

# Annexe 1-A0

## Présentation fonctionnelle des Modules SESAM-Vitale

### Zone d'échange facture

**Intégrant l'Addendum n°8**



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

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

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

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

## Sommaire

<b>1</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
1.1	Présentation du document .....	5
<b>2</b>	<b>Description de la Zone d'échanges Facture .....</b>	<b>6</b>
2.1	Introduction.....	6
2.2	Familles de Professions de Santé du Cahier des Charges .....	7
2.3	Liste des groupes constituant les factures .....	8
2.4	Description de chaque groupe et règles de constitution .....	9
2.4.1	1110-Groupe IDENTIFICATION Facture.....	9
2.4.2	1120-Groupe IDENTIFICATION Professionnel de Santé.....	10
2.4.3	1130-Groupe IDENTIFICATION du Bénéficiaire .....	12
2.4.4	1140-Groupe IDENTIFICATION Structure .....	13
2.4.5	1150-Groupe IDENTIFICATION Remplaçant.....	14
2.4.6	1151-Groupe IDENTIFICATION RPPS Remplaçant.....	15
2.4.7	1160-Groupe IDENTIFICATION Individu.....	16
2.4.8	1170-Groupe Liste d'opposition carte Vitale .....	17
2.4.9	1180-Groupe Dispositif Médecin Traitant .....	18
2.4.10	121x-Groupes PRESCRIPTION .....	19
2.4.10.1	1211-Groupe Prescription PS Libéral .....	19
2.4.10.2	1212-Groupe Prescription Soins Dentaires .....	20
2.4.10.3	1213-Groupe Prescription PS salarié .....	21
2.4.10.4	1214-Groupe Prescription PS bénévole .....	22
2.4.11	1220-Groupe Arrêt de Travail prescrit .....	23
2.4.12	1230-Groupe Origine de la prescription.....	24
2.4.13	1310-Groupe Organisme AMO .....	25
2.4.14	1321-Groupes Organisme Complémentaire.....	26
2.4.15	1330-Groupe Données Complémentaire additionnelles.....	30
2.4.16	1410-Groupe Cadre de Remboursement .....	31
2.4.17	1420-Groupe Identification de pièce justificative pour l'AMO .....	33
2.4.18	1440-Groupe Forçage Niveau facture .....	34
2.4.19	1450-Groupe Module de Tarification Complémentaire.....	35
2.4.20	151x-Groupes NATURE d'ASSURANCE .....	36
2.4.20.1	1511-Groupe Nature d'assurance Maladie .....	37
2.4.20.2	1512-Groupe Nature d'assurance Maternité.....	37
2.4.20.3	1513-Groupe Nature d'assurance Accident du Travail .....	38
2.4.20.4	1514-Groupe Nature d'assurance Prévention .....	38
2.4.20.5	1515-Groupe Nature d'assurance SMG .....	38
2.4.21	16xx-Groupes PRESTATION .....	39
2.4.21.1	Règles de gestion des prestations.....	39
2.4.21.2	1610 Groupe Prestation.....	59
2.4.21.3	1620-Groupe Prestation IFD.....	61
2.4.21.4	1630-Groupe Prestation IK.....	62
2.4.22	17xx-Groupes PRESTATION DETAILLEE.....	63
2.4.22.1	1710-Groupe Prestation Détaillée NABM .....	63
2.4.22.2	1730-Groupe Prestation détaillée LPP .....	64
2.4.22.3	1740-Groupe Prestation détaillée code CIP .....	66
2.4.22.4	1741-Groupe Prestation détaillée lot d'un code CIP .....	68
2.4.23	1820-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exonération T.M. ....	69
2.4.24	1830-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION DMT-MT ou Télémédecine .....	71
2.4.25	1840-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Entente Préalable .....	72
2.4.26	1850-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Renouvellement.....	73
2.4.27	1860-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Dent traitée .....	74
2.4.28	1870-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exécutant.....	75
2.4.29	1880-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Lieu d'exercice .....	76
2.4.30	1890-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Réseau ou filière de soins .....	77
2.4.31	1910-Groupe TOTAL Facture.....	78
2.4.32	2000-Groupe Forçage AMO niveau acte.....	80
2.4.33	2010-Groupe Forçage sur la part complémentaire niveau acte .....	81
2.4.34	2020-Groupe Base de Remboursement Conventionnée AMO .....	82

2.4.35	2030-Groupe Prévention commune AMO/AMC .....	83
2.4.36	2100-Groupe Code Acte CCAM .....	84
2.4.37	2200-Groupe Liste des dents traitées (acte CCAM).....	85
2.4.38	3700-Groupe Contexte Tarification de la part Complémentaire .....	86
2.4.39	3710-Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau acte.....	86
2.4.40	3720-Groupe Formule de la part Complémentaire appliquée au niveau facture .....	86
2.4.41	3730-Groupe Paramètres de calcul STS.....	86
2.4.42	3740-Groupe Paramètres de calcul contrats responsables .....	86
2.4.43	3770-Groupe Zone tampon de la part Complémentaire.....	86
2.5	Composition d'une FACTURE pour chaque famille .....	87
2.5.1	Famille Auxiliaires médicaux .....	87
2.5.2	Famille Prescripteurs .....	89
2.5.3	Famille Pharmaciens .....	91
2.5.4	Famille Laboratoires .....	92
2.5.5	Famille Fournisseurs.....	94
2.6	Synthèse de la Zone d'échange de la facture .....	95
<b>3</b>	<b>Prestations générées par le LPS : synthèse des données à déterminer .....</b>	<b>97</b>
3.1	Suppléments dérogatoires SMG .....	97
3.2	Suppléments en nature d'assurance AT .....	99
3.2.1	Compléments AT Dentaires.....	99
3.2.2	Supplément APIAS .....	101
3.3	Dépassements pour victime d'attentat .....	103

---

# 1 Introduction

---

## 1.1 Présentation du document

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

Cette partie a pour objet de décrire spécifiquement la zone d'échange facture, à savoir tous les groupes de données constituant la facture à transmettre à SSV pour la mise en forme de la FSE et/ou de la DRE ainsi que les règles qui leur sont associées.

Le progiciel du Professionnel de Santé doit fournir systématiquement les éléments issus des calculs.

## 2 Description de la Zone d'échanges Facture

### 2.1 Introduction

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

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

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

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

La famille du PS est déterminée en fonction du code spécialité de ce dernier (EF\_PS03\_14).

✱ SFG PS RG PS029

### Consignes pour éviter les doublons de facture

Afin d'éviter la création de deux factures identiques (au numéro de facture près) le progiciel du Professionnel de Santé doit :

- dès la sécurisation des factures effectuées, réinitialiser l'ensemble des groupes d'entrée de la fonction permettant la mise en forme et la sécurisation des factures. Le progiciel du Professionnel de Santé doit également réinitialiser les zones de saisie à l'écran.

---

## 2.2 Familles de Professions de Santé du Cahier des Charges

✱ SFG PS RG\_PS029

✱ SFG PS RG\_PS030

## 2.3 Liste des groupes constituant les factures

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



## 2.4 Description de chaque groupe et règles de constitution

### 2.4.1 1110-Groupe IDENTIFICATION Facture

#### Règles Groupe de données

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

#### Familles concernées

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

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

1110	Groupe Identification Facture	
1. N° de Facture		* RG MFxx027
2. Nature d'opération		* RG MF2A039
3. Date élaboration de la Facture	EF_IP01_01	* RG_IP305 * RG_IP306 * RG MF2A040
4. N° logique de la situation de facturation du PS	EF_PS03_01	* RG PS090
5. N° de Facture rectifiée		Numéro de facture annulée ou modifiée. (Zone réservée pour utilisation future dans le cas de la FSE)
6. Date élaboration de la Facture rectifiée		Date d'élaboration de la facture annulée ou modifiée (zone réservée pour utilisation future)

## 2.4.2 1120-Groupe IDENTIFICATION Professionnel de Santé

### Groupe de données

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

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

#### Remplacement

✳ MF03 Description

#### Centres de Santé

✳ RG\_PS075

#### Familles concernées

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

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

1120	Groupe Identification Professionnel de Santé		
1. N° d'identification de facturation du PS	EF_PS03_09	✳	RG_PS090 ! Ce n° ne doit pas contenir uniquement des zéros
2. Clé du n° d'identification de facturation du PS	EF_PS03_10	✳	RG_PS090
3. Nom du PS	EF_PS02_05	✳	RG_PS090
4. Prénom du PS	EF_PS02_06	✳	RG_PS090
5. Code conventionnel	EF_PS03_13	✳	RG_PS090
6. Code spécialité	EF_PS03_14	✳	RG_PS090
7. Code zone tarifaire	EF_PS03_15	✳	RG_PS090
8. Code zone IK	EF_PS03_16	✳	RG_PS090
9. Code agrément 1	EF_PS03_17	✳	RG_PS090
10.Code agrément 2	EF_PS03_18	✳	RG_PS090
11.Code agrément 3	EF_PS03_19	✳	RG_PS090
12.Condition d'exercice	EF_PS03_02	✳	RG_PS090

13.N° RPPS du PS	EF_PS02_02	✱	RG_MF4E064
14.Clé du N° RPPS du PS	EF_PS02_03	✱	RG_MF4E064
15.Code Famille du PS	EF_PS04_09	✱	RG_PS029
16.Top centre de santé	EF_PS04_11	✱	RG_PS022
17.Code Norme d'échange	EF_MF01_03	✱	RG_MF004

## 2.4.3 1130-Groupe IDENTIFICATION du Bénéficiaire

### Règles Groupe de données

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

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

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

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

### Familles concernées

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

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

1130	Groupe Identification du bénéficiaire	
1. Type d'identification bénéficiaire	EF_BS01_03	* RG_BS350
2. N° national d'immatriculation : NIR assuré		* RG_MFxx012
3. Clé du NIR		* RG_MFxx025
4. Date de naissance du bénéficiaire		* RG_MF2A096
5. Rang de naissance	EF_BS09_01	* RG_BS617
6. Qualité	EF_BS09_02	* RG_BS617
7. Code couverture <sup>4</sup> - Code ALD - Code situation	EF_BS07_01 EF_BS07_02	* RG_BS617
8. Code de présentation du carnet médical		Fourni par le Professionnel de Santé

<sup>4</sup>-Le code couverture est optionnel en mode SESAM-Vitale dégradé ou en mode sécurisé SESAM sans Vitale.

## 2.4.4 1140-Groupe IDENTIFICATION Structure

### Règles Groupe de données

Ce groupe est facultatif pour toutes les familles.

