



# **Annexe 1-A1**

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

### **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	Avertissements .....	5
1.3	Définitions et précisions .....	5
<b>2</b>	<b>Acquisition des données Prestation .....</b>	<b>8</b>
2.1	Données CCAM à saisir .....	8
2.1.1	Présentation générale .....	8
2.1.2	Précisions concernant les données des services SRT .....	9
2.1.3	Recherche du code acte CCAM .....	10
2.1.3.1	Recherche de codes CCAM par mot-clé .....	11
2.1.3.2	Recherche de codes CCAM par filtre .....	13
2.1.4	Règles RC et CC .....	14
2.1.4.1	RC1 – Code activité .....	14
2.1.4.2	RC2 – Code Phase de traitement .....	15
2.1.4.3	RC3 – Code modificateur .....	16
2.1.4.4	RC4 – Code modificateur et âge .....	17
2.1.4.5	RC5 – Spécialité de l'exécutant .....	18
2.1.4.6	RC6 – Frais de déplacement .....	19
2.1.4.7	RC7 – Entente préalable .....	21
2.1.4.8	RC8 – Nature d'assurance .....	22
2.1.4.9	RC9 – Code agrément radio de l'exécutant .....	23
2.1.4.10	RC11 – Code modificateur férié .....	24
2.1.4.11	RC12 – Codes modificateurs entre eux .....	25
2.1.4.12	RC13 – Age du bénéficiaire .....	27
2.1.4.13	RC14 - N°de dents .....	28
2.1.4.14	RC15-RC17 - Compatibilité des Associations d'actes : règles .....	30
2.1.4.15	RC18 - Code modificateur multiple .....	33
2.1.4.16	RC19 – Code forfait CMU-C .....	35
2.1.4.17	CC1 - Renseignement du code association .....	36
2.1.4.18	CC3 - Utilisation d'un acte complémentaire .....	39
2.1.4.19	CC5 - Renseignement des numéros de dents .....	40
2.1.4.20	CC6 - Obligation du codage CCAM .....	42
2.1.4.21	CC7 - Code Regroupement .....	43
2.1.4.22	CC8 - Validité du code acte CCAM .....	45
2.1.4.23	CC9 - Valeur des modificateurs .....	47
2.1.4.24	CC9b - Valeur des modificateurs non tarifants .....	48
2.1.4.25	CC11 - Demande de remboursement exceptionnel .....	49
2.1.4.26	CC12 - Présence d'un acte CCAM avec un code regroupement .....	51
2.1.4.27	CC13 - Modificateurs pour les Organismes Complémentaires .....	52
2.1.4.28	CC14 - Demande de supplément de charge en cabinet .....	54
2.1.4.29	CC15 - Compatibilité entre le taux et le justificatif d'exonération du ticket modérateur .....	55
2.1.4.30	CC16 - Compatibilité entre date de naissance et date des soins .....	56
<b>3</b>	<b>Tarification AMO .....</b>	<b>57</b>
3.1	Détermination des montants .....	57
3.1.1	Hors CCAM .....	57
3.1.2	Spécificités CCAM .....	57
3.1.2.1	Cinématique générale .....	57
3.1.2.2	BC1 : Prix Unitaire .....	58
3.1.2.3	BC99 : Base de Remboursement .....	60
3.2	Détermination du taux de remboursement .....	62
3.2.1	Règles communes toutes nomenclatures .....	62
3.2.1.1	Compatibilité entre taux et justificatif d'exonération .....	62
3.2.2	Hors CCAM .....	62
3.2.3	Spécificités CCAM .....	63
3.2.3.1	TC1 : C-ExoPrevention .....	64
3.2.3.2	TC2-TC3-T5-T6 : C-ExoActe .....	66
3.2.3.3	TC5 : C-ExoFacture .....	68
<b>4</b>	<b>Contrôle complet CCAM .....</b>	<b>72</b>

4.1	Objet	72
4.2	Traitements .....	73
4.2.1	Partie Réglementation.....	73
4.2.2	Partie Tarification.....	74
4.3	Paramètres.....	75
4.4	Diagnostics.....	77

# 1 Introduction

## 1.1 Présentation du document

Ce document constitue la partie A1 de l'annexe 1 du CdC Éditeurs SESAM-Vitale.

Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement les traitements relatifs à la phase AMO pour la constitution de la facture, à savoir les étapes d'acquisition des données prestation, la tarification AMO, et le contrôle complet CCAM.

L'ensemble de ce document concerne uniquement les prestations de type de nomenclature « CCAM » à l'exception de la règle CC6 qui concerne toutes les prestations de type de nomenclature NGAP.

## 1.2 Avertissements

Dans le présent document est désigné par base CCAM l'ensemble des données CCAM gérées par le module SRT et désignées par ailleurs sous le terme de référentiel électronique. Il ne s'agit en aucun cas d'une base de données.

## 1.3 Définitions et précisions

### Prestation CCAM

Une prestation CCAM ou ligne d'acte CCAM est constituée d'un et un seul acte CCAM (triplet acte/activité/phase ce qui revient pour SESAM-Vitale à dire un et un seul code acte CCAM vu que l'activité est toujours à 1 et la phase toujours à 0.)

Dans la zone d'échange facture, une prestation CCAM est caractérisée par un couple 1610-2100.

### Niveau acte

Les règles niveau acte sont à appliquer pour chaque ligne d'acte CCAM.

### Niveau facture

Les règles de niveau facture sont applicables pour toutes les prestations CCAM de la facture et éventuellement les prestations NGAP (prestations CCAM et NGAP pour les règles TC4-TC5 et le contrôle complet CCAM).

### Tarifs diversifiés

#### Revalorisation des actes CCAM



#### Convention médicale 2011

L'avenant 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011 prévoit, pour les soins dispensés par les médecins exerçant en secteur 1 et par les médecins adhérant au CAS, de revaloriser les actes « gagnants » de la CCAM (3761 actes concernés). Le tarif cible de ces actes est supérieur au tarif de référence.

La revalorisation s'appuie sur une double grille tarifaire à la CCAM :

- L'une appliquée par les médecins de secteur 1 et les médecins de secteur 2 adhérant au CAS
- L'autre par les médecins de secteur 2 hors CAS



### **Convention médicale 2016**

La convention médicale 2016 prévoit une meilleure valorisation de l'activité technique des médecins et notamment des conditions d'exercice particulier des spécialités dites de plateau technique lourd (chirurgie, anesthésie-réanimation, gynécologie obstétrique).

Une des principales nouveautés introduites par la convention médicale 2016 est la différenciation des valeurs des modificateurs : K, U, S, F en fonction du contexte du PS (son secteur, l'option à laquelle il adhère, sa spécialité), et / ou du contexte de l'assuré

Ceci implique une démultiplication des grilles tarifaires pour prendre en compte les différences de valeurs des modificateurs en fonction du contexte PS et du contexte assuré.

### **Contexte tarifaire**

Le contexte tarifaire est défini :

- d'une part par un contexte PS
- d'autre part par un contexte Bénéficiaire

Un contexte tarifaire donné pointera vers une **grille tarifaire** donnée (nouvelle notion dans la base CCAM).

### **Grille tarifaire**

Pour le démarrage de cette mesure (au 01/01/2015), deux grilles tarifaires sont identifiées :

- Grille tarifaire 1 : **Tarifs revalorisés**  
correspond aux PS de secteur 1 ou ayant signé le CAS, quel que soit le bénéficiaire des soins.
- Grille tarifaire 2 : **Tarifs non revalorisés**  
correspond aux PS de secteur 2 ou 1DP n'ayant pas signé le CAS, quel que soit le bénéficiaire des soins.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, la base CCAM comportera 14 grilles tarifaires qui seront utilisées par de nouvelles valeurs de contextes PS et de contexte BS.

### **Contexte PS**

Le contexte PS est défini par :

- le secteur de conventionnement du PS (1,1DP ou 2)
- le contrat tarifaire PS auquel il a adhéré (OPTAM, OPTAM-CO ou pas de contrat)
- la spécialité du PS



Pour rappel, le secteur conventionnel du PS est contenu dans sa CPS et le contrat tarifaire PS est paramétré sur le poste.

### **Contexte BS**

Le contexte BS (bénéficiaire des soins) dépend de la situation particulière du bénéficiaire à la date d'exécution de la prestation.

### **Données diversifiées**

Les données diversifiées de la base CCAM sont :

- Champ 37 : Prix Unitaire de base (PU)
- TB02 : Coefficient des codes "association non prévue"
- TB03 : Association « Règle tarifaire » et « Coefficient »
- TB11 : Valorisation des modificateurs

## 2 Acquisition des données Prestation

### 2.1 Données CCAM à saisir

#### 2.1.1 Présentation générale

① Recherche	<b>Recherche</b>		
	Recherche du code acte CCAM <ul style="list-style-type: none"> <li>Vérification de l'obligation du codage CCAM pour une lettre clé NGAP donnée</li> <li>Recherche (par mot clé ou par filtre)</li> </ul>	CC6	
② Saisie et contrôle des données de la prestation CCAM	<b>Saisie et contrôle des données de la prestation CCAM</b>		Pour chaque prestation CCAM
	Données saisies par le Professionnel de Santé et contrôlées par le progiciel		
	Données obligatoires	Date d'exécution	CC16
		Code de l'acte	CC8; RC7; RC8
		Code activité	RC1; RC5; RC9
	Données facultatives	Code phase	RC2; RC13
		Modificateur	CC9; RC3; RC4; RC11; RC12
		Remboursement exceptionnel	CC11
		N° de dent	RC14; CC5
		Supplément de charge en cabinet	CC14
	Données renseignées automatiquement par le progiciel		
		Code regroupement	CC7; CC12
		Modificateurs OC	CC13

③ Contrôle et finalisation de l'ensemble de la facture	<b>Contrôle et finalisation de l'ensemble de la facture</b>		
	A- Contrôle de l'ensemble de la facture Compatibilité et association	CC3; RC6; RC15; RC17; RC18; RC19	
	B- Renseignement du code association	CC1	



Ce schéma décrit de façon détaillée l'enchaînement de l'ensemble des règles spécifiques aux prestations CCAM pour la phase d'acquisition des données prestation, et ce indépendamment de l'imbrication de prestations NGAP dans la facture.

Cet enchaînement s'appuie :

1. d'une part pour chaque prestation sur une première étape de recherche du code acte CCAM,
2. puis, pour chaque prestation, sur une deuxième étape de saisie et le contrôle des données de la prestation.

Pour cette deuxième étape, la chronologie de mise en œuvre dépend uniquement de l'ordre dans lequel sont saisies par le Professionnel de Santé les données relatives à la prestation. Dès qu'une donnée est saisie, les contrôles qui s'y rapportent peuvent être effectués. La présentation des règles de contrôle dans le schéma ci-avant en regard des données qu'elles requièrent, constitue donc une proposition de chronologie sans caractère obligatoire.

3. D'autre part sur une troisième étape de contrôle et de finalisation de l'ensemble de la facture, à savoir les compatibilités et les associations d'actes entre eux et le renseignement des codes association.

L'enchaînement de mise en œuvre à respecter nécessairement est le suivant :

- ①② : Pour chaque prestation CCAM : recherche (éventuelle) puis saisie et contrôle des données de la prestation (boucler sur tous les actes).
- ③-A : Contrôle de l'ensemble de la facture : compatibilités + détermination des associations d'actes.
- ③-B : pour chaque prestation CCAM gérer le renseignement du code association (saisi par le Professionnel de Santé).

## 2.1.2

### Précisions concernant les données des services SRT

Dans chaque description des services du module SRT sont présentés les groupes de données d'entrée et les groupes de données de sortie.

Ces groupes, spécifiques aux fonctions du module SRT, sont numérotés de 3000 à 3600.

