

# Facturation SESAM-Vitale

Ordonnance du 24/04/1996

**1.40 - Addendum 8**

**Mai 2025**

## IP : Acquérir les Informations des Prestations

*Version* 8.60

*Date* 11/04/2025

*Référence* FACT-SFG-013

*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

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
1.1	OBJET DU DOCUMENT .....	5
1.2	POSITIONNEMENT DU DOCUMENT.....	5
1.3	CONTENU DU DOCUMENT .....	5
1.4	DOCUMENTS DE REFERENCE .....	5
1.5	ABREVIATIONS.....	5
1.6	DEFINITIONS.....	5
1.7	GUIDE DE LECTURE.....	5
<b>2</b>	<b>PRESENTATION DE « ACQUERIR LES INFORMATIONS DES PRESTATIONS » .....</b>	<b>6</b>
2.1	POSITIONNEMENT DE LA FONCTIONNALITE.....	6
2.2	DESCRIPTION DE LA FONCTIONNALITE .....	7
<b>3</b>	<b>DESCRIPTION DETAILLEE DE LA FONCTIONNALITE « IP : ACQUERIR LES INFORMATIONS DES PRESTATIONS » .....</b>	<b>11</b>
3.1	IP01 : ACQUERIR ET CONTROLER LES INFORMATIONS DE NIVEAU FACTURE.....	11
	Règles Date de facturation.....	11
	Règles Identification de la prescription.....	12
	Règles Arrêt de travail.....	23
3.2	IP02 : ACQUERIR ET CONTROLER UNE PRESTATION.....	25
3.2.1	<i>IP02.01 : Acquérir les informations détaillées de la prestation .....</i>	<i>28</i>
	Règles Prestation CCAM .....	28
	Règles Prestation Biologie .....	31
	Règles Délivrance de médicaments .....	31
	Règles Prestation LPP .....	39
3.2.2	<i>IP02.02 : Contrôler les informations détaillées de la prestation.....</i>	<i>43</i>
	Règles Prestation CCAM .....	43
	Règles Prestation LPP .....	47
	Règles Prestation de délivrance de médicaments.....	47
3.2.3	<i>IP02.03 : Acquérir les informations générales de la prestation.....</i>	<i>49</i>
	Règles Coefficient de la prestation.....	50
	Règles Quantité de la prestation .....	51
	Règles Dénombrement de la prestation .....	52
	Règles Montant des honoraires de la prestation .....	53
3.2.4	<i>IP02.04 : Acquérir les informations supplémentaires de la prestation .....</i>	<i>56</i>
3.2.5	<i>IP02.05 : Contrôler les informations générales de la prestation .....</i>	<i>61</i>
	Règles Contrôle de la Date d'exécution .....	61
	Règles Contrôle du Code prestation .....	62
	Règles Coefficient .....	66
3.2.6	<i>IP02.06 : Contrôler les informations supplémentaires de la prestation.....</i>	<i>67</i>
	Règles Complément de prestation .....	67
	Règles Autres informations .....	68
3.2.7	<i>IP02.07 : Acquérir les caractéristiques de la prestation .....</i>	<i>70</i>
3.2.7.1	<i>IP02.07.01 : Acquérir le code affiné de la prestation .....</i>	<i>71</i>
3.2.7.2	<i>IP02.07.02 : Acquérir le code acte de la prestation.....</i>	<i>80</i>
3.2.8	<i>IP02.08 : Acquérir et déterminer les informations d'exécution de la prestation .....</i>	<i>87</i>
	Règles Date d'exécution .....	88
	Règles Lieu d'exécution .....	91
	Règles Professionnel de sante exécutant salarié.....	94
3.3	IP03 : DETERMINER LES INFORMATIONS FINALES DES PRESTATIONS CCAM.....	96
3.4	IP04 : DETERMINER LES INFORMATIONS COMMUNES FINALES DE NIVEAU FACTURE .....	99
3.5	IP05 : CONTROLER LA COHERENCE DES PRESTATIONS .....	104
	Règles Prestations entre elles.....	106
	Règles Informations communes de la facture par rapport aux prestations.....	109
	Règles Prestations CCAM.....	110
	Règles Autres natures de prestations .....	113
<b>4</b>	<b>SP11 : SITUATION SPECIFIQUE DE FORÇAGE.....</b>	<b>119</b>
4.1.1	<i>Impact IP02.01 : Acquérir les informations détaillées de la prestation .....</i>	<i>129</i>
4.1.2	<i>Impact IP02.02 : Contrôler les informations détaillées de la prestation .....</i>	<i>132</i>

4.1.3	Impact IP02.05 : Contrôler les informations générales de la prestation .....	138
4.1.4	Impact IP02.06 : Contrôler les informations supplémentaires de la prestation.....	140
4.1.5	Impact IP02.07.02 : Acquérir le code acte de la prestation .....	141
4.1.6	Impact IP05 : Contrôler la cohérence des prestations .....	143
<b>5</b>	<b>DF_IP : DOMAINE D'INFORMATION « INFORMATIONS PRESTATION » .....</b>	<b>145</b>
5.1	MODELE DE DONNEES .....	145
5.2	LISTE DES DONNEES FONCTIONNELLES POUR CHAQUE ENTITE .....	146
<b>6</b>	<b>LISTE DES REGLES DE GESTION .....</b>	<b>151</b>