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

### Familles concernées

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

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

1140	Groupe Identification Structure	
1. Type d'identification structure	EF_PS03_05	RG_PS090
2. N° d'identification structure	EF_PS03_06 concaténé avec EF_PS03_07	RG_PS090
3. Nom de la structure	EF_PS03_08	RG_PS090

## 2.4.5 1150-Groupe IDENTIFICATION Remplaçant

### Règles Groupe de données

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

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

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

### Familles concernées

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

- Prescripteurs
- Pharmaciens
- Auxiliaires-médicaux

1150	Groupe Identification Remplaçant		
1. N° d'identification de facturation	EF_PS05_02	*	RG_PS091
2. Clé	EF_PS05_03	*	RG_PS091
3. Nom	EF_PS05_05	*	RG_PS091
4. Prénom	EF_PS05_06	*	RG_PS091
5. Indicateur de signature		*	RG_MF2A095[SP02]

## 2.4.6 1151-Groupe IDENTIFICATION RPPS Remplaçant

### Règles Groupe de données

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

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

#### Familles concernées

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

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

1151	Groupe Identification RPPS Remplaçant	
1. N° RRPS du remplaçant	EF_PS05_07	* RG PS092
2. Clé du N° RPPS du remplaçant	EF_PS05_08	* RG PS092

## 2.4.7 1160-Groupe IDENTIFICATION Individu

### Règles Groupe de données

Ce groupe permet d'identifier le bénéficiaire des soins.

Ce groupe est facultatif pour toutes les familles.

Ce groupe doit être renseigné systématiquement si le NIR individuel<sup>2</sup>(EF\_BS02\_04) est lu en carte Vitale ou acquis avec le service ADRI.

### Familles concernées

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

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

1160	Groupe Identification INDIVIDU	
1. N° national d'immatriculation individuel	EF_BS02_04	* RG_BS617
2. Clé du N° national d'immatriculation individuel	EF_BS02_05	* RG_BS617

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



## 2.4.8 1170-Groupe Liste d'opposition carte Vitale


### Règles Groupe de données

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

#### Familles concernées

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

- Pharmaciens

1170	Groupe <i>Liste d'opposition carte Vitale</i>	
1. Référence de la liste d'opposition	EF_AP51_01	 RG_AP069 Pour la LOI, (Cf. Annexe 6 § 3.2 – Format de la liste d'opposition)

## 2.4.9 1180-Groupe Dispositif Médecin Traitant

### Règles Groupe de données

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

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

### Familles concernées

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

- Prescripteurs

1180	Groupe <i>Dispositif Médecin Traitant</i>		
1. IPS	EF_CF13_08	* RG_CF315	* RG_CF328
2. Top MT	EF_CF13_09	* RG_CF328	
3. N° d'identification du Médecin ayant orienté	EF_CF13_06	* RG_CF316	
4. Clé du n° d'identification du Médecin ayant orienté	EF_C13_07	* RG_CF316	
5. Nom du Médecin ayant orienté	EF_CF13_04	* RG_CF316	
6. Prénom du Médecin ayant orienté	EF_CF13_05	* RG_CF316	
7. Top Contrat tarifaire PS		* RG_MF2S122	

## 2.4.10 121x-Groupes PRESCRIPTION

### 2.4.10.1 1211-Groupe Prescription PS Libéral

#### Règles

✱ IP01 - Préambule

#### Règles Groupe de données

#### Familles concernées

Le groupe 1211 est obligatoire pour toutes les familles suivantes :

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

Pour la famille suivante :

- Prescripteurs

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

(cf. [consigne 5 IP01/Règles : Identification de la prescription/Préambule/Télémedecine](#)).

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

1211	Groupe Prescription PS Libéral	
1. N° d'identification du PS libéral	EF_IP03_04	✱ RG_IP307
2. Clé du n° d'identification du PS libéral	EF_IP03_05	✱ RG_IP308
3. Date de prescription du PS libéral	EF_IP03_02	✱ RG_IP310
4. Identification de la prescription du PS libéral	EF_IP03_01	✱ RG_IP317
5. N° RPPS du PS libéral	EF_IP03_07	✱ RG_IP367
6. Clé du n° RPPS du PS libéral	EF_IP03_08	✱ RG_IP368
7. N° de la structure du PS libéral	EF_IP03_09	✱ RG_IP369

## 2.4.10.2 1212-Groupe Prescription Soins Dentaires

### Règles Groupe de données

Ce groupe concerne les prestations du groupe fonctionnel « soins dentaires / ODF » (cf. EF\_A2\_T1 Annexe 2-Table 4).

#### Orthopédie dento-faciale

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

✱ RG\_IP311|CP11

#### Bilan Bucco-dentaire

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

✱ RG\_IP311|CP11

### Familles concernées

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

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

- Prescripteurs (Chirurgiens-dentistes/Médecins Soins dentaires)

1212	Groupe Prescription Soins dentaires	
1. Date début (dentaire)	EF_IP03_02	✱ RG_IP311
		✱ RG_IP326

## 2.4.10.3 1213-Groupe Prescription PS salarié

### Règles Groupe de données

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

### Familles concernées

Le groupe 1213 est obligatoire pour toutes les familles suivantes :

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

### Cas Particulier Télémédecine

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

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

1213	Groupe Prescription PS salarié	
1. N° d'identification du PS salarié	EF_IP03_04	* RG_IP307
2. Clé du n° d'identification du PS salarié	EF_IP03_05	* RG_IP308
3. Code spécialité du PS salarié	EF_IP03_06	* RG_IP309
4. Date de prescription du PS salarié	EF_IP03_02	* RG_IP311
5. Identification de la prescription du PS salarié	EF_IP03_01	* RG_IP317
6. N° RPPS du PS salarié	EF_IP03_07	* RG_IP367
7. Clé du n° RPPS du PS salarié	EF_IP03_08	* RG_IP368
8. N° de la structure du PS salarié	EF_IP03_09	* RG_IP369

## 2.4.10.4 1214-Groupe Prescription PS bénévole

### Règles Groupe de données

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

### Familles concernées

Le groupe 1214 est facultatif pour toutes les familles suivantes :

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

### Cas Particulier Télémédecine

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

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

1214	Groupe Prescription PS bénévole	
1. N° d'identification du PS bénévole	EF_IP03_04	* RG_IP307
2. Clé du n° d'identification du PS bénévole	EF_IP03_05	* RG_IP308
3. Code spécialité du PS bénévole	EF_IP03_06	* RG_IP309
4. Date de prescription du PS bénévole	EF_IP03_02	* RG_IP311
5. Identification de la prescription du PS bénévole	EF_IP03_01	* RG_IP317
6. N° RPPS du PS bénévole	EF_IP03_07	* RG_IP367
7. Clé du n° RPPS du PS bénévole	EF_IP03_08	* RG_IP368
8. N° de la structure du PS bénévole	EF_IP03_09	* RG_IP369

## 2.4.11 1220-Groupe Arrêt de Travail prescrit

### Règles Groupe de données

Ce groupe est facultatif (prévu pour utilisation future).

#### Familles concernées

Ce groupe concerne la famille suivante :

- Prescripteurs

1220	Groupe Arrêt de travail prescrit	
1. Nombre jours AT	EF_IP02_01	Nombre de jours d'arrêt de travail prescrit
2. Date fin AT	EF_IP02_02	Date de fin d'arrêt de travail

## 2.4.12 1230-Groupe Origine de la prescription

### Règles Groupe de données

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe est prévu quand la facture fait l'objet d'une prescription élaborée dans le cadre du parcours coordonné de soins.

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

### Familles concernées

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

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

1230	Groupe Origine de la prescription	
1. Origine de la prescription	EF_IP03_11	 RG_IP386



## 2.4.13 1310-Groupe Organisme AMO

### Règles Groupe de données

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

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

### Familles concernées

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

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

1310	Groupe Organisme AMO	
1. Code régime	EF_CF12_01	* RG_CF310 * RG_CF407
2. Caisse gestionnaire	EF_CF12_02	* RG_CF310 * RG_CF407
3. Centre gestionnaire	EF_CF12_03	* RG_CF310 * RG_CF407
4. Code organisme destinataire	EF_MF04_04	* RG_MF033
5. Code centre informatique		Cf. Règles de détermination du centre informatique page suivante.

### Détermination de centre informatique

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



### Cas particuliers

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

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

## 2.4.14 1321-Groupes Organisme Complémentaire

### Règles Groupe de données

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

Ce groupe est interdit en situation particulière « Victime d'Attentat » (SP18) et n'est pas utilisé en nature d'assurance SMG.

Le groupe 1321 est optionnel.

Ce groupe est obligatoire quand le Professionnel de Santé émet une DRE ou une FSE enrichie à destination d'un OCT éclateur ou une FSE contenant des informations relatives à la part complémentaire à destination de l'AMO en Tiers payant sur la part complémentaire (EF\_MF01\_01, EF\_CF03\_03).

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

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

### Familles concernées

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

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

1321	Groupe <i>Organisme Complémentaire</i>	
1. Type de contrat	EF_CF03_07	* RG_CF388
2. N° organisme complémentaire	GU : EF_BS13_01 GS : EF_BS17_01	Gestion unique : * RG_BS330 Gestion séparée : * RG_BS351
3. N° adhérent	EF_BS17_02	* RG_BS351
4. Données de la complémentaire zone 1		Cette information doit être utilisée dans <b>une DRE, dans une FSE</b> comportant une part complémentaire (cas de la FSE dans le cadre d'une convention de gestion ou cas de la FSE à destination d'un OCT éclateur). Le contenu de cette zone est défini dans les tableaux ci-dessous.
5. Données de la complémentaire zone 2		Cette information doit être utilisée dans <b>une DRE, dans une FSE</b> comportant une part complémentaire (cas de la FSE dans le cadre d'une convention de gestion ou cas de la FSE à destination d'un OCT éclateur). Le contenu de cette zone est défini dans les tableaux ci-dessous.

6. N° organisme complémentaire EDI		Issu de la carte Vitale
7. Code application	EF_CF03_09	* RG_CF390
8. Code de routage flux AMC	EF_CF16_02	* RG_CF413
9. Domaine	EF_CF16_04	* RG_CF413
10. Indicateur de traitement AMC	EF_CF03_02	* RG_CF303
11. Identifiant hôte gestionnaire	EF_CF03_03	* RG_CF413
12. Identifiant de l'assuré AMC	EF_BS17_03	* RG_BS002
13. Zone supplémentaire non certifiée		Réservée pour utilisation future Certifiée ou non certifiée si le type de contrat = 99

**Gestion des Spécificités pour les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire ou des sortants de C2S (SP03 et SP04).**

Pour les bénéficiaires de la C2S (SP03) ou les sortants de C2S (SP04), le remplissage de ces données est soumis aux spécificités décrites ci-dessous :

1321	Groupe Organisme Complémentaire SP03/SP04			
	Gestion unique		Gestion séparée	
	Tiers-payant	Hors tiers payant	Tiers-payant	Hors tiers payant
1. Type de contrat	SP03 : Valeur « 89 » SP04 : Valeur « 01 » RG_CF388	Pas d'informations complémentaires transmises dans la facture	SP03 : Valeur « 89 » SP04 : Valeur « 01 » RG_CF388	SP03 : Valeur « 89 » SP04 : Valeur « 01 » RG_CF388
2. N° organisme complémentaire	Valeur « M » RG_MF2A119		Idem hors C2S gestion séparée	Idem hors C2S gestion séparée
3. N° adhérent	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S
4. Données de la complémentaire zone 1	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S
5. Données de la complémentaire zone 2	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S
6. N° organisme complémentaire EDI	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S
7. Code application	Idem hors C2S		Idem hors C2S	Idem hors C2S
8. Code de routage flux AMC	Non applicable RG_CF413		Idem hors C2S	Idem hors C2S
9. Domaine	Non applicable RG_CF413		Idem hors C2S	Idem hors C2S