Certaines des données qui constituent ces groupes sont celles qui figureront dans la facture. C'est pourquoi il est précisé (en regard à droite), pour chacune des données à transmettre dans la facture, le groupe et le champ de la facture dans lequel la donnée est à renseigner.

#### Données relatives à l'exécutant

Dans le cas où le Professionnel de Santé qui effectue la prestation est différent de celui qui établit la facture, les données relatives à l'exécutant sont celles qui constitueront le groupe 1870. Dans le cas contraire, les données relatives à l'exécutant sont celles qui constitueront le groupe 1120.

Les données concernées sont :

- Le N° d'identification de l'exécutant
- Le code conventionnel de l'exécutant

- Le code spécialité de l'exécutant

---

#### Date de référence

La donnée « date de référence » utilisée en entrée des services SRT représente la date à laquelle le progiciel met en œuvre le service SRT en question. Il s'agit donc de la date d'exécution des soins pour l'acte CCAM traité.

---

#### Groupes multi-occurents

Le caractère multi-occurent d'un groupe de données en entrée ou en sortie des fonctions SRT est précisé par une lettre (N la plupart du temps) à gauche du n° du groupe.

---

### 2.1.3 Recherche du code acte CCAM

La recherche d'actes CCAM peut se faire suivant deux modes :

1. **Recherche par mot-clé.** Le progiciel donne aux SRT un mot-clé. Les SRT retournent les codes de tous les actes qui font référence à ce mot-clé.  
Cette fonction s'appuie sur le glossaire de la base CCAM.
2. **Recherche par filtre.** Le progiciel précise les n premiers caractères du code des actes recherchés, et les SRT retournent la liste de tous les actes dont les codes commencent par ces caractères.

Comme, dans la CCAM, les 4 premiers caractères d'un code de l'acte indiquent une topographie, une action, une voie d'abord ou une technique, cette recherche s'apparente à une recherche sur les typologies d'actes.

## 2.1.3.1 Recherche de codes CCAM par mot-clé

### Fonction à utiliser

#### SRT\_RechercherParMotCle

A partir d'un mot-clé donné, cette fonction retourne au progiciel la liste des codes des actes CCAM qui font référence à ce mot-clé.

On dit qu'un acte fait référence à un mot-clé si ce dernier est présent dans l'un des champs textuels associés à cet acte, à savoir les libellés (court et long), le champ « conditions générales » et les notes.

La recherche peut porter sur les champs suivants :

Champ à examiner	Valeur numérique associée au champ	
• tous les champs,	0	
• les libellés courts,	1	$= 2^0$
• les libellés longs,	2	$= 2^1$
• les conditions générales,	4	$= 2^2$
• les notes de type « à l'exclusion de ... »	8	$= 2^3$
• les notes de type « comprend ... »	16	$= 2^4$
• les notes de type « avec ou sans ... »	32	$= 2^5$
• les notes de type « par..., on entend ... »	64	$= 2^6$
• les notes de type « par exemple ... »	128	$= 2^7$
• les notes de type « coder éventuellement ... »	256	$= 2^8$
• les notes de type « modificateur implicite ... »	512	$= 2^9$
• les notes de type « inclut ... »	1024	$= 2^{10}$
• les notes non structurées.	2048	$= 2^{11}$
• toutes les notes,	4088	$= \Sigma (2^3+2^4+...2^{11})$

Il convient donc de préciser en donnée d'entrée le ou les champs dans lesquels la recherche doit être effectuée :

Pour cela, le progiciel indique dans le paramètre d'entrée « Cadre de Recherche » la somme des valeurs numériques de chaque champ à examiner.

Par exemple pour rechercher dans toutes les notes, le paramètre doit prendre la valeur  $2^3 + \dots + 2^{11} = 4088$ .

La valeur 0 permet d'effectuer la recherche dans tous les champs textuels.

---

## Les paramètres en entrée

### Mot-Clé

Mot-clé sur lequel doit s'effectuer la recherche.  
La chaîne doit être ni vide ni être un pointeur nul.

### Cadre de Recherche

Valeur numérique précisant dans quels champs textuels doit s'effectuer la recherche du mot-clé

---

## Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3000	Groupe <i>Liste de codes actes</i>
	Nombre de codes actes
	Code de l'acte n°1
	Code de l'acte n°2
	...
	Code du dernier acte

## 2.1.3.2 Recherche de codes CCAM par filtre

### Fonction à utiliser

#### SRT\_RechercherParFiltre

Cette fonction retourne au progiciel les codes des actes CCAM dont le code affiné commence par certains caractères. Le progiciel utilise pour cela un filtre qui contient les n premiers caractères des actes recherchés.

### Les paramètres en entrée

Filtre	
	Chaîne de caractère précisant les premiers caractères des codes des actes recherchés. Entre 0 et 4 caractères.

### Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3000	Groupe <i>Liste de codes actes</i>
	Nombre de codes actes
	Code de l'acte n°1
	Code de l'acte n°2
	...
	Code du dernier acte



#### Remarque

Si le filtre est vide, les SRT retournent les codes affinis de tous les actes CCAM.

## 2.1.4 Règles RC et CC

### 2.1.4.1 RC1 – Code activité

<b>RC1</b>	Contrôle de la compatibilité entre le code acte CCAM et le code activité
------------	--

#### Règle

Cette règle a pour objet de vérifier que le code acte CCAM et le code activité sont compatibles

Le code activité transmis par le Professionnel de Santé doit exister dans la base CCAM pour le code de l'acte.

La liste des activités autorisées pour un acte donné est contenue dans le champ CCAM-2 de la base CCAM.

#### Mise en œuvre

Il convient donc au progiciel de consulter dans la base CCAM le champ CCAM-2 associé au code acte CCAM sélectionné.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

#### Fonction à utiliser

#### SRT\_ConsulterDonnee (CCAM-2)

#### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur <b>CCAM-2</b>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
<b>3100</b>	<b>Groupe</b> Niveau acte
	Code de l'acte

#### Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
<b>N 3118</b>	<b>Groupe</b> Type Code qualifié
	Code activité
	Libellé du code activité

## 2.1.4.2 RC2 – Code Phase de traitement

<b>RC2</b>	Contrôle de la compatibilité entre le couple acte / activité et le code phase de traitement
------------	---

### Règle

Cette règle a pour objet de vérifier que le couple acte / activité et le code phase de traitement sont compatibles.

Le code phase de traitement transmis par le Professionnel de Santé doit exister dans la base CCAM pour le code de l'acte/code activité.

Le nombre de phases de traitement autorisées pour un acte/activité donné est contenu dans le champ CCAM-4a de la base CCAM.

Renseignement du code phase de la facture (groupe 2100) :

- Quand une seule phase de traitement est autorisée pour le code acte/activité saisi, le code phase de la facture est valorisé à « 0 » (zéro) sur la ligne d'acte.
- Quand plusieurs phases de traitement sont autorisées pour le code acte/activité, le code phase de la facture contient le n° de la phase et est nécessairement différent de la valeur « 0 » (zéro).

### Mise en œuvre

Il convient donc au progiciel de consulter dans la base CCAM le champ CCAM-4a associé au code acte/activité sélectionné.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

### Fonction à utiliser

**SRT\_ConsulterDonnee (CCAM-4a)**

### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur <b>CCAM-4a</b>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
<b>3101</b>	<b>Groupe Niveau activité</b>
	Code de l'acte
	Code activité

### Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
<b>3111</b>	<b>Groupe Type Nombre</b>
	Nombre maximum de phases de traitement autorisées

### 2.1.4.3 RC3 – Code modificateur

<b>RC3</b>	Contrôle de la compatibilité entre le couple acte / activité et le(s) code(s) modificateur(s)
------------	---

#### Règle

Les actes effectués dans certaines circonstances donnent lieu à une majoration de la valeur de l'acte.

Cette règle a pour objet de vérifier que le couple acte / activité et le(s) code(s) modificateur(s) associé(s) sont compatibles.

Les codes modificateur transmis par le Professionnel de Santé doivent exister dans la base CCAM pour le code de l'acte/activité.

La liste des codes modificateurs autorisés pour un acte/activité donné est contenue dans le champ CCAM-6 de la base CCAM.



#### Remarque

Cette règle est à appliquer autant de fois que de modificateurs saisis par le Professionnel de Santé pour la prestation.

#### Mise en œuvre

Il convient au progiciel donc de consulter dans la base CCAM le champ CCAM-6 associé au code acte/activité sélectionné.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

#### Fonction à utiliser

#### SRT\_ConsulterDonnee (CCAM-6)

#### Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur <b>CCAM-6</b>	
Date de référence		
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ	
Groupes d'entrée		
3101	<b>Groupe</b> <i>Niveau activité</i>	
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4

#### Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
<b>N 3118</b>	<b>Groupe Type Code qualifié</b>	
	Code modificateur compatible	
	Libellé du code modificateur compatible	



## 2.1.4.4 RC4 – Code modificateur et âge

<b>RC4</b>	Contrôle de la compatibilité entre le(s) code(s) modificateur(s) et l'âge du bénéficiaire
------------	---

### Règle

Cette règle a pour objet de vérifier que le(s) code(s) modificateur(s) et l'âge du bénéficiaire des soins sont compatibles à la date d'exécution de l'acte.



#### Remarque

Cette règle est à appliquer autant de fois que de modificateurs saisis par le Professionnel de Santé pour la prestation.

### Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-Age-1 de la fonction ContrôlerDonnees du module SRT.

### Fonction à utiliser

#### SRT\_ContrôlerDonnees (C-Age-1)

### Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur <b>C-Age-1</b>	
Date de référence		
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle	1610-2
Groupes d'entrée		
3210	Groupe <i>Paramètres du service C-Age-1</i>	
	Date de naissance du bénéficiaire	1130-4
	Code modificateur	2100-6
		ou 2100-7
		ou 2100-8
		ou 2100-9

### Les paramètres en sortie

#### Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

## 2.1.4.5 RC5 – Spécialité de l'exécutant

<b>RC5</b>	Compatibilité du couple acte / activité avec la classe de spécialité du Professionnel de Santé exécutant
------------	--

### Règle

Un acte/activité ne peut être exécuté que par certaines classes de spécialité de Professionnel de Santé exécutant.

Cette règle a pour objet de vérifier que la classe de spécialité du Professionnel de Santé exécutant et le code acte / activité sont compatibles.

### Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-Executant de la fonction ControlerDonnees du module SRT.

### Fonction à utiliser

#### SRT\_ControlerDonnees (C-Executant)

### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur <b>C-Executant</b>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle : date d'exécution des soins
Groupes d'entrée	
3220	Groupe Paramètres du service C-Executant
	Code spécialité de l'exécutant 1870-4 ou sinon 1120-6
	Code de l'acte 2100-2
	Code activité 2100-4

### Les paramètres en sortie

Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

## 2.1.4.6 RC6 – Frais de déplacement

<b>RC6</b>	Compatibilité des frais de déplacement avec le code acte CCAM de rattachement
------------	---

### Règle

Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité des frais de déplacement avec l'acte CCAM auquel ils se rapportent.

Un déplacement est une prestation de groupe fonctionnel « Id. FD » ou « Id.K » (cf. Annexe2-Table1).

Par ailleurs, il est nécessaire que l'acte CCAM auquel ils se rapportent soit effectué à la même date d'exécution et par le même exécutant.

Il existe 2 types de frais de déplacement :

- les déplacement forfaitaires ou Indemnités de déplacement (ID),
- les déplacements kilométriques ou Indemnités kilométriques (IK).

Certains actes CCAM interdisent tout type de frais de déplacement, d'autres autorisent les ID seulement, d'autres les IK seulement. Enfin certains actes CCAM autorisent les ID et les IK

A tout acte CCAM correspond un code « frais de déplacement » précisant le type de frais de déplacement autorisés avec cet acte.

Le code frais de déplacement pour un acte donné est contenu dans le champ CCAM-41 de la base CCAM.