## SCHEMAS DES OPERATIONS

FIGURE 1 : [IP]	PERIMETRE DE "ACQUERIR INFORMATION PRESTATION" .....	6
FIGURE 2 : [SC_IP]	ENCHAINEMENT DE IP : "ACQUERIR LES INFORMATIONS DES PRESTATIONS" .....	9
FIGURE 3 : [SC_IP02]	ENCHAINEMENT DE IP02 : « ACQUERIR ET CONTROLER UNE PRESTATION » .....	26
FIGURE 4 : [SC_IP02.07]	ENCHAINEMENT DE IP02.07 : « ACQUERIR LES CARACTERISTIQUES DE LA PRESTATION » .....	71
FIGURE 5 : [SC_IP02.08]	ENCHAINEMENT DE IP02.08 : " ACQUERIR ET DETERMINER LES INFORMATIONS D'EXECUTION DE LA PRESTATION " .....	88
FIGURE 6 : [DF_IP]	MODELE DE DONNEES DE LA FONCTIONNALITE IP « INFORMATIONS PRESTATION » : DF_IP.....	145

---

# 1 Introduction

---

## 1.1 Objet du document

Ce document a pour but de spécifier la fonctionnalité « IP : Acquérir les informations des Prestations ».

---

## 1.2 Positionnement du document

Cf. Guide de lecture référencé FACT-SFG-009.

---

## 1.3 Contenu du document

Outre ce chapitre introductif, ce document de spécifications fonctionnelles générales comporte les chapitres suivants :

- le chapitre 2 présente la fonctionnalité « IP : Acquérir les informations des Prestations »,
- le chapitre 3 décrit les opérations de la fonctionnalité « IP : Acquérir les informations des Prestations »,
- le chapitre 4 décrit les situations spécifiques,
- le chapitre 5 contient la synthèse des entités fonctionnelles,
- le chapitre 6 contient la liste des règles de gestion.

---

## 1.4 Documents de référence

Les documents de référence sont présentés dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

---

## 1.5 Abréviations

Les abréviations utilisées sont répertoriées dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

---

## 1.6 Définitions

Les définitions sont répertoriées dans le document GD (référencé FACT-SFG-009) du package documentaire.

---

## 1.7 Guide de lecture

Cf. document spécifique GD (référencé FACT-SFG-009).

## 2 Présentation de « Acquérir les informations des prestations »

### 2.1 Positionnement de la fonctionnalité

Dans le processus de facturation SESAM-Vitale, l'acquisition des informations liées à la prestation intervient après l'acquisition des informations du professionnel de santé et du bénéficiaire de soins. Les données des prestations sont ensuite utilisées en lien avec les données de contexte de facturation de l'assurance maladie pour la valorisation de la facture.

