

Facturation SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

1.40 - Addendum 8

Mai 2024

GD - Guide de Lecture et Définitions

Version 8.50

Date 05/01/2024

Référence FACT-SFG-009

Information RESTREINTE

Etat PROVISOIRE



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

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

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

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

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	4
1.1	OBJET DU DOCUMENT	4
1.2	STATUT DU DOCUMENT	4
1.3	POSITIONNEMENT DU DOCUMENT.....	4
1.4	CONTENU DU DOCUMENT	4
1.5	DOCUMENTS DE REFERENCE	5
1.6	DOMAINES EXTERNES.....	6
1.7	ABREVIATIONS.....	6
1.8	DEFINITIONS.....	6
1.9	CONTENU DU CAHIER DES CHARGES ÉDITEURS	6
1.9.1	<i>Cartographie des documents du corpus cahier des charges éditeurs</i>	<i>6</i>
1.9.2	<i>Point d'entrée et document transverse du cahier des charges éditeurs</i>	<i>7</i>
1.9.3	<i>Spécifications fonctionnelles générales facturation (SFG-CDC)</i>	<i>7</i>
1.9.4	<i>Annexes technico-fonctionnelles au cahier des charges éditeurs</i>	<i>8</i>
1.9.5	<i>Guides d'intégration du cahier des charges éditeurs</i>	<i>9</i>
1.10	VERSION DU DOSSIER	10
1.11	GUIDE DE LECTURE DES SFG.....	11
1.11.1	<i>Organisationnel d'une fonctionnalité</i>	<i>11</i>
1.11.2	<i>Codes de référencement dans le dossier SFG-Facturation.....</i>	<i>14</i>
1.11.3	<i>Principes de rédaction.....</i>	<i>19</i>
1.11.4	<i>Codes de rédaction</i>	<i>21</i>
2	DEFINITIONS ET ABREVIATIONS	22
3	REFERENCES.....	37
3.1	ORDONNANCES, LOIS, DECRETS, CODES.....	37
3.2	CONVENTIONS.....	38
3.3	CONTEXTE REGLEMENTAIRE POUR LES OCT	39
3.4	NORMES ET STANDARDS	41

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1 : DESCRIPTION D'UN DOCUMENT PRESENTANT UNE FONCTIONNALITE	11
--	----

1 Introduction

1.1 Objet du document

Ce document a pour objet de présenter les différentes références nécessaires à la lecture du dossier SFG-Facturation, que ce soit en termes de référence réglementaire, de références internes au dossier (conventions de rédaction...), ou en termes de vocabulaire (définitions et abréviations).

1.2 Statut du document

EN COURS

1.3 Positionnement du document

Ce document a vocation d'être un document transverse, présentant les documents du corpus documentaire et regroupant les principales clés de compréhension.

1.4 Contenu du document

Ce document contient :

- la présentation des différents référencements utilisés dans l'ensemble du dossier SFG-Facturation,
- la présentation des différents symboles et conventions de rédaction,
- la liste des documents constituant le dossier SFG-Facturation,
- une liste de définitions et abréviations classées par ordre alphabétique,
- une synthèse des références réglementaires utilisées dans le cadre des SFG-Facturation (ordonnances, loi, décrets, conventions...)

1.5 Documents de référence

Le présent corpus documentaire s'appuie sur les documents suivants :

Thème	DOCUMENT	
	Titre	Référence
ApCV	Demander l'authentification et gérer le contexte ApCV	ApCV-SFG-004
	Demander l'authentification et gérer le contexte ApCV	ApCV-MP-001
	Demander la signature Vitale de la facture ApCV	ApCV-MP-002
ADRI	Ouverture de la facturation à ADR	FACT-SFG-038
	Guide d'intégration WS_ADR	SEL-MP-021
Référentiel PS	Guide d'intégration et d'utilisation du référentiel PS (diffusé avec l'avenant 11 au cahier des charges)	FACT-GU-001

1.6 Domaines Externes

Référence DF	Libellé DF	Utilisation	Cf.
DF_A2	Tables de l'Annexe 2bis	IP ; CF ; VF	
DF_ADR	Données service ADRI <i>Ce domaine est décrit de façon détaillée dans la documentation spécifique ADRI (au § « Données en sortie du service » du Guide d'intégration du service ADRI :SEL-MP-021).</i>	BS	
DF_ApCVsi01	Contexte ApCV <i>Ce domaine est décrit de façon détaillée dans la documentation spécifique ApCV (ApCV-SFG-004).</i>	BS	
DF_dLOI_EXT	Incréments de la Liste d'Opposition Incrémentale	AP	DF_AP07
DF_PFD	Table des plafonds dentaires	IP VF	RG_IP_R43 RG_VF_P5
DF_REF_PS	Référentiel PS	IP AP	IP01 AP16.01
DF_SAMC01	Domaine(s) AMC / Spécialité PS	CF	
DF_STS	Tables STS	AP	DF_AP06
DF_TOD_EXT	Table des organismes destinataires externe (diffusée par le GIE)	AP	DF_AP05

1.7 Abréviations

Cf. chapitre 2 du présent document

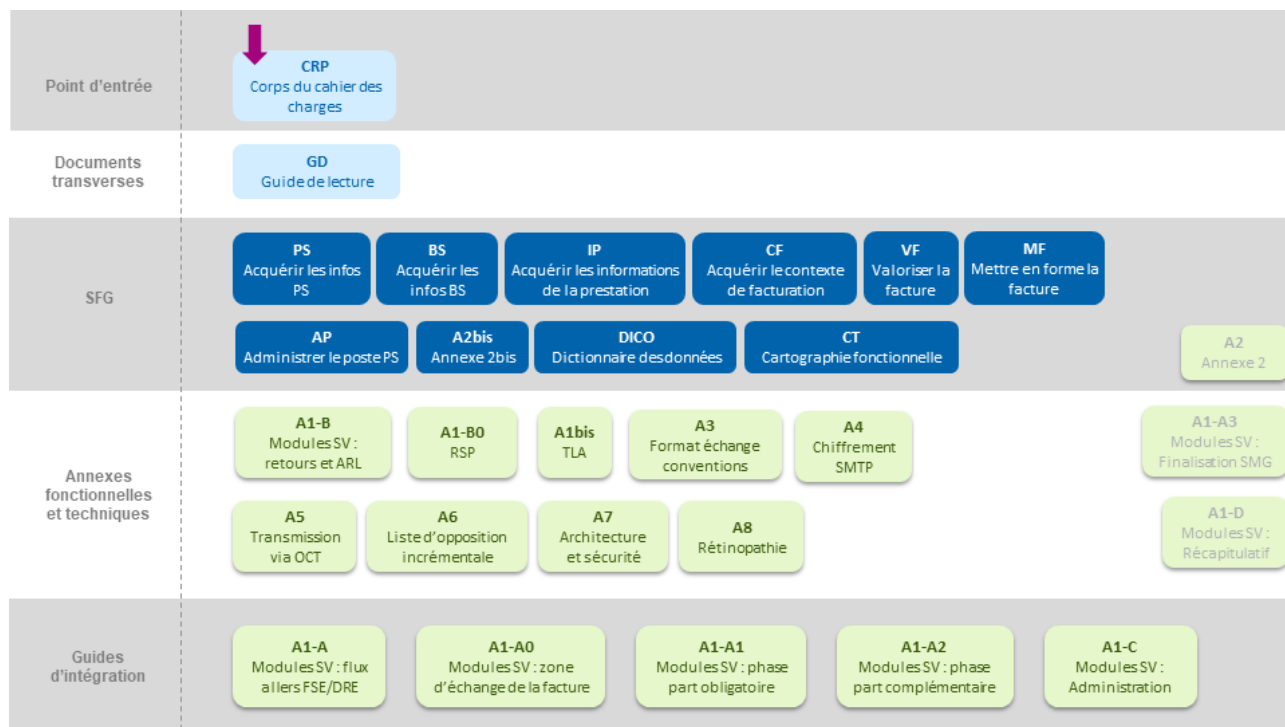
1.8 Définitions

Cf. chapitre 2 du présent document.

1.9 Contenu du cahier des charges Éditeurs

Le cahier des charges éditeurs est constitué d'un point d'entrée, de documents transverses, de spécifications fonctionnelles générales, d'annexes technico-fonctionnelles et de guides d'intégrations.

1.9.1 Cartographie des documents du corpus cahier des charges éditeurs



Les annexes A1-A3, A1-D et A2 sont des documents vidés de leur contenu ayant vocation à disparaître mais maintenus dans un souci d'accompagnement à la prise en main du corpus modernisé.

1.9.2 Point d'entrée et document transverse du cahier des charges éditeurs

Le point d'entrée du cahier des charges éditeurs est constitué par le document du corps du cahier des charges (CRP). Le guide de lecture (GD) est un document transverse.

Fonctionnalité	DOCUMENT	
	Titre	Référence
CRP	Corps du cahier des charges (CDC 1.40)	PDT-CDC-001
GD	Guide de lecture et Définitions	FACT-SFG-009

1.9.3 Spécifications fonctionnelles générales facturation (SFG-CDC)

Les SFG sont constituées par l'ensemble des documents présentés dans le tableau ci-après :

Fonctionnalité	DOCUMENT		Sous Processus	Processus
	Titre	Référence		
CT	CarTographie fonctionnelle	FACT-SFG-077	Élaborer une facture	FACTURER
PS	Acquérir les informations du Professionnel de Santé	FACT-SFG-011		
BS	Acquérir les informations du Bénéficiaire de Soins	FACT-SFG-012		
IP	Acquérir les Informations Prestations	FACT-SFG-013		
CF	Acquérir le Contexte de Facturation	FACT-SFG-014		
VF	Valoriser la Facture	FACT-SFG-015		
MF	Mettre en Forme la facture	FACT-SFG-016		
AP	Administrer le Poste de travail du Professionnel de santé	FACT-SFG-022		
RG	Liste des RèGles fonctionnelles des SFG	FACT-SFG-078		
DICO	Dictionnaire de données	FACT-SFG-008		
A2	Annexe 2 du CDC Editeurs	CDC-PDT-001-A2		
A2bis	Annexe 2bis du CDC Editeurs	CDC-PDT-001-A2bis		

L'annexe 2 est un document vidé de son contenu ayant vocation à disparaître mais maintenu dans un soucis d'accompagnement à la prise en main du corpus modernisé.