### Mise en œuvre

En cas de frais de déplacement rattachés à un acte CCAM, le progiciel doit vérifier que l'acte CCAM en question autorise les frais de déplacement en question.

Il convient donc au progiciel de consulter dans la base CCAM le champ CCAM-41 associé au code acte CCAM sélectionné.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

### Fonction à utiliser

#### SRT\_ConsulterDonnee (CCAM-41)

### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur <b>CCAM-41</b>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
<b>3100</b>	Groupe Niveau acte
	Code de l'acte

## Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3118	Groupe Type Code qualifié
	Code frais de déplacement
	Libellé du Code frais de déplacement



### Remarques

Le code « frais de déplacement » prend l'une des valeurs suivantes :

- A : Autorise les frais de déplacement (indemnités kilométriques et/ou indemnités de déplacement)
- B : Autorise les indemnités de déplacement uniquement
- C : Autorise les indemnités kilométriques uniquement
- N : Interdit les frais de déplacement

## 2.1.4.7 RC7 – Entente préalable

<b>RC7</b>	Contrôle de la nécessité d'une entente préalable pour un code acte CCAM
------------	---

### Règle

Cette règle a pour objet de vérifier si un acte est soumis à entente préalable.

Dans l'affirmative, le code accord préalable transmis doit être valorisé à « Pas de réponse de la caisse », « Avis favorable » ou « Urgence ».



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

Le top entente préalable d'un acte donné est contenu dans le champ CCAM-24 de la base CCAM.

### Mise en œuvre

Le progiciel doit consulter dans la base CCAM le champ CCAM-24 associé à un acte donné.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT

### Fonction à utiliser

#### SRT\_ConsulterDonnee (CCAM-24)

### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur <b>CCAM-24</b>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
<b>3100</b>	<b>Groupe Niveau acte</b>
	Code de l'acte

### Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
<b>3116</b>	<b>Groupe Type Booléen</b>
	Top nécessité d'une entente préalable <ul style="list-style-type: none"><li>• « O » = acte soumis à entente préalable</li><li>• « N » = acte non soumis à entente préalable</li></ul>

## 2.1.4.8 RC8 – Nature d'assurance

<b>RC8</b>	Contrôle de la compatibilité entre le code acte CCAM et la nature d'assurance
------------	---

### Règle

Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité du code acte CCAM avec la nature d'assurance.

### Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-Assurance de la fonction ContrôlerDonnees du module SRT.

### Fonction à utiliser

**SRT\_ContrôlerDonnees (C-Assurance)**

### Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur <b>C-Assurance</b>	
Date de référence		
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle : date d'exécution des soins	
Groupe d'entrée		
3230	<b>Groupe</b> <i>Paramètres du service C-Assurance</i>	
	Nature d'assurance	15xx
	Code de l'acte	2100-2

### Les paramètres en sortie

**Résultat de la règle de contrôle OK ou KO**

**RC9 – Code agrément radio de l'exécutant**

<b>RC9</b>	Contrôle de la compatibilité entre le code acte CCAM et le code agrément radio de l'exécutant
------------	---

## Règle

Lorsque le code acte / activité est un acte radiologique, le code agrément du Professionnel de Santé exécutant doit être différent de « sans agrément ».

Le code agrément du Professionnel de Santé exécutant est lu sur la carte du Professionnel de Santé.

## Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-Radio de la fonction ControlerDonnees du module SRT.

### Fonction à utiliser

## SRT\_ControllerDonnees (C-Radio)

## Les paramètres en entrée

[illegible]

## Les paramètres en sortie

### Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

## 2.1.4.10 RC11 – Code modificateur férié

<b>RC11</b>	Contrôle de la compatibilité de la date d'exécution avec le code modificateur férié
-------------	---

### Règle

Le modificateur férié peut être facturé le samedi, le dimanche ou un jour férié (national ou local).

### Mise en œuvre

Cette règle ne fait pas l'objet d'un service de contrôle automatique du module SRT et doit être implémentée par le progiciel.

Cependant, la liste des jours fériés légaux nationaux ainsi que celle des jours fériés spécifiques à certaines caisses sont référencées dans le champ TB08-1 de la base CCAM.

Le progiciel, en plus du contrôle des samedis et des dimanches, doit donc consulter la base CCAM afin de savoir si la date d'exécution est un jour férié national ou spécifique à la caisse de rattachement du Professionnel de Santé.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

### Fonction à utiliser

#### SRT\_ConsulterDonnee (TB08-1)

### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur <b>TB08-1</b>
Date de référence	
	Date à examiner
Groupes d'entrée	
<b>3120</b>	<b>Groupe</b> <i>Numéro de caisse</i>
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant

### Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
<b>3116</b>	<b>Groupe</b> <i>Type Booléen</i>
	Top jour férié : <ul style="list-style-type: none"> <li>« O » = jour férié</li> <li>« N » = jour non férié</li> </ul>



## 2.1.4.11 RC12 – Codes modificateurs entre eux

<b>RC12</b>	Contrôle de la compatibilité entre codes modificateurs
-------------	--

### Règle

Cette règle a pour objet de vérifier que les codes modificateurs retenus par l'exécutant pour un acte/activité/phase sont compatibles entre eux, à la date d'exécution.

Certains codes modificateurs ne sont pas compatibles entre eux et ne peuvent donc être associés simultanément dans une même ligne d'acte CCAM (groupe 2100).

La liste des codes modificateurs compatibles entre eux est contenue dans la base CCAM.



#### Remarque

Cette règle est à appliquer autant de fois que de modificateurs saisis par le Professionnel de Santé pour la prestation.

### Mise en œuvre

Le progiciel doit consulter dans la base CCAM le champ TB09-1 pour une date donnée.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

### Fonction à utiliser

#### SRT\_ConsulterDonnee (TB09-1)

### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur <b>TB09-1</b>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
2 3121	Groupe <i>Modificateur</i>
	Code modificateur

## Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3116	Groupe Type Booléen
	<p>Top modificateur compatible</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• « O » = les deux modificateurs sont compatibles entre eux</li><li>• « N » = les deux modificateurs sont incompatibles entre eux</li></ul>

## 2.1.4.12 RC13 – Age du bénéficiaire

<b>RC13</b>	Compatibilité des actes dentaires avec l'âge du bénéficiaire
-------------	--

### Règle

Cette règle a pour objet d'assurer la compatibilité entre l'âge du bénéficiaire et l'acte / activité / phase. Cette règle s'applique aux actes dentaires.

### Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-Age-2 de la fonction ContrôlerDonnees du module SRT.



#### Remarque

Le progiciel est tenu d'utiliser le service SRT proposé quel que soit l'acte CCAM saisi.

Le service SRT inclut la vérification du type de l'acte à contrôler (acte dentaire ou non).

En présence de mois lunaire, la date de naissance est ramenée au 01/01 de l'année de naissance.

### Fonction à utiliser

#### SRT\_ContrôlerDonnees (C-Age-2)

### Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur <b>C-Age-2</b>	
Date de référence		
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle : date d'exécution des soins	
Groupes d'entrée		
3250	<b>Groupe</b> <i>Paramètres du service C-Age-2</i>	
	Date de naissance du bénéficiaire	1130-4
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4
	Code phase de traitement	2100-5

### Les paramètres en sortie

#### Résultat de la règle de contrôle OK ou KO

## 2.1.4.13 RC14 - N°de dents

<b>RC14</b>	Contrôle de la compatibilité code de l'acte / numéro de dent
-------------	--

### Règle

Lorsque l'acte / activité est un acte dentaire et que le nombre minimum de dents à traiter est différent de 0 pour l'acte / activité / phase, il est nécessaire de vérifier la cohérence entre les numéros de dents saisis par le Professionnel de Santé et les numéros de dents incompatibles précisés dans la base.

Si l'acte n'est pas un acte dentaire, tout numéro de dent sera déclaré en sortie comme incompatible.

Cette règle est automatisée par le service C-Dent.

### Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-Dent de la fonction AppliquerRegle du module SRT.



#### Remarque

Le progiciel est tenu d'utiliser le service SRT proposé quel que soit l'acte CCAM saisi.

Le service SRT inclut la vérification du type de l'acte à contrôler (acte dentaire ou non).

### Fonction à utiliser

#### SRT\_AppliquerRegle (C-Dent)

Cette fonctionnalité vérifie pour un numéro de dent donné sa compatibilité (conformément à la règle RC14 à respecter) avec l'acte/activité/phase donné.

### Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur <b>C-Dent</b>	
Groupes d'entrée		
3300	<b>Groupe</b> <i>Ligne d'acte CCAM pour le service C-Dent</i>	
	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4
	Code phase de traitement	2100-5
2200	<b>Groupe</b> <i>Liste des dents traitées (acte CCAM)</i>	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	N° de la dent n° 1	2200-2
	N° de la dent n° 2	2200-3

	...
N° de la dent n° 16	2200-17

## Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3301	Groupe <i>Compatibilités Dents</i>
	N° de la prestation 1610-1
	Top compatibilité de la dent n°1
	Top compatibilité de la dent n°2
	...
	Top compatibilité de la dent n°16



### Remarques

Les champs « N° de dent n° 2 » à « N° de dent n° 16 » sont facultatifs en entrée.

Un top compatibilité est renseigné en sortie si un n° de dent correspondant a été renseigné en entrée.

Un top compatibilité, si renseigné, prend l'une des 2 valeurs suivantes :

- « O » = numéro de dent compatible
- « N » = numéro de dent incompatible

#### 2.1.4.14 RC15-RC17 - Compatibilité des Associations d'actes : règles

RC15	Contrôle lié aux codes actes CCAM appartenant à une même procédure
RC17	Contrôle de la compatibilité médicale entre codes actes CCAM

##### Règle

Les actes d'une association ne peuvent appartenir à la même procédure, que s'ils appartiennent à la catégorie médicale de codes « organes multiples ».

Dans ce cas là, il s'agit d'une association non prévue. Le code association doit donc être renseigné pour chaque acte de l'association.

De plus, dans une même facture à une même date d'exécution tous les actes doivent être compatibles entre eux.

Ces deux règles sont automatisées par le service C-Compatibilité.



##### Remarque

Ces règles sont de niveau facture.

##### Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C- Compatibilité de la fonction AppliquerRegle du module SRT.

##### Fonction à utiliser

#### SRT\_AppliquerRegle (C-Compatibilité)

Cette fonctionnalité permet de vérifier la compatibilité de plusieurs codes acte entre eux. Cette fonctionnalité retourne pour chaque acte un diagnostic :

##### Cas sans erreur :

- l'acte est compatible avec les autres actes ;
- l'acte appartient à la même procédure P que l'acte X; le Professionnel de Santé peut cependant les associer en renseignant le code « association non prévue » (cas des actes sur les organes multiples) ;

##### Cas avec erreur :

- l'acte est incompatible médicalement avec l'acte X ; le Professionnel de Santé ne peut pas les associer ;
- l'acte appartient à la même procédure P que l'acte X ; le Professionnel de Santé ne peut pas les associer.

S'il y a plusieurs erreurs sur un acte, les SRT ne retournent que la première erreur trouvée.