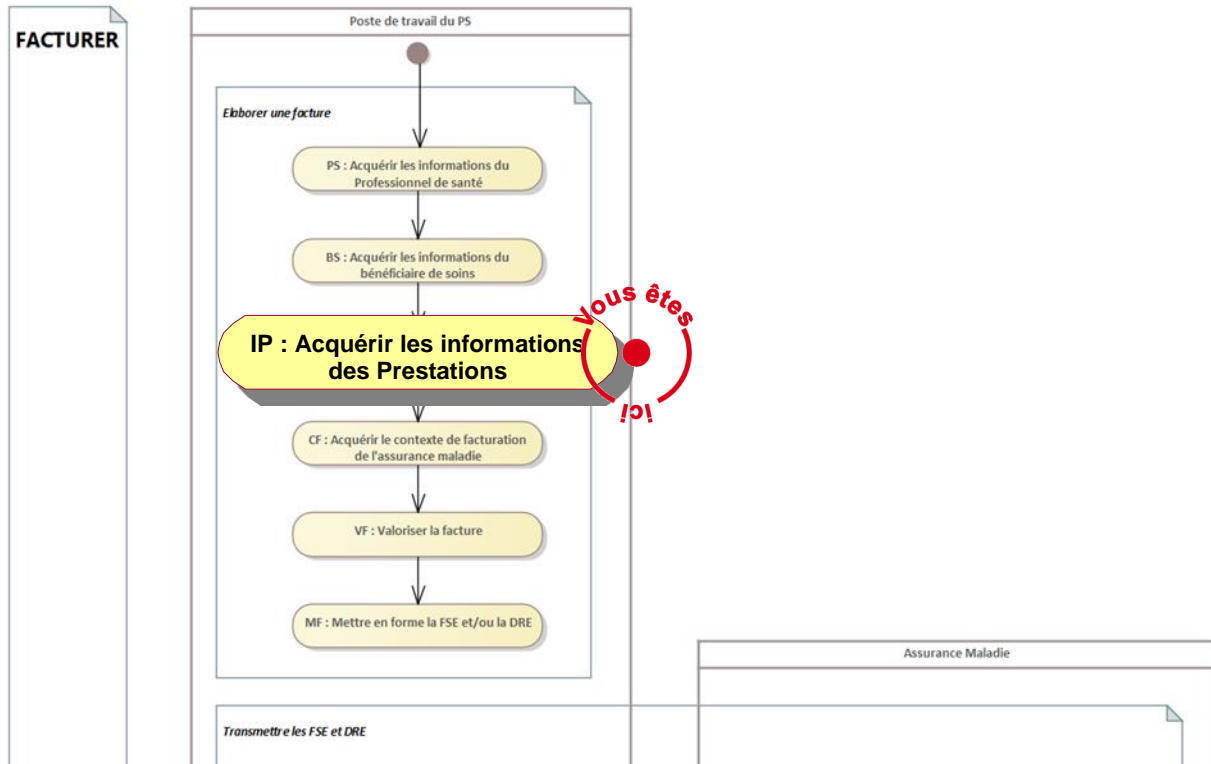


Figure 1 : [IP] Périmètre de "Acquérir information prestation"

## 2.2 Description de la fonctionnalité

### Vue générale

**Nom** IP : Acquérir les informations des prestations

**Description** L'objet de cette fonctionnalité est d'acquérir l'ensemble des informations liées exclusivement à la (ou aux) prestation(s) réalisée(s) par le professionnel de santé auprès d'un bénéficiaire de soins, et ne dépendant pas du contexte de facturation du bénéficiaire de soins vis-à-vis de l'assurance maladie.



**Exemple :**

- le code prestation ou la date d'exécution des soins sont des informations caractérisant la prestation médicale réalisée par le Professionnel de santé.

A ce titre elles relèvent du domaine de la fonctionnalité IP.



**Contre Exemple :**

- La nature d'assurance (maladie, maternité, AT) ou le contexte du parcours de soins (MT, hors parcours...) sont des informations liées à l'assurance maladie et à la façon dont les prestations seront prises en charge par l'assurance maladie, i.e. au contexte de facturation AM

A ce titre elles relèvent du domaine de la fonctionnalité CF.

Il peut s'agir d'une prestation de soin (acte médical, paramédical ou dentaire, délivrance de médicament, acte de biologie, etc., i.e. une prestation de type support) ou d'une prestation associée (déplacement, majoration, etc., i.e. une prestation de type secondaire).

L'acquisition de ces informations doit également permettre de vérifier la cohérence des actes entre eux, mais aussi au regard des caractéristiques personnelles du professionnel de santé (spécialité, lieu d'exercice, etc.) et du bénéficiaire de soins (âge, etc.).

Cette fonctionnalité consiste pour le professionnel de santé, à fournir deux types d'informations pour les prestations effectuées : celles communes à l'ensemble de la facture et celles propres à chaque prestation.

L'acquisition et le contrôle des informations communes à l'ensemble de la facture sont répartis comme suit :

- d'une part, au début de la fonctionnalité, l'opération **IP01** permet d'acquérir toutes les données communes de la facture indépendantes des prestations,  
*Exemple* : « date de la facture »
- d'autre part, en fin de fonctionnalité, l'opération **IP04** permet d'acquérir les données communes de la facture dépendant de l'ensemble des prestations saisies.  
*Exemple* : « nombre de prestations de la facture »

L'acquisition des informations propres à chaque prestation est découpée en 2 opérations distinctes :

- d'une part l'opération **IP02** pour l'acquisition des informations caractérisant la prestation indépendamment des autres prestations,  
*Exemple* : « code prestation »
- d'autre part l'opération **IP03** pour l'acquisition des informations de chaque prestation nécessitant une connaissance d'ensemble de toutes les prestations constituant la facture. Ces informations concernent uniquement des prestations CCAM, et plus particulièrement la gestion des associations d'actes.
- Enfin, lorsque l'acquisition de toutes les prestations est effectuée, les informations sont contrôlées au regard de la facture (contrôles de niveau facture).

**Entrées** Domaine Fonctionnel « Professionnel santé »

**DF\_PS**

Domaine Fonctionnel « Bénéficiaire soins »

**DF\_BS**

**Sorties** Domaine Fonctionnel « Informations Prestation »

**DF\_IP**

<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire de la CMU complémentaire	SP03
	Forçage	SP11
	Victime d'attentat	SP18

---

**Remarques  
générales****Cotation et  
montant des  
prestations**

La cotation et le montant des prestations citées dans les exemples peut être déphasée par rapport à l'évolution de la réglementation. Ceux-ci sont donnés à titre indicatif.

**Lettre clé Z**

La mise en place de la CCAM pour les catégories de Professionnels de Santé concernés entraîne la disparition de la lettre clé Z.

Les règles et exemples concernant cette lettre-clé seront alors caduques.

