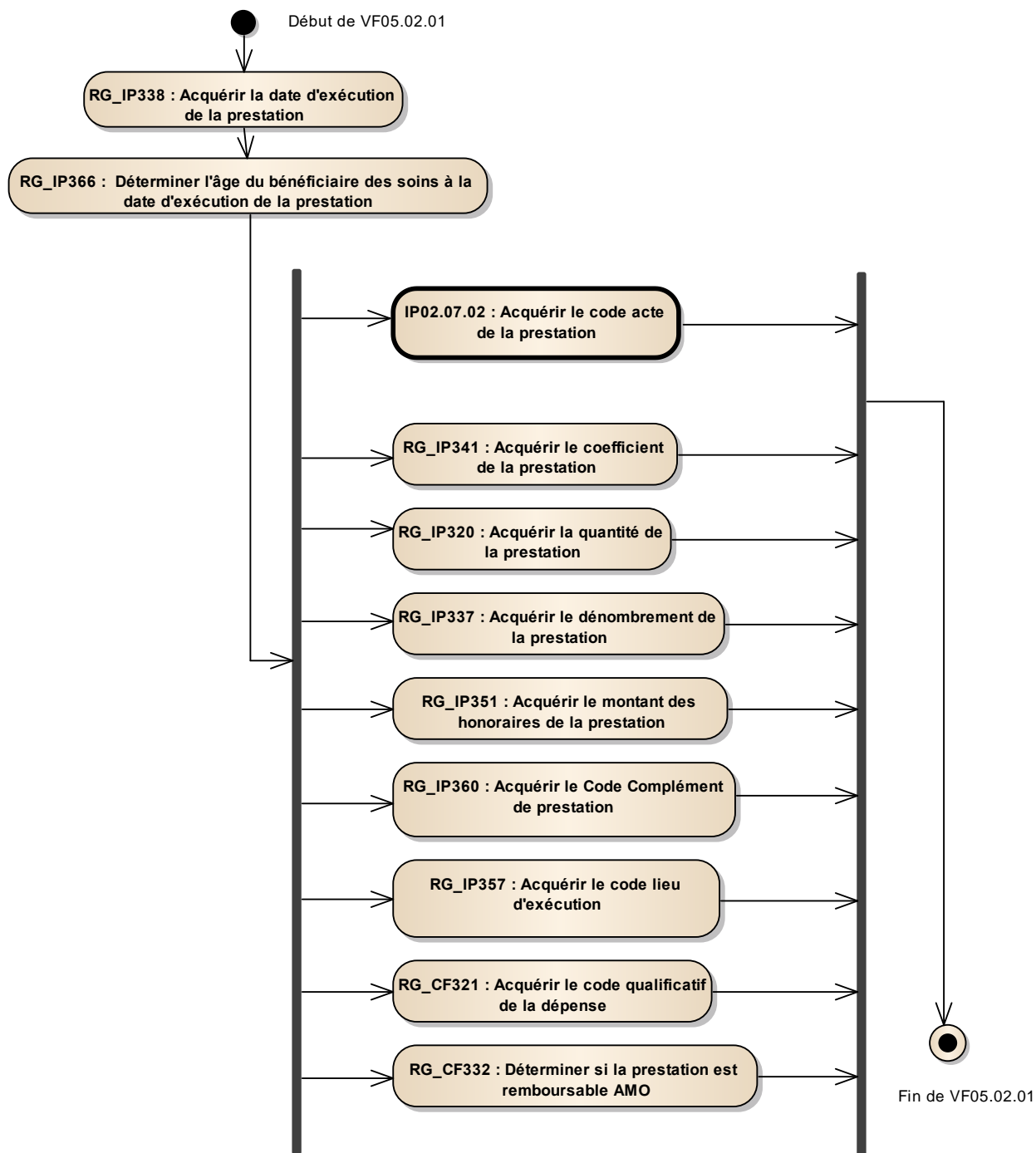


Figure 6: Enchaînement des opérations de VF05.02.01 « Acquérir les données d'une prestation de type SD\_SMG »

## Règles de gestion

<b>RG_IP338</b>	Date d'exécution <b>1610-2</b>	<p>Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations remboursables AMO , alors la date d'exécution est égale à la date d'exécution de la dernière prestation remboursable AMO saisie par le Professionnel de Santé.</p> <p>Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations non remboursables AMO , alors la date d'exécution est égale à la date d'exécution de la dernière prestation non remboursable AMO saisie par le Professionnel de Santé.</p>
<b>RG_IP366</b>	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)

### IP02.07.02

<b>RG_IP339</b>	Code prestation <b>1610-4</b>	<p>Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations remboursables AMO , alors :</p> <p>Si les prestations de la facture saisies par le Professionnel de Santé relèvent des nomenclatures LPP ou Frais PH le code prestation est <b>DPS</b></p> <p>Dans le cas contraire (prestations relevant des nomenclatures NGAP, NABM, CCAM), le code prestation est <b>DAP</b>.</p> <p>Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations non remboursables AMO , alors :</p> <p>Si les prestations de la facture saisies par le Professionnel de Santé relèvent des nomenclatures LPP ou Frais PH le code prestation est <b>SGN</b></p> <p>Dans le cas contraire (prestations relevant des nomenclatures NGAP, NABM, CCAM), le code prestation est <b>SGA</b>.</p>
<b>RG_IP353</b>	Type de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_IP354</b>	Type de nomenclature	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_IP355</b>	Groupe fonctionnel	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)

<b>RG_IP356</b>	Top nécessité de codage affiné	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_IP392</b>	Origine de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)

**Autres**

<b>RG_IP341</b>	Coefficient <b>1610-8</b>	Valeur 1
<b>RG_IP320</b>	Quantité <b>1610-9</b>	Valeur 1
<b>RG_IP337</b>	Dénombrement <b>1610-10</b>	Valeur 1
<b>RG_IP351</b>	Montant PS des honoraires	Pour les suppléments dérogatoires SMG , le montant PS des honoraires de la prestation est non renseigné par le système de facturation.
<b>RG_IP360</b>	Code complément de prestation <b>1610-5</b>	Non renseigné
<b>RG_IP357</b>	Code lieu <b>1610-3</b>	Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations remboursables AMO , alors le code lieu d'exécution est égal au code lieu d'exécution de la dernière prestation remboursable AMO saisie par le Professionnel de Santé.  Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations non remboursables AMO , alors le code lieu d'exécution est égal au code lieu d'exécution de la dernière prestation non remboursable AMO saisie par le Professionnel de Santé.
<b>RG_CF321</b>	Qualificatif de la dépense <b>1610-7</b>	= « L » (car existence d'une prise en charge SMG »
<b>RG_CF332</b>	Top prestation remboursable AMO	Valeur VRAI

## 2.3.2.2 VF05.02.02 : Contrôler les données d'une prestation de type SD\_SMG

### Vue générale

**Nom** VF05.02.02 : Contrôler les données d'une prestation de type SD\_SMG

**Description** L'objet de cette opération est de contrôler les données d'une prestation de supplément dérogatoire SMG générée par le système.

**Entrées** Prestation

Type prestation

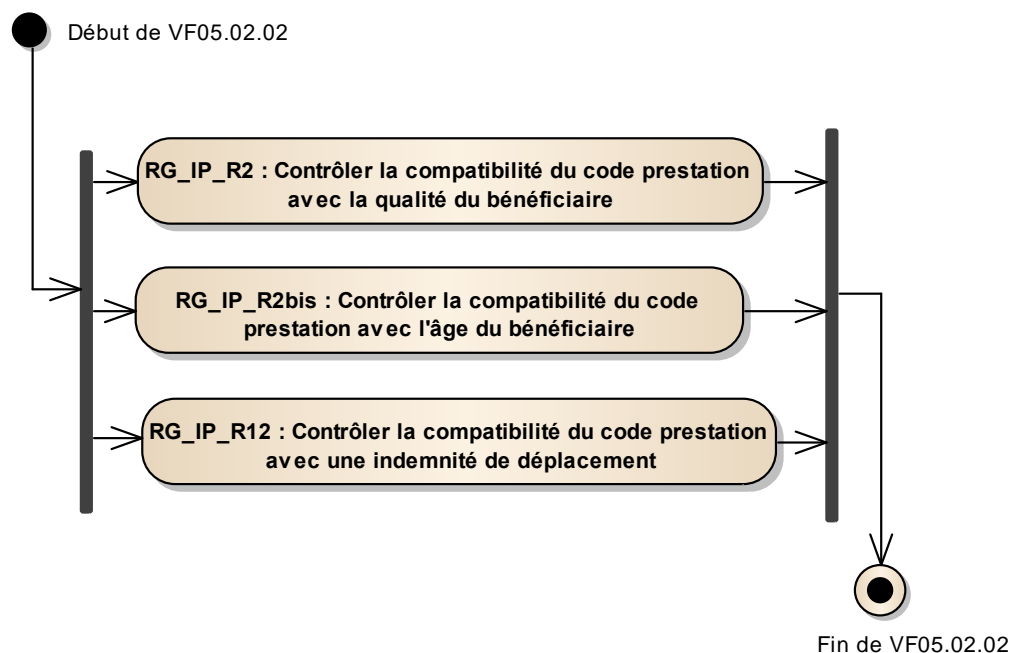
Contexte Prestation AMO

Contexte de génération de la prestation SD\_SMG

**Sorties** Aucune

**Situations  
spécifiques** Aucune

### Schéma



**Figure 7: Enchaînement des opérations de VF05.02.02 « Contrôler les données d'une prestation de type SD\_SMG »**

### Règles de gestion

Les règles présentées dans le Schéma ci-dessus sont référencées RG\_IP\_xxx ou RG\_CF\_xxx.