10.Indicateur de traitement AMC	Si TP coordonné Valeur « 62 » RG_CF305		Idem hors C25	Idem hors C25
11. Identifiant hôte gestionnaire	Non applicable RG_CF413		Idem hors C25	Idem hors C25
12. Identifiant de l'assuré AMC	Idem hors C25		Idem hors C25	Idem hors C25
13. Zone supplémentaire non certifiée	Idem hors C25		Idem hors C25	Idem hors C25

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

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

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

	INFORMATIONS	POSITIONS	PRESENCE	CONSIGNES DE SAISIE DES RUBRIQUES
Données de la part complémentaire zone 1	Contexte de déroulement procédure de facturation EF_CF03_05	1321-4	Facultative	* RG_CF376
Données de la part complémentaire zone 2	Nature pièce justificative des droits Complémentaire EF_CF03_10	1321-5 pos. 1	Obligatoire	* RG_CF393
	Situation accord préalable AMO	1321-5 pos. 2	Obligatoire	* RG_MF50091
	Type de service AMC	1321-5 pos. 3	Obligatoire	* RG_MF50091
	Sens comptable EF_CF03_08	1321-5 pos. 4	Obligatoire	* RG_CF389

- Cas d'une DRE d'annulation

	INFORMATIONS	POSITIONS	PRESENCE	CONSIGNES DE SAISIE DES RUBRIQUES
Données de la part complémentaire zone 1	Zone disponible	1321-4	Obligatoire	A blanc * RG_MF50042
Données de la part complémentaire zone 2	Nature pièce justificative des droits Complémentaire	1321-5 pos. 1	Obligatoire	Rappel de la valeur de la facture initiale * RG_CF393

	INFORMATIONS	POSITIONS	PRESENCE	CONSIGNES DE SAISIE DES RUBRIQUES
	EF_CF03_10			
	Situation accord préalable AMO	1321-5 pos. 2	Obligatoire	Rappel de la valeur de la facture initiale ✱ RG MF50091
	Type de service AMC EF_CF03_03	1321-5 pos. 3	Obligatoire	Rappel de la valeur de la facture initiale ✱ RG CF385
	Sens comptable EF_CF03_08	1321-5 pos. 4	Obligatoire	✱ RG CF389

## 2.4.15 1330-Groupe Données Complémentaire additionnelles

### Règles Groupe de données

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

Ce groupe n'est pas utilisé en nature d'assurance SMG.

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

- dans le cas d'une gestion séparée, à partir du n° AMC

Le champ est valorisé tel que décrit dans la règle RG\_MF2P037.

- dans le cas d'une gestion unique, à partir du n° AMC obtenu
  - si les droits sont issus du service ADRI ou que le support de droit présenté est la carte Vitale, ce champ est valorisé avec la donnée EF\_BS13\_05 telle qu'acquise via la règle RG\_BS328,
  - si le support de droits présenté n'est pas la carte Vitale, ce champ est valorisé avec la donnée EF\_BS13\_05 telle qu'acquise via la règle RG\_BS330.

### Familles concernées

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

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

1330	Groupe Données Complémentaire additionnelles	
1. N° opérateur de règlement/N°AMC	EF_CF16_01	* RG_CF413
2. Contexte conventionnel AMC		* RG_MF2P047 La structure de ce champ est fonction de la valeur du N° de version de la structure de contexte conventionnel AMC.
3. Zone supplémentaire certifiée		Réservée pour utilisation future

## 2.4.16 1410-Groupe Cadre de Remboursement

### Règles Groupe de données

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

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

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

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

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

### Familles concernées

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

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

Ce groupe est obligatoire pour toutes les familles.

1410	Groupe Cadre de remboursement	
1. Cadre de remboursement		Cf. règle ci-dessous
2. Décision avance de frais		Ce champ ne doit plus être renseigné.

### Renseignement du cadre de remboursement

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

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

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

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



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



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

Valeurs	Libellé
1	Le Professionnel de Santé n'a pas pratiqué de tiers payant sur les parts gérées par l'AMO.
2	Le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire, l'assuré ayant acquitté le ticket modérateur ou la part complémentaire ayant fait l'objet d'un tiers payant hors convention de gestion AMO-AMC.
3	Le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant sur la part obligatoire et la part complémentaire gérée par l'AMO.
4	Le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant sur la part complémentaire gérée par l'AMO
5	Le Professionnel de Santé a pratiqué le tiers payant intégral pour le compte du régime SNCF



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

### Groupe de données

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

#### Familles concernées

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

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

1420	Groupe Identification de pièce justificative pour l'AMO	
1. Nature de la pièce justificative pour l'AMO	EF_CF12_05	* RG_CF313
2. Date de validité de la pièce justificative pour l'AMO	EF_CF12_06	* RG_CF336
3. Origine de la pièce justificative pour l'AMO	EF_CF12_07	* RG_CF337

## 2.4.18 1440-Groupe Forçage Niveau facture

### Règles Groupe de données



Voir Annexe1-A § Cas particulier du Forçage

Ce groupe est facultatif.

### Familles concernées

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

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

1440	Groupe <b>FORCAGE Niveau facture</b>	
1. Indicateur de forçage AMO niveau facture		Voir Annexe1-A § Cas particulier du Forçage ✱ RG MF2A038
2. Indicateur de forçage AMC niveau facture		Voir Annexe1-A § Cas particulier du Forçage ✱ RG MF2M094
3. N° version du référentiel électronique SRT		Cf. fonction « version du référentiel » du module SRT – Annexe1-C

## 2.4.19 1450-Groupe Module de Tarification Complémentaire

### Règles Groupe de données

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

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

### Familles concernées

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

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

1450	Groupe <i>Module de Tarification Complémentaire</i>	
1. Identifiant du module STS	EF_VF12_01	* RG_VF367
2. N° version*	EF_VF12_02	* RG_VF367

## 2.4.20 151x-Groupes NATURE d'ASSURANCE

### Règles Groupe de données

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

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

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



RG CF304




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

### Familles concernées

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



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

## 2.4.20.1 1511-Groupe Nature d'assurance Maladie

1511	Groupe Nature d'assurance Maladie	
1. Date d'accident de droit commun	EF_CF04_02	 RG_CF309  RG_CF_R36
2. Indicateur Régime Alsace Moselle	EF_BS03_04	 RG_BS052

 RG\_CF304[CP2]

## 2.4.20.2 1512-Groupe Nature d'assurance Maternité

1512	Groupe Nature d'assurance Maternité	
1. Date de maternité	EF_CF05_01	 RG_CF_R30  RG_CF_R31

 RG\_CF304[CP1]

### 2.4.20.3 1513-Groupe Nature d'assurance Accident du Travail

1513	Groupe Nature d'assurance Accident du Travail	
1. Date d'accident du travail	EF_CF06_03	* RG CF R26
2. N° d'accident du travail	EF_CF06_01	* RG CF R26
3. Clé du n° d'accident du travail	EF_CF06_02	* RG CF R26

### 2.4.20.4 1514-Groupe Nature d'assurance Prévention

Ce groupe est prévu pour utilisation future.

1514	Groupe Nature d'assurance Prévention	
1. Champ d'application dispositif de prévention	EF_CF07_01	Zone réservée pour utilisation future
2. Date liée au dispositif de prévention	EF_CF07_02	Zone réservée pour utilisation future
3. N° d'accident lié au dispositif de prévention	EF_CF07_03	Zone réservée pour utilisation future
4. Clé du n° d'accident lié au dispositif de prévention	EF_CF07_04	Zone réservée pour utilisation future

### 2.4.20.5 1515-Groupe Nature d'assurance SMG

1515	Groupe Nature d'assurance SMG	
1. Montant total de la prise en charge SMG	EF_CF11_06	* RG CF304 * RG CF404

---

## 2.4.21 16xx-Groupes PRESTATION

---

### 2.4.21.1 Règles de gestion des prestations

✳ [RG\\_IP302](#)

---

#### Prestations de biologie

✳ [RG\\_IP302 \[CP1\]](#)

✳ [RG\\_IP341 \[CP2\]](#)

---

#### Enchaînement des groupes 161x

✳ [CG\\_MF002](#)

✳ [RG\\_IP303](#)

---

#### Tiers payant en mode dégradé

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

---

### 2.4.21.1.1 Règles particulières de présentation concernant certains types d'actes

---

#### Définition

✳ [RG\\_IP302 \[CP4\]](#)

---

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

✳ [RG\\_IP302 \[CP4\]](#)

---

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

✳ [RG\\_IP302 \[CP3\]](#)

✳ [RG\\_IP302](#)

✳ [RG\\_IP302 \[CP2\]](#)

✳ [RG\\_IP337 \[CP5\]](#)

✳ [IP – Remarques générales](#)

✳ [RG\\_IP302 \[CP3\]](#)

✳ [RG\\_IP302 \[CP3\]](#)

✳ [RG\\_IP302 \[CP3\]](#)

---

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

✱ RG\_IP360 [CP3]

✱ RG\_IP360 [CP3]

---

## Cumul d'Actes

✱ RG\_IP301



---

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

### Actes gratuits

- \* [RG\\_IP351 \[CP3\]](#)
- \* [RG\\_CF321](#)
- \* [RG\\_VF\\_T13 \[CP4\]](#)
- \* [IP – Remarques générales](#)
- \* [RG\\_CF321](#)
- \* [RG\\_VF\\_T13 \[CP3\]](#)

### Actes Non Remboursables et AME

- \* [RG\\_VF\\_B13 \[CP8\]](#)
- \* [RG\\_VF\\_T13 \[CP2\]](#)
- \* [RG\\_VF\\_B13 \[SP03.1\]](#)
- \* [RG\\_VF\\_T13 \[SP03.1\]](#)
- \* [RG\\_VF\\_B13 \[SP06\]](#)
- \* [RG\\_VF\\_T13 \[SP06\]](#)
- \* [RG\\_CF321](#)
- \* [RG\\_CF321\[SP06\]](#)
- \* [RG\\_CF321](#)

### Actes gratuits en AME

- \* [RG\\_CF321\[SP06\]](#)

## **Forfaits dentaires CMU- C**

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

✱ [RG\\_VF374\[SP03\]](#)

✱ [RG\\_CF321 \[SP03.1\]](#)

✱ [RG\\_VF\\_B13 \[SP03.1\]](#)

✱ [RG\\_VF\\_T13 \[SP03.1\]](#)

## **Actes Hors Nomenclature**

✱ [RG\\_CF321](#)

✱ [RG\\_VF\\_B13 \[CP9\]](#)

✱ [RG\\_VF\\_T13 \[CP2\]](#)

### Déplacements

- \* RG\_CF327
- \* RG\_CF321
- \* RG\_CF321[SP06]
- \* RG\_CF341[CP4]

### AME

- \* Corps du CDC §4.2.5 SP06

---

### Médicaments détournables

- \* RG\_CF321[CP1]

---

## Dépassements liés au parcours coordonné de soins

✱ [RG\\_CF326](#)

✱ [RG\\_CF315](#)

✱ [RG\\_CF326](#)

---

## Séquence de calcul et Arrondis



RG\_VF300

---

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



RG\_VF\_P1

- base de remboursement sur la part complémentaire =>  $B = \text{dépense réelle} - \text{montant remboursable par AMO}$
- ticket modérateur =>  $C = \text{tarif de responsabilité} - \text{montant remboursable par AMO}$
- participation maximum sur la part complémentaire =>  $D = \text{base de remboursement AMC} \times \text{taux de participation}$

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

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

part remboursable sur la part complémentaire =  $D$

part assuré =  $B - D$

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

part remboursable de la part complémentaire =  $B$

part assuré = zéro

Si  $D \geq B$

part remboursable de la part complémentaire =  $B$

part assuré = zéro

## 2.4.21.1.2 Spécificités Dentaires

### Soins dentaires

\* RG\_IP338[CP1]

\* RG\_IP341[CP4]

### Orthopédie dento-faciale

\* RG\_CF301[CP2]

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

\* RG\_CF301[CP2]

### Prothèses dentaires

\* RG\_CF301[CP2]

Les prothèses dentaires correspondent aux prestations de groupe fonctionnel « soins dentaires / prothétiques » (cf. Annexe2-Table1 / EF\_A2\_T1).