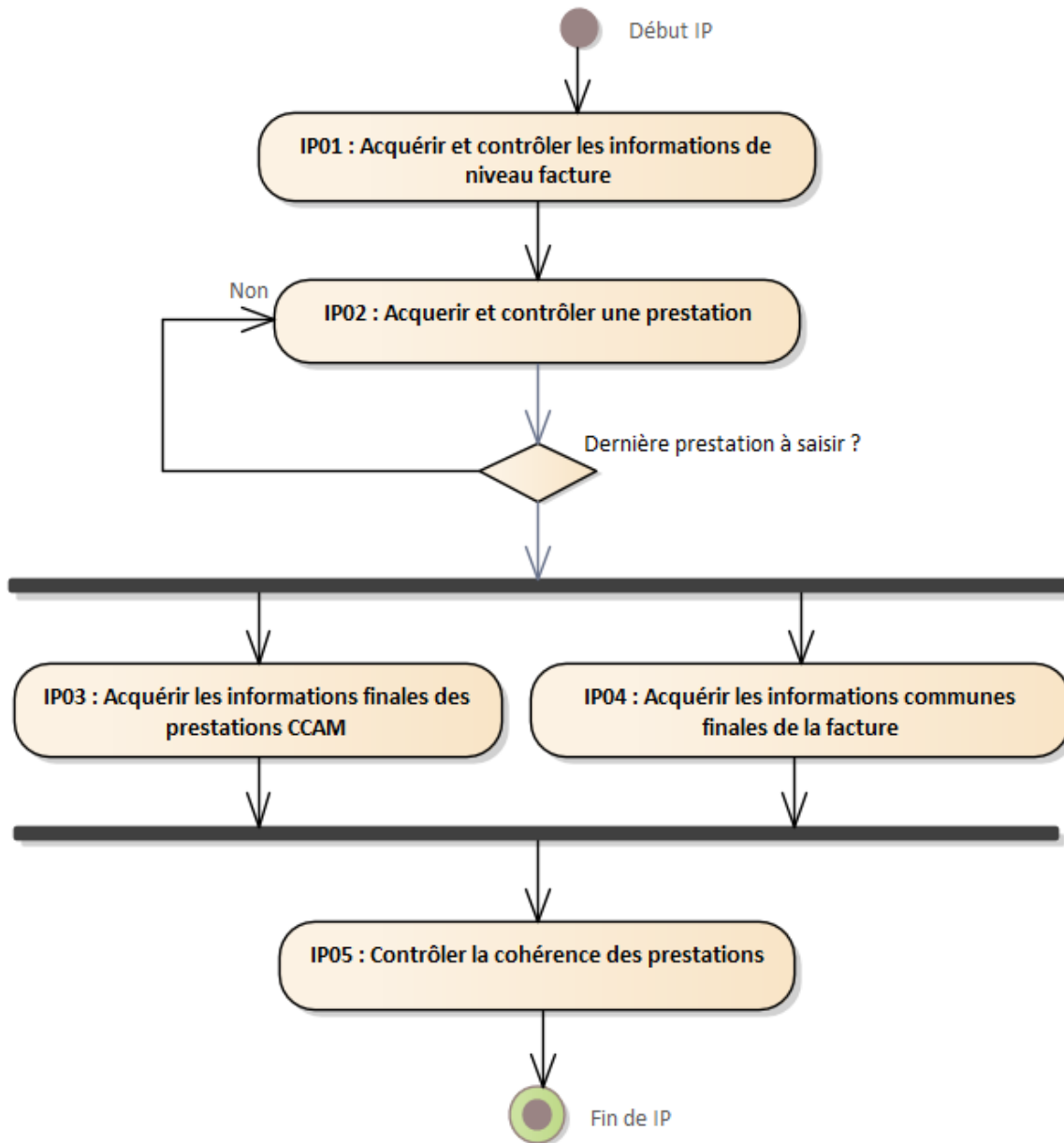
**Actes gratuits**

La gratuité d'un acte support n'entraîne pas automatiquement la gratuité des actes secondaires qui lui sont rattachés.



## Schéma

Le schéma ci-dessous présente l'enchaînement des opérations de la fonctionnalité « Acquérir les informations des prestations ».



**Figure 2 : [SC\_IP] Enchaînement de IP : "Acquérir les informations des prestations"**

## Préambule

La fonctionnalité IP : "Acquérir les informations des prestations" comporte des règles qui ne relèvent pas d'une opération ou d'une tâche spécifique mais sont générales à toute la fonctionnalité. Ces règles sont présentées ci-après.

**Réponse de prise  
en charge**

Pour toutes les familles de Professionnel de Santé, seuls doivent figurer dans la facture, les actes, les produits et prestations figurant sur la réponse de prise en charge de l'organisme d'assurance maladie complémentaire. En conséquence, les éventuels produits et prestations facturés en sus de ceux figurant sur la prise en charge de l'organisme d'assurance maladie complémentaire doivent être facturés à part.