À noter qu'à compter de la version 8.32 du corpus documentaire, les tables de l'annexe 2 bis historiques sont livrées sous forme de fichier csv afin de permettre une intégration directe dans les logiciels.

1.9.4 Annexes technico-fonctionnelles au cahier des charges éditeurs

Le cahier des charges éditeurs est constitué des annexes technico-fonctionnelles suivantes :

Fonctionnalité	DOCUMENT	
	Titre	Référence
A1-A3	<i>Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Finalisation d'une facture SMG - Phase Part Obligatoire</i>	<i>PDT-CDC-001 Annexe 1-A3</i>
A1-B	Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Principes de Traitement des retours et Gestion des ARL	PDT-CDC-001 Annexe 1-B
A1-B0	Traitement des RSP	PDT-CDC-001 Annexe 1-B0
A1-D	<i>Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Récapitulatif</i>	<i>PDT-CDC-001 Annexe 1-D</i>
A1bis	Utilisation d'un Terminal Lecteur Applicatif	PDT-CDC-001 Annexe 1bis
A3	Format d'échange des référentiels des conventions	PDT-CDC-001 Annexe 3
A4	Télécommunications (sur Réseau IP) et Chiffrement de transport des messages SMTP	PDT-CDC-001 Annexe 4
A5	Transmission des flux SESAM-vitale via les Organismes Concentrateurs Techniques (Annexe informative)	PDT-CDC-001 Annexe 5
A6	Liste d'opposition Incrémentale	PDT-CDC-001 Annexe 6
A7	Architecture et Sécurité	PDT-CDC-001 Annexe 7
A8	Dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste	PDT-CDC-001 Annexe 8

Les annexes A1-A3 et A1-D sont des documents vidés de leur contenu ayant vocation à disparaître mais maintenus dans un souci d'accompagnement à la prise en main du corpus modernisé.

1.9.5

Guides d'intégration du cahier des charges éditeurs

Le cahier des charges éditeurs est constitué des guides d'intégration suivants :

Fonctionnalité	DOCUMENT	
	Titre	Référence
A1-A	Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Flux allers de FSE/DRE émis par le Professionnel de Santé	PDT-CDC-001 Annexe 1-A

Fonctionnalité	DOCUMENT	
	Titre	Référence
A1-A0	Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Zone d'échange de la facture	PDT-CDC-001 Annexe 1-A0
A1-A1	Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Phase part obligatoire	PDT-CDC-001 Annexe 1-A1
A1-A2	Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Phase part complémentaire	PDT-CDC-001 Annexe 1-A2
A1-C	Présentation fonctionnelle des modules SESAM-Vitale – Fonctions d'administration	PDT-CDC-001 Annexe 1-C

1.10 Version du dossier

Socle Fonctionnel de Référence (SFR)

Version du SFR

Cette version de SFG-Facturation constitue le socle fonctionnel de référence du système de facturation SESAM-Vitale, **version 1.40 –Addendum 8**.

Ces SFG sont déclinées dans le CDC Editeurs SESAM-Vitale et dans le référentiel d'homologation associé à la version :

1.40 –Addendum 8 - 2024

Identification du SFR

Ce SFR est identifié par le numéro

1.40.800

Normes B2 et DRE

Ce SFR s'appuie sur les normes :

B2-2007 avec errata

DRE-2009

**Le complément
de version de
Norme B2 et DRE**

Pour l'évolution PC/SC, il est nécessaire de renseigner les normes B2 et DRE. Cette information est identifiée par le complément de version à la norme B2 et DRE.

01**Statut du dossier**

Le cahier des charges éditeurs constitue le socle de référence du système de facturation du système SESAM Vitale.

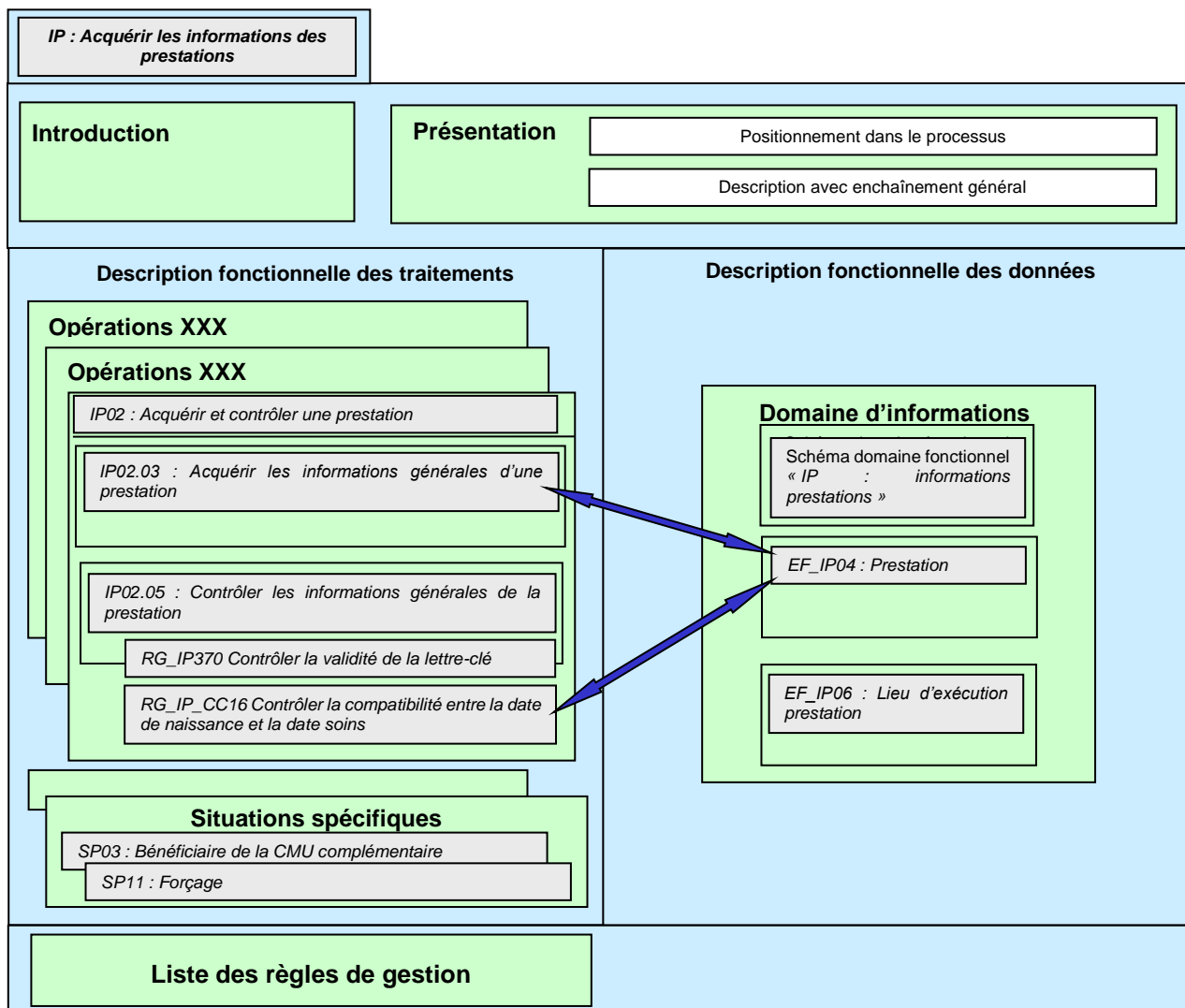
1.11 Guide de lecture des SFG**1.11.1 Organisationnel d'une fonctionnalité****Schéma**

Figure 1 : Description d'un document présentant une fonctionnalité

**Description
détaillée**

Chaque document présentant une fonctionnalité comprend :

- une introduction,
- une présentation générale contenant :
 - le positionnement de la fonctionnalité dans la décomposition du processus,
 - une fiche synthétique décrivant la fonctionnalité,
 - un schéma d'enchaînement des opérations,
- la description fonctionnelle des traitements :
 - description détaillée de chaque opération (éventuellement subdivisées en tâches, sous-tâches...) sous la forme de :
 - règles de gestion
 - schémas d'enchaînement
 - lien avec le domaine fonctionnel (données utilisées en entrée, en sortie)
 - description détaillée des impacts sur les règles de gestion pour les situations spécifiques,
- la description fonctionnelle des données :
 - modèle de données du domaine d'informations
 - liste des données fonctionnelles pour chaque entité fonctionnelle.
- la liste des règles de gestion détaillée dans le document

Exemples**Exemple de règle**

[RG_VFnnn] <Titre de la règle> (EF_VFxx-y)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description de la règle>

**Exemple de cas
particulier****Cas particuliers**

[RG_VFnnn] [CP1] <Titre du cas particulier n°1>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description du cas particulier n°1>

[RG_VFnnn] [CP2] <Titre du cas particulier n°2>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

<Description du cas particulier n°2>

**Exemple de cas
d'erreur****Cas d'erreur****[RG_VFnnn] [CE1] <Titre du cas d'erreur>**

<Description du cas d'erreur n°1>

**Cas d'erreur****[RG_VFnnn] [CE2] <Titre du cas d'erreur>**

<Description du cas d'erreur n°2>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

**Familles de PS
concernées**

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

Si le cartouche n'apparaît pas c'est que la règle concerne toutes les familles.