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

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



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

- Exemple (les plafonds sont fictifs) :

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

HBLD090	1	So	01/01/2020		175,00
HBLD745	2	FDA	01/01/2020		175,00
HBLD745	0	So	01/01/2020		230,00

## Forfait dentaire au titre de la C2S du panier de biens et services C2S

✱ IP05/Préambule : SP03.1 Forfaits dentaires CMU-C

### Exemple 1 Forfait CMU-C dans le panier de biens

	Code Prestation / Code regroupement	Code CCAM	Qté	Coeff	Dnb	Justif d'Exo	PU	Base remb.	Taux remb.	Mnt AMO	Mt de la dépense	Qualif. de la dépense	Mnt AMC	Reste à charge
à 70 %	PAR	HBLD138	1	1	1	0	139,75	139,75	70	97,83	139,75		41,92	0 <sup>(1)</sup>
	FDA		1	1	1	0	294,25	0	0	0	294,25	N	294,25	0
Total											434,00			

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

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

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

### Exemple 2 Forfait CMU-C hors panier de biens

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

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



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

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

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

**Ordre des  
prestations**

✱ IP05/Préambule : SP03.1 Forfaits dentaires CMU-C

**Définition**

✱ IP05/Préambule : SP03.1 Forfaits dentaires CMU-C

---

### 2.4.21.1.3 Codage de la biologie

✱ RG\_IP339[CP3]

✱ RG\_IP319

✱ RG\_IP360[CP2]

~~Toutefois, Le coefficient correspondant à ces majorations est à inclure dans le total des coefficients du groupe 1610.~~

Le nombre de groupe 1710 est limité à 50 par groupe 1610. cf. RG\_IP302[CP1].

La valeur du dénombrement du groupe 1610 est égale au nombre de groupes 1710 (codes affines) qui suivent cf. RG\_IP337[CP3].

✱ RG\_IP302[CP1]

✱ RG\_IP302[CP1]

---

### 2.4.21.1.4 Codage des actes d'anatomo-cytopathologie

~~Le groupe 1710 Ce groupe~~ est facultatif, le codage affiné n'étant pas obligatoire pour ce type de prestations d'anatomo-cytopathologie.

✱ RG\_IP319[CP1]

## 2.4.21.1.5 Spécificités : Frais pharmaceutique

### Codage de la Pharmacie

✱ RG\_IP314

#### Pour les médicaments

On établit un groupe 1610 *Prestation* par code prestation de groupe fonctionnel « Médicament » (EF\_IP05\_03) (cf. ~~Annexe2-Table1~~ EF\_A2\_T1).

Pour les prestations admettant le codage (top codage affiné = EF\_IP05\_05 oui, cf. ~~Annexe2-Table1~~ EF\_A2\_T1), ce groupe 1610 est suivi d'un groupe 1740 « *Prestation détaillée code CIP* », lui-même éventuellement suivi de 1 à 30 groupes 1741 « *Prestation détaillée lot d'un code CIP* » pour identifier les numéros de lot et de série des conditionnements de médicaments délivrés (cf. RG\_IP381).

✱ RG\_VF\_B2[CP1]

✱ RG\_IP337[CP2]

#### Refus de substitution

✱ RG\_IP322

✱ RG\_VF\_S1

### Opération de génération des honoraires de dispensation

✱ CF06 Préambule

#### Positionnement dans la facture

✱ RG\_CF340

#### Données d'une prestation d'honoraire générée

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

	Honoraire simple	Honoraires globaux
<b>1610-2</b> <b>Date</b> <b>d'exécution</b>	<i>Date de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte.</i> ✱ RG_IP338[CP5]	<i>Date de la facture</i> ✱ RG_IP338[CP6]

<b>1610-3 Lieu d'exécution</b>	Identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte. * RG_IP357[CP4]	Identique à celui de la dernière prestation saisie par le PS. * RG_IP357[CP5]
<b>1610-4 Code prestation</b>	cf. R60 * RG_IP339[CP8]	HC (cf. R61) HDR (cf. R62) HDA (cf. R63) HDE (cf. R64) * RG_IP339[CP9] * RG_IP339[CP13] * RG_IP339[CP14] * RG_IP339[CP15]
<b>1610-5 Code complément prestation</b>	Non renseigné. * RG_IP360[CP4]	Idem honoraire simple * RG_IP360[CP4]
<b>1610-6 Montant des honoraires</b>	Base de remboursement de l'honoraire * RG_VF_B13	Base de remboursement de l'honoraire global * RG_VF_B13
<b>1610-7 Qualificatif de la dépense</b>	Identique à celui de la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte * RG_CF321[CP3]	Non renseigné Hors cas particuliers AME et SMG * RG_CF321[CP4]
<b>1610-8 Coefficient</b>	Toujours à 1 * RG_IP341[CP4]	Idem honoraire simple * RG_IP341[CP4]
<b>1610-9 Quantité</b>	Egale au nb de boîtes de médicament utilisées pour la prestation médicament à laquelle l'honoraire se rapporte (1740-5 du médicament associé) * RG_IP320[CP5]	Egale à 1 * RG_IP320[CP6]
<b>1610-10 Dénombrement</b>	Toujours à 1 * RG_IP337[CP7]	Idem honoraire simple * RG_IP337[CP7]
<b>1610-11 Prix unitaire</b>	cf. S3 * RG_VF_B2[CP5]	Idem honoraire simple * RG_VF_B2[CP5]

\* RG\_CF341

## 2.4.21.1.6 Spécificité : LPP

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

Pour chaque code prestation de type de nomenclature LPP (cf. [Annexe2-Table4 EF\\_A2\\_T1](#)), on établit un groupe 1610 *Prestation*. Ce groupe 1610 est suivi de 1 à 10 groupes 1730 *Prestation détaillée*.

✱ [RG\\_IP302\[CP4\]](#)

### 1610-10 *Dénombrement*

✱ [RG\\_IP337\[CP6\]](#)

### 1610-11 *PU*

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

✱ [RG\\_VF\\_B2\[CP2\]](#)

### 1610-12 *Base de Remboursement*

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

✱ [RG\\_VF\\_B13\[CP5\]](#)

### 1610-6 *Montant des honoraires*

✱ [RG\\_IP351\[CP1\]](#)

✱ [RG\\_IP351\[CP3\]](#)

En nature d'assurance SMG ou AT, après renseignement du groupe 1610 et du 1730(\*) comme indiqué ci-dessus, le montant total facturé à l'assuré (champ 1610-6) est [utilisé fourni en entrée de la phase « Finalisation facture »](#) pour la génération des suppléments (VF05 ou VF07) et permet de déterminer le montant des honoraires calculé ([EF\\_VF05\\_09](#)) : cf. VF06 A1-A3).

~~A l'issue de cette phase,~~ le « montant des honoraires » à transmettre (champ 1610-6) ainsi que le(\*) « Montant tot, l facturé TTC après remise éventuelle » (champ 1730-11) sont mis à jour avec ce montant des honoraires calculé ([EF\\_VF05\\_09](#)) ~~issu de « Finalisation facture »~~

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

## Code lieu

✱ [RG\\_IP357\[CP3\]](#)

## Date d'exécution

✱ [RG\\_IP338\[CP4\]](#)

## 2.4.21.1.7 Spécificités : Soins Médicaux Gratuits (SMG)

En cas de facture SMG (présence d'un groupe 1515), chaque supplément dérogatoire éventuellement généré par le progiciel lors de la phase « Finalisation SMG » (cf. [A1-A3 VF05](#)) fait l'objet d'un groupe 1610.

## 2.4.21.1.8 Spécificités compléments AT

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

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

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

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

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

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

Les prestations ATL sont saisies par le Professionnel de Santé.

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

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

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



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

### Données d'une prestation ATL

1610-2	Date d'exécution	* <a href="#">RG_IP338[CP2]</a> ; <a href="#">RG_IP338[CP3]</a>	Egale à la date d'exécution de l'acte support
1610-3	Code lieu	* <a href="#">RG_IP357[CP1]</a> ; <a href="#">RG_IP357[CP2]</a>	Egal au code lieu de l'acte support
1610-4	Code prestation	* <a href="#">RG_IP339[CP6]</a> ; <a href="#">RG_IP339[CP7]</a>	Egal à « ATL »
1610-5	Code complément de prestation	* <a href="#">RG_IP360[CP6]</a>	Non renseigné
1610-6	Montant des honoraires	* <a href="#">VF06</a>	<a href="#">cf. A1-A3</a>

1610-7	<b>Qualificatif de la dépense</b>	* RG_CF321[CP2]	RG_CF321[CP2]
1610-8	<b>Coefficient</b>	* RG_IP341	RG_IP341
1610-9	<b>Quantité</b>	* RG_IP320	RG_IP320
1610-10	<b>Dénombrement</b>	* RG_IP337	RG_IP337

---

## 2.4.21.1.9 Spécificités : Qualificatif de la dépense



RG\_CF321

---

### Actes CCAM



RG\_CF321

---

### Prise en charge SMG



RG\_CF321[CP2]

---

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

Dans le cas d'une « réponse de prise en charge », deux modes de saisie des montants de la part complémentaire sont possibles. (Cf. VF15)

Dans le cas du mode 1, le montant théorique remboursable de la part complémentaire du champ 1610-15 est renseigné par le Professionnel de Santé à partir du montant total de la « réponse de prise en charge » (EF\_VF03\_03).

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

---

## 2.4.21.1.11 Spécificités Code prestation saisi par le Professionnel de Santé



RG\_IP393



---

#### 2.4.21.1.12 Spécificités Codes prestation « réservés PS »

Si le code prestation saisi par le Professionnel de Santé relève du groupe fonctionnel général « réservé PS » (cf. table 1 de l'annexe2 : [EF\\_A2\\_T1](#)), ce code prestation ne doit pas être transmis dans la facture :

- Il est utilisé pour toutes les règles de facturation,
- Il est remplacé dans le groupe 1610 par son code de remplacement associé qui se trouve dans la donnée « groupe fonctionnel détail » en table 1 de l'annexe2 (cf. [RG\\_MF4A074](#)) :
  - pour l'appel au service SSV\_FormaterFacture
  - pour l'appel aux fonctions du module STS



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

---

#### 2.4.21.1.13 Spécificités Victime d'Attentat

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

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

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

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

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



Pour rappel, toute prestation générée par le LPS (Origine de la prestation = « LPS ») ne peut être saisie par le PS (cf. RG\_IP393 [§2.4.21.1.14](#)).