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

Exemple : RG\_IP\_R17bis correspond à la règle R17bis de l'annexe 2



### 2.3.2.3 VF05.02.03 : Déterminer les montants d'une prestation de type SD\_SMG

#### Vue générale

**Nom** VF05.02.03 : Déterminer les montants d'une prestation de type SD\_SMG

**Description** L'objet de cette opération est de déterminer les montants pour une prestation de supplément dérogatoire SMG générée par le système.

**Entrées** Contexte de génération de la prestation SD\_SMG

**Sorties** Part AMO prestation

**Situations spécifiques** Aucune

#### Schéma

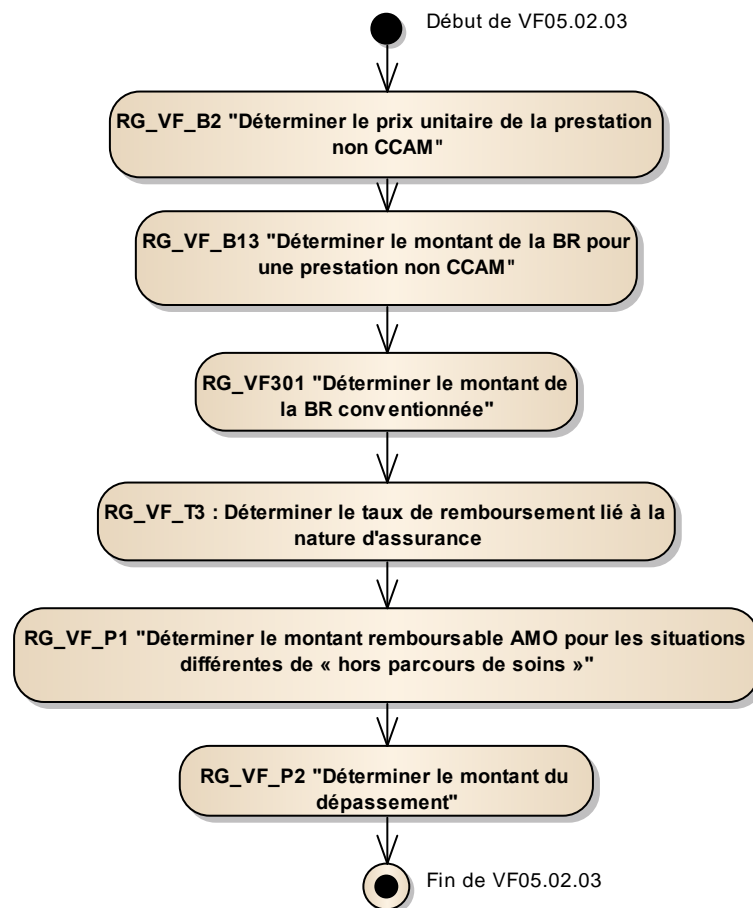


Figure 8: Enchaînement des opérations de VF05.02.03 « Déterminer les montants d'une prestation de type SD\_SMG »

## Règles de gestion

<b>RG_VF_B2</b>	Prix unitaire  <b>1610-11</b>	<p>Pour une prestation de groupe fonctionnel « SD_SMG » et de sous groupe « Prestations R », le prix unitaire de la prestation est égal au montant du supplément SMG pour la facture</p> <p>Pour une prestation de groupe fonctionnel « SD_SMG » et de sous groupe « Prestations NR » :</p> <p>soit la facture contient uniquement des prestations non remboursables (top présence prestations Remboursables dans la facture = FAUX) : le prix unitaire de la prestation est alors égal au montant du supplément SMG pour la facture (</p> <p>soit la facture contient des prestations remboursables (top présence prestations Remboursables dans la facture = VRAI) : le prix unitaire de la prestation est alors égal à zéro.</p>
<b>RG_VF_B13</b>	Base de remboursement  <b>1610-12</b>	cf. Règle B13 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_VF301</b>	BR conventionnée  <b>2020-2</b>	cf. A1-A0 groupe 2020 (cas général)
<b>RG_VF_T3</b>	Taux de remboursement  <b>1610-13</b>	100% (cas général en nature d'assurance SMG)
<b>RG_VF_P1</b>	Montant remboursable AMO  <b>1610-14</b>	cf. Règle P1 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_VF_P2</b>	Montant du dépassement	cf. Règle P2 de l'annexe 2 (cas général)

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

### Vue générale

**Nom** VF06 : Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation

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

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

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

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

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

**Entrées** Montant saisi par le PS des honoraires de la prestation

Groupe fonctionnel de la prestation

Origine de la prestation

Montant total pris en charge au titre des SMG

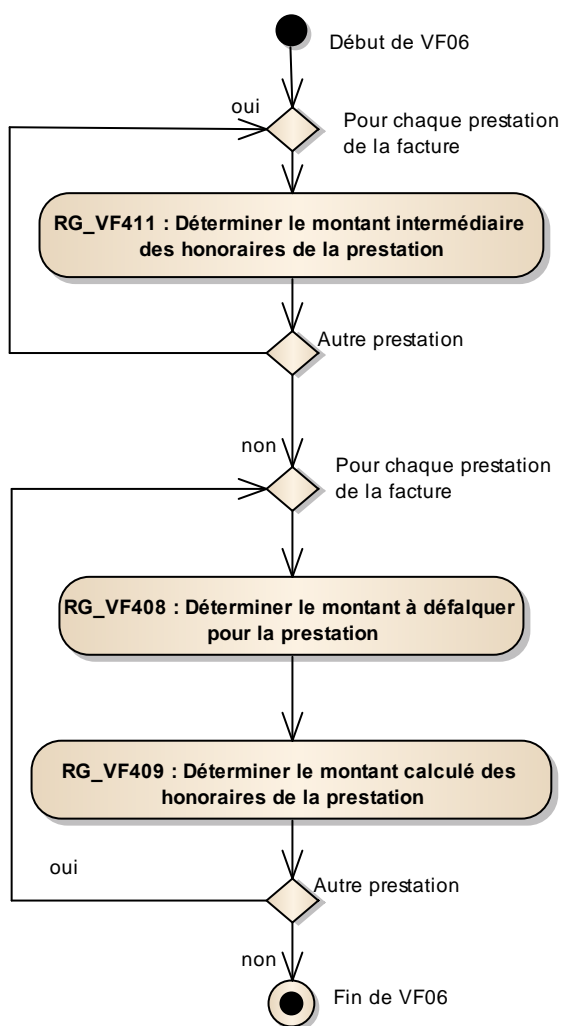
Base de remboursement

Montant remboursable AMO

**Sorties** Montant calculé des honoraires de la prestation

**Situations  
spécifiques** Victime d'attentat

## Schéma



**Figure 9: Enchaînement des opérations de VF06 « Recalculer le montant des honoraires de chaque prestation »**

## Règles de gestion

### **[RG\_VF411] Déterminer le montant intermédiaire des honoraires de la prestation**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

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

### **[RG\_VF409] Déterminer le montant calculé des honoraires de la prestation**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut, le montant calculé des honoraires de la prestation est égal au montant intermédiaire des honoraires de la prestation Dans le cas :

- soit d'un accord de prise en charge SMG et s'il a été généré des prestations SD\_SMG, (cas 1)
- soit d'une facture en contexte APIAS et s'il a été généré une prestation de supplément APIAS, (cas 2)

Le montant calculé des honoraires de la prestation est calculé par le système de facturation comme suit :

- pour les prestations générées par le système de facturation , le montant calculé des honoraires de la prestation est égal au montant de la base de remboursement .

Ce cas particulier concerne les prestations :

- suppléments dérogatoires SMG
- honoraires de dispensation générés
- les compléments AT
- le supplément APIAS
- pour les prestations saisies par le Professionnel de Santé), le montant calculé des honoraires est calculé à partir du montant intermédiaire des honoraires de la prestation duquel est déduit tout ou partie du montant à défalquer , tout en s'assurant que ce montant calculé des honoraires reste supérieur au montant remboursable AMO de la prestation (en effet, le montant calculé des honoraires ne peut être inférieur au montant de la part AMO de la prestation).