Les sigles utilisés dans ce cartouche ont la signification suivante :

Pour les familles de Professionnel de Santé :

- *Réservé pour utilisation future*

- **FR** : Fournisseurs

- **PH** : Pharmacie

- **LB** : Laboratoire

- **AM** : Auxiliaires Médicaux

- **PR** : Prescripteurs

[RG_XXxxx] <Le titre de la règle>

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les sous-familles de Professionnel de Santé :

- **M** : Médecins

- **CD** : Chirurgiens-Dentistes

- **SF** : Sages-Femmes

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

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

1.11.2 Codes de référencement dans le dossier SFG-Facturation

Références

Certains éléments dans ce dossier sont référencés à l'aide d'un identifiant unique au sein de ce dossier.

Ces références sont utilisées pour faire des renvois explicites vers les éléments concernés.

Principe général

Une référence comporte le type de l'élément (règle de gestion, entité fonctionnelle, ...) et l'identifiant de la fonctionnalité à laquelle cet élément appartient.

Les références utilisées contiennent généralement :

- en premier lieu le type d'élément,
- puis la fonctionnalité dans laquelle l'élément apparaît,
- enfin un chrono spécifique attribué à l'élément.

Ces éléments peuvent être séparés par des "_" ou des "-" selon les cas.

Numérotation des éléments

Le chrono spécifique attribué à un type d'élément pour une fonctionnalité donnée est unique.

Par exemple :

- pour les règles de gestion, il existe dans IP une et une seule règle de n° 340 : RG_IP340.
- de même pour les entités fonctionnelles, dans VF il existe une et une seule entité fonctionnelle portant le n°03 : EF_VF03

Cependant, à l'inverse, toutes les numérotations ne sont pas utilisées.

Par exemple, même si les règles RG_IP066 et RG_IP070 existent, il se peut que la règle RG_IP067 n'existe pas.

Avertissement



La numérotation des règles de gestion n'a aucun lien avec la chronologie de l'utilisation de cette règle dans le processus.

Numérotation des données temporaires

Les données d'une même entité fonctionnelle sont numérotées de façon croissante à partir de la valeur 1.

Cependant, certaines données (voire certaines entités fonctionnelles) sont numérotées de façon décroissante à partir de la valeur 99. Il s'agit :

- soit de données temporaires, à savoir de données utilisées uniquement au sein de la fonctionnalité dans laquelle elles apparaissent,
- soit des indicateurs de forçage.

Références du CDC 1.40

Pour les règles de gestion déjà référencées dans le CDC 1.40, cette référence est conservée dans la construction de la référence dans les spécifications fonctionnelles générales.

Exemple :

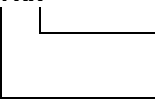
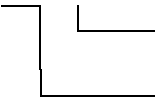
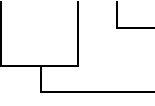
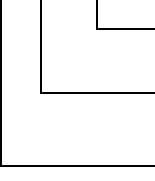
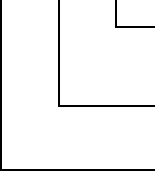
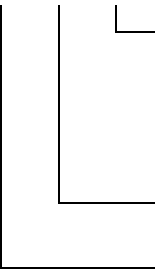
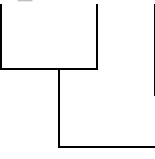
- R37bis devient RG_CF_R37bis
- CC1 devient RG_IP_CC1

Les règles de gestion concernées sont les règles des annexes A2 et A1-A1 du CDC 1.40.

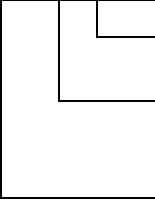
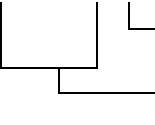
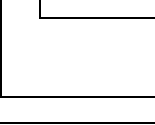
Règles de référencement

Pour chaque type d'élément référencé dans les SFG-Facturation, le tableau ci-dessous présente la règle de référencement utilisée, illustrée par un exemple.

	Type d'élément	Type de référence	Exemple(s)
Processus		YY	VF

	Type d'élément	Type de référence	Exemple(s)
	Fonctionnalité	Identifiant de la fonctionnalité	CF
	Opération	YYxx 	VF08 CF06
	Tâche	YYxx.xx 	VF08.02
	Sous-tâches	YYxx.xx.xx 	VF08.02.03
Traitements	Règle de gestion	RG_YYxxx 	RG_CF312 RG_VF312
	Règle de gestion déjà référencée dans le CDC 1.40	RG_YY_<référence CDC 1.40> 	RG_CF_R32
	Règle de gestion pour la valorisation d'une donnée B2 et/ou DRE	RG_YYxyzzz 	RG_MF4A086
	Cas particuliers	RG_YYxxx CPxx 	CP01 CP02

	Type d'élément	Type de référence	Exemple(s)
références CDC 1.40	Cas d'erreur	<div>RG_YYxxx CExx</div> <div><div></div><div>Chrono sur 2 chiffres repris à un pour chaque règle</div><div>Type d'élément : CE</div><div>Référence de la règle à laquelle correspond ce cas d'erreur. Cette référence apparaît en texte masqué.</div></div>	CE01 CE02
	Situation spécifique	<div>SPxx</div> <div><div></div><div>Chrono sur 2 chiffres</div><div>Type d'élément : SP</div></div>	SP06
	Annexe 2	<div>Rxxx</div> <div><div></div><div>Règle de gestion Réglementaire</div></div>	R2bis
		<div>Txxx</div> <div><div></div><div>Règle de détermination du Taux de remboursement</div></div>	T1ter
		<div>Bxxx</div> <div><div></div><div>Règle de détermination de la Base de remboursement</div></div>	B12
		<div>Fxxx</div> <div><div></div><div>Règle de détermination de la Base de remboursement pour les Frais de déplacement</div></div>	F2
		<div>Sxxx</div> <div><div></div><div>Règle de détermination de la Base de remboursement des frais pharmaceutiques</div></div>	S1
		<div>Pxxx</div> <div><div></div><div>Règle de calcul du montant remboursable par l'AMO (Part obligatoire)</div></div>	P1bis
	Annexe 1 – A1	<div>RCxxx</div> <div><div></div><div>Règle de gestion Réglementaire pour la CCAM</div></div>	RC12
		<div>BCxx</div> <div><div></div><div>Règle de détermination de la Base de remboursement pour la CCAM</div></div>	BC99
Données		<div>TCxx</div> <div><div></div><div>Règle de détermination du Taux de remboursement pour la CCAM</div></div>	TC5
		<div>CCxx</div> <div><div></div><div>Règle de gestion non réglementaire pour la CCAM</div></div>	CC11
	Domaine fonctionnel	<div>DF_YY</div> <div><div></div><div>Identifiant du domaine fonctionnel</div><div>Type d'élément : DF</div></div>	DF_PS DF_BS DF_CCAM
		<div>EF_YYxx</div>	EF_IP01

	Type d'élément	Type de référence	Exemple(s)
Schémas d'enchaînement	Entités Fonctionnelles	 <p>Chrono sur 2 chiffres repris à un dans chaque fonctionnalité</p> <p>Domaine fonctionnel auquel est rattaché l'entité fonctionnelle : PS, BS, IS, CF, VF,...</p> <p>Type d'élément : EF</p>	
	Données Fonctionnelles	EF_YYxx-zz  <p>Rang de la donnée dans l'entité fonctionnelle</p> <p>Entité fonctionnelle à laquelle appartient la donnée</p>	EF_IP01-12
	Schémas	SC_YYxx.xx.xx  <p>Identifiant de l'opération ou sous opération</p> <p>Type d'élément : SC</p>	SC_VF08.01
Illustrations	Tableaux	Numérotation chronologique des tableaux ou schémas (hors schémas d'enchaînement de processus) dans un même document (reprise à un pour chaque document)	Tableau 1 Tableau 2



Remarque : les données temporaires ne font pas, par définition, partie du modèle de données. Elles sont numérotées à rebours en commençant à 99 (EF_YY99).

Synthèse

Types d'élément

CP	Cas Particuliers : Déroulement ponctuel hors cas nominal Les cas particuliers sont référencés par rapport à une règle donnée. Il faut rapprocher la référence de la règle de la référence du cas particulier.
CE	Cas d'Erreur : Arrêt du fonctionnement du système. Les cas d'erreur sont référencés par rapport à une règle donnée. Il faut rapprocher la référence de la règle de la référence du cas d'erreur.
CG_	Consigne Générale : consigne concernant plusieurs règles de type RG_. (Les règles concernées sont précisées dans la consigne) Une consigne est un extrait commun à plusieurs règles (factorisation).
CR	Cas de Recommandation : référencement d'une recommandation spécifique liée à une règle. Une recommandation est optionnelle
DF_	Domaine Fonctionnel : Chaque fonctionnalité du processus présente son propre modèle de données, dénommé domaine fonctionnel.
EF_	Entités Fonctionnelles
RG_	Règles de gestion
SC_	Schéma
SP	Situation Spécifique : contexte métier impactant tout ou partie d'un processus d'utilisation du système. Une situation spécifique est par définition un cas particulier transverse à plusieurs fonctionnalités et dont l'intérêt est une description à part, isolé pour pouvoir retrouver directement tout ce qui concerne cette situation. Exemples : <ul style="list-style-type: none"> • bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire. • absence de carte Vitale.
TB_	TaBle ou TaBleau

1.11.3 Principes de rédaction

Non redondance

Principe général

Dans l'ensemble du dossier SFG, chaque règle ou information est présentée à un et un seul endroit.



Cas particulier : Dans les quelques cas où ce principe ne peut être respecté pour des raisons de cohérence d'ensemble d'un paragraphe ou d'un chapitre, la redondance est signalée par une référence documentaire.

Règles de gestion

Conformément au principe ci-dessus une règle de gestion apparaît donc décrite à un seul endroit du dossier SFG pour le mode nominal.