---

#### 2.4.21.1.14 Spécificités Télémédecine



[RG\\_CF330](#)

---

#### **2.4.21.1.15 Spécificités Consultations Obligatoires Enfant**

 RG\_IP343

---

#### **2.4.21.1.16 Spécificités prestations générées par le LPS**

Cf. §3 ci-après

## 2.4.21.2 1610 Groupe Prestation

### Règles Groupe de données

#### Familles concernées

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

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

1610	Groupe Prestation	
1. N° de la prestation		N° ordre de la prestation (dans la facture)
2. Date d'exécution	EF_IP04_02	* RG_IP338 * RG_IP348
3. Lieu d'exécution	EF_IP06_01	* RG_IP357
4. Code prestation	EF_IP04_01	* RG_IP339 * RG_MF4A074
5. Code complément prestation	EF_IP08_01	* RG_IP360
6. Montant des honoraires	EF_VF05_09	* RG_VF409
7. Qualificatif de la dépense	EF_CF08_01	* RG_CF321
8. Coefficient	EF_IP04_03	* RG_IP341
9. Quantité	EF_IP04_04	* RG_IP320
10. Dénombrement	EF_IP04_05	* RG_IP337
11. Prix unitaire	EF_VF05_01	* RG_VF_B2 * RG_VF_BC1
12. Base de remboursement	EF_VF05_02	* RG_VF_B13 * RG_VF_BC4
13. Taux applicable à la prestation	EF_VF05_04	* RG_VF_T13
14. Montant remboursable par l'AMO	EF_VF05_07	* RG_VF_P1 * RG_VF_P1bis

15.Montant théorique remboursable de la part complémentaire	EF_VF06_01	<div>✱ RG_VF367</div> <div>✱ VF_Description</div>
16.Montant MTM restant à charge de l'assuré	EF_VF05_06	<div>✱ RG_VF_P1bis</div>

## 2.4.21.3 1620-Groupe Prestation IFD

### Règles Groupe de données

#### Gestion des Indemnités forfaitaires de déplacement

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

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

#### Familles concernées

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

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

1620	Groupe prestation IFD	
1. N° de la prestation IFD		N° ordre de la prestation (dans la facture)
2. Date du déplacement	EF_IP04_02	* RG_IP338 * RG_IP348
3. Code prestation de type Id. FD	EF_IP04_01	* RG_IP339 * RG_MF4A074
4. Montant de l'IFD	EF_VF05_09	* RG_VF409
5. Quantité (IFD)	EF_IP04_04	* RG_IP320
6. Prix unitaire (IFD)	EF_VF05_01	* RG_VF_B2
7. Base de remboursement (IFD)	EF_VF05_02	* RG_VF_B13
8. Taux applicable à l'IFD	EF_VF05_04	* RG_VF_T13
9. Montant remboursable par l'AMO (IFD)	EF_VF05_07	* RG_VF_P1 * RG_VF_P1bis
10. Montant théorique remboursable de la part complémentaire (IFD)	EF_VF06_01	* RG_VF367 * VF_Description
11. Qualificatif de la dépense (IFD)	EF_CF08_01	* RG_CF321
12. Montant MTM restant à charge de l'assuré	EF_VF05_06	* RG_VF_P1bis

## 2.4.21.4 1630-Groupe Prestation IK

### Règles Groupe de données

#### Gestion des Indemnités kilométriques

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

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

#### Familles concernées

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

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

1630	Groupe prestation IK	
1. N° de la prestation IK		N° ordre de la prestation (dans la facture)
2. Date du déplacement IK	EF_IP04_02	<ul style="list-style-type: none"> <li>* RG_IP338</li> <li>* RG_IP348</li> </ul>
3. Code prestation de type Id. K	EF_IP04_01	<ul style="list-style-type: none"> <li>* RG_IP339</li> <li>* RG_MF4A074</li> </ul>
4. Nombre de kilomètres	EF_IP04_04	* RG_IP320
5. Montant de l'IK	EF_VF05_09	* RG_VF409
6. Prix unitaire du kilomètre	EF_VF05_01	* RG_VF_B2
7. Base de remboursement (IK)	EF_VF05_02	* RG_VF_B13
8. Taux applicable à l'IK	EF_VF05_04	* RG_VF_T13
9. Montant remboursable par l'AMO (IK)	EF_VF05_07	<ul style="list-style-type: none"> <li>* RG_VF_P1</li> <li>* RG_VF_P1bis</li> </ul>
10. Montant théorique remboursable de la part complémentaire (IK)	EF_VF06_01	<ul style="list-style-type: none"> <li>* RG_VF367</li> <li>* VF_Description</li> </ul>
11. Qualificatif de la dépense (IK)	EF_CF08_01	* RG_CF321
12. Montant MTM restant à charge de l'assuré	EF_VF05_06	* RG_VF_P1bis

## 2.4.22 17xx-GROUPES PRESTATION DÉTAILLÉE

### 2.4.22.1 1710-Groupe Prestation Détaillée NABM

#### Règles Groupe de données

#### Gestion des prestations détaillées NABM



RG\_IP302[CP1]



RG\_IP319

#### Familles concernées

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

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

Ce groupe est facultatif.

1710	Groupe Prestation détaillée NABM	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
2. Code affiné NABM	EF_IP12_01	* RG_IP319

## 2.4.22.2 1730-Groupe Prestation détaillée LPP

### Règles Groupe de données

#### Gestion des prestations détaillées LPP

Ce groupe est obligatoire dès que le Professionnel de Santé délivre un dispositif médical de la LPP, que celui-ci soit codé ou non.

✱ RG\_IP302[CP4]

✱ RG\_IP304

#### Familles concernées

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

- Auxiliaires-médicaux
- Pharmaciens
- Fournisseurs

Ce groupe est facultatif.

✱ RG\_IP327

1730	Groupe Prestation détaillée LPP	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
2. Code LPP	EF_IP15_01	✱ RG_IP321
3. Type Prestation	EF_IP15_02	✱ RG_IP328
4. N° SIRET du Fabricant ou de l'importateur	EF_IP15_03	✱ RG_IP329
5. Date de début de location ou date d'achat ou de délivrance	EF_IP15_04	✱ RG_IP330
6. Date de fin de location ou de service	EF_IP15_05	✱ RG_IP331 ✱ RG_IP327[CP1]
7. Tarif LPP de référence	EF_IP15_07	✱ RG_IP333
8. Nombre d'unités	EF_IP15_08	✱ RG_IP334
9. Prix unitaire public de la prestation LPP	EF_IP15_06	✱ RG_IP332
10. Montant total LPP	EF_IP15_09	✱ RG_IP335
11. Montant total facturé TTC après remise éventuelle	EF_IP15_10	✱ RG_IP336 Cas particulier : En nature d'assurance SMG ou AT, mis à jour à partir du montant des honoraires du groupe 1610 (champ 1610-6) à l'issue de « Finalisation SMG » (cf. A1-A3)



---

## Contrôler les périodes LPP

✱ [RG\\_IP349](#)

---

## Actes gratuits

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

---

## Location

✱ [RG\\_IP328](#)

✱ [IP02.01 / Règles Prestation LPP / Préambule](#)

✱ [IP02.07.01 / Règles Codage LPP / Préambule](#)

## 2.4.22.3 1740-Groupe Prestation détaillée code CIP

### Règles Groupe de données

#### Gestion des prestations détaillées code CIP

Un seul groupe Prestation Détaillée code CIP est associé à un groupe Prestation.

Ce groupe est obligatoire dès lors qu'il est associé à un groupe prestation (1610) nécessitant du codage.

✱ IP02.01 /Règles Délivrance de médicaments / Préambule / Facturation des médicaments déconditionnés

#### Familles concernées

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

- Prescripteurs (cas des ProPharmaciens)
- Pharmaciens

Ce groupe est facultatif.

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

1740	Groupe Prestation détaillée code CIP	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
2. Type de code CIP du médicament délivré	EF_IP14_01 <sub>[délivré]</sub>	✱ RG_IP375
3. Code CIP du médicament délivré	EF_IP14_02 <sub>[délivré]</sub>	✱ RG_IP321
4. Prix unitaire du médicament délivré	EF_IP13_01	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hors déconditionnement : EF_IP13_01</li> <li>• En cas de déconditionnement du médicament, cette information est obligatoirement à <b>zéro</b>.</li> </ul> ✱ RG_IP324
5. Quantité de médicament délivré	EF_IP13_02	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hors déconditionnement : EF_IP13_02</li> <li>• En cas de déconditionnement, cette quantité est égale au « nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement » (11ème champ du présent groupe)</li> </ul> ✱ RG_IP325
6. Indicateur du médicament délivré	EF_IP13_03	✱ RG_IP376
7. Indicateur de substitution	EF_IP13_07	✱ RG_IP322 ✱ RG_IP_R66
8. Top déconditionnement	EF_IP13_05	✱ RG_IP378

9. Quantité d'unités délivrées dans le cadre du déconditionnement	EF_IP13_02	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déconditionnement : EF_IP13_02</li> <li>Hors déconditionnement : <b>zéro</b></li> </ul> <p>* RG_IP325</p>
10. Prix unitaire de l'unité délivrée dans le cadre du déconditionnement	EF_IP13_01	<p>Déconditionnement : EF_IP13_01</p> <p>Hors déconditionnement : <b>zéro</b></p> <p>* RG_IP324</p>
11. Nombre de conditionnements utilisés dans le cadre du déconditionnement	EF_IP13_06	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déconditionnement : EF_IP13_06</li> <li>Hors déconditionnement : <b>zéro</b></li> </ul> <p>* RG_IP379</p>
12. Mode de prescription	EF_IP13_04	<ul style="list-style-type: none"> <li>EF_IP13_04 si renseigné</li> <li>A <b>blanc</b> sinon.</li> </ul> <p>* RG_IP377</p> <p>* RG_IP_R65</p> <p>* RG_IP_R66</p>
13. Type de code CIP du médicament prescrit	EF_IP14_01 <sub>[prescrit]</sub>	<p>* RG_IP375</p>
14. Code CIP du médicament prescrit	EF_IP14_02 <sub>[prescrit]</sub>	<p>* RG_IP321</p>
15. Conditions particulières	EF_IP13_08	<p>* RG_IP380</p>

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

### Règles Groupe de données

✱ IP02.01 /Règles Délivrance de médicaments / Préambule / Informations de traçabilité

✱ RG\_IP381

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

### Familles concernées

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

- Prescripteurs (cas des ProPharmaciens)
- Pharmaciens

Ce groupe est facultatif.

Ce groupe ne concerne pas les centres de santé.