Montant calculé des honoraires =MAX (Montant intermédiaire des honoraires– Montant à défalquer, Montant remboursable AMO)

### **[RG\_VF408] Déterminer le montant à défalquer pour la prestation**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Par défaut, le montant à défalquer pour une prestation est nul.

Dans le cas :

- soit d'un accord de prise en charge SMG et s'il a été généré des prestations SD\_SMG, (cas 1)
- soit d'une facture en contexte APIAS et s'il a été généré une prestation de supplément APIAS, (cas 2)

il est calculé par le système de facturation comme suit :

- Pour la première prestation le montant à défalquer est égal
  - soit au Supplément SMG, (cas 1)

Montant à défalquer <sub>(1)</sub> = Supplément SMG
---

- soit au montant du supplément APIAS, (cas 2)

Montant à défalquer <sub>(1)</sub> = Supplément APIAS
---

- Pour les prestations suivantes, le montant restant à défalquer est égal au montant qui restait à défalquer sur la ligne précédente diminué de ce qui a pu être soustrait, i.e. l'écart entre le montant des honoraires et le montant calculé des honoraires de la ligne précédente.

$\text{Montant à défalquer}_{(i)} = \text{Montant à défalquer}_{(i-1)} - [\text{Montant des honoraires saisi par le PS}_{(i-1)} - \text{Montant calculé des honoraires}_{(i-1)}]$
---

## 2.5 VF07 : Générer les suppléments en nature d'assurance AT

### Vue générale

**Description** Cette opération a pour objet, à partir des prestations saisies par le PS, d'ajouter automatiquement des prestations de supplément AT générées par le système de facturation (LPS).

Les suppléments en nature d'assurance AT générés par le système de facturation sont de 2 sortes :

- Le complément AT dentaire pouvant compléter toute prestation de type « prothèse dentaire »
- Le supplément APIAS pouvant compléter une facture dans le contexte APIAS (un seul supplément APIAS par facture)

Le supplément APIAS et les compléments AT dentaires peuvent se cumuler au sein d'une même facture.

Cette opération est uniquement utilisée en nature d'assurance AT.

**Entrées** Prestations saisies par le PS

**Sorties** Prestations ATD générées par le système

Prestation DAT générée par le système

**Situations spécifiques** Aucune

### Schéma

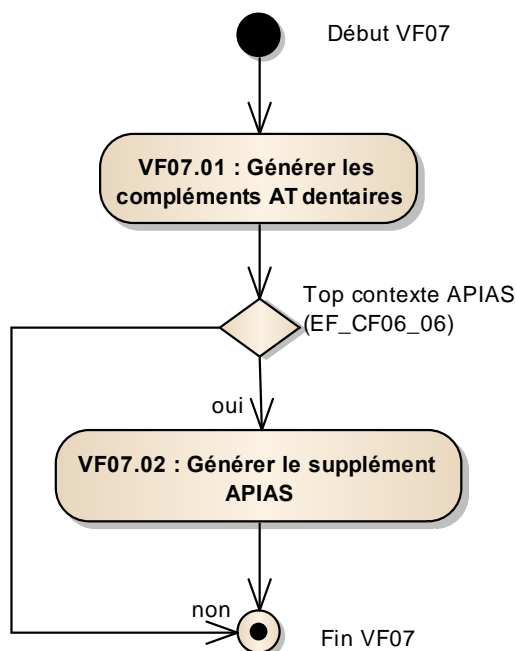


Figure 10: Enchaînement des opérations de VF07 « Générer les suppléments en nature d'assurance AT »

## 2.5.1 VF07.01 : Générer les compléments AT Dentaires

### Vue générale

**Description** L'objet de cette opération est de générer automatiquement, si nécessaire, à partir des prestations saisies par le PS, les prestations de complément AT pour les prestations dentaires.

**Principe** : Une prestation de complément AT dentaire est créée automatiquement par le LPS suite à une prestation support de type prothèse dentaire et si le montant total de la dépense de prothèse dentaire est strictement supérieur au montant remboursable AMO de cette même prothèse dentaire.

Cette opération effectue l'acquisition ou la détermination puis le contrôle de toutes les données nécessaires à une prestation de type complément AT.

L'opération VF07.01 est découpée en 3 sous-opérations:

- VF07.01.01 : acquisition des données
- VF07.01.02 : contrôle des données
- VF07.01.03 : détermination des montants

**Entrées** Prestations saisies par le PS

Prestation

Type prestation

Part AMO prestation

**Sorties** Pour chaque prestations saisies par le PS :

Top nécessité d'un complément AT dentaire

Prestations ATD générées par le système

Prestation

Type prestation

Lieu d'exécution

Supplément de prestation

Contexte Prestation AMO

Part AMO prestation

**Situations** Aucune  
**spécifiques**



## Schéma

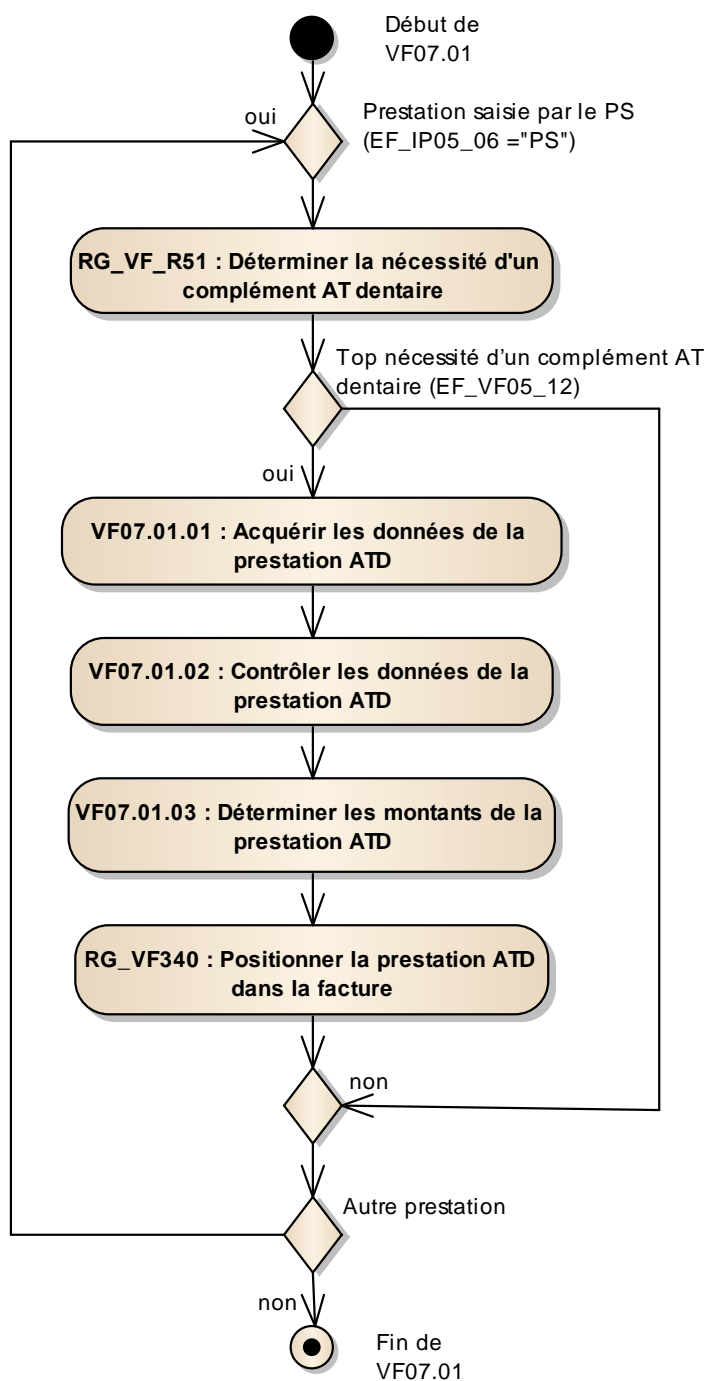


Figure 11: Enchaînement des opérations de VF07.01 « Générer les compléments AT dentaires »

## Règles de gestion

### **[RG\_VF\_R51] Déterminer la nécessité d'un complément AT dentaire (EF\_VF05\_13)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[Cahier des charges – annexe 2 – R51]

### **[RG\_VF340] Positionner la prestation de complément AT dentaire dans la facture**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Toute prestation de complément AT dentaire générée par le LPS doit **immédiatement** succéder la prestation support à laquelle elle se rapporte.



Dans le cas où la prestation support ayant déclenché l'ATD est déjà suivie d'un acte secondaire saisi par le Professionnel de Santé (exemple : Indemnité de déplacement), la prestation de complément AT doit être insérée immédiatement après la prestation support, l'acte secondaire saisi par le PS devant apparaître après la prestation de complément AT.