Remarque : le circuit de la demande de prise en charge n'est pas dans le périmètre du système de facturation SESAM-Vitale.

### 3 Description détaillée de la fonctionnalité « IP : Acquérir les informations des prestations »

#### 3.1 IP01 : Acquérir et contrôler les informations de niveau facture

##### Vue générale

**Nom** IP01 **Acquérir et contrôler les informations de niveau facture**

**Description** L'objet de cette opération est d'acquérir les informations des prestations effectuées par le professionnel de santé communes à l'ensemble de la facture.

Cette opération consiste à saisir :

- la date de facturation,
- pour les prescrits, les informations d'identification du prescripteur et de la prescription associée à la prestation dispensée,
- pour les professionnels de santé réalisant des soins dentaires, la date de début de soins,
- les informations relatives aux arrêts de travail.

**Entrées** Aucune

**Sorties** Date de la facture

EF\_IP01\_01

Arrêt travail

EF\_IP02

Prescription

EF\_IP03

**Situations spécifiques** Aucune

##### Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

#### Règles Date de facturation

**[RG\_IP305] Acquérir la Date de la facture (EF\_IP01\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date de la facture est renseignée par le Professionnel de Santé.

La date de la facture ne doit pas être postérieure à la date du jour (date système) de sécurisation de la facture, et ce quel que soit le mode de sécurisation appliqué.



##### Cas particuliers

**[CP1] Actes en série ou série d'actes**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas des actes en série ou lorsque sont en cause plusieurs actes ou prestations rapprochées relevant d'un même traitement, la date d'élaboration de la facture (EF\_IP01\_01) est renseignée dans la feuille de soins électronique, selon le choix du PS soit à :

- la date de paiement par l'assuré des actes ou prestations servies,
- la date de réalisation ou date de délivrance du dernier acte ou de la dernière prestation.



**Remarque** : Un contrôle de cette date d'élaboration de la facture est prévu au niveau de l'opération IP05.

## Règles Identification de la prescription

### Préambule

#### Soins soumis à prescription

Le terme « prescription » doit être pris au sens large c'est-à-dire tous types de prescriptions : pharmacie mais aussi actes par auxiliaires médicaux, laboratoire, radios, articles de la LPP ...

#### PS autorisés à prescrire

Outre les Professionnel de Santé de la famille « Prescripteurs » les autres familles de Professionnels de Santé peuvent également prescrire, dans les limites de la réglementation en vigueur.

Un suivi des prescriptions exécutées en ville est mis en place, en particulier pour les prescriptions issues des prescripteurs salariés des hôpitaux publics, mais aussi pour celles de tout autre prescripteur dès lors que les informations nécessaires figurent sur l'ordonnance.

L'objectif est d'obtenir, à la source, lors de l'exécution de la prescription, les informations d'identification des professionnels prescripteurs et leur condition d'exercice.

#### Identification du prescripteur

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'exécutant de la prescription (hospitalière ou non) doit pouvoir renseigner, dans sa facture, les informations d'identification du prescripteur et ces données devront être véhiculées dans les flux SESAM-Vitale.

Le prescripteur est identifié par son n° RPPS, et éventuellement le n° de structure dans laquelle il exerce, i.e. dans laquelle la prescription a été établie.

Lorsque les prestations facturées sont réalisées suite à une prescription, le système de facturation permet au Professionnel de Santé de saisir les informations d'identification du prescripteur à partir de la prescription à savoir :

- le n° d'identification de facturation du prescripteur, (EF\_IP03\_04)
- la clé du n° d'identification de facturation du prescripteur (EF\_IP03\_05)
- le n° de RPPS du prescripteur, (EF\_IP03\_07)
- la clé du n° RPPS du prescripteur (EF\_IP03\_08)

- la date de la prescription, (EF\_IP03\_02)
- le code spécialité du prescripteur (uniquement pour les prescripteurs salariés ou bénévoles), (EF\_IP03\_06)
- l'identification de la structure dans laquelle le prescripteur exerce. (EF\_IP03\_09)
- l'identification de la prescription (EF\_IP03\_01)
- le code condition d'exercice du prescripteur (EF\_IP03\_10)

### **Prise en charge des soins soumis à prescription**

Extrait de l'article 5 de la NGAP : « seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, [...], les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de leur compétence ».

Extrait de l'article 1er de la NABM : « la nomenclature, [...], établit avec leur cotation, la liste des actes susceptibles d'être pris en charge par l'assurance maladie qu'effectuent les directeurs, les directeurs adjoints et, sous leur responsabilité, les techniciens de laboratoires d'analyse de biologie médicale, dans la limite de leur compétence. »

Dans le cadre de l'exécution d'une ordonnance SMG, aucune autre pièce ne devra être demandée à l'assuré.

La prescription est obligatoire pour la délivrance des produits de la LPP par les familles : « Fournisseurs », « Pharmacien », « Auxiliaires-médicaux », et « Laboratoires d'analyse de biologie médicale ».