1741	Groupe Prestation détaillée lot d'un code CIP	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le détail de la prestation
2. N° de rang du lot		De 1 à 30 lots différents pour la délivrance d'un même médicament
3. N° de lot du conditionnement	EF_IP17_01	✱ RG_IP381
4. Quantité de conditionnement appartenant au même lot	EF_IP17_02	✱ RG_IP382
5. Conditionnement déconditionné	EF_IP17_03	✱ RG_IP383 ✱ RG_MF4R065 ✱ RG_MF4R108
6. N° de série du conditionnement délivré	EF_IP17_04	✱ RG_IP384

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

### Règles Groupe de données

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

#### DT\_CDC001

Ce groupe est obligatoire lorsque la nature d'assurance est Maladie (groupe 1511).  
A l'inverse si la nature d'assurance est Maternité (groupe 1512), Accident du Travail (groupe 1513) ou Soins Médicaux Gratuits (groupe 1515), le groupe 1820 est interdit.  
Enfin, si la nature d'assurance est Prévention (groupe 1514), ce groupe est facultatif.

Ce groupe est rattaché à tout type de prestation (groupe 16xx).



#### Cas particulier d'un déplacement



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

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



#### Cas particulier d'un honoraire de dispensation simple

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

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



#### Cas particulier de l'honoraire de dispensation complexe

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

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



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

Le code justification d'exonération dépend des codes justification d'exonération des médicaments exonérés de la facture Cf. ~~Annexe 2 règle T8 RG\_VF\_T8~~.




Détermination du taux d'exonération : cf. opération VF02 ~~Annexe 2 Chapitre Taux de Remboursement~~.

### Familles concernées

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

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

- Fournisseurs

1820	Groupe Complément de prestation Exonération du Ticket Modérateur	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle s'applique le code justification d'exonération du ticket modérateur
2. Code justification d'exonération du ticket modérateur	EF_VF05_05	 <a href="#">Cf. Opération VF02</a>

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

### Règles Groupe de données

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

### Familles concernées

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

- Prescripteurs
- Auxiliaires-médicaux
- Pharmaciens

Ce groupe est facultatif.

### Cas Particulier Télémédecine

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

### Prestations de type secondaire

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

1830	Groupe Complément de prestation DMT-MT	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le complément de prestation DMT-MT
2. Discipline de prestations	EF_IP08_03	* RG IP361
3. Mode de traitement	EF_IP08_04	* RG IP361
4. Identification appareillage	EF_IP08_07	Numéro d'agrément de l'appareil ou de l'installation Identifiant de la connexion vidéo sécurisée utilisée pour la Téléconsultation si celui-ci est connu.
5. Date d'installation	EF_IP08_06	Date d'installation de l'appareil
6. Puissance	EF_IP08_08	Puissance ou classe de l'appareil
7. Zone d'implantation	EF_IP08_09	Zone d'implantation de l'exploitant de l'appareil
8. N° ordre de l'examen	EF_IP08_10	N° ordre de l'examen

## 2.4.25 1840-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Entente Préalable

### Règles Groupe de données

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

### Familles concernées

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

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

1840	Groupe Complément de prestation Entente Préalable	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'entente préalable
2. Code accord entente préalable	EF_CF09_02	<p>✳ RG_CF324</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• valeur 0 pour une absence de réponse de la caisse dans le délai réglementaire.</li> <li>• valeur 4 pour une réponse favorable</li> <li>• valeur 5 pour une notion d'urgence</li> </ul> <p>! Cette information est obligatoire</p>
3. Date d'envoi de la demande d'entente préalable	EF_CF09_03	<p>✳ RG_CF324</p> <p>✳ RG_CF343</p> <p>! Cette information est obligatoire</p>
4. Identification de l'entente préalable		<p>👉 zone réservée pour utilisation future</p>



## 2.4.26 1850-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Renouvellement

### Règles Groupe de données

#### Familles concernées

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

- Pharmaciens
- Laboratoires d'analyse de biologie médicale

Ce groupe est facultatif.

1850	Groupe Complément de prestation Renouvellement	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le renouvellement.
2. Renouvellement	EF_IP08_12	* RG_IP365

## 2.4.27 1860-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Dent traitée

### Règles Groupe de données

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

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

### Familles concernées

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

- Prescripteurs (spécialités Chirurgie Dentaire/Médecins Soins dentaires)

Ce groupe est facultatif.

1860	Groupe Complément de prestation Dent traitée	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'identification de la dent traitée.
2. Dent traitée	EF_IP08_11	* RG_IP362

## 2.4.28 1870-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Exécutant

### Règles Groupe de données

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

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

### Familles concernées

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

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

1870	Groupe Complément de prestation Exécutant	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'identification de l'exécutant
2. N° d'identification de l'exécutant	EF_IP07_01	* RG_IP359
3. Clé du n° d'identification de l'exécutant	EF_IP07_02	* RG_IP359
4. Code spécialité de l'exécutant	EF_IP07_03	* RG_IP359
5. Code zone tarifaire de l'exécutant	EF_IP07_04	* RG_IP359
6. Condition d'exercice de l'exécutant	EF_IP07_05	* RG_IP359
7. Code conventionnel de l'exécutant	EF_IP07_06	* RG_IP359
8. N° RPPS de l'exécutant	EF_IP07_08	* RG_IP359
9. Clé du n° RPPS de l'exécutant	EF_IP07_09	* RG_IP359
10. N° de la structure de l'exécutant	EF_IP07_10	* RG_IP359

## 2.4.29 1880-Groupe COMPLEMENT de PRESTATION Lieu d'exercice

### Règles Groupe de données



#### **Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré**

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



#### **Prestations de type secondaire**

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

### Familles concernées

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

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

Ce groupe est facultatif.

1880	Groupe Complément de prestation Lieu d'exercice	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le lieu d'exercice.
2. Lieu d'exercice	EF_IP06_02	RG_IP358

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

### Règles Groupe de données



#### **Cas particulier d'un honoraire de dispensation généré**

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



#### **Prestations de type secondaire**

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

### Familles concernées

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

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

Ce groupe est facultatif.

1890	Groupe Complément de prestation Réseau ou filière de soins	
3. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'identification du réseau ou de la filière de soins
4. Identifiant réseau ou filière de soins	EF_IP08_02	* RG IP364

## 2.4.31 1910-Groupe TOTAL Facture

### Règles Groupe de données

Ce groupe est obligatoire.

La valorisation du champ « Total participation assuré » est obligatoire.

✳ RG\_VF313

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

✳ VF16 / Description

### Prise en charge SMG

✳ RG\_VF410

### Réponse de prise en charge de la part complémentaire

**Rappel :** Dans le cas d'une réponse de prise en charge, deux modes d'acquisition des montants de la part complémentaire (cf. 4.2.1.9 Corps), sont proposés par le progiciel.

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

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

### Familles concernées

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

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

1910	Groupe Total Facture	
1. Nombre de prestations	EF_IP01_02	Nombre de groupes 16xx
2. Total des montants facturés	EF_IP01_03	✳ RG_IP372
3. Total remboursable par l'AMO	EF_VF02_01	✳ RG_VF312
4. Total participation assuré	EF_VF02_02	✳ RG_VF313

5. Total théorique remboursable de la part complémentaire	EF_VF03_01	<div>✱ RG_VF367</div> <div>✱ RG_VF364[CP1]</div> <div>✱ RG_VF367[CP5]</div> <div>✱ RG_VF509</div>
6. Total remboursable de la part complémentaire	EF_VF03_02	Champ créé par anticipation, et dans l'attente de sa mise en œuvre, le montant à véhiculer dans ce champ est égal au total théorique remboursables de la part complémentaire.

## 2.4.32 2000-Groupe Forçage AMO niveau acte

### Règles Groupe de données

Ce groupe est facultatif.

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

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

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

### Familles concernées

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

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

2000	Groupe Forçage AMO niveau acte	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'indicateur de forçage
2. Indicateur de forçage AMO niveau acte		* RG MF4S071



## 2.4.33 2010-Groupe Forçage sur la part complémentaire niveau acte

### Règles Groupe de données


Ce groupe est facultatif.

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

### Familles concernées

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

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

2010	Groupe Forçage sur la part complémentaire niveau acte	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache l'indicateur de forçage
2. Indicateur de forçage AMC niveau acte		 RG_MF4S100

## 2.4.34 2020-Groupe Base de Remboursement Conventionnée AMO


### Règles Groupe de données

Ce groupe est obligatoire dans tous les cas.

#### Familles concernées

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

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

2020	Groupe <i>Base de remboursement conventionnée AMO</i>	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache la base de remboursement conventionnée AMO
2. Base de remboursement conventionnée AMO	EF_VF05_03	 RG_VF301 Ce montant est à indiquer en centimes d'Euros.

## 2.4.35 2030-Groupe Prévention commune AMO/AMC

### Règles Groupe de données

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

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

✱ RG\_CF322 [CP1]

✱ RG\_CF322 [CP2]

### Familles concernées

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

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

2030	Groupe Prévention AMO/AMC	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattachent les informations de prévention
2. Top prévention commune AMO/AMC	EF_CF10_01	✱ RG_CF322
3. Qualifiant du dispositif de prévention	EF_CF10_02	✱ RG_CF322

## 2.4.36 2100-Groupe Code Acte CCAM

### Règles Groupe de données

Ce groupe est obligatoire pour toute prestation CCAM.

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

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

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

### Familles concernées

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

- Prescripteurs

2100	Groupe Code acte CCAM	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache le code acte CCAM.
2. Code de l'acte CCAM	EF_IP09_01	* RG IP315
3. Code extension documentaire	EF_IP09_06	* RG IP318
4. Code activité	EF_IP09_02	* RG IP315
5. Code phase de traitement	EF_IP09_03	* RG IP315
6. Code modificateur 1	EF_IP10_01	* RG IP CC9
7. Code modificateur 2	EF_IP10_01	* RG IP CC9
8. Code modificateur 3	EF_IP10_01	* RG IP CC9
9. Code modificateur 4	EF_IP10_01	* RG IP CC9
10.Code association	EF_IP09_04	* RG IP CC1
11.Code remboursement exceptionnel	EF_CF08_04	* RG IP CC11
12.Supplément de charge	EF_IP09_05	* RG IP CC14
13.Données CCAM complémentaires	EF_IP10_02	* RG IP CC13

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

### Règles Groupe de données

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

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

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

### Familles concernées

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

- Prescripteurs

2200	Groupe Liste des dents traitées (acte CCAM)	
1. N° de la prestation (de rattachement)		Indiquer le N° de la prestation à laquelle se rattache la liste des dents traitées.
2. N° de la dent 1	EF_IP11_01	* RG_IP391 Si un seul numéro de localisation de dent est renseigné, il est nécessaire de le renseigner en première position.
3. N° de la dent 2	EF_IP11_01	* RG_IP391
4. N° de la dent 3	EF_IP11_01	* RG_IP391
5. N° de la dent 4	EF_IP11_01	* RG_IP391
6. N° de la dent 5	EF_IP11_01	* RG_IP391
7. N° de la dent 6	EF_IP11_01	* RG_IP391
8. N° de la dent 7	EF_IP11_01	* RG_IP391
9. N° de la dent 8	EF_IP11_01	* RG_IP391
10.N° de la dent 9	EF_IP11_01	* RG_IP391
11.N° de la dent 10	EF_IP11_01	* RG_IP391
12.N° de la dent 11	EF_IP11_01	* RG_IP391
13.N° de la dent 12	EF_IP11_01	* RG_IP391
14.N° de la dent 13	EF_IP11_01	* RG_IP391
15.N° de la dent 14	EF_IP11_01	* RG_IP391
16.N° de la dent 15	EF_IP11_01	* RG_IP391
17.N° de la dent 16	EF_IP11_01	* RG_IP391