---

## 2.5.1.1 VF07.01.01 : Acquérir les données de la prestation ATD

---

### Vue générale

**Description** L'objet de cette opération est d'acquérir les données pour une prestation de complément AT dentaire générée par le système.

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

Date d'exécution de la prestation

Lieu d'exécution

PS Exécutant salarié

Supplément de prestation

Code qualificatif de la dépense

**Sorties** *Données de la prestation générée*

Prestation

Type prestation

Lieu d'exécution

Supplément de prestation

Contexte Prestation AMO

**Situations** Aucune  
**spécifiques**

## Schéma

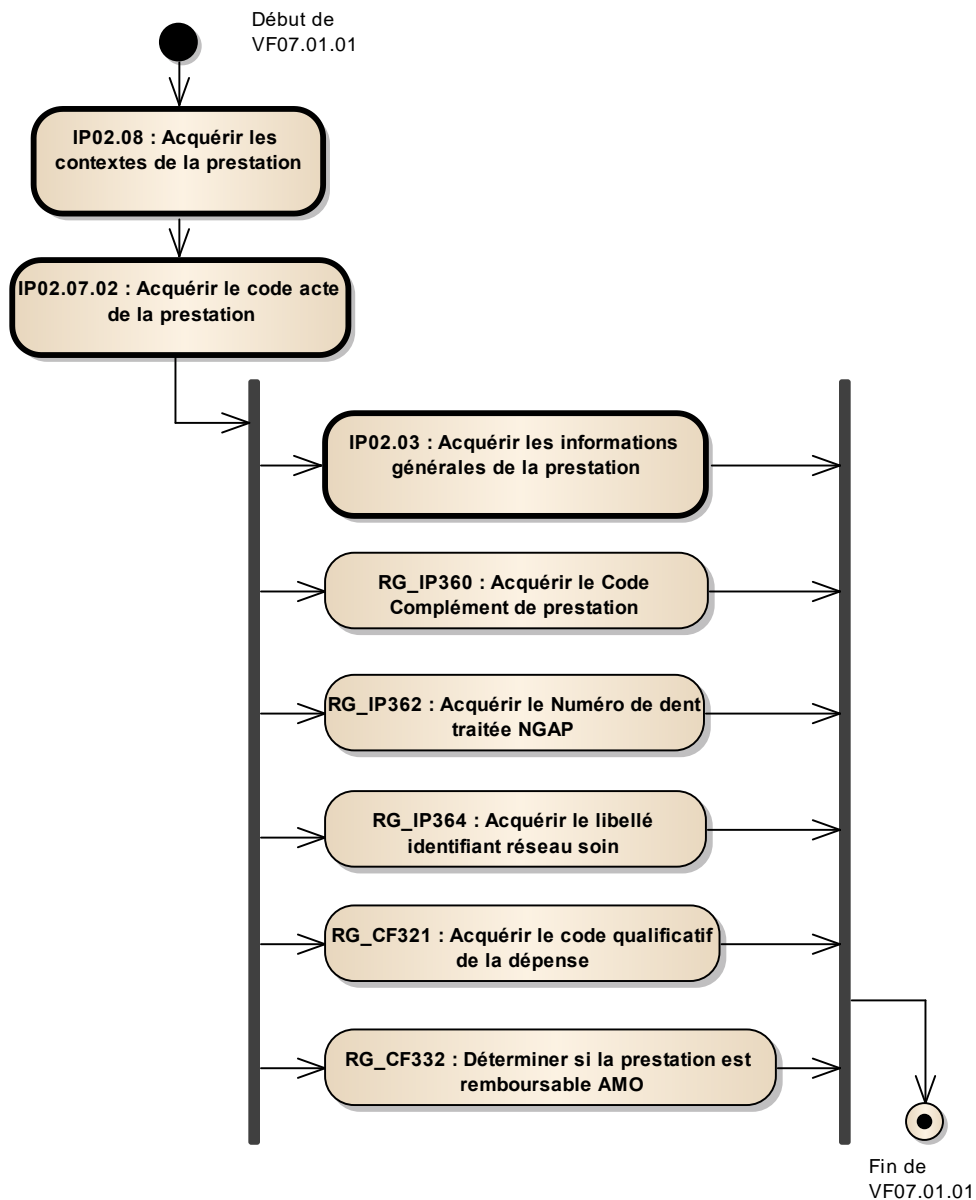


Figure 12 : Enchaînement des opérations de VF07.01.01 « Acquérir les données de la prestation ATD »

## Règles de gestion

### IP02.08

<b>RG_IP338</b>	Date d'exécution <b>1610-2</b>	Egale à la date d'exécution de l'acte support
<b>RG_IP366</b>	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)
<b>RG_IP357</b>	Code lieu <b>1610-3</b>	Egal au code lieu de l'acte support
<b>RG_IP358</b>	Identifiant du lieu d'exécution <b>1880-2</b>	Egal au lieu d'exécution de l'acte support
<b>RG_IP359</b>	Informations du PS salarié <b>1870</b>	Egales aux informations du PS salarié de l'acte support

### IP02.07.02

<b>RG_IP339</b>	Code prestation <b>1610-4</b>	Egal à « ATD »
<b>RG_IP353</b>	Type de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_IP354</b>	Type de nomenclature	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_IP355</b>	Groupe fonctionnel	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_IP356</b>	Top nécessité de codage affiné	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_IP392</b>	Origine de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)

### IP02.03

<b>RG_IP341</b>	Coefficient <b>1610-8</b>	Valeur 1
<b>RG_IP320</b>	Quantité <b>1610-9</b>	Valeur 1
<b>RG_IP337</b>	Dénombrement <b>1610-10</b>	Valeur 1
<b>RG_IP351</b>	Montant des honoraires <b>1610-6</b>	Egal au montant remboursable AMO (1610-14)

### Autres règles

<b>RG_IP360</b>	Code complément de prestation <b>1610-5</b>	Non renseigné
<b>RG_IP362</b>	Numéro de dent traitée NGAP <b>1860-2</b>	Non renseigné
<b>RG_IP364</b>	libellé identifiant réseau soin <b>1890-2</b>	Egales aux informations de l'acte support
<b>RG_CF321</b>	Qualificatif de la dépense <b>1610-7</b>	Egal au qualificatif de la dépense de l'acte support
<b>RG_CF332</b>	Top prestation remboursable AMO	Pas de cas particulier, déterminé selon la règle générale pour une prestation de type complément AT dentaire

## 2.5.1.2 VF07.01.02 : Contrôler les données de la prestation ATD

### Vue générale

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

**Entrées** Données de la prestation générée

Prestation

Contexte Prestation AMO

**Sorties** Aucune

**Situations spécifiques** Aucune

### Schéma

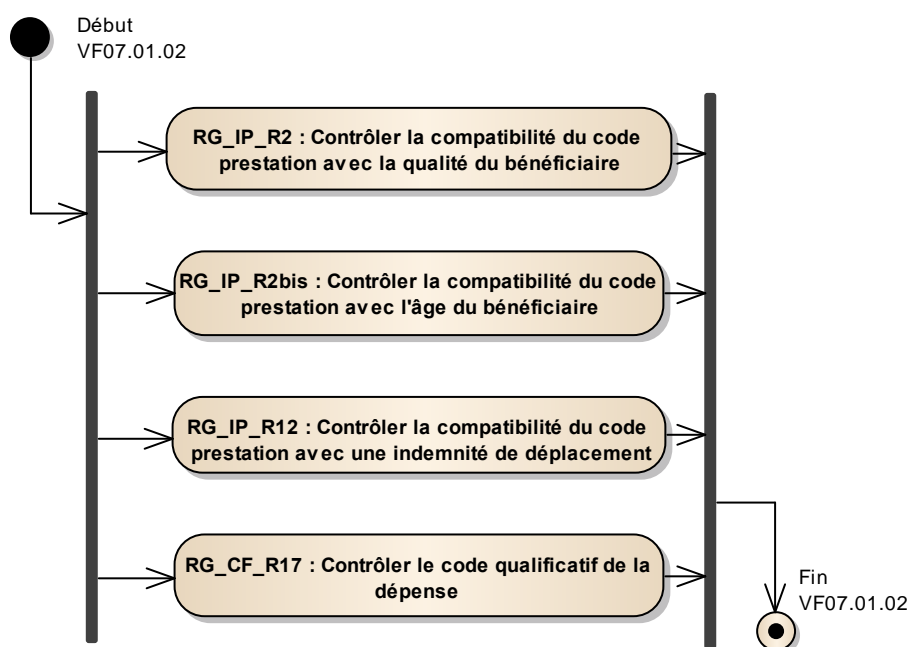


Figure 13 : Enchaînement des opérations de VF07.01.02 « Contrôler les données de la prestation ATD »

### Règles de gestion

Les règles présentées dans le Schéma ci-dessus sont référencées RG\_IP\_xxx ou RG\_CF\_xxx.