Les produits et prestations inscrits sur la LPP ne peuvent être remboursés par l'assurance maladie que sur prescription de certains Professionnels de Santé :

- sur prescription médicale d'un médecin, d'un chirurgien dentiste pour les produits et prestations nécessaires à l'exercice de son art,
- sur prescription médicale d'une sage-femme pour certains produits visés par arrêté,
- sur prescription d'auxiliaires médicaux, (masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, pédicure podologues ...).

Pour ces deux dernières puces, les limites de prescription sont fixées réglementairement. (Articles L4311-1 et L4321-1 du Code de la Santé Publique).

### **Délivrance d'un contraceptif à la mineure**

Dans le cas de la délivrance d'un contraceptif autre que le contraceptif d'urgence, cette délivrance doit faire l'objet d'une facturation isolée des autres produits éventuellement mentionnés sur la prescription.



Dans le cas de la délivrance du contraceptif d'urgence, cette délivrance doit faire nécessairement l'objet d'une facturation isolée du fait de l'absence de prescription.

### **Télémédecine**

Le tableau ci-après présente une synthèse des cas particuliers liés à la facturation en télémédecine pour le renseignement des données liées à la prescription.

Ces cas particuliers sont spécifiés ci-après dans la partie « Règles de gestion ».

Règle	Donnée		En cas de télémedecine	Obligatoire / facultatif
	Référence	libellé		
[RG_IP307] [CP3]	(EF_IP03_04)	Numéro de prescripteur	Utilisé pour identifier à la place du PS prescripteur :  le PS1 par le PS2 facturant ou le PS2 par le PS1 facturant	Obligatoire*
[RG_IP308] [CP3]	(EF_IP03_05)	Clé du numéro de prescripteur		Obligatoire*
[RG_IP367] [CP1]	(EF_IP03_07)	Numéro RPPS du prescripteur		Facultatif
[RG_IP368] [CP1]	(EF_IP03_08)	Clé du numéro RPPS du prescripteur		Facultatif
[RG_IP309] [CP1]	(EF_IP03_06)	Code spécialité du prescripteur		Obligatoire*
[RG_IP369] [CP1]	(EF_IP03_09)	Numéro de la structure du prescripteur		Facultatif
[RG_IP385] [CP1]	(EF_IP03_10)	Code condition d'exercice du prescripteur	Date de prescription de l'acte de télémedecine ou date de l'acte de télémedecine	Obligatoire*
[RG_IP311] [CP3]	(EF_IP03_02)	Date de prescription		Obligatoire*

**O\* : Obligatoire pour les situations de télémedecine suivantes :**

- **Accompagnement**
- **Télé expertise**
- **Téléssoin**

**Non obligatoire dans les autres cas, à savoir :**

- **Téléconsultation**
- **Télésurveillance**

**Ces situations sont caractérisées par la valeur du groupe fonctionnel secondaire du code prestation (EF\_IP05\_04).**

**O\* : le renseignement du second professionnel de santé est obligatoire uniquement en cas d'Accompagnement réalisé par un PS pharmacien.**

**Une prestation d'accompagnement est caractérisée par la valeur du groupe fonctionnel secondaire du code prestation (EF\_IP05\_04).**



**A noter qu'en cas de Téléssoin et de Téléconsultation, il n'y a pas d'intervention d'un second professionnel de santé autre que le PS facturant.**

## Règles de gestion

**[RG\_IP307] Acquérir le Numéro de prescripteur (EF\_IP03\_04)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est :

- soit issue du code à barre présent sur l'ordonnance et scanné par le PS ;

- soit inscrite sur l'ordonnance et saisie par le PS ;
- soit déduite du référentiel PS (DF\_REF\_PS) si cette donnée n'est pas présente sur l'ordonnance.  
Cette déduction s'appuie sur la règle de recherche RG\_IP502.  
Dans tous les cas, le LPS laisse la possibilité au PS de modifier les informations issues du référentiel PS proposées par le LPS.  
Le LPS doit laisser la possibilité au PS de renseigner manuellement les informations du prescripteur.



Pour les prescripteurs exerçant comme salariés dans les établissements de santé et centres de santé, ce numéro est le n° FINESS de l'établissement.



### Cas particuliers

#### [CP1] Absence d'ordonnance

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En l'absence d'ordonnance, le numéro de prescripteur est renseigné avec un numéro fictif communiqué par l'Assurance Maladie.

Dans ce cas, la clé du numéro d'identification du prescripteur est calculée à partir du numéro fictif précédent.

#### ➤ Situation spécifique pour ce cas particulier

#### [CP1][SP10] Facture anonymisée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour certains contextes d'anonymisation de la facture, l'ordonnance est absente.

~~Il s'agit des contextes de :~~

- ~~• Délivrance de contraceptif d'urgence (EF\_IP01\_09 = CTX\_CU)~~
- ~~• Délivrance de préservatifs remboursés à 100% (EF\_IP01\_09 = CTX\_P100)~~

Dans ces cas, le numéro de prescripteur est renseigné avec un numéro **fictif** communiqué par l'Assurance Maladie.