Si le Professionnel de Santé a outrepassé la règle suivante :

- CC8 (forçage du code de l'acte),

les SRT ne contrôlent pas la compatibilité de l'acte forcé, ni des actes effectués à la même date.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

## Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur <b>C-Compatibilité</b>
Groupes d'entrée	
<b>N 3310</b>	<b>Groupe</b> <i>Ligne d'acte CCAM pour les services C-Compatibilité et C-Association</i>
	N° de la prestation 1610-1
	Date d'exécution 1610-2
	Code de l'acte 2100-2
	Code activité 2100-4
	N° d'identification de l'exécutant 1870-2 ou sinon 1120-1
	Clé du n° d'identification de l'exécutant 1870-3 ou sinon 1120-2
<b>R 3530</b>	<b>Groupe</b> <i>Règle outrepassée</i>
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Référence de la règle outrepassée

## Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
<b>M 3311</b>	<b>Groupe</b> <i>Compatibilité acte</i>
	N° de la prestation 1610-1
	Top compatibilité acte CCAM 'O' = acte compatible avec tous les autres actes 'N' = acte incompatible avec un autre acte
	Code diagnostic compatibilité '1' = acte compatible '2' = acte appartenant à la même procédure qu'un autre, mais pouvant être associé '3' = acte appartenant à la même procédure qu'un autre et ne pouvant donc pas être associé '4' = acte incompatible médicalement avec un autre
	Libellé diagnostic compatibilité <ul style="list-style-type: none"> <li>« L'acte X est compatible avec les autres actes. »</li> <li>« L'acte X appartient à la même procédure P que l'acte Y; ces deux actes peuvent cependant être associés en renseignant le code « association non prévue ». »</li> <li>« L'acte X appartient à la même procédure P que l'acte Y; ces deux actes ne peuvent pas être associés. »</li> <li>« L'acte X est incompatible médicalement avec l'acte Y; ces deux actes ne peuvent pas être associés. »</li> </ul>
	Code de l'acte Y incompatible avec l'acte courant (le cas échéant)
	Code de la procédure P à laquelle appartient l'acte courant (le cas échéant)
<b>P 3531</b>	<b>Groupe</b> <i>Traitement non effectué</i>

	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
--	---------------------------------------	--------



#### Remarque

**$N=M+P$**  : Pour chacune des N prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3311 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données)



## 2.1.4.15 RC18 - Code modificateur multiple

<b>RC18</b>	Contrôle lié à la présence répétée d'un code modificateur
-------------	---

### Règle

Certains codes modificateurs peuvent être utilisés plusieurs fois dans une même facture.

A contrario, certains codes modificateurs ne peuvent être utilisés qu'une seule fois pour un même exécutant et à une même date d'exécution donnée.

Cette règle a pour objet de vérifier que la facturation répétée d'un même code modificateur par un même exécutant à une même date d'exécution pour un même patient est autorisée.

Pour chaque modificateur, la base CCAM contient la fréquence de facturation autorisée (une seule fois ou plusieurs).



### Remarques

Cette règle est de niveau facture.

Cette règle est à appliquer autant de fois que de modificateurs saisis par le Professionnel de Santé pour l'ensemble de la facture.

### Mise en œuvre

Le progiciel doit consulter dans la base CCAM le champ TB10-2.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

### Fonction à utiliser

#### SRT\_ConsulterDonnee (TB10-2)

### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur <b>TB10-2</b>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ.
Groupe d'entrée	
3121	Groupe <i>Modificateur</i>
	Code modificateur

### Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
3116	Groupe <i>Type Booléen</i>

	<p>Top présence multiple :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• « O » = le modificateur peut être utilisé plusieurs fois</li><li>• « N » = le modificateur ne peut pas être utilisé plusieurs fois</li></ul>
--	---

## 2.1.4.16 RC19 – Code forfait CMU-C

<b>RC19</b>	Compatibilité d'un forfait CMU-C avec un acte CCAM
-------------	--

### Règle

Cette règle a pour objet d'assurer la compatibilité entre une prestation de type forfait CMU-C et le code de l'acte CCAM de la prestation support à laquelle le forfait CMU-C se rapporte.

### Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-ForfaitCMU de la fonction ControlerDonnees du module SRT.

### Fonction à utiliser

**SRT\_ControlerDonnees (C-ForfaitCMU)**

### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur <b>C-ForfaitCMU</b>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle on applique la règle de contrôle : date d'exécution du forfait CMU et de l'acte CCAM support.
Groupes d'entrée	
<b>3260</b>	<b>Groupe Paramètres du service C-ForfaitCMU</b>
	Code de l'acte 2100-2
	Code forfait CMU-C 1610-4

### Les paramètres en sortie

**Résultat de la règle de contrôle OK ou KO**

## 2.1.4.17 CC1 - Renseignement du code association

CC1	Renseignement du code association
-----	-----------------------------------

### Règle

Pour une association d'actes, le code association doit être transmis pour chaque acte/activité/phase de cette association.

#### Association non prévue

Pour une association d'actes non prévue, le code association transmis est nécessairement renseigné.

#### Association prévue

Pour une association d'actes prévue, le code association transmis est nécessairement non renseigné.

#### Valeur du code association

En première version de la base CCAM, le code association peut prendre les valeurs suivantes :

- 1 = même voie d'abord ou même technique ou même sextant
- 2 = voies d'abord différentes ou techniques différentes ou sextants différents
- 3 = Association de plus de 4 actes (ex : traumatismes multiples,...)
- 4 = Activité d'anesthésie.

Cependant cette liste de valeurs n'est pas exhaustive et peut évoluer en fonction des mises à jour de la base CCAM.

La valeur du code association saisi par le Professionnel de Santé et transmis dans la facture pour chaque acte d'une association non prévue doit être connue dans la base CCAM à la date d'exécution de l'acte et pour le contexte tarifaire de la prestation.



Le contexte tarifaire de la prestation est constitué du contexte tarifaire PS et du contexte tarifaire BS.

### Mise en œuvre

Pour connaître toutes les associations que contient la facture et savoir si ce sont des associations prévues ou non prévues et de type dentaire ou non, le progiciel doit utiliser le service C-Association de la fonction AppliquerRegle du module SRT.

Pour connaître la liste des valeurs de codes association utilisables à une date donnée et pour un contexte tarifaire donné, le progiciel doit consulter dans la base CCAM le champ TB02-2.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.



#### Remarque

Si la facture contient des actes réalisés à des dates différentes, plusieurs consultations sont à effectuer.

## Fonction à utiliser

### SRT\_AppliquerRegle (C-Association)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer parmi l'ensemble des actes fournis en entrée toutes les associations d'actes et pour chaque association d'identifier s'il d'agit d'une association prévue ou non prévue. En fonction de quoi le code association non prévu de chaque acte/activité/phase devra être renseigné conformément à la règle CC1.

Si le Professionnel de Santé a outrepassé une au moins des règles suivantes :

- CC8 (forçage du code de l'acte),
- RC1 (forçage du code activité),

les SRT ne contrôlent pas le type d'association pour l'acte forcé, ni pour les actes associés.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).



#### Remarque

Ce service doit être appelé **après** le service C-Compatibilité qui s'assurera auparavant que les actes sont bien compatibles entre eux.

## Les paramètres en entrée

Identifiant		
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur <b>C-Association</b>	
Groupes d'entrée		
N 3310	<b>Groupe</b> <i>Ligne d'acte CCAM pour les services C-Compatibilité et C-Association</i>	
	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Code de l'acte	2100-2
	Code activité	2100-4
	N° d'identification de l'exécutant	1870-2 ou sinon 1120-1
	Clé du n° d'identification de l'exécutant	1870-3 ou sinon 1120-2
R 3530	<b>Groupe</b> <i>Règle outrepassée</i>	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Référence de la règle outrepassée	

## Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
<b>M 3321</b>	<b>Groupe</b> <i>Association</i>	
	N° de la prestation	1610-1
	N° de l'association à laquelle appartient la prestation	

	Type d'association : «P»: association prévue «N»: association non prévue «D»: association prévue de type dentaire «E»: association non prévue de type dentaire
<b>P 3531</b>	<b>Groupe</b> <i>Traitement non effectué</i>
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1



#### Remarque

**N=M+P** : Pour chacune des N prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3311 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données)

#### Fonction à utiliser

#### SRT\_ConsulterDonnee (TB02-2)

#### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur <b>TB02-2</b>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
<b>3103</b>	<b>Groupe</b> <i>Contexte tarifaire</i>
	Contexte tarifaire PS
	Contexte tarifaire BS

#### Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
<b>N 3118</b>	<b>Groupe</b> <i>Type Code qualifié</i>
	Valeur du code association applicable
	Libellé du code association applicable

## 2.1.4.18 CC3 - Utilisation d'un acte complémentaire

<b>CC3</b>	Utilisation d'un acte complémentaire
------------	--------------------------------------

### Règle

Un acte de type complémentaire ne peut être facturé isolément. Il est obligatoirement accompagné dans la même facture d'un acte isolé ou d'un acte de type procédure facturé à la même date d'exécution.

Le type d'un acte CCAM est contenu dans le champ CCAM-9 de la base CCAM



#### Remarque

Cette règle est de niveau facture.

### Mise en œuvre

Le progiciel doit consulter dans la base CCAM le champ CCAM-9.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

### Fonction à utiliser

#### SRT\_ConsulterDonnee (CCAM-9)

### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur <b>CCAM-9</b>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
<b>3100</b>	<b>Groupe Niveau acte</b>
	Code de l'acte

### Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
<b>3118</b>	<b>Groupe Type Code qualifié</b>
	Type du code de l'acte
	Libellé du type de code



#### Remarques

Le type de code peut prendre les valeurs suivantes :

- 0 : acte isolé
- 1 : procédure
- 2 : acte complémentaire

## 2.1.4.19 CC5 - Renseignement des numéros de dents

<b>CC5</b>	Renseignement des n° de dents
------------	-------------------------------

### Règle

Pour tout code acte/activité, les n° de dents sont à renseigner en fonction d'un nombre minimum de dents à traiter associé à l'acte/activité/phase dans la base CCAM.

Il faut renseigner dans la facture au moins autant de n° de dents que le nombre minimum de dents à traiter associé à l'acte/activité/phase.



### Cas particulier :

- si le nombre minimum de dents à traiter est égal à zéro ou non renseigné, les numéros de dents transmis dans la facture sont non significatifs.

Pour un acte/activité donné, le « nombre de dents à traiter » est contenu dans le champ CCAM-43a de la base CCAM.

### Mise en œuvre

Le progiciel doit consulter dans la base CCAM le champ CCAM-43a.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.



### Remarque

Le progiciel est tenu d'utiliser le service SRT proposé quel que soit l'acte CCAM saisi.

Le service SRT fournit en donnée de sortie un top « acte dentaire ou non » pour l'acte traité.

### Fonction à utiliser

#### SRT\_ConsulterDonnee (CCAM-43a)

### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur <b>CCAM-43a</b>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
<b>3102</b>	<b>Groupe Niveau Phase</b>
	Code de l'acte
	Code activité
	Code phase de traitement



## Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3116	<b>Groupe</b> <i>Type Booléen</i>
	Top acte dentaire : <ul style="list-style-type: none"><li>• « O » = acte dentaire</li><li>• « N » = acte non dentaire</li></ul>
3111	<b>Groupe</b> <i>Type Nombre</i>
	Nombre minimum de dents à traiter



### Remarque

Le second groupe de sortie 3111 est fourni uniquement dans le cas d'un acte dentaire.

## 2.1.4.20 CC6 - Obligation du codage CCAM

<b>CC6</b>	Obligation du codage CCAM
------------	---------------------------

### Règle

Le codage CCAM rend obsolète certaines lettres clé NGAP à partir d'une date de clôture propre à chaque lettre et pouvant varier en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé.

Cette règle est automatisée par le service C-Ccam de la fonction « ControlerDonnees » du module SRT.

### Mise en œuvre

Pour chaque lettre clé NGAP saisie par le Professionnel de Santé, le progiciel doit vérifier si elle n'est pas close à la date d'exécution des soins.

Si tel est le cas, la prestation NGAP ne peut être facturée, et il convient au progiciel d'avertir le Professionnel de Santé et de lui proposer le basculement en mode de saisie CCAM si ce basculement n'a pas encore été opéré.

Le progiciel doit utiliser le service C-Ccam de la fonction ControlerDonnees du module SRT.

### Fonction à utiliser

#### SRT\_ControlerDonnees (C-Ccam)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer si une lettre clé NGAP doit être remplacée par un codage CCAM ou non à la date d'exécution des soins et en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé.