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

Exemple : RG\_IP\_R17 correspond à la règle R17 de l'annexe 2

---

### 2.5.1.3 VF07.01.03 : Déterminer les montants la prestation ATD

---

#### Vue générale

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

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

Part AMO prestation

*Données de la prestation générée*

Type prestation

**Sorties** *Données de la prestation générée*

Part AMO prestation

**Situations** Aucune  
**spécifiques**

## Schéma

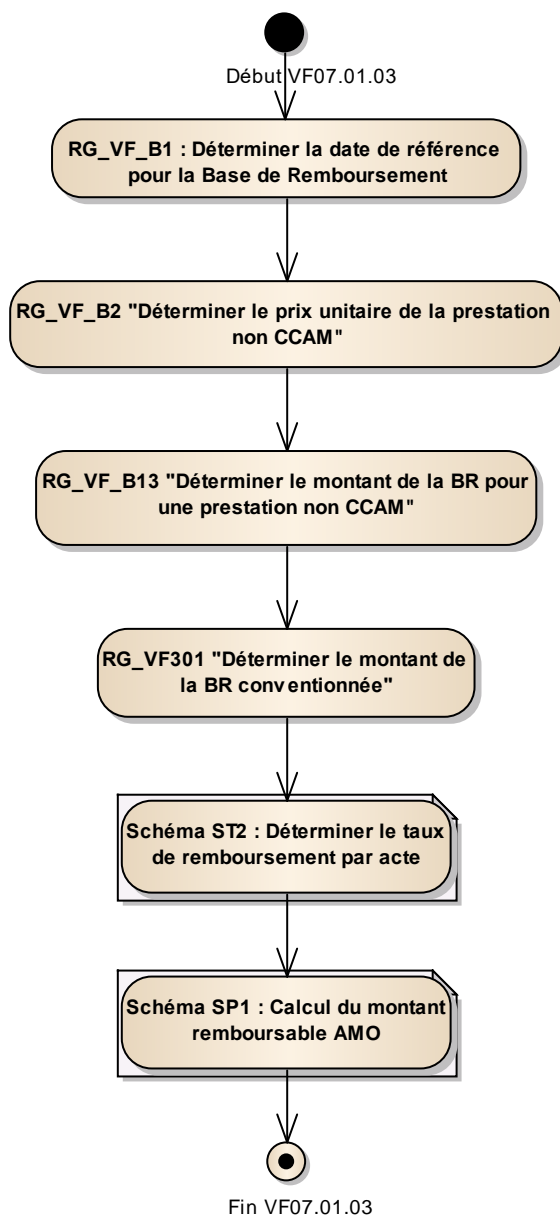


Figure 14 : Enchaînement des opérations de VF07.01.03 « Déterminer les montants de la prestation ATD »



## Règles de gestion

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

## 2.5.2 VF07.02 : Générer le supplément APIAS

### Vue générale

**Description** L'objet de cette opération est de générer automatiquement, si nécessaire, le supplément AT dans le contexte APIAS.

**Principe** : La prestation de supplément APIAS est créée automatiquement par le LPS si le montant total effectif de la prise en charge au titre des APIAS est strictement supérieur au cumul des bases de remboursement AMO des prestations de la facture.

Le montant du supplément APIAS correspond à cette différence.

Cette opération effectue l'acquisition ou la détermination puis le contrôle de toutes les données nécessaires à la prestation correspondant au supplément APIAS.

L'opération VF07.02 est découpée en 3 sous-opérations:

- VF07.02.01 : acquisition des données
- VF07.02.02 : contrôle des données
- VF07.02.03 : détermination des montants

**Entrées** Date de la facture

*Données de la première prestation de la facture*

Lieu d'exécution

*Prestations de la facture hors DAT*

Base de remboursement de la prestation

**Sorties** Montant effectif de la prise en charge APIAS

Montant du supplément APIAS

*Prestation DAT générée par le système*

Prestation

Type prestation

Lieu d'exécution

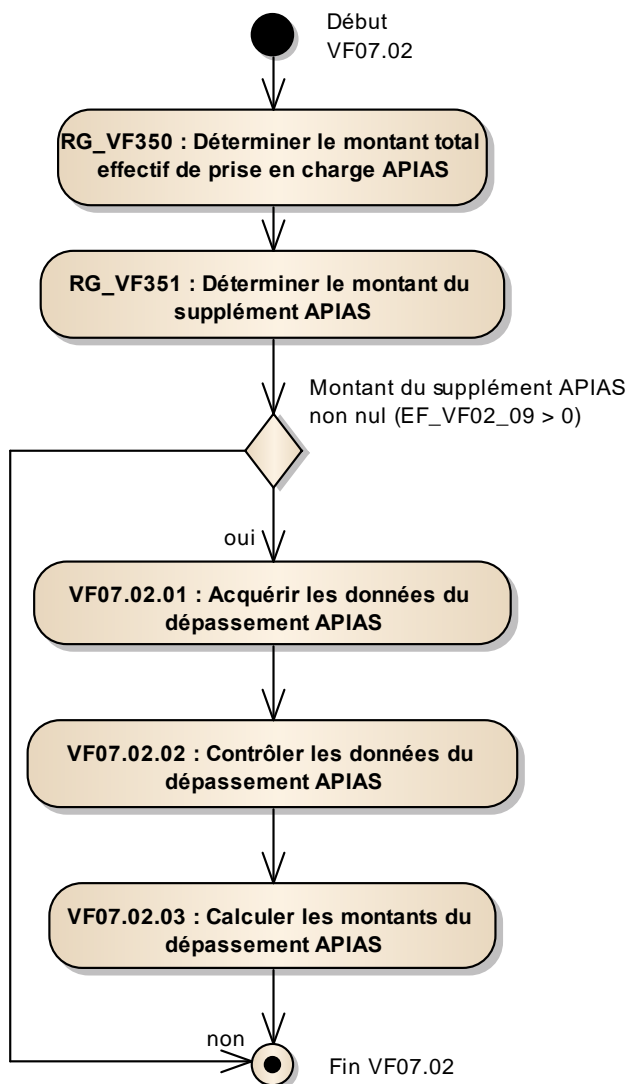
Supplément de prestation

Contexte Prestation AMO

Part AMO prestation

**Situations** Aucune  
**spécifiques**

## Schéma



**Figure 15 : Enchaînement des opérations de VF07.02 « Générer le supplément APIAS »**

## Règles de gestion

### [RG\_VF350] Déterminer le montant total effectif pris en charge au titre des APIAS (EF\_VF02\_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La prise en charge de la facture au titre des APIAS peut être inférieure au montant total de prise en charge renseigné par le PS . En effet, cette prise en charge effective doit être limitée à la dépense réelle, i.e. le total du montant des honoraires perçus par le Professionnel de Santé :

le Montant total effectif pris en charge au titre des APIAS est égal au **MINIMUM** entre le Montant total pris en Charge au titre des APIAS et le Montant total de la facture déterminé en cumulant :

- le montant total des prestations saisies par le PS
- la base de remboursement de chaque prestation générée par le système au préalable.  
Il s'agit des prestations d'honoraires de dispensation générés et des prestations de complément AT dentaire



Hors contexte APIAS , ce montant est non renseigné.

### [RG\_VF351] Déterminer le montant du supplément APIAS (EF\_VF02\_09)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant du supplément APIAS correspond à l'écart entre le montant total effectif de la prise en charge au titre des APIAS et le cumul des bases de remboursement AMO de toutes les prestations de la facture, limitées à la dépense réelle pour les prestations saisies par le PS.<sup>(1)</sup>

Il est nécessaire de générer la prestation de supplément AT (DAT) si ce montant est positif. (cf. schéma VF07.02)



<sup>(1)</sup> Pour les prestations générées par le système , le montant PS des honoraires est non renseigné et le montant calculé des honoraires n'est pas encore déterminé (il est effectué a posteriori dans VF06). Cependant la dépense réelle est égale à la base de remboursement (pas de dépassement pour ces prestations). Il n'y a donc pas lieu de plafonner la base de remboursement.

---

## 2.5.2.1 VF07.02.01 : Acquérir les données du supplément APIAS

---

### Vue générale

**Description** L'objet de cette opération est d'acquérir les données pour la prestation de supplément APIAS générée par le système.