Cependant, elle apparaît également dans chaque situation spécifique pour laquelle elle est impactée.

Règles de gestion

Distinguer par rapport aux CDC d'origine les règles de gestion des illustrations, exemples ou présentations générales (utilisation d'étiquettes).

Centraliser au même endroit une même règle de gestion : un point fonctionnel précis a une règle unique.

Tout libellé de règle commence par un verbe.

Les règles de gestion sont de différents types :

- Acquisition : « *Acquérir ...* »
- Détermination : « *Déterminer ...* »
- Mise à jour : « *Mettre à jour...* »
- Contrôle : « *Contrôler...* »
- Règle de gestion : *libellé commençant par un verbe.*

Le terme « Générer », utilisé dans les libellés de règle ou d'opération des SFG correspond à une création automatique par le système de facturation.



CDC SV

§6 Glossaire

Données

Une donnée est rattachée à un et un seul domaine fonctionnel.

A toute donnée correspond nécessairement une et une seule règle, soit d'acquisition, soit de détermination qui lui correspond.

Cette règle de détermination ou d'acquisition apparaît nécessairement dans la fonctionnalité liée au domaine fonctionnel auquel la donnée appartient.

Cependant, elle peut être utilisée par toute règle de toute fonctionnalité du processus.

Format fonctionnel

Chaque donnée du modèle correspond à l'un des formats fonctionnels suivants :

Format fonctionnel	Lettre utilisée dans les tableaux présentant les données fonctionnelles
Clé	K
Code	C
Date	D
Libellé	L
Montant	M
Nombre	N
Statut	S
Top	T

Libellés

La dénomination des libellés des données suit les principes ci-après :

- Abréviation autorisée dans le libellé,
- Eviter de rappeler le nom de l'entité fonctionnelle sauf exceptions : doublons, date...,

- Utilisation possible des pluriels,
- Ne pas utiliser le terme libellé devant une donnée de type « libellé ».

Montants

Les prix et montants utilisés dans l'ensemble du processus de facturation sont exprimés TTC dans tous les cas.

Recommandation

Par définition une recommandation n'est pas obligatoire et ne fait donc pas l'objet de test.

Schémas d'enchaînement

Les schémas d'enchaînements des opérations sont donnés à titre indicatif.

1.11.4 Codes de rédaction

Indications dans la marge

Préambule : Les parties Préambules ne constituent pas des exigences fonctionnelles.



Exemple



Cas particuliers



Recommandation



Cas d'erreur



Remarque :



Les éléments importants et les remarques sont indiqués par une main dans la marge.



Les éléments d'alerte ou devant retenir l'attention sont indiqués par un triangle dans la marge.



Renvoi au document et § des FSV

Les références croisées aux documents de référence sont attribuées à chaque règle et font référence aux documents mentionnés au chapitre 1.5 Documents de référence

Intérêt : pouvoir retrouver le texte initial (premier temps/reprise) et dans un second temps garder le lien (pointeur) avec les documents CDC livrés (produits), déclinés à partir de ces SFG



Ces renvois sont également utilisés pour faire référence à un § d'un autre document du dossier SFG-Facturation, en cas de redondance inévitable d'un même paragraphe dans 2 endroits différents du dossier SFG-Facturation..

Intérêt : en cas d'évolution du § redondant, ces renvois rappellent la nécessité d'une mise à jour simultanée.

2 Définitions et Abréviations

Terme	Définition
AC	Autorité de certification
Accident de Droit Commun	<p>Dans le cadre du système de facturation SESAM-Vitale, la notion d'accident de droit commun est utilisée pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les accidents de circulation, mais aussi les accidents dans lesquels la responsabilité d'un tiers, quel qu'il soit, peut être mise en cause, • les accidents de la vie courante survenus soit à la maison, à l'école, ou sur les aires de sport ou de loisirs où la victime se blesse seule (accident domestique, accident de sport, accident scolaire, accident de loisir, jardinage, etc..). <p>pour les bénéficiaires de tous les régimes hormis les bénéficiaires non salariés du régime agricole.</p>
Accident de la vie privée	<p>Dans le cadre du système de facturation SESAM-Vitale, le terme « accident de la vie privée » est utilisée pour tous les bénéficiaires non salariés du régime agricole et est équivalente à la notion « d'accident de droit commun » pour les autres régimes.</p>
Acte isolé	<p>Par opposition à un traitement en série, un acte isolé est un acte qui n'appartient pas à un traitement en série.</p> <p>Un acte isolé est facturé généralement sans prescription</p> <p>Un acte isolé peut faire suite à une prescription, mais il est en dehors d'un traitement en série.</p>
Acte secondaire	<p>Par définition un acte secondaire, par opposition à un acte support, est une prestation qui ne peut pas être facturée seule à une date donnée</p>
Actes en série	Synonyme de traitement en série
ADELI	<p>ADELI</p> <p>Répertoire des professions médicales et paramédicales. Le numéro d'enregistrement du Professionnel de Santé sert d'identifiant vis-à-vis des régimes.</p>
ADR	<p>Acquisition des droits :</p> <p>Service intégré de l'assurance maladie pour acquérir les droits en ligne d'un bénéficiaire de soins</p>
Affiliation	<p>Détermine la caisse d'assurance maladie obligatoire à laquelle le bénéficiaire est rattaché pour le versement de ses prestations en nature ou en espèces.</p> <p>Par exemple, pour le Régime Général, l'assuré est affilié à la caisse dont la circonscription couvre sa résidence principale.</p> <p>L'employeur est responsable de l'affiliation de tout salarié.</p>
Agrément	<p>Reconnaissance de la conformité aux spécifications d'un produit (précédemment appelé labellisation).</p>



Aide à l'acquisition d'une complémentaire	<p>L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé mise en place par l'article 56 de la Loi du 13 août 2004 pour les personnes dont les revenus dépassaient le plafond de la CMU-C de moins de 15%, ne peut plus être souscrite depuis le 1^{er} novembre 2019. Elle est remplacée par la complémentaire santé solidaire (C2S) avec participation financière pour les personnes dont les ressources se situent entre le dernier plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 35%.</p> <p>Les contrats ACS souscrits jusqu'au 31/10/2019 et maintenus par leurs bénéficiaires, restent cependant valables jusqu'au 31/10/2020.</p> <p>Les dispositions de l'avenant n° 8 à la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signé le 12 janvier 2005, relatives à la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'ACS, restent en vigueur pour ces bénéficiaires dont les contrats ACS sont en cours.</p>
ALD	<i>Affection Longue Durée</i>
AMC	<p><i>Assurance Maladie Complémentaire (Assurance Complémentaire)</i></p> <p>Organisme apportant un complément au remboursement de l'assurance maladie obligatoire et pouvant rembourser les dépenses non prises en charge par l'AMO.</p> <p>Ce peut être :</p> <ul style="list-style-type: none"> une mutuelle régie par le code de la mutualité, une société ou une mutuelle d'assurance régie par le code des assurances, une institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale. <p>Certains organismes d'Assurance Maladie Complémentaire traitent la part obligatoire dans le cadre d'une délégation de gestion légale ou d'une habilitation conventionnelle établie avec un AMO.</p>
AME	<i>Aide Médicale d'Etat</i>
AMO	<p><i>Assurance Maladie Obligatoire (Assurance Obligatoire)</i></p> <p>Ensemble des Régimes assurant le paiement de la part obligatoire du remboursement relatif à des dépenses maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> le régime général, le régime agricole, le régime des professions indépendantes, les régimes spéciaux. <p>Certains organismes d'Assurance Maladie Obligatoire traitent la part complémentaire dans le cadre d'une convention de gestion entre AMO et AMC.</p>
Annuaire AMC	L'Annuaire AMC est un outil des AMC permettant de garantir le bon acheminement des échanges dématérialisés des professionnels de santé et des centres de santé vers les AMC ; il répertorie les adresses des téléservices AMC et des DRE.
ApCV	<p>Application carte Vitale ou appli carte Vitale</p> <p>Dispositif sécurisé d'authentification sur système mobile permettant l'accès aux services de l'assurance maladie.</p> <p>L'appli carte Vitale est un portefeuille de-cartes Vitale individuelles dématérialisées, chacune portant les données d'identification d'un seul bénéficiaire.</p>
APIAS	<i>Affection Présumée Imputable au Service</i>
API – SV	<p><i>Application Programming Interface – SESAM-Vitale</i></p> <p>Ensemble des procédures permettant au progiciel du Professionnel de Santé d'utiliser les ressources et fonctionnalités offertes par les modules SESAM-Vitale.</p>

Archivage	Conservation de données, durant une durée légale ou réglementaire, afin de pouvoir y faire référence (lecture/impression), en cas de consultation ultérieure. Notion distincte de celle de sauvegarde d'exploitation (journalière, hebdomadaire, ...).
ARL	<i>Accusé de Réception Logique</i> Accusé de réception électronique émis par le centre informatique et renvoyé au Professionnel de Santé.
ASIP Santé	Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé. Groupement d'intérêt public (voir article L. 1111-24 du Code de la santé publique). chargé de la production de la carte de Professionnel de Santé.
ASPA	<i>Allocation de Solidarité aux Personnes Agées</i>
Assujettissement	Reconnaissance de la qualité d'assuré social auprès d'un régime obligatoire d'assurance maladie.
Assuré (social)	Personne titulaire d'un droit au regard de la protection sociale.
AT	<i>Accident du Travail</i>
Authentification	Preuve de l'identité d'un correspondant apportée par un élément qu'il est seul à connaître ou à détenir.
Authentification d'origine	Fonction de sécurité apportant au destinataire d'un message la preuve de l'identité de l'émetteur.
Authentification mutuelle	Fonction de sécurité permettant aux deux acteurs d'un dialogue de posséder la preuve de l'identité de leur interlocuteur.
Autorisation préalable	Voir Entente préalable.
Ayant droit	Personne rattachée à un assuré bénéficiant des droits aux prestations de l'assurance maladie.
B2	<i>Norme d'échange des feuilles de soins électroniques.</i>
BAL	<i>Boîte aux lettres électronique.</i>
BAL SESAM-VITALE	Boîte aux lettres électronique utilisée par le Professionnel de Santé pour l'émission et la réception des flux SESAM-Vitale.
Bénéficiaire	Personne bénéficiant d'une protection sociale (assuré social ou ayant droit).
BGDH	<i>Budget Global Des Hôpitaux</i>
Bibliothèque SV	<i>Bibliothèque SESAM-Vitale</i> Ensemble des modules logiciels fournis par l'assurance maladie obligatoire installés sur l'équipement informatique du Professionnel de Santé : les modules SESAM-Vitale, le GALSS, le PSS.
Borne (point de mise à jour)	Dispositif matériel permettant l'accès aux services associés à la carte Vitale, c'est-à-dire la consultation et la mise à jour des informations en carte.