Cette fonction retourne une erreur si le code prestation fourni en entrée est un code regroupement CCAM.

### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur <b>C-Ccam</b>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle la règle est appliquée : date d'exécution de la prestation 1610-2
Groupes d'entrée	
3200	Groupe Paramètres du service C-Ccam
	Code spécialité de l'exécutant 1870-4 ou sinon 1120-6
	Code prestation 1610-4

### Les paramètres en sortie

#### Résultat de la règle de contrôle : OK ou KO

- OK = le code prestation NGAP est utilisable
- KO = le code prestation NGAP doit être remplacé par un codage CCAM

## 2.1.4.21 CC7 - Code Regroupement

<b>CC7</b>	Renseignement du code regroupement
------------	------------------------------------

### Règle

Le code prestation est renseigné avec le code regroupement associé à l'acte/activité saisi par le Professionnel de Santé.

Le code regroupement associé à tout acte/activité constitue le champ CCAM-42 de la base CCAM.

### Mise en œuvre

Le progiciel doit consulter dans la base CCAM le champ CCAM-42 et renseigner automatiquement le champ code prestation du groupe prestation de rattachement (groupe 1610) de l'acte CCAM.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

### Fonction à utiliser

#### SRT\_ConsulterDonnee (CCAM-42)

### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur <b>CCAM-42</b>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
<b>3101</b>	<b>Groupe Niveau activité</b>
	Code de l'acte
	Code activité

### Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
<b>3118</b>	<b>Groupe Type Code qualifié</b>
	Code regroupement
	Libellé du Code regroupement
<b>3130</b>	<b>Groupe Date modification</b>
	Date d'effet de la modification par le Professionnel de Santé du code regroupement dans le référentiel électronique



### Remarque

Le second groupe de sortie 3130 est fourni uniquement dans le cas où le code regroupement retourné est issu d'une modification effectuée par le Professionnel de Santé et non pas *du référentiel CCAM d'origine*.

## 2.1.4.22 CC8 - Validité du code acte CCAM

<b>CC8</b>	Validité du code acte CCAM
------------	----------------------------

### Règle

Tout code de l'acte CCAM saisi dans la facture est nécessairement issu de la base CCAM de référence et valide à la date d'exécution des soins i.e. :

la date d'exécution des soins doit être supérieure ou égale à la date de création du code connue en base et inférieure ou égale à la date de fin de code si cette dernière est renseignée dans la base CCAM.

La date de création d'un code est contenue dans le champ CCAM-18 de la base CCAM.

La date de fin d'un code est contenue dans le champ CCAM-19 de la base CCAM.

### Mise en œuvre

Le progiciel doit consulter dans la base CCAM les champs CCAM-18 et CCAM-19 associés à un acte donné, et contrôler que la date d'exécution des soins respecte la règle ci-dessus.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

### Fonctions à utiliser

**SRT\_ConsulterDonnee (CCAM-18)**

**SRT\_ConsulterDonnee (CCAM-19)**

### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	<p>Cette information précise le champ de la base recherché. :</p> <p>Il doit prendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la valeur <b>CCAM-18</b> pour la recherche <b>de la date de début de validité</b> du code de l'acte donné :</li> </ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la valeur <b>CCAM-19</b> pour la recherche <b>de la date de fin de validité</b> du code de l'acte donné :</li> </ul>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
<b>3100</b>	<b>Groupe Niveau acte</b>
	Code de l'acte

## Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3113	<b>Groupe</b> <i>Type Date</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Date de début de validité du code de l'acte donné</li> <li>ou</li> <li>Date de fin de validité du code de l'acte donné</li> </ul>



### Remarque

Il se peut que la date de fin de l'acte ne soit pas renseignée dans la base CCAM. Dans ce cas le groupe de sortie 3113 sera non renseigné.

Pour vérifier que le code de l'acte existe dans la base CCAM, le progiciel peut utiliser le service de consultation en utilisant l'identifiant CCAM-1.

## Fonction à utiliser

### SRT\_ConsumerDonnee (CCAM-1)

## Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre : la valeur <b>CCAM-1</b>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupes d'entrée	
3100	<b>Groupe</b> <i>Niveau acte</i>
	Code de l'acte

## Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
3116	<b>Groupe</b> <i>Type Booléen</i>
	Top existence : « O » = le code existe dans la base CCAM « N » = le code n'existe pas dans la base CCAM



### Remarque

Le code de l'acte CCAM renseigné en entrée est considéré existant dans la base CCAM (top existence valorisé à « O ») dès qu'il y est présent, et ce quel que soient ses dates de début et de fin de validité par rapport à la date de référence renseignée en entrée.

## 2.1.4.23 CC9 - Valeur des modificateurs

<b>CC9</b>	Valeur des modificateurs
------------	--------------------------

### Règle

La valeur de chaque modificateur saisi par le Professionnel de Santé et transmis dans la facture doit être connu dans la base CCAM à la date d'exécution de l'acte et pour le contexte tarifaire de la prestation.



### Remarques

- Cette règle est à appliquer autant de fois que de modificateurs saisis par le Professionnel de Santé.
- Le contexte tarifaire de la prestation est constitué du contexte tarifaire PS et du contexte tarifaire BS.

### Mise en œuvre

Pour connaître la liste des valeurs de codes modificateurs applicables à une date donnée et pour un contexte tarifaire donné, le progiciel doit consulter dans la base CCAM le champ TB11-3.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

### Fonction à utiliser

#### SRT\_ConsulterDonnee (TB11-3)

### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur <b>TB11-3</b>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
<b>3103</b>	<b>Groupe</b> <i>Contexte tarifaire</i>
	Contexte tarifaire PS
	Contexte tarifaire BS

### Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
<b>N 3118</b>	<b>Groupe</b> <i>Type Code qualifié</i>
	Code modificateur applicable
	Libellé du code modificateur applicable

---

#### 2.1.4.24 CC9b - Valeur des modificateurs non tarifants

CC9b	Valeur des modificateurs non tarifants
------	--

---

##### Règle

Cette règle est identique à la règle CC9. La distinction entre ces 2 références sert uniquement à distinguer les modificateurs non tarifants (CC9b) des modificateurs tarifants (CC9). Cette distinction est nécessaire pour les cas de forçage et également pour les diagnostics du contrôle complet.



##### Remarque

Cette règle est à appliquer autant de fois que de modificateurs saisis par le Professionnel de Santé.

---

##### Mise en œuvre

La mise en œuvre de cette règle est identique à celle appliquée pour la règle CC9.



## 2.1.4.25 CC11 - Demande de remboursement exceptionnel

CC11	Demande de remboursement exceptionnel
------	---------------------------------------

### Règle

#### Acte non remboursable

Si le code de l'acte n'autorise pas de remboursement à la date d'exécution:

- la base de remboursement et le taux applicable transmis sont valorisés à zéro
- et le qualificatif de la dépense est renseigné à la valeur " N " (non remboursable).

Un code acte n'autorisant pas de remboursement est caractérisé par son champ CCAM-22 de la base CCAM.

#### Acte remboursable sous condition

Si le code de l'acte autorise un remboursement sous condition à la date d'exécution et que le code remboursement exceptionnel transmis n'est pas renseigné alors il est nécessaire que :

- la base de remboursement et le taux applicable transmis soient valorisés à zéro
- et le qualificatif de la dépense soit renseigné à la valeur " N " (non remboursable).

Si le code remboursement exceptionnel est renseigné à la valeur « O » pour un tel acte il s'agit d'un acte remboursable.

Un code acte autorisant un remboursement sous condition est caractérisé par son champ CCAM-22 de la base CCAM.

### Mise en œuvre

Le progiciel doit consulter dans la base CCAM le champ CCAM-22 pour savoir si l'acte CCAM traité est remboursable, non remboursable ou remboursable selon circonstances.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.

---

**Fonction à  
utiliser**

**SRT\_ConsulterDonnee (CCAM-22)**

---

**Les paramètres  
en entrée**

Identifiant	
	Cette information précise le champ de la base recherché. Il doit prendre la valeur <b>CCAM-22</b>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
3100	Groupe <i>Niveau acte</i>
	Code de l'acte

---

**Les paramètres  
en sortie**

Groupe de sortie	
3118	Groupe <i>Type Code qualifié</i>
	Code valeur de l'admission au remboursement 1 : acte remboursable 2 : acte non remboursable 3 : acte remboursable sous condition Libellé du code valeur de l'admission au remboursement

---

#### 2.1.4.26 CC12 - Présence d'un acte CCAM avec un code regroupement

CC12	Présence d'un acte CCAM avec un code regroupement
------	---

---

##### Règle

Pour une nature de prestation (1610-4) renseignée avec un code regroupement, il est nécessaire que les données CCAM associées soient jointes dans la facture.

---

##### Mise en œuvre

Le progiciel doit assurer que tout groupe prestation (1610) contenant un code regroupement soit complété d'un groupe 2100 renseigné.

## 2.1.4.27 CC13 - Modificateurs pour les Organismes Complémentaires

### CC13

Renseignement des modificateurs pour les Organismes Complémentaires

#### Règle

Pour un acte/activité/phase (groupe 2100) est prévu au maximum 4 modificateurs à destination exclusive de l'AMO (champs 2100-6 à 2100-9) et désignés modificateurs AMO dans le présent paragraphe.

Il convient également de renseigner des modificateurs spécifiques destinés aux organismes gérant la part complémentaire. Ces modificateurs, dénommés modificateurs AMC, sont prévus dans le champ 2100-13 de la facture.

Parmi les 4 modificateurs AMO, les N premiers sont à convertir et à transmettre aux organismes gérant la part complémentaires.

#### Mise en œuvre

Le progiciel doit, en premier lieu, rechercher dans le champ TB15-2 de la base CCAM la valeur N de modificateurs AMO à convertir en modificateurs AMC.

Pour cela, il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT

Ensuite le progiciel doit rechercher pour chacun des N premiers modificateurs AMO sa valeur de modificateur AMC correspondante.

Pour chaque modificateur AMO, la base CCAM contient un code modificateur AMC correspondant.

Le progiciel doit donc consulter le champ TB15-1 pour chacun des N premiers modificateurs AMO à convertir.

Pour cela il est nécessaire d'utiliser la fonction de « Consultation des données CCAM » du module SRT.



#### Remarque

Une consultation du champ TB15-1 est nécessaire pour chacun des N modificateurs AMO à convertir en modificateur AMC.

## Fonction à utiliser

### SRT\_ConsulterDonnee (TB15-2)

## Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur <b>TB15-2</b>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ

## Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
<b>3111</b>	<b>Groupe</b> <i>Type Nombre</i>
	Nombre de modificateurs AMC transmissibles

## Fonction à utiliser

### SRT\_ConsulterDonnee (TB15-1)

## Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur <b>TB15-1</b>
Date de référence	
	Date de référence à laquelle le progiciel recherche la valeur du champ
Groupe d'entrée	
<b>3121</b>	<b>Groupe</b> <i>Modificateur</i>
	Code modificateur

## Les paramètres en sortie

Groupe de sortie	
<b>3110</b>	<b>Groupe</b> <i>Type Code</i>
	Code modificateur AMC

---

## 2.1.4.28 CC14 - Demande de supplément de charge en cabinet

CC14	Demande de supplément de charge en cabinet
------	--

---

### Règle

Pour certains actes, un supplément de charges est prévu pour le cas où ils seraient effectués en " Cabinet ".

Dans ce cas il est nécessaire de renseigner le code « supplément de charges » de la facture à la valeur « C ».

Par ailleurs, un acte est considéré effectué en cabinet si le code « lieu d'exécution » transmis est valorisé à zéro et que le champ « lieu d'exécution de l'acte n'est pas renseigné ».

---

### Mise en œuvre

Le code lieu d'exécution est le champ 1610-3.