**Entrées** Date de la facture

*Données de la première prestation de la facture*

Lieu d'exécution

**Sorties** *Données de la prestation générée*

Prestation

Type prestation

Lieu d'exécution

Supplément de prestation

Contexte Prestation AMO

**Situations** Aucune  
**spécifiques**

## Schéma

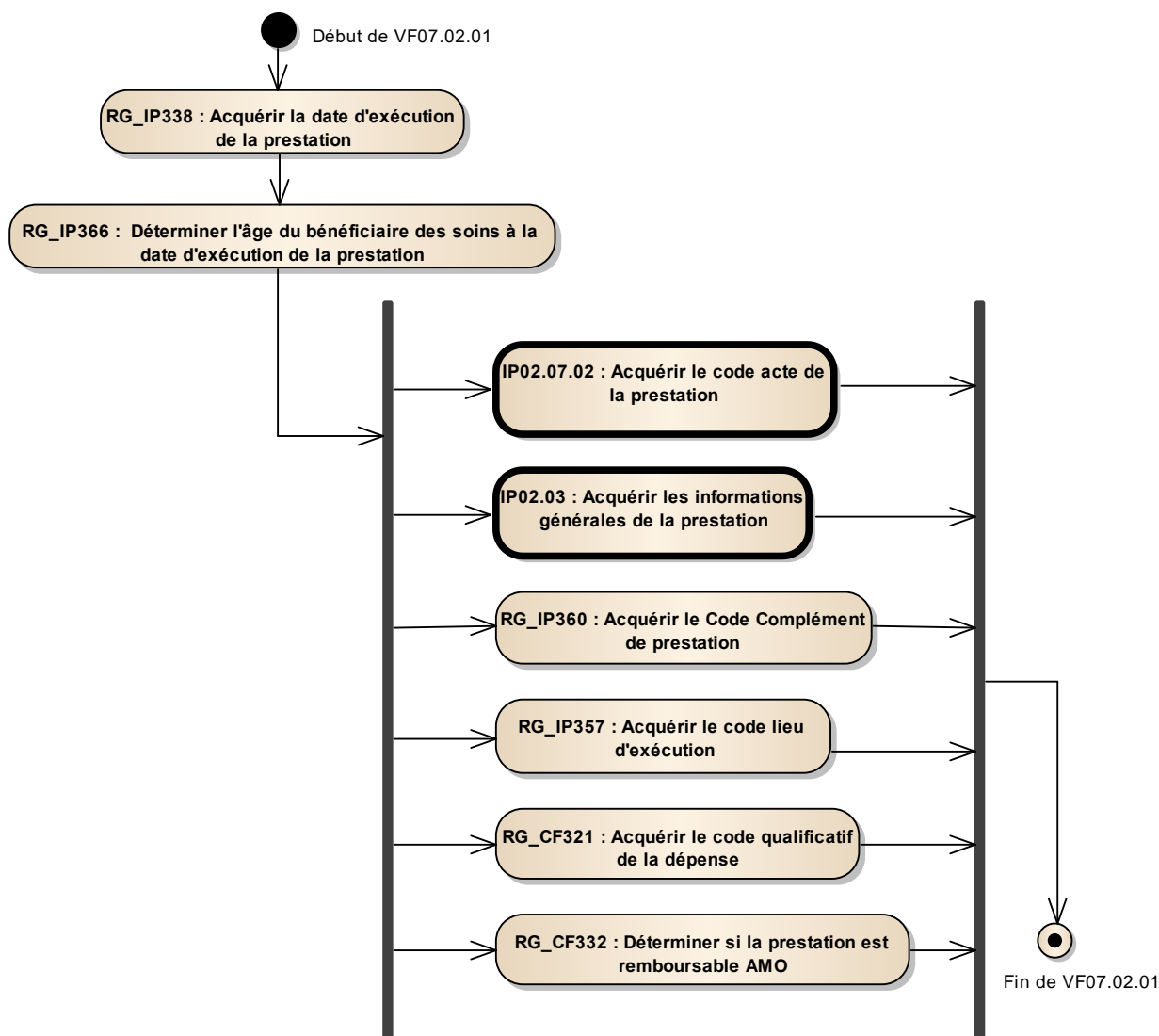


Figure 16 : Enchaînement des opérations de VF07.02.01 « Acquérir les données du supplément APIAS »

## Règles de gestion

<b>RG_IP338</b>	Date d'exécution <b>1610-2</b>	Egale à la date de la facture
<b>RG_IP366</b>	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	A déterminer à partir de la date de naissance lue sur un support AMO (cas général)

### IP02.07.02

<b>RG_IP339</b>	Code prestation <b>1610-4</b>	Egal à « DAT »
<b>RG_IP353</b>	Type de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_IP354</b>	Type de nomenclature	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_IP355</b>	Groupe fonctionnel	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_IP356</b>	Top nécessité de codage affiné	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_IP392</b>	Origine de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)

<b>RG_IP341</b>	Coefficient <b>1610-8</b>	Valeur 1 (cas général)
<b>RG_IP320</b>	Quantité <b>1610-9</b>	Valeur 1 (cas général)
<b>RG_IP337</b>	Dénombrement <b>1610-10</b>	Valeur 1 (cas général)
<b>RG_IP351</b>	Montant des honoraires <b>1610-6</b>	Déterminé par VF06 (cf. RG_VF409 : Egal à la base de remboursement (1610-12))

### Autres règles

<b>RG_IP360</b>	Code complément de prestation <b>1610-5</b>	Non renseigné
<b>RG_IP357</b>	Code lieu <b>1610-3</b>	Egal au code lieu de la première prestation de la facture
<b>RG_CF321</b>	Qualificatif de la dépense <b>1610-7</b>	Non renseigné (cas général)
<b>RG_CF332</b>	Top prestation remboursable AMO	Valeur VRAI

## 2.5.2.2 VF07.02.02 : Contrôler les données du supplément APIAS

### Vue générale

**Description** L'objet de cette opération est de contrôler les données pour la prestation de supplément APIAS générée par le système.

**Entrées** Données de la prestation générée

Prestation

Contexte Prestation AMO

**Sorties** Aucune

**Situations spécifiques** Aucune

### Schéma

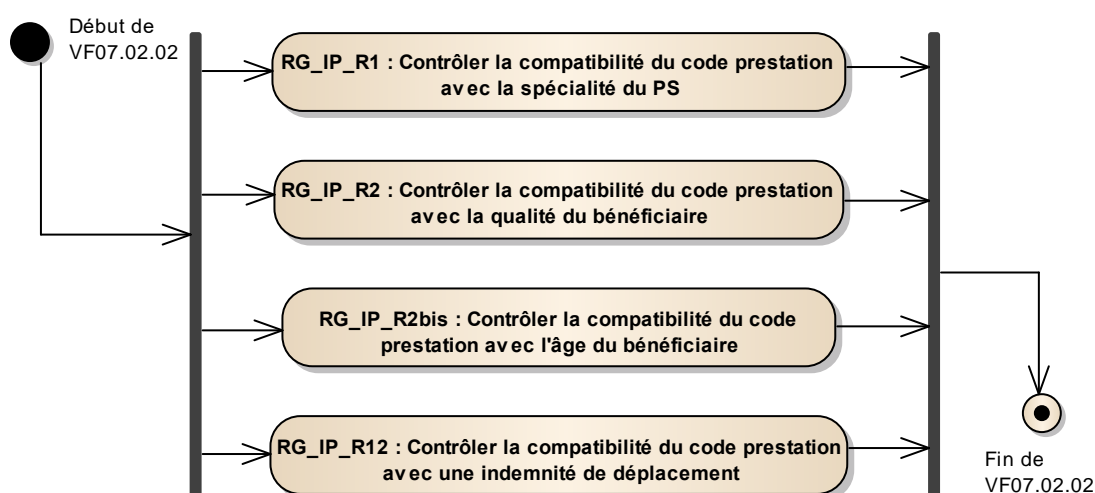


Figure 17 : Enchaînement des opérations de VF07.02.02 « Contrôler les données du supplément APIAS »

### Règles de gestion

Les règles présentées dans le Schéma ci-dessus sont référencées RG\_IP\_xxx ou RG\_CF\_xxx.

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

Exemple : RG\_IP\_R17 correspond à la règle R17 de l'annexe 2



### 2.5.2.3 VF07.02.03 : Déterminer les montants du supplément APIAS

#### Vue générale

**Description** L'objet de cette opération est de déterminer les montants pour la prestation de supplément APIAS générée par le système.