Dans le contexte d'anonymisation pour Bénéficiaire fictif (EF\_IP01\_09 = CTX\_FICTIF),

- le numéro de prescripteur est initialisé avec la valeur par défaut présente en table 10, si cette valeur est renseignée ;  
pour autant cette information doit pouvoir être modifiable par le PS.
- dans le cas contraire, le numéro de prescripteur est saisi par le PS.



~~yy199999 où yy représente le numéro du département du lieu d'implantation de la pharmacie.~~

Par ailleurs, la clé du numéro d'identification du prescripteur est calculée à partir du numéro fictif précédent.

#### [CP2] Prescripteur remplaçant

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où la prescription a été établie par un Professionnel de Santé remplaçant, ce champ doit être renseigné avec le N° d'identification de facturation du PS remplacé.

**[CP3] Facturation de Télémédecine**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation de télémédecine, i.e. si la facture comporte au moins une prestation de télémédecine, (groupe fonctionnel : EF\_IP05\_03 = « Télémédecine »), cette information est utilisée pour identifier, à la place du PS prescripteur, le second PS en contact avec le PS facturant :

- soit le PS1 dans le cas d'une facture élaborée par le PS2 ;
- soit le PS2 dans le cas d'une facture élaborée par le PS1 ;

Cette information est obligatoire pour les actes de téléexpertise, ou accompagnement. (EF\_IP05\_04).

**[RG\_IP350] Contrôler le Numéro de prescripteur (EF\_IP03\_04)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas général, le numéro de prescripteur n'est pas contrôlé.

**Cas particuliers****[CP1] Facturation de prestations de télémédecine**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la facture comporte au moins une prestation de télémédecine (EF\_IP05\_03 = « Télémédecine »), le n° de prescripteur, renseigné avec le n° d'identification du deuxième PS, doit être différent du n° d'identification du PS facturant (EF\_PS03\_09), hormis en cas de facturation en centre de santé (EF\_PS04\_11).

**[CP2] Facturation de prestations d'accompagnement à la téléconsultation**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si la facture comporte au moins une prestation d'accompagnement à la téléconsultation (EF\_IP05\_04 = « Accompagnement »), et si le PS renseigne le n° de prescripteur, le LPS doit avertir le PS que le n° de prescripteur saisi à saisir est celui du PS téléconsultant et que, de ce fait, la présence d'autres prestations sur la même facture n'est possible que pour des prestations prescrites par ce même PS.

**[RG\_IP308] Acquérir la clé du numéro de prescripteur (EF\_IP03\_05)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'acquisition de la clé est faite selon le même mode (saisie, scan ou référentiel PS) que celui utilisé pour le numéro auquel elle appartient : cf. RG\_IP307

**Cas particuliers****[CP1] Clé du Numéro de prescripteur fictif**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					



La clé du numéro d'identification du prescripteur est calculée à partir du numéro de prescripteur fictif précédent.



[SP10] : ce cas particulier inclut les cas de facture anonymisées réalisées en l'absence d'ordonnance (cf ; RG\_IP307[CP1][SP10])

### [CP2] Prescripteur remplaçant

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où la prescription a été établie par un Professionnel de Santé remplaçant, ce champ doit être renseigné avec la clé du n° d'identification de facturation du PS remplacé.

### [CP3] Facturation de Télémédecine

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation de télémédecine, i.e. si la facture comporte au moins une prestation de télémédecine, (groupe fonctionnel : EF\_IP05\_03 = « Télémédecine »), cette information est utilisée pour identifier, à la place du PS prescripteur, le second PS en contact avec le PS facturant :

- soit le PS1 dans le cas d'une facture élaborée par le PS2 ;
- soit le PS2 dans le cas d'une facture élaborée par le PS1 ;

Cette information est obligatoire pour les actes de téléexpertise, ou accompagnement. (EF\_IP05\_04).

### [RG\_IP367] Acquérir le numéro RPPS du prescripteur (EF\_IP03\_07)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est :

- soit issue du code à barre présent sur l'ordonnance et scanné par le PS ;
- soit inscrite sur l'ordonnance et saisie par le PS ;
- soit déduite du référentiel PS (DF\_REF\_PS) si cette donnée n'est pas présente sur l'ordonnance.

Cette déduction s'appuie sur la règle de recherche RG\_IP502.

Dans tous les cas, le LPS laisse la possibilité au PS de modifier les informations issues du référentiel PS proposées par le LPS.

Le LPS doit laisser la possibilité au PS de renseigner manuellement les informations du prescripteur.