Le code supplément de charge est le champ 2100-12.

L'identifiant du lieu d'exécution de l'acte est le champ 1880-2.

---

**2.1.4.29 CC15 - Compatibilité entre le taux et le justificatif d'exonération du ticket modérateur**

Cf. 3.2.1.1 Compatibilité entre taux et justificatif d'exonération

#### 2.1.4.30 CC16 - Compatibilité entre date de naissance et date des soins

CC16	Contrôle de la compatibilité la date de naissance et la date des soins
------	--

##### Règle

La date de naissance du bénéficiaire des soins est nécessairement antérieure à la date des soins.



##### Remarque

En présence de mois lunaire, la date de naissance est ramenée au 01/01 de l'année de naissance.



## 3 Tarification AMO

### 3.1 Détermination des montants

#### 3.1.1 Hors CCAM

Voir Annexe 2

#### 3.1.2 Spécificités CCAM

##### 3.1.2.1 Cinématique générale



###### Tarification de la facture

<b>Détermination du PU</b> - <i>Pour chaque ligne d'acte</i>	<b>BC1</b>	Pour l'ensemble de la FACTURE
<b>Détermination de la BR</b> - <i>Pour chaque ligne d'acte</i>	<b>BC99</b>	Pour l'ensemble de la FACTURE

### 3.1.2.2 BC1 : Prix Unitaire

<b>BC1</b>	Calcul du Prix Unitaire
------------	-------------------------

#### Règle

Le PU à utiliser pour la tarification de l'acte est obtenu par la règle BC1 mise en œuvre par le service d'identifiant C-Pu au niveau du module SRT.

Cette règle est automatisée par le service C-Pu.

#### Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-Pu de la fonction AppliquerRegle du module SRT.

#### Fonction à utiliser

##### SRT\_AppliquerRegle (C-Pu)

Cette fonctionnalité a pour objet de calculer le prix unitaire de chaque ligne d'acte (acte/activité/phase) de la facture.

Si le Professionnel de Santé a outrepassé une au moins des règles suivantes :

- CC8 (forçage du code de l'acte),
- RC1 (forçage du code activité),
- RC2 (forçage du code phase),

les SRT ne calculent pas le prix unitaire de l'acte forcé.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

#### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur <b>C-Pu</b>
Groupes d'entrée	
<b>3400</b>	<b>Groupe Informations PS</b>
	Code conventionnel 1870-7 ou sinon 1120-5
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant
<b>N 3470</b>	<b>Groupe Ligne d'acte Contexte tarifaire</b>
	N° de la prestation 1610-1
	Contexte tarifaire PS
	Contexte tarifaire BS
<b>N 3410</b>	<b>Groupe Ligne d'acte CCAM pour le service C-Pu</b>
	N° de la prestation 1610-1
	Date d'exécution 1610-2
	Code de l'acte 2100-2
	Code activité 2100-4

	Code phase de traitement	2100-5
<b>R 3530</b>	<b>Groupe Règle outrepassée</b>	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Référence de la règle outrepassée	

### Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
<b>M 3411</b>	<b>Groupe Prix Unitaire</b>	
	N° de la prestation	1610-1
	Prix unitaire	1610-11
<b>P 3531</b>	<b>Groupe Traitement non effectué</b>	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1

**$N=M+P$**  : Pour chacune des N prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3411 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données)

### 3.1.2.3 BC99 : Base de Remboursement

<b>BC99</b>	Calcul de la Base de Remboursement
-------------	------------------------------------

#### Règle

La Base de Remboursement à utiliser pour la tarification de l'acte est obtenu par la règle BC99.

Cette règle est automatisée par le service C-Base.

#### Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-Base de la fonction AppliquerRegle du module SRT.

#### Fonction à utiliser

##### SRT\_AppliquerRegle (C-Base)

Cette fonctionnalité a pour objet de calculer la base de remboursement de chaque ligne d'actes de la facture (acte/activité/phase).

Si le Professionnel de Santé a outrepassé une au moins des règles suivantes :

- CC8 (forçage du code de l'acte),
- RC1 (forçage du code activité),
- RC2 (forçage du code phase),
- CC9 (forçage d'un code modificateur),
- CC1 (forçage du code association),

les SRT ne calculent pas la base de remboursement de l'acte forcé, ni des actes associés.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

#### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur <b>C-Base</b>
Groupes d'entrée	
<b>3400</b>	<b>Groupe Informations PS</b>
	Code conventionnel 1870-7 ou sinon 1120-5
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant
<b>N 3420</b>	<b>Groupe Ligne d'acte CCAM pour le service C-Base</b>
	N° de la prestation 1610-1
	Date d'exécution 1610-2
	Lieu d'exécution 1610-3
	Identifiant lieu d'exercice 1880-2
	Code de l'acte 2100-2

	Code activité	2100-4
	Code phase de traitement	2100-5
	Code modificateur 1	2100-6
	Code modificateur 2	2100-7
	Code modificateur 3	2100-8
	Code modificateur 4	2100-9
	Code association	2100-10
	Code remboursement exceptionnel	2100-11
	Supplément de charge	2100-12
	N° d'identification de l'exécutant	1870-2 ou sinon 1120-1
	Clé du n° d'identification de l'exécutant	1870-3 ou sinon 1120-2
<b>N 3411</b>	<b>Groupe Prix Unitaire</b>	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Prix unitaire	1610-11
<b>N 3470</b>	<b>Groupe Ligne d'acte Contexte tarifaire</b>	
	N° de la prestation	1610-1
	Contexte tarifaire PS	
	Contexte tarifaire BS	
<b>R 3530</b>	<b>Groupe Règle outrepassée</b>	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Référence de la règle outrepassée	

## Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
<b>M 3421</b>	<b>Groupe Base remboursement</b>	
	N° de la prestation	1610-1
	Base de remboursement	1610-12
	Base de remboursement hors forfaits	
	Base de remboursement conventionnée AMO	2020-2
<b>P 3531</b>	<b>Groupe Traitement non effectué</b>	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1

**N=M+P** : Pour chacune des N prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3421 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données).



### Remarques

En entrée il faut fournir un groupe 3411 pour chaque groupe 3420.

Pour chaque ligne d'acte CCAM, le groupe 3411 attendu en entrée est celui obtenu en sortie du service C-Pu.

## 3.2 Détermination du taux de remboursement

### 3.2.1 Règles communes toutes nomenclatures

#### 3.2.1.1 Compatibilité entre taux et justificatif d'exonération

<b>CC15</b>	Compatibilité entre le taux et le justificatif d'exonération du ticket modérateur
-------------	---

##### Règle

Cette règle précise différentes spécificités pour le renseignement du taux de prise en charge et du code justification d'exonération du ticket modérateur (ou justificatif d'exonération).

1. D'une part, concernant la cohérence entre le justificatif d'exonération et le taux, il convient de respecter ce qui suit :

Le taux de prise en charge est nécessairement de 100% lorsque le justificatif d'exonération est différent de « pas d'exonération » et « FSV ou FSI » et que le code qualificatif de la dépense est différent de "Gratuit" et "Non Remboursable".

Cependant, a contrario, les valeurs de justificatifs d'exonération « pas d'exonération » et « FSV ou FSI » ne sont pas contradictoires avec un taux de prise en charge à 100%.

La vérification de la compatibilité précédemment énoncée est effectuée par le Contrôle Complet CCAM.

Cette cohérence concerne toute prestation de la facture, qu'il s'agisse d'actes CCAM ou d'autres natures de prestation (NGAP...).

2. D'autre part, aucun acte CCAM ne peut être exonéré sous le justificatif d'exonération « Soins en rapport avec un K ou un KC = ou > 50 (NGAP) » (valeur 1), ce libellé étant exclusivement réservé à des actes NGAP.

##### Mise en œuvre

Cette règle n'est pas automatisée par SRT. Le logiciel doit donc la mettre en œuvre lui-même lors de la constitution de la facture.



Pour les actes CCAM ainsi que leurs frais de déplacements associés, cette règle est mise en œuvre au cours du contrôle complet CCAM et identifiée sous la référence CC15 (en cas de retour de diagnostic).

### 3.2.2 Hors CCAM

Application de l'annexe 2 du CdC Éditeurs.

### 3.2.3

### Spécificités CCAM

⑤ Exonération
------------------

Détermination du taux et du justificatif d'exonération		
Exonération liée à l'acte	<div> <div> <div>←</div> </div> <div> <b>TC1 : C-ExoPrevention</b>  <b>TC2-3 : C-ExoActe</b> </div> </div>	ACTE
Exonération liée à la facture	<b>TC5 : C-ExoFacture</b>	Pour l'ensemble de la FACTURE

### 3.2.3.1 TC1 : C-ExoPrevention

TC1	Détermination du taux de remboursement d'un acte exécuté dans le cadre d'un dispositif de prévention
-----	--

#### Règle

Certains actes sont dédiés à la prévention, d'autres peuvent relever, sur indication expresse du Professionnel de Santé, d'un dispositif de prévention, d'autres enfin peuvent ne relever d'aucun dispositif de prévention.

Cette règle a pour objet de vérifier le contexte d'utilisation d'un acte CCAM dans le cadre d'un dispositif de prévention et de renseigner le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération le cas échéant.

Le contexte d'utilisation d'un acte CCAM dans le cadre d'un dispositif de prévention est contenu dans la base CCAM.

Cette règle est automatisée par le service C-ExoPrevention.

#### Mise en œuvre

Pour chaque acte CCAM, le progiciel doit utiliser le service C-ExoPrevention de la fonction AppliquerRegle du module SRT.



## Fonction à utiliser

### SRT\_AppliquerRegle (C-ExoPrevention)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer pour une ligne d'acte de la facture (acte/activité/phase) si l'acte peut ou doit être exonéré dans le cadre d'un dispositif de prévention et renseigne en sortie son taux de remboursement et son code justificatif d'exonération s'il y a lieu.

## Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur <b>C-ExoPrevention</b>
Groupes d'entrée	
<b>3430</b>	<b>Groupe</b> <i>Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoPrevention</i>
	N° de la prestation 1610-1
	Date d'exécution 1610-2
	Code de l'acte 2100-2
	Top dispositif de prévention <ul style="list-style-type: none"> <li>• 'O' = Soins effectués dans le cadre d'un dispositif de prévention</li> <li>• 'N' = Soins effectués hors du cadre d'un dispositif de prévention</li> </ul>

## Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
<b>3431</b>	<b>Groupe</b> <i>Taux remboursement</i>
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Taux de remboursement 1610-13
	Code Justificatif d'exonération du TM 1820-2



### Remarque

Dans le groupe 3431, les informations taux de remboursement (champ 3431-2) et code justificatif d'exonération (champ 3431-3) sont renseignés uniquement si l'acte est exonéré.

### 3.2.3.2 TC2-TC3-T5-T6 : C-ExoActe

<b>TC2</b>	Détermination du taux de remboursement d'un acte CCAM exonéré par nature
<b>TC3</b>	Détermination du taux de remboursement d'un acte CCAM exonéré par la règle du seuil
<b>T5</b>	Détermination du taux de remboursement des actes exonérés pour soins particuliers
<b>T6</b>	Détermination du taux de remboursement lié aux soins exonérés pour les nouveau-nés

#### Règle

Certains actes CCAM sont exonérés par nature

D'autres sont exonérés à partir d'un montant seuil de la base de remboursement hors forfaits.

Le montant du seuil d'exonération est fonction de la date d'exécution (et de la caisse de rattachement du Professionnel de Santé pour les DOM).

Enfin, certains actes CCAM ne sont pas exonérés, ni par nature ni par la règle du seuil.

La nature d'exonération de tout acte CCAM (non exonéré, exonéré par nature ou par seuil) est connue dans la base CCAM.