**Entrées** Montant effectif de la prise en charge APIAS

*Données de chaque prestation de la facture hors DAT*

Part AMO prestation

**Sorties** *Données de la prestation générée*

Part AMO prestation

**Situations  
spécifiques** Aucune

#### Schéma

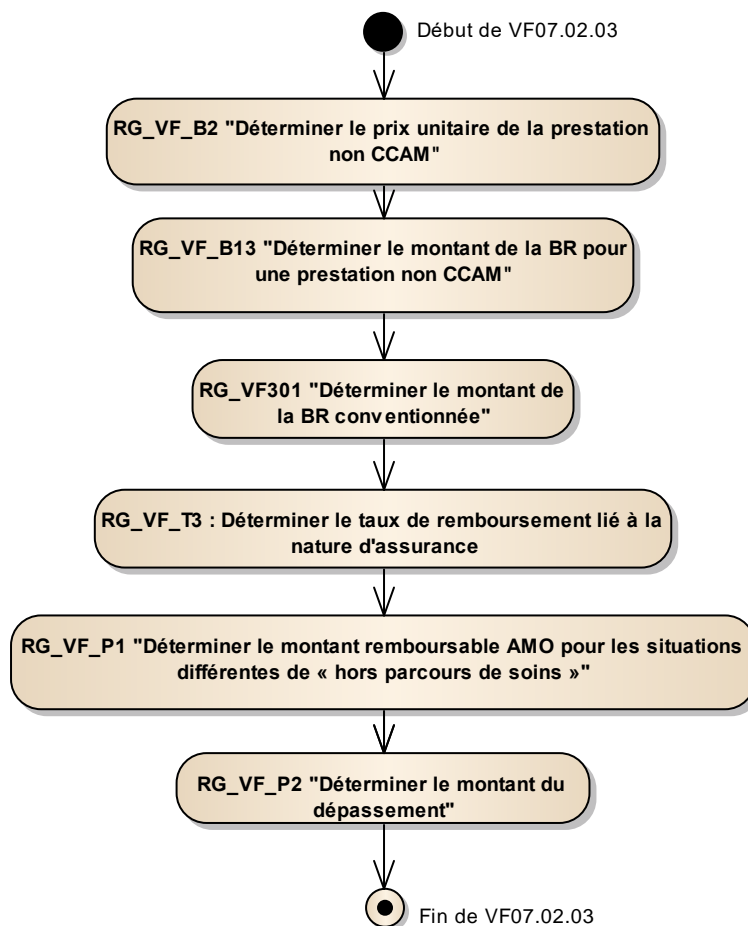


Figure 18 : Enchaînement des opérations de VF07.02.03 « Déterminer les montants du supplément APIAS »

## Règles de gestion

<b>RG_VF_B2</b>	Prix unitaire <b>1610-11</b>	Pour le supplément APIAS, le montant du Prix Unitaire correspond au montant du supplément APIAS déterminé préalablement (cf. RG_VF351)
<b>RG_VF_B13</b>	Base de remboursement <b>1610-12</b>	cf. règle B13 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_VF301</b>	Base de remboursement conventionnée <b>2020-2</b>	cf. A1-A0 groupe 2020 (cas général)
<b>RG_VF_T3</b>	Taux de remboursement <b>1610-13</b>	cf. règle T3 de l'annexe 2 (cas général en nature d'assurance AT : taux = 100%)
	Code justification d'exonération du ticket modérateur <b>1820-2</b>	cf. règle T3 de l'annexe 2 (cas général en nature d'assurance AT : Code justification d'exonération du ticket modérateur = « pas d'exonération » (valeur 0) )
<b>RG_VF_P1</b>	Montant remboursable AMO <b>1610-14</b>	cf. Règle P1 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_VF_P2</b>	Montant du dépassement	cf. Règle P2 de l'annexe 2 (cas général)

## 2.6 VF08 : Générer les dépassements pour victime d'attentat

### Vue générale

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

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

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

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

**Entrées** Prestations saisies par le PS

Prestations ATD générées par le système

Prestations HD générées par le système

**Sorties** Prestations de dépassement générées par le système

**Situations  
spécifiques** Victime d'Attentat

SP18

## Schéma

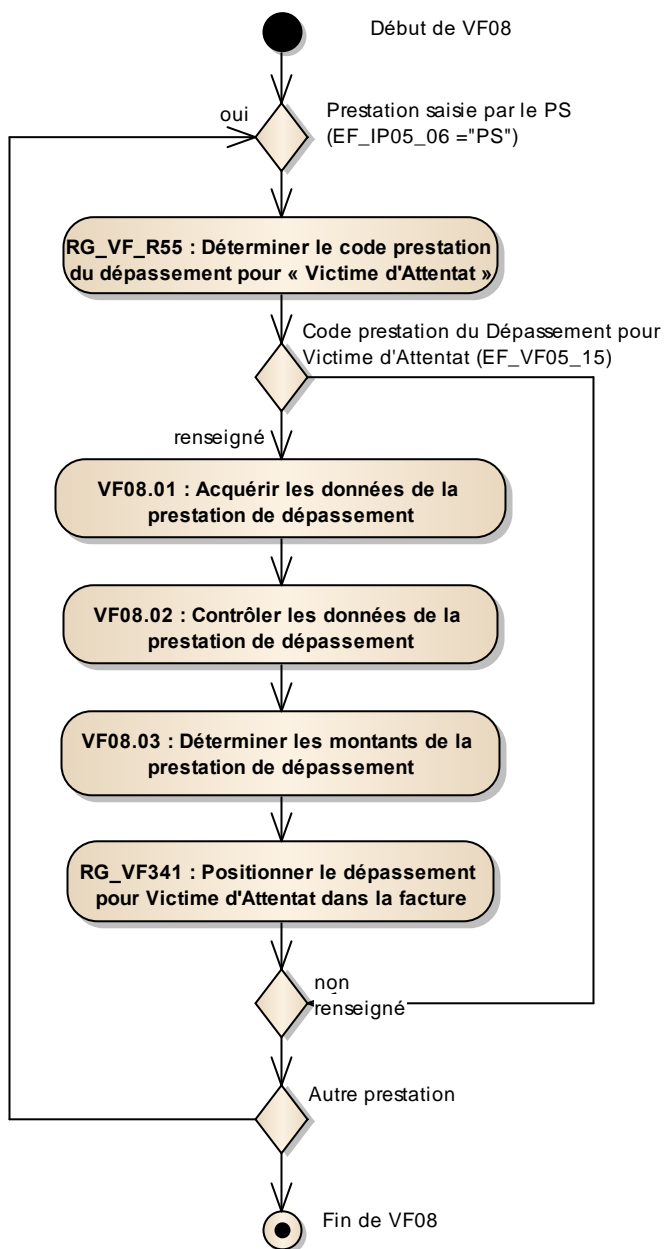


Figure 19 : Enchaînement des opérations de VF08 « Générer les dépassements pour Victime d'Attentat »

## Règles de gestion

### **[RG\_VF\_R55] Déterminer le code prestation du dépassement pour « Victime d'Attentat » (EF\_VF05\_15)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[Cahier des charges – annexe 2 – R55]

### **[RG\_VF341] Positionner la prestation de dépassement pour « Victime d'Attentat » dans la facture**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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



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

### **[RG\_VF341] [CP1] Prestation support suivie d'un complément AT**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