---

#### 2.4.38 3700-Groupe Contexte Tarification de la part Complémentaire



Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

---

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



Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

---

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



Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

---

#### 2.4.41 3730-Groupe Paramètres de calcul STS



Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

---

#### 2.4.42 3740-Groupe Paramètres de calcul contrats responsables



Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

---

#### 2.4.43 3770-Groupe Zone tampon de la part Complémentaire



Règles et descriptif, voir annexe 1 – partie A2

## 2.5 Composition d'une FACTURE pour chaque famille



### Légende

Dans les § suivants :

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

### 2.5.1 Famille Auxiliaires médicaux

AUXILIAIRES-MÉDICAUX		
→	1110	Groupe <i>Identification Facture</i>
→	1120	Groupe <i>Identification Professionnel de Santé</i>
→	1130	Groupe <i>Identification du bénéficiaire</i>
.....→	1140	Groupe <i>Identification Structure</i>
.....→	1150	Groupe <i>Identification Remplaçant</i>
.....→	1151	Groupe <i>Identification RPPS Remplaçant</i>
.....→	1160	Groupe <i>Identification Individu</i>
→	121x	Groupe <i>Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire ou 1214)</i>
.....→	1230	Groupe <i>Origine de la prescription</i>
→	1310	Groupe <i>Organisme AMO</i>
.....→	1321	Groupe <i>Organismes complémentaires</i>
.....→	1330	Groupe <i>Données Complémentaire Additionnelles</i>
→	1410	Groupe <i>Cadre de remboursement</i>
→	1420	Groupe <i>Identification de pièce justificative pour l'AMO</i>
.....→	1440	Groupe <i>Forçage niveau facture</i>
.....→	1450	Groupe <i>Module de Tarification Complémentaire</i>
→	151x	Groupe <i>Nature d'assurance</i>
n	n	→ 1610 Groupe <i>Prestation</i>
		.....→ 1820 Groupe <i>Complément de prestation Exonération TM</i>
		.....→ 1830 Groupe <i>Complément de prestation DMT-MT ou Télémédecine</i>
		.....→ 1840 Groupe <i>Complément de prestation Entente préalable</i>
		.....→ 1870 Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
		.....→ 1880 Groupe <i>Complément de prestation Lieu d'exercice</i>
		.....→ 1890 Groupe <i>Complément de prestation Réseau ou filière de soins</i>
		.....→ 2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
		.....→ 2010 Groupe <i>Forçage sur la part Complémentaire niveau acte</i>
		→ 2020 Groupe <i>Base de Remboursement conventionnée AMO</i>
		.....→ 2030 Groupe <i>Prévention commune AMO/AMC</i>
		n.....→ 1730 Groupe <i>Prestation détaillée LPP</i>
		.....→ 1620 Groupe <i>Prestation IFD</i>

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

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



## 2.5.2 Famille Prescripteurs

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

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

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

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

## 2.5.3 Famille Pharmaciens

PHARMACIENS		
→	1110	Groupe <i>Identification Facture</i>
→	1120	Groupe <i>Identification Professionnel de Santé</i>
→	1130	Groupe <i>Identification du bénéficiaire</i>
→	1140	Groupe <i>Identification Structure</i>
→	1150	Groupe <i>Identification Remplaçant</i>
→	1151	Groupe <i>Identification RPPS Remplaçant</i>
→	1160	Groupe <i>Identification Individu</i>
→	1170	Groupe <i>Identification Liste Opposition Carte Vitale</i>
→	121x	Groupe <i>Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire ou 1214)</i>
→	1230	Groupe <i>Origine de la prescription</i>
→	1310	Groupe <i>Organisme AMO</i>
→	1321	Groupe <i>Organismes complémentaires</i>
→	1330	Groupe <i>Données Complémentaire Additionnelles</i>
→	1410	Groupe <i>Cadre de remboursement</i>
→	1420	Groupe <i>Identification de pièce justificative pour l' AMO</i>
→	1440	Groupe <i>Forçage niveau facture</i>
→	1450	Groupe <i>Module de Tarification Complémentaire</i>
→	151x	Groupe <i>Nature d'assurance</i>
n	→	1610 Groupe <i>Prestation</i>
	→	1820 Groupe <i>Exonération du T.M</i>
	→	1830 Groupe <i>Complément de prestation DMT-MT ou Télémédecine</i>
	→	1840 Groupe <i>Complément de prestation Entente préalable</i>
	→	1850 Groupe <i>Complément de prestation Renouvellement</i>
	→	1890 Groupe <i>Complément de prestation Réseau ou filière de soins</i>
	→	1870 Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
	→	2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
	→	2010 Groupe <i>Forçage sur la part Complémentaire niveau acte</i>
	→	2020 Groupe <i>Base de Remboursement conventionnée AMO</i>
	→	2030 Groupe <i>Prévention commune AMO/AMC</i>
	→	1740 Groupe <i>Prestation détaillée code CIP</i>
n	→	1741 Groupe <i>Prestation détaillée lot d'un code CIP</i>
n	→	1730 Groupe <i>Prestation détaillée LPP</i>
	1910	Groupe <i>Total Facture</i>

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

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

## 2.5.4 Famille Laboratoires

LABORATOIRES D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE			
→	1110	Groupe <i>Identification Facture</i>	
→	1120	Groupe <i>Identification Professionnel de Santé</i>	
→	1130	Groupe <i>Identification du bénéficiaire</i>	
→	1140	Groupe <i>Identification Structure</i>	
→	1160	Groupe <i>Identification Individu</i>	
→	121x	Groupe <i>Prescription (groupe 1211 ou 1213 obligatoire ou 1214)</i>	
→	1230	Groupe <i>Origine de la prescription</i>	
→	1310	Groupe <i>Organisme AMO</i>	
→	1321	Groupe <i>Organismes complémentaires</i>	
→	1330	Groupe <i>Données Complémentaire Additionnelles</i>	
→	1410	Groupe <i>Cadre de remboursement</i>	
→	1420	Groupe <i>Identification de pièce justificative pour l'AMO</i>	
→	1440	Groupe <i>Forçage niveau facture</i>	
→	1450	Groupe <i>Module de Tarification Complémentaire</i>	
→	151x	Groupe <i>Nature d'assurance</i>	
n	n	→	1610 Groupe <i>Prestation</i>
		→	1820 Groupe <i>Complément de prestation Exonération du TM</i>
		→	1840 Groupe <i>Complément de prestation Entente préalable</i>
		→	1850 Groupe <i>Complément de prestation Renouvellement</i>
		→	1870 Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
		→	1880 Groupe <i>Complément de prestation Lieu d'exercice</i>
		→	1890 Groupe <i>Complément de prestation Réseau ou filière de soins</i>
		→	2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
		→	2010 Groupe <i>Forçage sur la part Complémentaire niveau acte</i>
		→	2020 Groupe <i>Base de Remboursement conventionnée AMO</i>
		→	2030 Groupe <i>Prévention commune AMO/AMC</i>
		n	1710 Groupe <i>Prestation détaillée NABM</i>
	n	→	1620 Groupe <i>Prestation IFD</i>
		→	1820 Groupe <i>Complément de prestation Exonération du TM</i>
		→	1870 Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
		→	2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
		→	2010 Groupe <i>Forçage sur la part Complémentaire niveau acte</i>
	n	→	2020 Groupe <i>Base de Remboursement conventionnée AMO</i>
		→	1630 Groupe <i>Prestation IK</i>
		→	1820 Groupe <i>Complément de prestation Exonération du TM</i>
		→	1870 Groupe <i>Complément de prestation Exécutant</i>
		→	2000 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>
		→	2010 Groupe <i>Forçage AMO niveau acte</i>



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

## 2.5.5 Famille Fournisseurs

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

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

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

## 2.6 Synthèse de la Zone d'échange de la facture

Cette partie a pour objet de synthétiser la liste des groupes constituant la zone d'échange de la facture, en précisant pour chaque famille de Professionnel de Santé l'aspect obligatoire, facultatif, ou non utilisé de chaque groupe.

Groupe		Auxiliaires médicaux	Prescripteurs	Pharmaciens	Fournisseurs	Laboratoires
1110	Identification Facture	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1120	Identification Professionnel de Santé	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1130	Identification du bénéficiaire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1140	Identification Structure	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1150	Identification Remplaçant	Facultatif	Facultatif	Facultatif	non utilisé	Facultatif
1160	Identification Individu	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1170	Identification Liste Opposition Carte Vitale	non utilisé	non utilisé	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1180	Identification Médecin Traitant	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1211	Prescription PS libéral	Obligatoire (hors groupe 1212 non utilisé)	Facultatif	Obligatoire (hors groupe 1212 non utilisé)	Obligatoire (hors groupe 1212 non utilisé)	Obligatoire (hors groupe 1212 non utilisé)
1212	Prescription Chirurgiens Dentistes/Stomatologues					
1213	Prescription PS salarié					
1214	Prescription PS bénévole					
1220	Arrêt de Travail	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1230	Origine de la prescription	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1310	Organisme AMO	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1321	Organisme complémentaire	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1330	Données Complémentaire Additionnelles	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1410	Cadre de remboursement	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1420	Identification de pièce justificative pour l'AMO	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1440	Forçage niveau Facture	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1450	Module de tarification complémentaire	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1511	Nature d'assurance Maladie	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1512	Nature d'assurance Maternité					
1513	Nature d'assurance Accident du travail					
1514	Nature d'assurance Prévention					
1515	Nature d'assurance Soins Médicaux Gratuits					
1610	Prestation	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
1620	Prestation IFD	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1630	Prestation IK	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1710	Prestation détaillée NABM	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1730	Prestation détaillée LPP	Obligatoire	non utilisé	Obligatoire	Obligatoire	non utilisé
1740	Prestation détaillée code CIP	non utilisé	Facultatif	Facultatif	non utilisé	Facultatif

Groupe		Auxiliaires médicaux	Prescripteurs	Pharmaciens	Fournisseurs	Laboratoires
1741	Prestation détaillée lot d'un code CIP	non utilisé	Facultatif	Facultatif	non utilisé	Facultatif
1820	Complément de prestation Exonération du TM	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1830	Complément de prestation DMT-MT	Facultatif	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé
1840	Complément de prestation Entente préalable	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1850	Complément de prestation Renouvellement	non utilisé	non utilisé	Facultatif	non utilisé	Facultatif
1860	Complément de prestation Dent traitée	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1870	Complément de prestation Exécutant	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1880	Complément de prestation Lieu d'exercice	Facultatif	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
1890	Complément de prestation Réseau ou filière de soins	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
1910	Total Facture	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
2000	Forçage AMO niveau acte	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
2010	Forçage sur la part complémentaire niveau acte	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
2020	Base de Remboursement conventionnée AMO	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
2030	Prévention AMO/AMC	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif	Facultatif
2100	Code acte CCAM	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
2200	Liste des dents traitées (acte CCAM)	non utilisé	Facultatif	non utilisé	non utilisé	non utilisé
3700	Contexte tarification AMC	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3710	Formule AMC appliquée au niveau acte	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3720	Formule AMC appliquée au niveau facture	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3730	Paramètres de calcul STS	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire
3740	Paramètres de calcul Contrats Responsables	non utilisé	Obligatoire	non utilisé	non utilisé	non utilisé
3770	Zone tampon AMC	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire



### 3 Prestations générées par le LPS : synthèse des données à déterminer

#### 3.1 Suppléments dérogatoires SMG

\* SFG VF VF05.02.01

\* SFG VF VF05.02.03

#### Synthèse des données

1610-2	Date d'exécution	* RG_IP338 CP2	Date d'exécution de la dernière prestation remboursable AMO (SD_SMG-R) saisie par le Professionnel de Santé.
		* RG_IP338 CP3	Date d'exécution de la dernière prestation non remboursables AMO (SD_SMG-NR) saisie par le Professionnel de Santé.
	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	* RG_IP366	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)
1610-3	Code lieu	* RG_IP357 CP1 * RG_IP357 CP2	code lieu de la dernière prestation remboursable AMO (SD_SMG-R) ou non remboursables AMO (SD_SMG-NR) saisie par le Professionnel de Santé.
1610-4	Code prestation	* RG_IP339 CP6	DPS
		* RG_IP339 CP7	DAP SGN SGA
	Type de la prestation	* RG_IP353	Cf. EF_A2_T1
	Type de nomenclature	* RG_IP354	Cf. EF_A2_T1
	Groupe fonctionnel	* RG_IP355	Cf. EF_A2_T1
	Top nécessité de codage affiné	* RG_IP356	Cf. EF_A2_T1
	Origine de la prestation	* RG_IP392	Cf. EF_A2_T1
1610-5	Code complément de prestation	* RG_IP360 CP6	Non renseigné
1610-6	Montant des honoraires	* RG_VF409	Pour les prestations générées par le LPS, le montant des honoraires correspond à la base de remboursement (1610-12)
1610-7	Qualificatif de la dépense	* RG_CF321	Valeur « L »
1610-8	Coefficient	* RG_IP341	Valeur 1
1610-9	Quantité	* RG_IP320	Valeur 1

<b>1610-10</b>	Dénombrement	* <a href="#">RG_IP337</a>	Valeur 1
	Montant PS des honoraires	* <a href="#">RG_IP351</a> <a href="#">CP41</a>	Non renseigné
	Top prestation remboursable AMO	* <a href="#">RG_CF332</a>	Valeur VRAI
<b>1610-11</b>	Prix unitaire	* <a href="#">RG_VF_B2</a> <a href="#">CP31</a>	
<b>1610-12</b>	Base de remboursement	* <a href="#">RG_VF_B13</a>	
<b>1610-13</b>	Taux de remboursement	* <a href="#">RG_VF_T3</a>	100%
<b>1610-14</b>	Montant remboursable AMO	* <a href="#">RG_VF_P1</a>	
	Montant du dépassement	* <a href="#">RG_VF_P2</a>	
<b>2020-2</b>	BR conventionnée	* <a href="#">RG_VF301</a>	

## 3.2 Suppléments en nature d'assurance AT

### 3.2.1 Compléments AT Dentaires

\* SFG VF VF07.01.01

\* SFG VF VF07.01.03

#### Synthèse des données

1610-2	Date d'exécution	* RG IP338 CP7	Egale à la date d'exécution de l'acte support
	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	* RG IP366	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)
	Code lieu	* RG IP357 CP6	Egal au code lieu de l'acte support
1610-3	Code prestation	* RG IP339 CP10	Egal à « ATD »
1610-4	Type de la prestation	* RG IP353	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
	Type de nomenclature	* RG IP354	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
	Groupe fonctionnel	* RG IP355	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
	Top nécessité de codage affiné	* RG IP356	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
	Origine de la prestation	* RG IP392	A prendre en table 1 de l'annexe 2 (cas général)
1610-5	Code complément de prestation	* RG IP360 CP5	Non renseigné
	Montant PS des honoraires	* RG IP351 CP6	Egal au montant remboursable AMO (1610-14)
1610-6	Montant des honoraires	* RG VF409	Pour les prestations générées par le LPS, le montant des honoraires correspond à la base de remboursement (1610-12)
1610-7	Qualificatif de la dépense	* RG CF321 CP5	Egal au qualificatif de la dépense de l'acte support
1610-8	Coefficient	* RG IP341	Valeur 1
1610-9	Quantité	* RG IP320	Valeur 1
1610-10	Dénombrement	* RG IP337	Valeur 1
	Top prestation remboursable AMO	* RG CF332	Pas de cas particulier, déterminé selon la règle générale pour une prestation de type complément AT dentaire
1610-11	Prix unitaire	* RG VF B2 CP6	
1610-12	Base de remboursement	* RG VF B13 CP11	
	Date de référence pour la BR	* RG VF B1	(cas général)

	Montant du dépassement	* RG_VF_P2	
1610-13	Taux de remboursement	* RG_VF_T3 schéma ST2	
1610-14	Montant remboursable AMO	* RG_VF_P1 schéma SP1	
1820-2	Code justification d'exonération du ticket modérateur	* RG_VF_T3 schéma ST2	
1860-2	Numéro de dent traitée NGAP	* RG_IP362[CP1]	Non renseigné
1870	Informations du PS salarié	* RG_IP359[CP1]	Egales aux informations du PS salarié de l'acte support
1880-2	Identifiant du lieu d'exécution	* RG_IP358[CP2]	Egal au lieu d'exécution de l'acte support
1890-2	libellé identifiant réseau soin	* RG_IP364[CP2]	Egales aux informations de l'acte support
2020-2	BR conventionnée	* RG_VF301	(cas général)

### 3.2.2 Supplément APIAS

✱ SFG VF VF07.02.01

✱ SFG VF VF07.02.03

#### Synthèse des données

1610-2	Date d'exécution	✱ RG_IP338 CP8	Egale à la date de la facture
	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	✱ RG_IP366	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)
1610-3	Code lieu	✱ RG_IP357 CP9	Egal au code lieu de la première prestation de la facture
1610-4	Code prestation	✱ RG_IP339 CP11	Egal à « DAT »
	Type de la prestation	✱ RG_IP353	Cf. EF_A2_T1
	Type de nomenclature	✱ RG_IP354	Cf. EF_A2_T1
	Groupe fonctionnel	✱ RG_IP355	Cf. EF_A2_T1
	Top nécessité de codage affiné	✱ RG_IP356	Cf. EF_A2_T1
	Origine de la prestation	✱ RG_IP392	Cf. EF_A2_T1
1610-5	Code complément de prestation	✱ RG_IP360 CP7	Non renseigné
	Montant PS des honoraires	✱ RG_IP351 CP8	Déterminé par VF06 (cf. RG_VF409 : Egal à la base de remboursement (1610-12))
1610-6	Montant des honoraires	✱ RG_VF409	Pour les prestations générées par le LPS, le montant des honoraires correspond à la base de remboursement (1610-12)
1610-7	Qualificatif de la dépense	✱ RG_CF321	Non renseigné (cas général)
1610-8	Coefficient	✱ RG_IP341	Valeur 1
1610-9	Quantité	✱ RG_IP320	Valeur 1
1610-10	Dénombrement	✱ RG_IP337	Valeur 1
	Top prestation remboursable AMO	✱ RG_CF332	Valeur VRAI
1610-11	Prix unitaire	✱ RG_VF_B2 CP7	Montant du supplément APIAS déterminé préalablement (cf. RG_VF351)
1610-12	Base de remboursement	✱ RG_VF_B13	(cas général)

<b>1610-13</b>	Taux de remboursement	✱ <a href="#">RG_VF_T3</a>	100%
<b>1610-14</b>	Montant remboursable AMO	✱ <a href="#">RG_VF_P1</a>	(cas général)
	Montant du dépassement	✱ <a href="#">RG_VF_P2</a>	(cas général)
<b>1820-2</b>	Code justification d'exonération du ticket modérateur	✱ <a href="#">RG_VF_T3</a>	
<b>2020-2</b>	BR conventionnée	✱ <a href="#">RG_VF301</a>	(cas général)

### 3.3 Dépassements pour victime d'attentat

\* SFG VF VF08.01

\* SFG VF VF08.03

#### Synthèse des données

1610-2	Date d'exécution	* RG_IP338 CP9	Egale à la date d'exécution de l'acte support
	Age du bénéficiaire à la date d'exécution	* RG_IP366	A déterminer à partir de la date de naissance lue en carte (cas général)
1610-3	Code lieu	* RG_IP357 CP3	Egal au lieu d'exécution de l'acte support
1610-4	Code prestation	* RG_IP339 CP12	Egal au code prestation déterminé par la règle RG_VF_R55 préalable
	Type de la prestation	* RG_IP353	Cf. EF_A2_T1
	Type de nomenclature	* RG_IP354	Cf. EF_A2_T1
	Groupe fonctionnel	* RG_IP355	Cf. EF_A2_T1
	Top nécessité de codage affiné	* RG_IP356	Cf. EF_A2_T1
	Origine de la prestation	* RG_IP392	Cf. EF_A2_T1
1610-5	Code complément de prestation	* RG_IP360 CP8	Non renseigné
	Montant PS des honoraires	* RG_IP351 CP9	Egal au montant remboursable AMO (1610-14)
1610-6	Montant des honoraires	* RG_VF409	Pour les prestations générées par le LPS, le montant des honoraires correspond à la base de remboursement (1610-12)
1610-7	Qualificatif de la dépense	* RG_CF321 CP6	Egal au qualificatif de la dépense de l'acte support
1610-8	Coefficient	* RG_IP341	Valeur 1
1610-9	Quantité	* RG_IP320	Valeur 1
1610-10	Dénombrement	* RG_IP337	Valeur 1
	Top prestation remboursable AMO	* RG_CF332	Pas de cas particulier, déterminé selon la règle générale pour une prestation de type complément AT dentaire
1610-11	Prix unitaire	* RG_VF_B2 CP8	
1610-12	Base de remboursement	* RG_VF_B13	(cas général)
	Date de référence pour la BR	* RG_VF_B1	(cas général)
1610-13	Taux de remboursement	* VF02.01	100%

<b>1610-14</b>	Montant remboursable AMO	* VF03.01	
<b>1820-2</b>	Code justification d'exonération du ticket modérateur	* VF02.01	
<b>1860-2</b>	Numéro de dent traitée NGAP	* RG_IP362CP21	Non renseigné
<b>1870</b>	Informations du PS salarié	* RG_IP359CP21	Egales aux informations du PS salarié de l'acte support
<b>1880-2</b>	Identifiant du lieu d'exécution	* RG_IP358	Egal au lieu d'exécution de l'acte support
<b>1890-2</b>	libellé identifiant réseau soin	* RG_IP364CP31	Egales aux informations de l'acte support
<b>2020-2</b>	BR conventionnée	* RG_VF301	(cas général)