C2S	<p>Complémentaire Santé Solidaire</p> <p>La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (art. 52 IX) prévoit le remplacement de l'ACS et de la CMU-C par la C2S. Les bénéficiaires CMU-C et sortant de CMU-C sont donc renommés C2S et sortant de C2S dans l'ensemble du système de facturation SESAM-Vitale.</p> <p>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.</p>
Caisse de rattachement	Subdivision administrative des régimes. Elle peut être nationale, régionale, départementale ou locale.
CANSSM	<i>Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines</i>
CAS	<i>Contrat d'Accès aux Soins</i>
Carte d'Assuré Social	Carte papier contenant les informations relatives à l'assuré et à ses ayants droit. Elle est remplacée par la carte Vitale.
Carte Professionnel de Santé	Terme générique désignant une carte sans distinction de son type (CPS, CPE, CPF).
CAVIMAC	<i>Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes</i>
CCAM	<i>Classification Commune des Actes Médicaux</i>
CCMSA	<i>Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole</i>
CDE	<i>Carte de Directeur d'Etablissement (famille CPS)</i>
Centre Informatique	Centre de production de l'assurance maladie destinataire des flux SESAM-Vitale pour assurer leur traitement.
Chiffrement	Mécanisme de sécurité consistant à rendre des données confidentielles, c'est-à-dire non interprétables par toute personne non autorisée.
CIP	<i>Club Inter Pharmaceutique</i>
CMU	<i>Couverture Maladie Universelle</i>
CMU-C	<p><i>Couverture Maladie Universelle Complémentaire</i></p> <p>Conformément aux dispositions législatives (loi n° 99-641) la Couverture Maladie Universelle (CMU) permet d'offrir aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un seuil déterminé par décret, une protection complémentaire sans contrepartie contributive, pendant un an renouvelable. A ce titre, la personne bénéficie en particulier de la dispense d'avance des frais.</p> <p>Cette prestation complémentaire peut être servie à l'assuré soit par sa caisse d'Assurance Maladie Obligatoire, soit par une assurance maladie complémentaire de son choix référencé sur une liste disponible auprès de sa caisse de rattachement.</p>
CNAMTS	<i>Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés</i>
CNDA	<p><i>Centre National de Dépôt et d'Agrément</i></p> <p>Centre de l'assurance maladie ayant pour missions l'agrément et l'enregistrement des progiciels du marché interfacés avec SESAM-Vitale</p>
CNIL	<i>Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés</i>
CNMSS	<i>Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale</i>
C.O.	<p><i>Chirurgie Orale</i></p> <p><i>Spécialité dentaire de Professionnel de Santé</i></p>

Code acte	Synonyme de code prestation.
Code acte CCAM	Synonyme : code détaillé CCAM.
Code prestation	Lettre-clé identifiant la prestation (EF_IP04_01). Ce code est utilisé pour tout type de nomenclature. En cas de prestation identifiée par une codification affinée (CCAM, NABM, LPP, Médicaments) ce code ne correspond pas au code affiné mais à un code de type « regroupement »
Configuration	Ensemble des caractéristiques fonctionnelles et physiques d'un produit définies par les documents techniques et obtenues par le produit.
Configuration (gestion de la)	Activités d'ordre technique et organisationnel : identification de la configuration maîtrise de la configuration enregistrement de la configuration audit de la configuration
Contrat Responsable	Dit également « contrat aidé » Contrat complémentaire qui respecte le décret 2005-1226 du 29 septembre 2005.
Contrat tarifaire PS	Ce contrat correspond aux pratiques tarifaires sur lesquelles le PS s'engage auprès de l'Assurance Maladie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPE	Carte de Personnel d'Etablissement (famille CPS)
CPF	Carte de Professionnel en Formation (famille CPS)
CPRPSNCF	Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF
CPS	Carte du Professionnel de Santé Carte à microprocesseur d'identification et d'habilitation du Professionnel de Santé développée par le G.I.P. «CPS».
CRL	Liste de révocation de certificat
CTIP	Centre Technique des Institutions de Prévoyance
DA	Dépassement autorisé
DAM	Domaine de l'Assurance Maladie sur la Carte du Professionnel de Santé
DAM	Domaine d'Assurance Maladie
DANR	Dépassement non remboursable plafond
Date de délivrance	Elle correspond, dans le cas des médicaments et de la LPP, à la date d'exécution c'est-à-dire à la délivrance des médicaments.
DCSSI	Direction Centrale de la Sécurité des Systèmes d'Information. Elle a été instituée par décret le 31 juillet 2001
Décompte Papier	Document émis par les organismes d'assurances Maladies Obligatoires permettant le remboursement de la part complémentaire.

DMTF	<p><i>Desktop Management Task Force</i></p> <p>Alliance multipartenaire, créée en 1992, pour définir et mettre en oeuvre une nouvelle génération de systèmes et de produits de type PC. Poussée par la forte demande des utilisateurs, la DMTF s'est notamment fixée comme objectif de fournir un cadre commun de gestion des configurations des PC (matérielles et logicielles). Elle encourage en ce sens les constructeurs et les éditeurs de logiciels à mettre rapidement sur le marché des produits répondant à ces préconisations. Le standard MIF (dans sa version 2.0) va dans ce sens et permet de décrire une configuration complète d'équipements informatiques. Des informations complémentaires sont disponibles sur le serveur Web de la DMTF à l'adresse suivante : http://www.dmtf.org</p> <p>Les principaux membres de la DMTF (122 en tout) sont Compaq, Dell, Digital, Hewlett-Packard, IBM, Microsoft, NEC, Novell, SCO (Santa Cruz Operation), SunSoft et Symantec.</p>
DNR	<i>Dépassement non remboursable</i>
Dossier de consultation RSS	Cahier des charges du Réseau Santé Social
DR (complémentaire)	<i>Dépense réelle ou montant facturé par le PS pour la prestation</i>
DRE	<p><i>Demande de Remboursement Electronique</i></p> <p>Facture électronique permettant le remboursement des soins sur la part complémentaire, transmise à un organisme d'assurance maladie complémentaire.</p> <p>Il s'agit aussi de la norme des DRE.</p>
DRE d'annulation	<p><i>Demande de Remboursement Electronique d'annulation</i></p> <p>Document électronique permettant d'indiquer à l'organisme d'assurance maladie complémentaire l'annulation de la DRE référencée dans celle-ci.</p>
Droits	Reconnaissance juridique du bénéfice d'une prestation donnée.
EC	<i>Equipement cryptographique</i>
Eclatement d'une FSE	Opération qui consiste à créer à partir d'une FSE élaborée par un Professionnel de Santé un flux à destination de l'AMO et un flux à destination de l'AMC.
Entente préalable (Accord préalable)	<p>Procédure d'autorisation préalable (sauf urgence) à certains actes ou traitements, délivrée par l'Assurance Maladie Obligatoire, et subordonnant leur prise en charge par celle-ci.</p> <p>L'entente préalable équivaut à accord préalable.</p>
ETM	<i>Exonération du Ticket Modérateur</i>
Facturation	On utilise le terme facturation pour désigner le processus de demande de remboursement du Professionnel de Santé à l'Assurance Maladie
Facture	Le terme facture recouvre l'ensemble des éléments constitutifs de la FSE et de la DRE.
Facture électronique	Terme utilisé dans ce document pour désigner la Feuille de Soins Electronique et la Demande de Remboursement Electronique
Facture électronique	FSE et/ou DRE
Facture subrogatoire	Facture de remboursement papier, faite en fonction des droits du bénéficiaire lors d'un tiers payant. Cette notion disparaît avec SESAM-Vitale.
Feuille de soins	Preuve de l'accomplissement d'un acte et de sa facturation. Elle représente la demande de remboursement.
FAT	Feuillet Accident du Travail

FDI	Fiche Descriptive des Infirmités
FFA	Fédération Française de l'Assurance (anciennement FFSA : Fédération Française des Sociétés d'Assurance)
FMF	Fédération des Mutuelles de France
FNMF	Fédération Nationale de la Mutualité Française
FNS	Fond National de Solidarité
	Terme remplacé par FSV
Fonction	Sous-ensemble indivisible d'un module destiné à remplir une seule fonctionnalité parmi celles offertes par le module.
Fournitures SESAM-Vitale	Ensemble des modules logiciels, fourni par l'assurance maladie, comprenant : les Modules SESAM-Vitale, le GALSS, le PSS, le logiciel du lecteur SESAM-Vitale, les logiciels d'installation.
Fournisseurs	Famille de Professionnel de Santé du CDC-Editeurs, Les fournisseurs peuvent parfois être dénommés « Professionnels de la LPP ». au niveau des textes réglementaires et conventionnels.
FSE	Feuille de Soins Electronique Facture électronique permettant le remboursement des soins sur la part obligatoire et éventuellement sur la part complémentaire.
FSV	Cette abréviation couvre 2 significations : soit <i>Fond de Solidarité Vieillesse</i> (contexte fonctionnel) Terme remplacé par ASPA. soit <i>Fournitures SESAM-Vitale</i> (contexte technique)
GAMEX	Groupement d'Assurance Maladie des Exploitants Agricoles. Il appartient au Régime Agricole. Gestion assurée par la MSA depuis le 01/07/2014
Généraliste	Professionnel de Santé Médecin (famille Prescripteur) rattaché à l'une des spécialités suivantes : 01, 22,23
Gestion Séparée	Les organismes gérant uniquement la part complémentaire pour un assuré sont appelés dans ce document organismes en mode de gestion séparée  CDC 1.40 4.2.1.3.1.1
Gestion Unique	Les organismes gérant à la fois les parts obligatoire et complémentaire pour un assuré sont appelés dans ce document organismes en mode de gestion unique.  CDC 1.40 4.2.1.3.1.1