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

### Vue générale

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

**Entrées** Données de la prestation support associée

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

**Sorties** Données de la prestation générée

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

**Situations spécifiques** Victime d'Attentat **SP18**

## Schéma

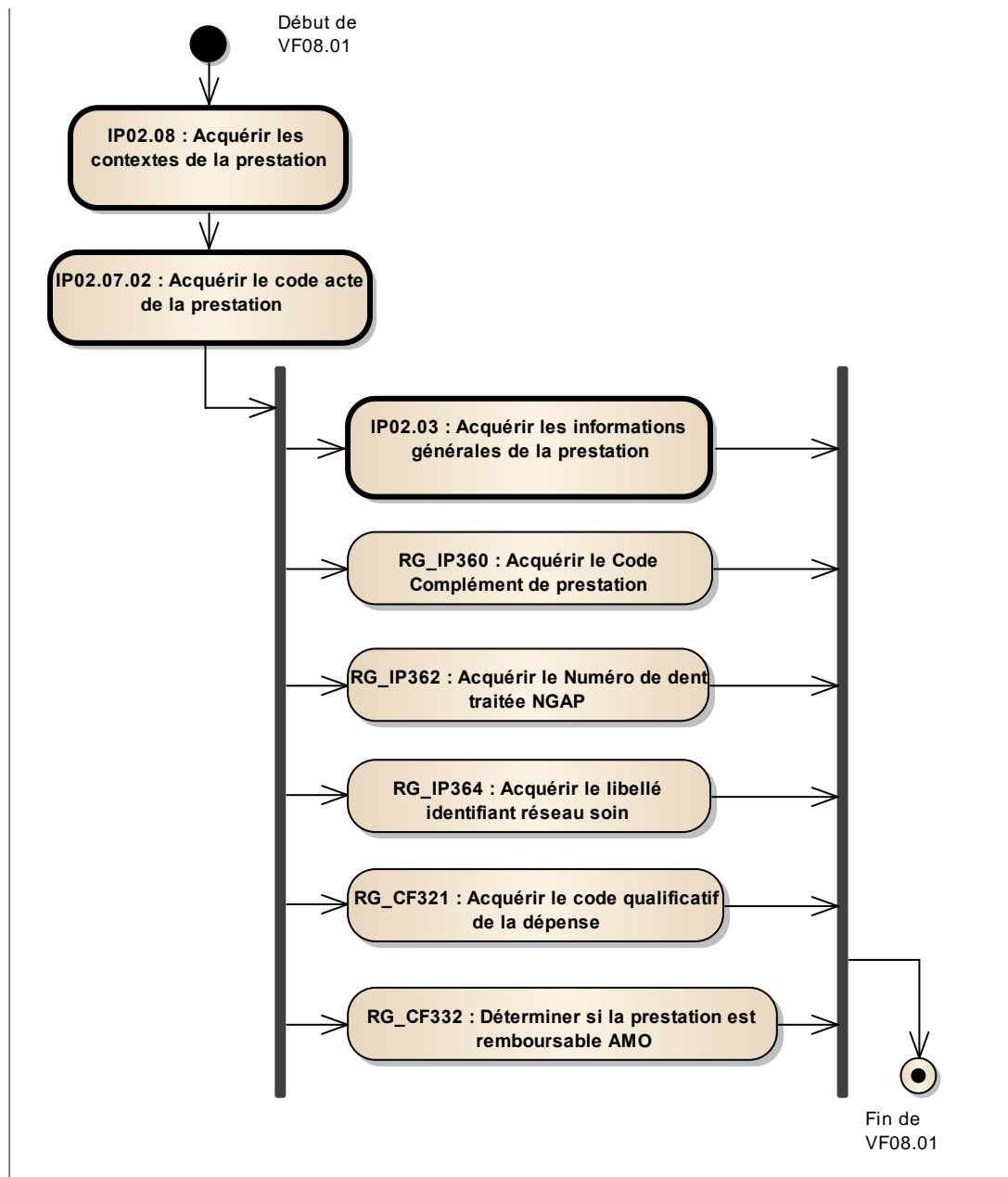


Figure 20 : Enchaînement des opérations de VF08.01 « Acquérir les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat »

## Règles de gestion

### IP02.08

<b>RG_IP338</b>	Date d'exécution <b>1610-2</b>	Egale à la date d'exécution de l'acte support
<b>RG_IP366</b>	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)
<b>RG_IP357</b>	Code lieu <b>1610-3</b>	Egal au code lieu de l'acte support
<b>RG_IP358</b>	Identifiant du lieu d'exécution <b>1880-2</b>	Egal au lieu d'exécution de l'acte support
<b>RG_IP359</b>	Informations du PS salarié <b>1870</b>	Egales aux informations du PS salarié de l'acte support

### IP02.07.02

<b>RG_IP339</b>	Code prestation <b>1610-4</b>	Egal au code prestation déterminé par la règle RG_VF_R55 préalable
<b>RG_IP353</b>	Type de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_IP354</b>	Type de nomenclature	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_IP355</b>	Groupe fonctionnel	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_IP356</b>	Top nécessité de codage affiné	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
<b>RG_IP392</b>	Origine de la prestation	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)

### IP02.03

<b>RG_IP341</b>	Coefficient <b>1610-8</b>	Valeur 1
<b>RG_IP320</b>	Quantité <b>1610-9</b>	Valeur 1
<b>RG_IP337</b>	Dénombrement <b>1610-10</b>	Valeur 1
<b>RG_IP351</b>	Montant des honoraires <b>1610-6</b>	Egal au montant remboursable AMO (1610-14)

### Autres règles

<b>RG_IP360</b>	Code complément de prestation <b>1610-5</b>	Non renseigné
<b>RG_IP362</b>	Numéro de dent traitée NGAP <b>1860-2</b>	Non renseigné
<b>RG_IP364</b>	libellé identifiant réseau soin <b>1890-2</b>	Egales aux informations de l'acte support
<b>RG_CF321</b>	Qualificatif de la dépense <b>1610-7</b>	Egal au qualificatif de la dépense de l'acte support
<b>RG_CF332</b>	Top prestation remboursable AMO	Pas de cas particulier, déterminé selon la règle générale pour une prestation de type complément AT dentaire



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

### Vue générale

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

**Entrées** Données de la prestation générée

Prestation

EF\_IP04

Contexte Prestation AMO

EF\_CF08

**Sorties** Aucune

**Situations spécifiques** Victime d'Attentat

SP18

### Schéma

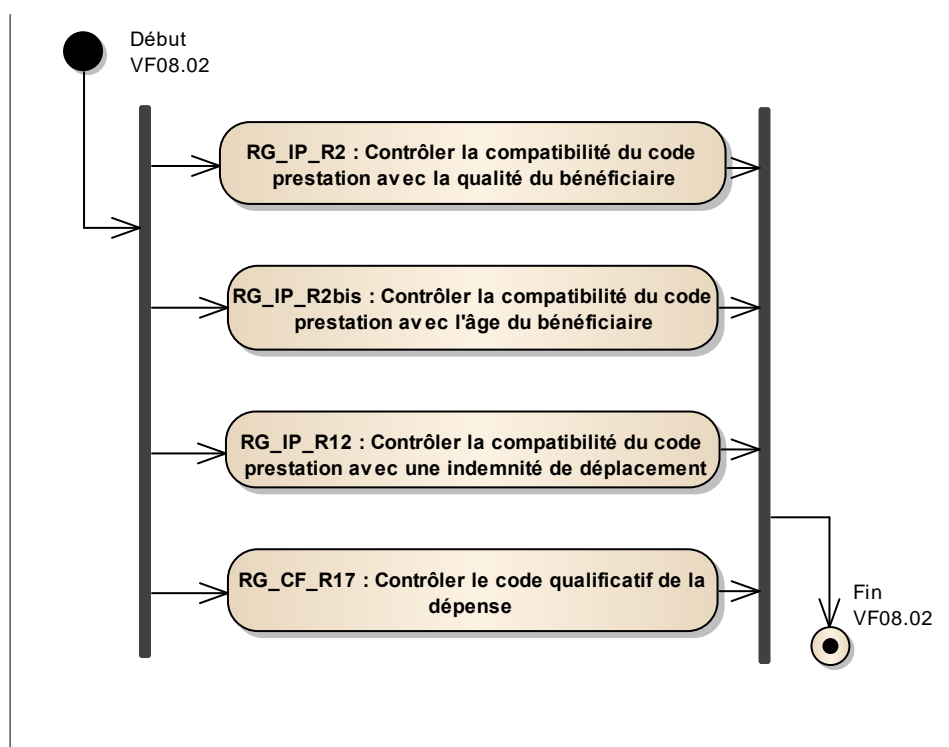


Figure 21 : Enchaînement des opérations de VF08.02 « Contrôler les données pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat »

### Règles de gestion

Les règles présentées dans le Schéma ci-dessus sont référencées RG\_IP\_xxx ou RG\_CF\_xxx.

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

Exemple : RG\_IP\_R17 correspond à la règle R17 de l'annexe 2

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

### Vue générale

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

**Entrées** Données de la prestation support associée

Part AMO prestation

EF\_VF05

Données de la prestation générée

Type prestation

EF\_IP05

**Sorties** Données de la prestation générée

Part AMO prestation

EF\_VF05

**Situations spécifiques** Victime d'Attentat

SP18

### Schéma

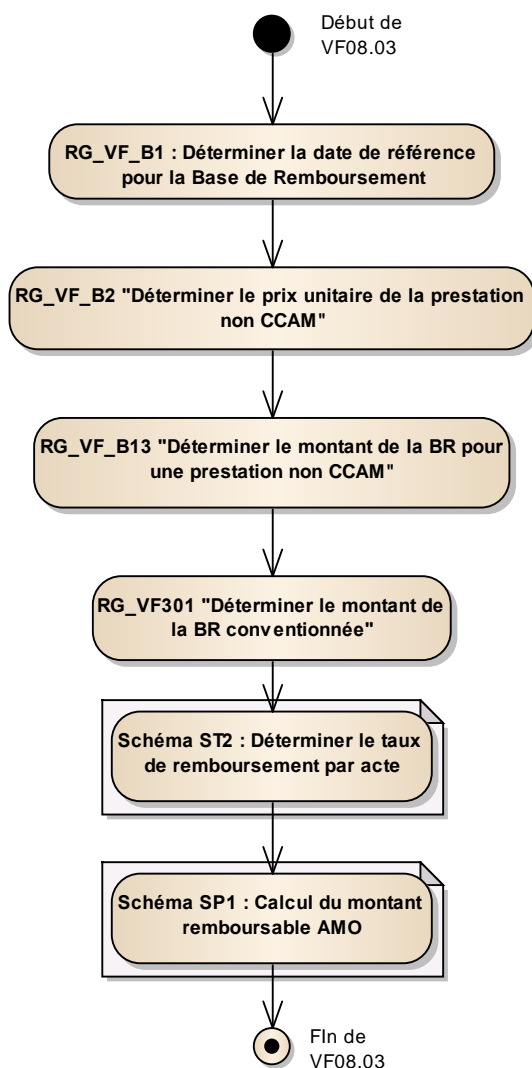


Figure 22 : Enchaînement des opérations de VF08.03 « Déterminer les montants pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat »

## Règles de gestion

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