De plus le Professionnel de Santé indique si l'acte réalisé s'inscrit dans un contexte particulier qui exonère cet acte. Il peut s'agir d'actes exonérés pour les nouveau-nés ou de soins effectués dans le cadre d'un traitement exonérant.

Cette règle a pour objet d'une part de vérifier, en fonction de la nature d'exonération de l'acte CCAM et des informations saisies par le Professionnel de Santé, s'il y a lieu de l'exonérer et d'autre part de renseigner le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération le cas échéant.

Cette règle est automatisée par le service C-ExoActe.

#### Mise en œuvre

Pour chaque acte CCAM, le progiciel doit utiliser le service C-ExoActe de la fonction AppliquerRegle du module SRT.

#### Fonction à utiliser

##### SRT\_AppliquerRegle (C-ExoActe)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer pour une ligne d'acte de la facture (acte/activité/phase) si l'acte est exonéré et éventuellement exonérant pour l'ensemble de la facture et renseigne en sortie son taux de remboursement et son code justificatif d'exonération s'il y a lieu.

#### Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur <b>C-ExoActe</b>
Groupes d'entrée	

<b>3400</b>	<b>Groupe Informations PS</b>	
	Code conventionnel	1870-7 ou sinon 1120-5
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant	
<b>3440</b>	<b>Groupe Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoActe</b>	
	N° de la prestation	1610-1
	Date d'exécution	1610-2
	Code de l'acte	2100-2
	Motif d'exonération de l'acte	
<b>3421</b>	<b>Groupe Base remboursement</b>	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Base de remboursement	1610-12
	Base de remboursement hors forfaits	
	Base de remboursement conventionnée AMO	



#### Remarques

Le motif d'exonération en entrée n'est pas nécessairement renseigné.

Si renseigné, il prend la valeur suivante :

N' = Soins exonérés pour les nouveaux nés ou dans le cadre d'un traitement exonérant.

### Les paramètres en sortie

Groupes de sortie		
<b>3431</b>	<b>Groupe Taux remboursement</b>	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Taux de remboursement	1610-13
	Code Justification d'exonération du ticket modérateur	1820-1
<b>3441</b>	<b>Groupe Exonération autres actes (niveau acte)</b>	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Top exonération autres actes	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 'O' = L'acte exonère les autres actes de la facture dispensés à la même date</li> <li>• 'N' = L'acte n'exonère pas les autres actes de la facture dispensés à la même date.</li> </ul>	



#### Remarques

Dans le groupe 3431, les informations taux de remboursement (champ 3431-2) et code justificatif d'exonération champ 3431-3) ne sont renseignés que si l'acte est exonéré.

### 3.2.3.3 TC5 : C-ExoFacture

TC4	Détermination du taux de remboursement des actes exonérés par la présence d'un acte exonérant dans la facture
TC5	Détermination du taux de remboursement des actes d'une facture susceptibles d'être exonérés par la règle du seuil

#### Règle

Certains actes CCAM, non exonérés par leurs propres caractéristiques (cf. règles TC1 et TC2-TC3 précédentes), peuvent être exonérés par d'autres actes CCAM présents dans la même facture :

- soit la présence d'un acte CCAM exonérant dispensé à la même date,
- soit le cumul des montants de plusieurs actes CCAM dépassent le seuil réglementaire (règle du seuil facture).

Cette règle a pour objet de vérifier, pour tous les actes CCAM non encore exonérés, s'ils ne sont pas exonérés par d'autres actes CCAM de la facture et de renseigner le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération le cas échéant.

Cette règle est automatisée par le service C-ExoFacture.



#### Remarque

Cette règle est de niveau facture.

#### Mise en œuvre

Le progiciel doit utiliser le service C-ExoFacture de la fonction AppliquerRegle du module SRT.

#### Fonction à utiliser

##### SRT\_AppliquerRegle (C-ExoFacture)

Cette fonctionnalité a pour objet de déterminer pour chaque lignes d'actes de la facture (acte/activité/phase) si les actes sont exonérés soit par la règle du seuil facture, soit par la présence d'un acte exonérant et renseigne en sortie les taux de remboursement et codes justificatif d'exonération s'il y a lieu.

Si le Professionnel de Santé a outrepassé une au moins des règles suivantes :

- CC8 (forçage du code de l'acte),
- RC1 (forçage du code activité),
- RC2 (forçage du code phase),
- CC9 (forçage d'un code modificateur),
- CC1 (forçage du code association),
- BC99 (forçage de la base de remboursement),

la fonction n'applique pas la règle du seuil facture pour l'acte forcé ni pour les actes effectués à la même date.

Le progiciel indique, en données d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

## Les paramètres en entrée

Identifiant	
	Cette information précise la règle à appliquer. Il doit prendre la valeur <b>C-ExoFacture</b>
Groupes d'entrée communs	
3400	<b>Informations PS</b>
	Code conventionnel 1870-7 ou sinon 1120-5
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant
Groupes d'entrée relatifs aux M prestations CCAM	
M 3450	<b>Groupe Ligne d'acte CCAM pour le service C-ExoFacture</b>
	N° de la prestation 1610-1
	Date d'exécution 1610-2
	Code de l'acte 2100-2
M 3421	<b>Groupe Base remboursement</b>
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Base de remboursement 1610-12
	Base de remboursement forfaits
	Base de remboursement conventionnée AMO
M 3431	<b>Groupe Taux remboursement</b>
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Taux de remboursement 1610-13
	Code Justification d'exonération du ticket modérateur 1820-1
M 3441	<b>Groupe Exonération autres actes (niveau acte)</b>
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Top Exonération autres actes
K 3530	<b>Groupe Règle outrepassée</b>
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Référence de la règle outrepassée
P 3462	<b>Groupe frais de déplacement pour le service C-ExoFacture</b>
	N° de la prestation 1620-1 ou 1630-1
	Date d'exécution 1620-2 ou 1630-2
	Code IFD ou type IK 1620-3 1630-3
	Taux de remboursement 1620-8 ou 1630-8
Groupes d'entrée relatifs aux N prestations NGAP (hors déplacement)	
N 3460	<b>Groupe Prestation NGAP pour le service C-ExoFacture</b>
	N° de la prestation 1610-1
	Date d'exécution 1610-2
	Code prestation 1610-4

<b>N 3431</b>	<b>Groupe Taux remboursement</b>	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1
	Taux de remboursement	1610-13
	Code Justification d'exonération du ticket modérateur	1820-1
<b>R 3462</b>	<b>Groupe frais de déplacement pour le service C-ExoFacture</b>	
	N° de la prestation	1620-1 ou 1630-1
	Date d'exécution	1620-2 ou 1630-2
	Code indemnité forfaitaire de déplacement ou type indemnité kilométrique	1620-3 1630-3
	Taux de remboursement	1620-8 ou 1630-8

## Les paramètres en sortie

Groupes de sortie relatifs à chaque ligne d'acte		
<b>T-J 3431</b>	<b>Groupe Taux remboursement</b>	
	N° de la prestation	1610-1
	Taux de remboursement	1610-13
	Code Justification d'exonération du ticket modérateur	1820-1
<b>J 3531</b>	<b>Groupe Traitement non effectué</b>	
	N° de la prestation (de rattachement)	1610-1

Pour chacune des **T** prestations fournies en entrée on retourne soit un groupe 3431 si le traitement a pu être effectué sur la prestation en question, soit un groupe 3531 dans le cas contraire (cas de forçage de données).

**$T=M+N+P+R$  : Prestations CCAM+déplacements associés+Prestations NGAP+déplacements associés**



## Remarques

### Données d'entrée

- En entrée il faut fournir pour chaque ligne d'acte CCAM :
  - un groupe 3450
  - un groupe 3421
  - un groupe 3431
  - un groupe 3441
 et éventuellement
  - 0 à k groupes 3530 : un pour chaque règle forcée relativement à cette ligne d'acte
  - 0 à p groupes 3462 : un pour chaque déplacement rattaché à cette ligne d'acte.

et pour chaque ligne d'acte NGAP (hors déplacements):

- un groupe 3460
- un groupe 3431

et éventuellement

- 0 à r groupes 3462: un pour chaque déplacement rattaché à cette ligne d'acte.
- Pour chaque ligne d'acte CCAM :
  - le groupe 3421 attendu en entrée est celui obtenu en sortie du service C-Base.
  - le groupe 3441 attendu en entrée est celui obtenu en sortie du service C-ExoActe.
- Le groupe 3441 est facultatif en données d'entrée.

### **Données de sortie**

- Les informations taux de remboursement (champ 3431-2) et code justificatif d'exonération (champ 3431-3) sont modifiées uniquement pour les actes non encore exonérés pour lesquels SRT détermine une raison spécifique d'exonération de l'acte (présence d'un acte ou d'un cumul d'actes exonérant la facture). Dans le cas contraire les valeurs d'entrée sont reprises.

---

## 4 Contrôle complet CCAM

---

### 4.1 Objet

La fonction de Contrôle Complet CCAM a pour objet de contrôler complètement les données d'une facture, vis-à-vis de la réglementation CCAM, c'est à dire conformément à l'ensemble des règles CCAM stipulées aux paragraphes précédents : 2.1 Données CCAM à saisir et 3.1.2 Spécificités CCAM

Son utilisation par le progiciel est **obligatoire**. Elle intervient après la constitution de facture et avant la tarification AMC et la mise en forme des factures par le module SSV.

La fonction de Contrôle Complet CCAM applique la totalité des contrôles prévus par la réglementation (tous les contrôles sont effectués), même si des erreurs sont détectées en cours.

Cette fonction retourne une liste de diagnostics décrivant les erreurs détectées. Le progiciel doit alors demander au Professionnel de Santé de corriger les données de la feuille de soins.

#### Règles de remplissage des groupes nécessaires au Contrôle Complet CCAM

- Il doit y avoir dans les données d'entrée un et un seul groupe parmi les groupes 1511, 1512, 1513, 1514 et 1515.
- Le remplissage des codes modificateurs doit commencer à la 1ère occurrence et il ne doit pas y avoir de rupture dans le remplissage des occurrences.
- Le remplissage des numéros de dents doit commencer à la 1ère occurrence et il ne doit pas y avoir de rupture dans le remplissage des occurrences, ni de doublon.
- Un groupe 1620 doit être précédé d'un groupe 1610 avec la même date d'exécution.
- Un groupe 1630 doit être précédé d'un groupe 1610 avec la même date d'exécution.

La fonction de Contrôle Complet CCAM retourne une erreur technique pour le non respect d'une de ces règles.



## 4.2 Traitements

Ce paragraphe présente l'enchaînement des règles vérifiées au cours du contrôle complet CCAM de la facture.

Les règles sont regroupées en différentes grandes étapes ; la partie logicielle enchaîne successivement ces étapes en bouclant suivant les cas sur les lignes d'actes ou les associations d'actes.

Le contrôle de la facture commence par la partie réglementation et continue par la partie tarification : vérification du prix unitaire, de la base de remboursement et de l'exonération liée à un acte CCAM.

Lors du contrôle de la tarification, s'il y a une différence entre une valeur calculée et celle transmise par le Professionnel de Santé, les SRT signalent une erreur (ex. : « prix unitaire erroné »), mais continuent les calculs en utilisant la valeur transmise par le Professionnel de Santé.

### 4.2.1 Partie Réglementation

Ce tableau décrit les étapes successives du déroulement du contrôle complet CCAM pour le contrôle d'une facture, et pour chaque étape les règles élémentaires qui la constituent.

Les règles sont listées dans l'ordre dans lequel le Contrôle Complet CCAM les applique.