GIE SESAM-Vitale	<p>Groupement d'Intérêt Economique SESAM-Vitale</p> <p>Créé en 1993, il a pour missions l'étude, la réalisation, la mise en oeuvre et la normalisation du programme SESAM-Vitale.</p> <p>Membres fondateurs : CNAMTS, CCMSA, CANAM, UNRS.</p> <p>Membres associés : GAMEX, CAVIMAC, MFP.</p> <p>Membres à voix consultative au Comité Directeur : le Ministère du travail et des affaires sociales, le CNPS.</p>
GTC	Gestion Technique des Cartes
Hors tiers payant	Montant payé au Professionnel de Santé par le bénéficiaire.
Identification	Fonction permettant de reconnaître un interlocuteur de manière unique dans un système donné (numéro ou adresse).
IFD	Indemnité Forfaitaire de Déplacement
IGC	Infrastructure de Gestion de Clés
IK	Indemnité Kilométrique
Informations conventionnelles AMO	Informations relatives à la situation de facturation du Professionnel de Santé. Constituées du code spécialité, du code conventionnel, du code zone tarifaire et du code zone IK.
Informations médicales à caractère nominatif	Informations relatives à une personne physique protégées par le secret médical (par exemple : codes acte, codes pathologie).
Intégrité	Fonction de sécurité garantissant qu'une information n'est pas altérée de manière intentionnelle ou non.
Inter- régime	Terme qui, appliqué à la carte Vitale, indique que le support physique possède toujours le même visuel et qu'il peut contenir les informations relatives au bénéficiaire, même en cas de changement de régime.
IPS	<p>Indicateur de parcours de soins.</p> <p>Cette notion est liée à la Réforme d'Assurance Maladie – loi du 13 août 2004 (mesure parcours coordonné de soins).</p>
Lecteur SESAM-Vitale ou lecteur SV	Lecteur de cartes à microprocesseur (CPS et carte Vitale). Lecteur contenant une application fonctionnelle SESAM-Vitale embarquée, appelé également lecteur intelligent.
Lecteur Transparent	Lecteur de cartes à microprocesseur (CPS et carte Vitale). Ce type de lecteur ne contient pas d'application fonctionnelle. (exemple PC/SC).
LPP	Liste des Produits et Prestations remboursables au titre de l'article L165-1 du code de la sécurité sociale
Masque	Système d'exploitation de la carte à microprocesseur.
M.B.D.	Médecine Bucco-Dentaire
Médecin correspondant	Médecin vers lequel le bénéficiaire est orienté par son médecin traitant.
Médecin généraliste	Voir Généraliste

Médecin orienté (Médecin pour un bénéficiaire orienté)	Médecin vers lequel le bénéficiaire est orienté par un autre médecin que le MT dans le respect du parcours coordonné de soins
Médecin spécialiste	Voir Spécialiste
Médecin traitant de substitution	Dans le cadre du parcours coordonné de soins, lorsque le patient a déclaré un médecin traitant mais que celui-ci est indisponible, le patient se rend chez un autre médecin qui est appelé médecin traitant de substitution. Cette notion est liée à la Réforme d'Assurance Maladie – loi du 13 août 2004 (mesure parcours coordonné de soins).
MFGAM	Mutuelle de Fonctionnaires pour la Gestion de l'Assurance Maladie Mutuelle regroupant les régimes MGEN, MG, MGP, MFP, MNH, MNAM et MNT
MFP	Mutualité de la Fonction Publique
MG	Mutuelle Générale
MGAT	Mutuelle Générale des Agents Territoriaux
MGEN	Mutuelle Générale de l'Education Nationale
MGP	Mutuelle Générale de la Police
Migrants de passage	Il s'agit de ressortissants étrangers pris en charge par le régime général pendant un séjour temporaire et uniquement dans le cas où il existe une convention bilatérale entre la France et le pays d'origine.
MNAM	Mutuelle Nationale Aviation Marine
MNH	Mutuelle Nationale des Hospitaliers
MNT	Mutuelle Nationale Territoriale
MODEM	Modulateur DEModulateur Equipeement électronique permettant l'envoi et la réception de données sur une ligne téléphonique.
Module de saisie à la source	Sous-ensemble logiciel du progiciel du Professionnel de Santé développé par les sociétés éditrices et objet du présent cahier des charges. Il intègre les modules SESAM-Vitale.
Modules SESAM-Vitale	Ensemble des modules logiciels, fourni par l'assurance maladie, comprenant les services offerts par SESAM-Vitale (SSV, STS, SRT,...)
MRO	Part prise en charge par le régime obligatoire
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MT	Médecin Traitant
MTM	Majoration du Ticket Modérateur
MUTAME	Mutuelle des Agents territoriaux et des Membres Extérieurs
NABM	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
NIR	Numéro d'Inscription au Répertoire
NIR certifié	A compléter
NIR étendu	Il est constitué du NIR de l'assuré, de la date de naissance et du rang du bénéficiaire



NOEMIE	Norme Ouverte d'Echange pour la Maladie avec les Intervenants Extérieurs Norme d'échange utilisée pour transmettre les flux retour du centre informatique AMO vers le partenaire de santé ; ces échanges se font aussi avec les AMC (télétransmission du double magnétique des décomptes).
Non concerné	Les cas non concernés par le parcours de soins correspondent aux cas d'exclusions et d'Urgence. Cette notion est liée à la Réforme d'Assurance Maladie – loi du 13 août 2004 (mesure parcours coordonné de soins).
Non répudiation d'origine d'un message	Fonction de sécurité garantissant au destinataire l'origine d'un message et empêchant l'émetteur de nier l'avoir envoyé.
Non répudiation de réception d'un message	Fonction de sécurité protégeant l'émetteur d'un message en empêchant le destinataire de nier l'avoir reçu.
OCT	Organisme Concentrateur Technique Organisme se chargeant de centraliser, pour le compte des Professionnels de Santé, la télétransmission des échanges avec les organismes d'Assurance Maladie.
ODF	Orthopédie Dento-Faciale
OI	Ordre Intelligent : Ordre à destination des applications embarquées dans un terminal lecteur. Seul le GALSS permet de véhiculer ce type d'ordres.
OPTAM	Option Pratique TARifaire Maitrisée
OPTAM-CO	Option Pratique TARifaire Maitrisée pour les Chirurgiens – Obstétriciens
Ordonnance médicale	Document réalisé par un prescripteur permettant soit la délivrance de médicaments et/ou de produits de la LPP, soit l'exécution d'actes par un auxiliaire médical. L'ordonnance est également appelée la prescription médicale.
OT	Ordres Transparents : Protocole permettant d'encapsuler les APDU à destinations des cartes via le GALSS.
Organisme complémentaire en gestion unique	Les organismes complémentaires gérant à la fois les parts obligatoire et complémentaire pour un assuré sont appelés dans ce document <i>organismes complémentaires en gestion unique (GU)</i> .
PA	Participation Assuré
PeSIT	Protocole d'Echange pour un Système Interbancaire de Télécompensation
PIRES	Protocole Inter Régime d'Examens Spéciaux
PMSS	Plafond Mensuel de Sécurité Sociale
Poste de travail du Professionnel de Santé	Ensemble de matériels et progiciels contribuant à l'ensemble des activités du Professionnel de Santé.
Prescripteurs	Les Professionnels de santé (PS) dits « prescripteurs » sont les médecins, les chirurgiens-dentistes, et les sages-femmes.
Prescrits	Les Professionnels de santé (PS) dits « prescrits » sont les auxiliaires médicaux, les sages-femmes, les laboratoires d'analyse de biologie médicale, les pharmaciens, et les professionnels de la LPP (famille Fournisseurs).