Étape	Description	Règles élémentaires composant cette étape
<u>Contrôle acte CCAM</u>	Ensemble des contrôles réglementaires effectués pour chaque ligne d'acte CCAM et qui ne font pas intervenir les autres lignes d'actes de la facture	CC8; CC16; RC8; RC7; CC11; RC1; CC7; RC5; RC9; CC9; CC9B; RC12; RC3; RC4; CC13; RC2; RC13; CC5; RC14
<u>Contrôle prestation NGAP</u>	Ensemble des contrôles liés à la CCAM portant sur les natures de prestations NGAP	CC12; CC6 ; RC19
<u>Contrôle déplacement NGAP</u>	Contrôle de compatibilité entre un déplacement NGAP et l'acte CCAM associé	RC6
<u>Contrôle acte CCAM niveau facture</u>	Ensemble des contrôles réglementaires effectués pour chaque ligne d'acte CCAM et qui font intervenir les autres actes CCAM de la facture	CC3; RC17; RC18
<u>Contrôle association CCAM</u>	Ensemble des contrôles réglementaires effectués pour chaque association d'actes CCAM (même date d'exécution et un même exécutant	RC15; CC1

## 4.2.2 Partie Tarification

Étape	Description	Règles élémentaires composant cette étape
<u>Contrôle PU acte CCAM</u>	Calcul et contrôle du prix unitaire pour chaque ligne d'acte CCAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>BC1 (⇔C-Pu)</li> </ul>
<u>Contrôle base acte CCAM</u>	Calcul et contrôle de la base de remboursement pour chaque ligne d'acte CCAM	<ul style="list-style-type: none"> <li>BC99 (⇔C-Base)</li> </ul>
<u>Exonération acte CCAM</u>	Détermination pour chaque acte CCAM, indépendamment de l'exécutant, s'il exonère la facture ou l'acte lui-même, contrôle du code justificatif d'exonération transmis par le Professionnel de Santé et vérification que le taux de remboursement des actes exonérés est à 100 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>T5, T6, TC2, TC3, TC4, (⇔C-ExoActe)</li> <li>TC1, (⇔C-ExoPrevention)</li> <li>CC15</li> </ul>
<u>Exonération facture CCAM</u>	Détermination si la facture est exonérée par un acte exonérant (TC4) ou suite à l'application de la règle du seuil au niveau facture	<ul style="list-style-type: none"> <li>TC5, T13 (⇔C-ExoFacture)</li> </ul>



Nota :

Les règles élémentaires sont citées dans l'ordre chronologique de leur application par le Contrôle Complet CCAM.

## 4.3 Paramètres

Fonction à  
utiliser

SRT\_ControleComplet

Les paramètres  
en entrée

Données factures	
Xxxx	<b>Groupes des données constitutives de la facture</b>
	Il s'agit des mêmes données que celles fournies à la fonction « Formater Factures » du module SSV
Données Supplémentaire	
N 3470	<b>Groupe Ligne d'acte Contexte tarifaire</b>
	N° de la prestation 1610-1
	Contexte tarifaire PS
	Contexte tarifaire BS
R 3530	<b>Groupe Règle outrepassée</b>
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Référence de la règle outrepassée
3500	<b>Groupe Données supplémentaires facture</b>
	N° de caisse de rattachement de l'exécutant



### Remarques

Le progiciel indique, en donnée d'entrée de la fonction, pour chaque ligne d'acte de la facture, la référence de chaque règle forcée (groupe 3530).

- Chaque groupe 3530 doit être inséré dans la facture de sorte à être rattaché à chaque prestation concernée. Il doit être positionné juste après les groupes 2100 et 2200 rattaché au groupe prestation 1610.
- Le groupe 3500 est attendu par SRT en dernière position après l'ensemble de la facture.

## Les paramètres en sortie

Groupes de sortie	
<b>M 2000</b>	<b>Groupe Forçage AMO niveau acte</b>
	N° de la prestation (de rattachement) 1610-1
	Indicateur de forçage AMO niveau acte
<b>N 3520</b>	<b>Groupe Diagnostic du Contrôle Complet</b>
	Référence de la règle en erreur exemple : CC1, RC4
	Niveau de l'erreur : Règle outrepassable ou non
	Libellé principal de l'erreur
	Libellé secondaire de l'erreur
	Nombre de lignes d'acte concernées par l'erreur
	N° de la prestation de la 1ère ligne en erreur
	N° de la prestation de la 2ème ligne en erreur
	...
	N° de la prestation de la dernière ligne en erreur

## 4.4 Diagnostics

Lors d'un rejet ou d'un signalement, les SRT mémorisent dans une liste de diagnostics :

- la référence de la règle ayant échoué, (ex. : CC1, RC4...) ;
- le niveau de l'erreur : rejet (règle non outre-passable) ou signalement (règle outre-passable) ;
- les numéros des lignes d'acte CCAM et des prestations NGAP en erreur ;
- le libellé principal de l'erreur à savoir le libellé du contrôle rejeté ;
- le libellé secondaire de l'erreur à savoir le contexte du contrôle rejeté ; ce contexte peut ne pas être renseigné.

Suite aux diagnostics reçus, le progiciel propose au Professionnel de Santé d'effectuer des corrections (affichage des libellés principal et secondaire).

Suite à ces corrections il est nécessaire de vérifier à nouveau le respect de l'ensemble des règles CCAM et de demander à nouveau l'application des services de tarification.

Si le Professionnel de Santé n'effectue pas de correction pour un diagnostic relevant d'une règle outre-passable, cela revient à demander un forçage. Il est donc nécessaire de faire à nouveau appel au contrôle complet CCAM pour la valorisation de l'indicateur de forçage correspondant.



### Remarque

Tous ces diagnostics ne concernent que des prestations CCAM à l'exception :

- du 3ème diagnostic relatif à la règle T13 car il concerne des frais de déplacement,
- du second relatif à la règle CC15 qui peut porter tant sur des actes CCAM que sur des actes NGAP,
- du diagnostic relatif à la règle CC6 qui ne concerne que des prestations NGAP.

Ces diagnostics sont présentés dans le tableau ci-après par ordre alphabétique des références des règles du CdC.

Référence CdC	Libellé principal	Libellé Secondaire	Outre-passable O/N
BC1 (C-Pu)	Prix unitaire erroné	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], activité [ ], phase [ ], prix unitaire calculé = [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ].	O
BC99 (C-Base)	Base de remboursement erronée	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], activité [ ], phase [ ], base calculée = [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	O
BC99 (C-Base)	Base de remboursement conventionnée AMO erronée	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], activité [ ], phase [ ], base conventionnée AMO calculée = [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ].	O
CC1	Code association invalide à la date d'exécution	Code association [ ].	O
CC1	Codes association transmis différents	Actes [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] et [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ].	O
CC1	Absence « code association non prévue »	Actes [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] et [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ].	O
CC1	Association prévue code à code et code association non prévue saisi	Code association [ ].	O
CC3	Acte complémentaire facturé isolément	Acte complémentaire [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ].	O
CC5	Absence numéro de dent	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], activité [ ], phase [ ]	O
CC5	Nombre de localisations de dents transmises insuffisant	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], activité [ ], phase [ ]	O
CC6	Obligation de codage CCAM	Prestation [ ][ ][ ]	N
CC7	Code regroupement CCAM invalide à la date d'exécution	Code regroupement [ ][ ][ ]	O
CC7	Code regroupement erroné	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], activité [ ], code regroupement [ ][ ][ ].	O
CC8	Code de l'acte inexistant	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ].	O
CC8	Code de l'acte invalide à la date d'exécution	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ].	O
CC9	Modificateur tarifant invalide à la date d'exécution	Modificateur [ ].	O
CC9B	Modificateur non tarifant invalide à la date d'exécution	Modificateur [ ].	O
CC11	Acte non remboursable avec base de remboursement différente de zéro ou qualificatif de la dépense différent de « acte à ne pas rembourser »	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ].	O
CC11	Absence code remboursement exceptionnel avec base de remboursement différente de zéro ou qualificatif de la dépense différent de « acte à ne pas rembourser »	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ].	O
CC12	Absence de code de l'acte CCAM	Prestation [ ][ ][ ].	N
CC13 (*)	Modificateurs OC incohérents avec modificateurs AMO	Modificateurs AMO [ ][ ], modificateurs OC [ ][ ]	N
CC15 (TC-ExoTaux)	Motif d'exonération (**) non autorisé pour un acte CCAM	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], justificatif d'exonération [ ]	N
CC15 (TC-ExoTaux)	Exonération du TM transmise et taux inférieur à 100%	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], justificatif d'exonération [ ], taux de remboursement = [ ][ ][ ]	N

Référence CdC	Libellé principal	Libellé Secondaire	Outre-passable O/N
CC16	Date d'exécution d'un acte CCAM antérieure à la date de naissance du bénéficiaire	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], date d'exécution [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	N
RC1	Code activité incompatible avec le code de l'acte	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], activité [ ][ ]	O
RC12	Incompatibilité entre codes modificateurs	Modificateurs [ ][ ] et [ ][ ]	O
RC13	Age bénéficiaire < âge minimal autorisé	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], activité [ ][ ], phase [ ][ ]	N
RC13	Age bénéficiaire > âge maximal autorisé	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], activité [ ][ ], phase [ ][ ]	N
RC14	Incompatibilité code de l'acte et numéro de dent	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], activité [ ][ ], phase [ ][ ], dent n° [ ][ ]	O
RC15	Association interdite pour deux actes appartenant à la même procédure	Actes [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] et [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	N
RC15	Deux actes appartiennent à la même procédure et code association non prévue non saisi	Actes [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] et [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	N
RC17	Incompatibilité médicale entre deux codes	Actes [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] et [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	N
RC18	Modificateur présent à tort plusieurs fois	Actes [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] et [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], modificateur [ ][ ]	O
RC19	Incompatibilité de l'acte avec code forfait CMU-C	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], Forfait CMU-C [ ][ ][ ]	N
RC2	Code phase de traitement incompatible avec code de l'acte / activité	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], activité [ ][ ], phase [ ][ ]	O
RC3	Code modificateur incompatible avec code de l'acte / activité	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], activité [ ][ ], modificateur [ ][ ]	O
RC4	Incompatibilité âge du bénéficiaire / modificateur	Modificateur [ ][ ]	O
RC5	Incompatibilité spécialité exécutant code de l'acte / activité	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], activité [ ][ ]	O
RC6	Acte n'autorisant pas les frais de déplacement	Déplacement [ ][ ][ ], acte de rattachement [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	N
RC7	Absence entente préalable	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	O
RC8	Incompatibilité code de l'acte / nature d'assurance	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	O
RC9	Incompatibilité agrément radio exécutant pour pratiquer l'acte	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], activité [ ][ ]	N
T13 (C-ExoFacture)	Exonération transmise à tort et seuil non atteint	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	O
T13 (C-ExoFacture)	Absence d'exonération transmise pour un acte CCAM	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], justificatif d'exonération [ ][ ]	O
T13 (C-ExoFacture)	Absence d'exonération transmise pour un frais de déplacement rattaché à un acte CCAM	Prestation [ ][ ][ ], justificatif d'exonération [ ][ ]	O
TC1 (C-ExoPrevention)	Absence d'exonération transmise et dispositif de prévention	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	O
TC1 (C-ExoPrevention)	Incompatibilité code exonération transmis / dispositif de prévention	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	O

Référence CdC	Libellé principal	Libellé Secondaire	Outre-passable O/N
TC1 (C-ExoPrevention)	Exonération dispositif de prévention transmise à tort	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ].	O
TC2 (C-ExoActe)	Absence d'exonération transmise et acte CCAM exonéré par nature	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ].	O
TC3 (C-ExoActe)	Absence d'exonération transmise et seuil CCAM dépassé	Acte [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	O

(\*) Remarque : Le terme OC utilisé dans les libellés principal et secondaire relatifs à la règle CC13 signifie « Organisme Complémentaire ». L'appellation « modificateur OC » est équivalente à l'appellation « modificateur AMC » utilisée dans la spécification de la règle CC13.

(\*\*) Remarque : Dans ce libellé il s'agit du « justificatif d'exonération » transmis dans la facture.