Prestation en nature	Remboursement des frais médicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, de radiologie, d'analyse ou d'appareillage, ainsi que des dépenses engagées pour obtenir certaines de ces prestations (frais de séjour notamment).
Prévention	Sauf mention contraire ce terme désigne le risque prévention géré par les organismes Assurance maladie obligatoires.
Prévention commune AMO/AMC	Cette disposition est introduite par la réforme d'Assurance Maladie (loi du 13 août 2004). Elle n'est pas liée au risque prévention géré par les organismes AMO.
Prise en charge	<i>Prise en charge au titre de l'assurance complémentaire</i> : procédure visant à informer l'assuré des conditions de remboursement de l'assurance complémentaire au préalable à la réalisation de certains actes ou traitements. <i>Prise en charge au titre de l'assurance obligatoire</i> : accord de prise en charge délivré par l'organisme de base faisant généralement suite à une demande d'entente préalable ou à un devis.
Progiciel	Ensemble autonome et indivisible regroupant un ou plusieurs modules logiciels et permettant de réaliser toutes les fonctionnalités de ces modules.
Progiciel du Professionnel de Santé	Progiciel comprenant : les modules propres aux fonctionnalités spécifiques offertes par le progiciel (aide à la prescription, dossier médical, ...), le module de saisie à la source.
PS	<i>Professionnel de Santé</i> Médecin, kinésithérapeute, infirmier, pharmacien, etc. <i>Pour la famille « Fournisseurs »</i> , Il faut comprendre également dans le terme PS, des non PS qui sont des Professionnels de domaines associés à la Santé, en plus de la définition habituelle.
PS exécutant	On entend dans l'ensemble du système de Facturation par PS exécutant le Professionnel de santé qui exécute la prestation de soins. Il ne s'agit pas nécessairement du Professionnel de santé réalisant la facture (cas d'un PS employeur et de l'exécutant salarié)
PS facturant	On entend dans l'ensemble du système de Facturation par PS facturant le Professionnel de santé qui réalise la facture. Il ne s'agit pas nécessairement du Professionnel de santé exécutant la prestation de soins. (cas d'un PS employeur et de l'exécutant salarié)
PS salarié	On entend dans l'ensemble du système de Facturation par PS salarié tout Professionnel de santé employé soit par un Professionnel de santé libéral soit par une structure de soins. Le PS salarié est soit rémunéré, soit il exerce à titre bénévole. Par extension, cette notion couvre également le cas d'un laboratoire sous-traitant dans le cas des laboratoires.
Référentiel PS	Référentiel constitué par l'éditeur à partir du référentiel RPPS diffusé par l'ASIP et de la table de correspondance des spécialités diffusée par le GIE SESAM-Vitale. Se reporter au document [FACT-GU-001].
Répertoire de stockage des fichiers de conventions et de regroupements normés	Répertoire utilisé par le Professionnel de Santé pour stocker les fichiers de conventions et de regroupements normés. C'est depuis ce répertoire que le progiciel importe les fichiers normés pour la mise à jour des tables de conventions.

Réponse de prise en charge	<p><u>Organisme d'assurance maladie complémentaire</u></p> <p>Lorsque la « réponse de prise en charge » est positive, elle correspond à un acte de garantie de remboursement d'un organisme d'assurance maladie complémentaire vis-à-vis d'un professionnel de santé dans le cadre des prestations en tiers-payant ou vis-à-vis d'un assuré dans le cadre d'une prestation hors tiers-payant, sauf élément contraire dans la convention signée entre le Professionnel de Santé et l'organisme complémentaire.</p> <p>Il ne s'agit pas d'un support de droit. Cette définition n'est valable que dans le cadre du contexte de facturation ambulatoire.</p> <p>Cette « réponse de prise en charge » est caractérisée par une référence.</p>
Ressource	Unité de traitement à laquelle les applications du poste de travail peuvent accéder. Il s'agit soit d'une application implantée dans un lecteur programmable, soit d'une carte à microprocesseur insérée dans le lecteur SESAM-Vitale
RG	Régime Général
RSI	Régime des salariés Indépendant
RSP	<p>Rejet/Signalement/Paiement :</p> <p>Flux émis par les centres de traitement ou de liquidation des prestations des AMO et AMC, et relayés par le frontal (facultatif). Ils signalent au Professionnel de Santé le résultat de la liquidation (paiement, rejet) de ses FSE ou DRE par les organismes AMO ou AMC</p>
RSS	Réseau Santé Social
Sauvegarde	<p>Copie des données permettant de relancer les traitements en cas d'avarie.</p> <p>Leur délai de conservation est limité à la fréquence des opérations de sauvegarde.</p>
SD_SMG	Supplément Dérogatoire SMG
SDF	Serveur de Diffusion des Fichiers
Séance de soins	Une séance de soins correspond à des actes réalisés le même jour par un même Professionnel de Santé sur le même patient.
Série d'actes	<p>Série d'actes isolés</p> <p>Cas du dentiste ou du laboratoire qui exécute plusieurs actes.</p>
Service	voir fonction
Services SESAM-Vitale (SSV)	Module fourni par l'assurance maladie.
SESAM	<p>Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie</p> <p>Système dont l'objectif est le traitement électronique des feuilles de soins.</p> <p>Ses trois composantes de base sont :</p> <p>la carte de l'assuré social : carte Vitale</p> <p>la carte d'identification et d'habilitation du Professionnel de Santé : CPS</p> <p>le logiciel d'élaboration de feuilles de soins électroniques et de demandes de remboursement électroniques.</p>
SGD	<p>Service de Gestion de Données</p> <p>Offre une interface simplifiée au progiciel pour les différents modules SESAM-Vitale.</p>
Signature numérique	Mécanisme de sécurité utilisé pour remplir les fonctions de non répudiation.
SIRET	Numéro d'identification professionnelle de l'établissement.

Situation conventionnelle	Nature de la convention liant le Professionnel de Santé et l'assurance maladie.
Situation d'exercice	Lien entre le Professionnel de Santé et la structure dans laquelle il exerce.
Situation de facturation	Ensemble des informations relatives au Professionnel de Santé intervenant dans la tarification et la facturation pour l'assurance maladie.
SLM	Section Locale Mutualiste Cette terminologie correspond aux régimes 91 à 96 et 99
SMG	Soins Médicaux Gratuits
Sortant de CMU-C	La loi CMU (loi n°99-641 du 27/07/1999) prévoit au I de l'article 23 : « Après l'article 6 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, il est inséré un article 6-1 ainsi rédigé : A l'expiration de son droit aux prestations définies à l'article L 861-3 du code de la Sécurité Sociale, toute personne ayant bénéficié de la prise en charge prévue au b de l'article L 861-4 de ce code reçoit de l'organisme auprès duquel elle bénéficiait de cette prise en charge la proposition de prolonger son adhésion ou son contrat pour une période d'un an, avec les mêmes prestations et pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté ».
Sortant de C2S	L'article L. 861-12 du CSS prévoit : « À l'expiration de son droit à la protection complémentaire en matière de santé, toute personne en ayant bénéficié auprès d'un organisme mentionné au b de l'article L. 861-4 peut bénéficier auprès de cet organisme, pour une période d'un an, d'un contrat conforme aux règles définies à l'article L. 871-1, pour un tarif dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction de l'âge du bénéficiaire.
Sous-système « Equipement Professionnel de Santé »	Ensemble matériel et logiciel composé du terminal lecteur et du poste de travail
Spécialiste	Professionnel de Santé Médecin (famille Prescripteur) non généraliste
STS	Services de Tarification Spécifique Module d'aide à la tarification de la part complémentaire
Support AMC	Le support AMC, reflet de la situation d'un assuré / bénéficiaire vis à vis d'un AMC. Ce support comporte l'ensemble des informations d'identification et certaines informations de tarification (période couverte, garanties/couverture ou formules de tarification).
Support Vitale	Le support Vitale est le support nominal du processus de facturation, à savoir la carte Vitale ou l'ApCV. C'est un support d'identification et de signature (la carte Vitale étant aussi un support de droits contrairement à l'ApCV).
TC (complémentaire)	Tarif de convention théorique
Terminal lecteur	Ensemble matériel et logiciel composé du lecteur et des logiciels embarqués comme EI96
TFR	Tarif Forfaitaire de Responsabilité
TLA	Terminal Lecteur applicatif

Ticket modérateur	Différence entre le tarif servant de base au remboursement de l'AMO et le montant du remboursement par l'AMO (n'équivaut pas aux dépenses restant à charge notamment en cas de dépassements d'honoraires).
Ticket Vitale	Le Ticket Vitale est une facture récapitulative éditée par le pharmacien, au dos de l'ordonnance rendue au patient, « afin de garantir aux assurés sociaux une bonne information sur le cout des produits de santé qui leurs sont délivrés, incluant les honoraires de dispensation, et, le cas échéant, d'autres catégories d'honoraires » (convention nationale des pharmaciens §36.5.2)
Tiers payant	Processus permettant la dispense d'avance des frais pour les parts obligatoire et ou complémentaire.
<i>TM</i> <i>(complémentaire)</i>	<i>Ticket modérateur</i>
<i>TNS</i>	<i>Travailleurs Non Salariés</i>
<i>TR</i>	<i>Tarif de responsabilité</i>
Traitement en série	On parle de traitement en série dès qu'il s'agit d'actes facturés dans le cadre d'une prescription et par un Professionnel de Santé de la famille Auxiliaires médicaux ou par une sage-femme (famille Prescripteurs).
<i>UNCAM</i>	<i>Union Nationales des Caisses d'Assurance Maladie</i>

UNRS	<p><i>Union Nationale des Régimes Spéciaux</i></p> <p>Composée de :</p> <p>Caisses de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF Unité Décentralisée de Protection Sociale de la RATP Etablissement National des Invalides de la Marine Caisse Autonome de Sécurité Sociale dans les Mines Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaire Caisse Autonome de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale Caisse de Prévoyance du Port Autonome de Bordeaux Caisses Autonomes de Sécurité Sociale du Sénat Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes</p>
Version du Cahier des Charges	Numéro de version du cahier des charges éditeurs pour lequel le progiciel du Professionnel de Santé a été agréé..
Vitale	Carte à microprocesseur d'identification et de droits du patient. Dans l'étape 2, elle contiendra le Volet d'Informations Médicales.
Volet d'identification	Partie de la carte Vitale permettant une identification fiable de l'assuré : nom, prénom, numéro national d'identification.
Volet de facturation	Partie de la feuille de soins réservée à la délivrance de la prescription.
Volet de santé	Partie de la carte Vitale comportant les informations à caractère médical.
Volet Régime Complémentaire	Partie de la carte Vitale permettant la reconnaissance de l'organisme d'affiliation complémentaire et des droits de l'assuré.
Volet Régime Obligatoire	Partie de la carte Vitale permettant la reconnaissance de l'organisme d'affiliation obligatoire et des droits de l'assuré.
XMODEM-CNAMTS	<p>Protocole de transfert de fichiers entre un centre informatique de l'assurance maladie et l'Equipement Informatique du Professionnel de Santé.</p> <p>Produit du domaine public adapté par la CNAMTS.</p>



3

Références



Dans le dossier SFG-Facturation, l'adjectif « réglementaire » couvre l'ensemble des textes référencés ci-dessous.



CDC 1.40

7

3.1 Ordonnances, Lois, Décrets, Codes

Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Elle aborde, dans le titre 4, les systèmes d'information de l'assurance maladie et la carte de santé et fixe la distribution à l'ensemble des français de la carte familiale avant le 31 décembre 1998 et d'une carte individuelle avant le 31 décembre 1999.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, sur le dispositif du médecin traitant et du parcours coordonné de soins.

Décret N°97-1321 du 30/12/97 relatif aux documents ouvrant droit aux prestations de l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique (les articles mentionnés dans le présent document sont issus de ce décret).

Décret n°98-271 du 9 avril 1998 relatif à la Carte de Professionnel de Santé et modifiant le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en conseil d'Etat).

Décret n°98-275 du 9 avril 1998 relatif à la carte d'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en conseil d'Etat).

Décret n°2003-399 du 28 avril 2003 relatif aux documents ouvrant droit aux prestations de l'Assurance Maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : décret en conseil d'état).

Décret n° 2005-1369 du 3 novembre 2005 relatif aux limites et conditions de fixation de la majoration de participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et modifiant le code de la sécurité sociale

Décret n° 2005-1368 du 3 novembre 2005 relatif à la majoration de participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code.

Décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 relatif au contenu des dispositifs d'assurance complémentaire bénéficiant d'un aide et modifiant le code de la sécurité sociale.

Arrêté du 10 février 2004 pris pour l'application de l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pour lesquels la signature de la feuille de soins, électronique ou sur support papier, par l'assuré ou le bénéficiaire n'est pas exigée.

Arrêté du 30 juin 2004 et du 22 sept 2004 pour les médecins (concernant l'addendum n°3 au CDC SESAM-Vitale).

Décret n°2007-199 du 14 février 2007 relatif à la carte d'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (CPMIVG)

Arrêté du 31 mars 2011 paru au JO le 19 avril 2011 (concernant la prise en compte des nouvelles spécialités dentaires dans l'addendum 7)

Articles L. 713-1-1 et L. 713-20 du code de la sécurité sociale (concernant l'intégration des APIAS dans l'addendum 7)

Décret n°2014-1144 du 8 octobre (concernant l'intégration du TPI ACS)



Arrêté de marge (concernant la mise en place des Honoraires de Dispensation):
Arrêté du 28 novembre 2014 modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu
(Référence - NOR : AFSS1420392A)

Pour le ticket Vitale :

Arrêté du 24 décembre 2014 modifiant l'arrêté du 27 juin 2014 fixant le modèle normalisé et les spécifications techniques applicables pour la mise en œuvre de l'information des patients sur le coût des produits de santé délivrés
(Référence - NOR : AFSS1427692A)



CDC 1.40

7.1

3.2 Conventions

Médecins

Convention nationale des médecins généralistes :

- Arrêté du 4 décembre 1988 Pour la lecture des données de la carte
- Arrêté du 11 août 1999 – avenant n°1
- Avenant n°4, JO n°71 du 24 mars 2001

Convention nationale des médecins libéraux :

- Signé le 12 janvier 2005
- Avenant de mars 2005
- Avenant n°8, JO du 7 Août 2005
- Avenant n°8, JO du 7 décembre 2012.

Sages-Femmes

Convention nationale des sages-femmes :

- Avenant n°3, JO n° 297 du 21 décembre 2002
- Avenant n°6, JO du 21 novembre 2004
- Arrêté paru au JO du 21/11/2004, modifiant la NGAP

Chirurgiens Dentistes

Convention nationale des chirurgiens dentistes :

- Avenant n°4, JO n°49 du 27 février 2003
- Avenant n°3, JO du 30 novembre 2013

Pharmaciens

Convention nationale des Pharmaciens d'officine :

- Avenant au protocole d'accord du 30 septembre 1975 entre les syndicats nationaux représentant les pharmaciens d'officine et les trois caisses nationales d'assurance maladie (Date : le 19 août 1996).



- Arrêté du 12 août 1999 portant approbation de la convention nationale fixant les modalités de transmission des feuilles de soins électroniques entre les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats représentant les pharmaciens d'officine.
- Arrêté du 26 juin 2003 (JO du 06 septembre 2003) obligation de codage LPP.
- Arrêté de la convention Pharmacien du 11 juillet 2006.
- Arrêté du 28 novembre 2014 portant approbation des avenants nos 3, 4 et 5 à la convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie (Référence - NOR : AFSS1420396A)
- Arrêté du 18 décembre 2014 relatif aux modalités d'application de la convention nationale pharmaceutique aux pharmacies mutualistes et minières (Référence - NOR : AFSS1429105A)

Fournisseurs

Convention nationale des fournisseurs de biens médicaux inscrits aux Titres I et IV de la L.P.P :

- Signé le 7 août 2002



CDC 1.40

7.2

3.3 Contexte réglementaire pour les OCT

1. L'avenant n°4 à la Convention Nationale des médecins généralistes relatif à la télétransmission publié au J.O. du 24 mars 2001 (*Numéro 71 - page 4612*), précise les garanties que doit demander le médecin généraliste à l'OCT pour l'utilisation de ses services.

Les dispositions de cet avenant prévoient les obligations suivantes pour le GIE SESAM-Vitale :

- la publication du Cahier des Charges OCT ;
- la proposition de tests ;
- la conclusion d'un accord d'information réciproque sur les incidents de télétransmission.

Les organismes concentrateurs techniques qui ne sont pas soumis aux obligations définies par l'avenant cité ci dessus, peuvent s'inscrire dans une démarche volontaire induite par ce Cahier des règles fonctionnelles et techniques.

Pour les Organismes Concentrateurs Techniques qui souhaitent intégrer le système SESAM-Vitale en tant qu'acteurs de la chaîne de transmission des flux de production SESAM-Vitale, il apparaît nécessaire d'établir des règles de fonctionnement quant aux flux SESAM-Vitale qu'ils reçoivent et qu'ils émettent.

L'objectif est d'harmoniser les traitements de réception et d'émission des flux SESAM-Vitale pour les Organismes Concentrateurs Techniques.

2. L'avis de la CNIL N° 98-027, sur l'exigence de confidentialité des données liées à l'assurance maladie a abouti au chiffrage fort de transport concernant les flux aller.
3. L'arrêté du 12 août 1999 portant approbation de la Convention nationale fixant les modalités de transmission des feuilles de soins électroniques entre les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats représentant les pharmaciens d'officines, introduit la Diffusion de la liste d'opposition Vitale électronique.



4. L'arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie introduit la liste d'opposition Vitale incrémentale.
5. L'avenant n° 3 à la convention nationale des sages-femmes destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes et les caisses d'assurance maladie, précise les garanties que doit demander la sage-femme à l'OCT pour l'utilisation de ses services (*J.O n° 297 du 21 décembre 2002 page 21397*).
6. L'avenant n° 4 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes précise les garanties que doit demander le chirurgien-dentiste à l'OCT pour l'utilisation de ses services (*J.O n° 49 du 27 février 2003 page 3509*).

Il en est de même pour :

7. L'avenant des infirmiers (J.O n° 294 du 18 décembre 2002 page 20984).
8. L'avenant des Orthophonistes (J.O n° 67 du 19 mars 2004 page 5328).
9. L'avenant des Orthoptiste (J.O n° 65 du 17 mars 2004 page 5212).

Le contexte réglementaire ne concerne que les AMO à part l'avis de la CNIL N° 98-027, qui concerne tous les partenaires.



CDC OCT v2.03

§1.1



3.4 Normes et standards

B2	Utilisée pour la télétransmission de factures entre les Professionnels de santé et les Organismes d'Assurance Maladie Obligatoire.
DRE	Demande de Remboursement Electronique Format d'échanges électroniques « Santé » entre Professionnel de Santé et l'organisme d'assurance maladie complémentaire -
DSN	Delevery Status Notification Request For Comments n° 1891, 1893, 1894 ¹
FIPS-180-2	Secure Hash Standard
IP	Internet Protocol Version 4 Request For Comments n°791
ISO 646	Jeu de caractères codés à 7 éléments pour l'échange d'information (équivalence NF Z 62-010) Janvier 1987
ISO 7816	Cartes d'identification Cartes à circuit(s) intégré(s) à contacts (équivalence NF EN 27816) Décembre 1989
MIME	Multipurpose Internet Mail Extensions Requests for Comments n°1521
NOEMIE	Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs IRIS Inter-Régime. Télétransmission de retour d'informations entre les Organismes d'Assurance Maladie et les Professionnels de Santé (NOEMIE-PS)
PeSIT/Hors SIT	Groupement pour le Système Interbancaire de Télécompensation Version D 15 novembre 1987
POP3	Post Office Protocol Version 3 Request for Comments n°1460
Retour OC –PS	Télétransmission de retours d'informations entre les Organismes d'Assurance Maladie complémentaire et les Professionnels de Santé - 1996
RFC 2459	Internet X.509 Public Key Infrastructure Certificate and CRL Profile
RFC 2630	Cryptographic Message Syntax
RFC2633	S/MIME Version 3 Message Specification
RSA – 2002	PKCS#1 version 2.1

¹ Sous réserve d'éventuelles mises à jour.

SMTP	Simple Mail Transfer Protocol Request for Comments n°821, 822
V.32 bis	Recommandation V.32 bis Union Internationale des Télécommunications Comité Consultatif International Télégraphique et Téléphonique Genève 1991
V.34	Recommandation UIT-T V.34 Union Internationale des Télécommunications Secteur de la normalisation des télécommunication de l'UIT
X.1 à X.32	Recommandations X1 à X.32 Union Internationale des Télécommunications Comité Consultatif International Télégraphique et Téléphonique Melbourne, 14-25 novembre 1988



CDC 1.40

7.3