### Cas particuliers

#### [CP1] Facturation de Télémédecine

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation de télémédecine, i.e. si la facture comporte au moins une prestation de télémédecine, (groupe fonctionnel : EF\_IP05\_03 = « Télémédecine »), cette information est utilisée pour identifier, à la place du PS prescripteur, le second PS en contact avec le PS facturant :

- soit le PS1 dans le cas d'une facture élaborée par le PS2 ;
- soit le PS2 dans le cas d'une facture élaborée par le PS1 ;

**[RG\_IP368] Acquérir la clé du numéro RPPS du prescripteur (EF\_IP03\_08)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'acquisition de la clé est faite selon le même mode (saisie, scan ou référentiel PS) que celui utilisé pour le numéro auquel elle appartient : cf. RG\_IP367



**Cas particuliers**

**[CP1] Facturation de Télémédecine**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation de télémédecine, i.e. si la facture comporte au moins une prestation de télémédecine, (groupe fonctionnel : EF\_IP05\_03 = « Télémédecine »), cette information est utilisée pour identifier, à la place du PS prescripteur, le second PS en contact avec le PS facturant :

- soit le PS1 dans le cas d'une facture élaborée par le PS2 ;
- soit le PS2 dans le cas d'une facture élaborée par le PS1 ;

**[RG\_IP\_R6] Contrôler la clé des numéros de prescripteur (EF\_IP03\_05) et (EF\_IP03\_08)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la clé des numéros de prescripteur après saisie de ces numéros par l'exécutant

Cette règle a pour objet de contrôler :

- d'une part la clé du numéro de facturation du prescripteur (EF\_IP03\_05),
- d'autre part la clé du numéro RPPS du prescripteur (EF\_IP03\_08).

Cette vérification est faite à partir de l'algorithme de calcul suivant :

- Numéroté les chiffres du numéro de la droite vers la gauche
- Multiplier par 1 les chiffres de rang pair
- Multiplier par 2 les chiffres de rang impair
- Additionner l'ensemble de ces résultats, chiffre par chiffre
- Déterminer le complément à 10 du chiffre unitaire de cette somme : il constitue la clé.



**Cas particuliers**

**[CP1] Présence de lettres dans le numéro**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas de numéros renfermant des lettres, le calcul de clé se réalise par transposition de la lettre par un chiffre de la manière suivante :

A par 1, B par 2, C par 3, D par 4 etc...

La clé ainsi calculée doit être égale à la clé saisie

**[RG\_IP309] Acquérir le Code spécialité du prescripteur (EF\_IP03\_06)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La spécialité du professionnel de santé ayant établi l'ordonnance est demandée :

- Lorsque le prescripteur est salarié ou bénévole (d'un établissement de soins ou d'une structure) pour les actes facturés soumis à prescription (ce code ne figure pas en clair sur l'ordonnance mais il est à déduire du libellé de la spécialité du prescripteur salarié qui figure sur l'ordonnance).

Cette information est :

- soit inscrite sur l'ordonnance et saisie par le PS ;
- soit déduite du référentiel PS (DF\_REF\_PS) si cette donnée n'est pas présente sur l'ordonnance.

Cette déduction s'appuie sur la règle de recherche RG\_IP502.

Dans tous les cas, le LPS laisse la possibilité au PS de modifier les informations issues du référentiel PS proposées par le LPS.

Le LPS doit laisser la possibilité au PS de renseigner manuellement les informations du prescripteur.

**Cas particuliers****[CP1] Facturation de Télémédecine**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation de télémédecine, i.e. si la facture comporte au moins une prestation de télémédecine, (groupe fonctionnel : EF\_IP05\_03 = « Télémédecine »), cette information est utilisée pour identifier, à la place du PS prescripteur, le second PS en contact avec le PS facturant :

- soit le PS1 dans le cas d'une facture élaborée par le PS2 ;
- soit le PS2 dans le cas d'une facture élaborée par le PS1 ;

Cette information est obligatoire si le PS à identifier est salarié, i.e. si sa condition d'exercice (EF\_IP03\_10) est différente de la valeur « L »: Libéral.

**[RG\_IP310] Acquérir le Code prescription établie par un médecin SNCF (EF\_IP03\_03)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce code, demandé dans certains cas de tarification (voir règles RG\_VF\_T2bis, RG\_VF\_T2ter, RG\_VF\_T2quater), indique si la prescription a été établie par un médecin SNCF.

Cette information est saisie par le Professionnel de Santé. Elle n'est pas transmise dans la facture mais sert de donnée intermédiaire pour certaines règles de la fonctionnalité VF « Valoriser Facture ».

**[RG\_IP311] Acquérir la Date de prescription (EF\_IP03\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est la date à laquelle la prescription a été établie. Elle est à prendre sur l'ordonnance et saisie par le PS.

Cette date doit impérativement être antérieure ou égale à la date de la prestation la plus ancienne de la facture.



### Cas particuliers

#### [CP1] Soins dentaires

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle est spécifique aux professionnels de santé réalisant des soins dentaires (obligatoire pour les chirurgiens-dentistes (EF\_PS04\_10 = « CD ») et les spécialités de médecin pouvant réaliser des soins dentaires à savoir les spécialités 18, 44, 45 et 69 et les médecins généralistes (spécialités 01, 22, 23).

Lorsqu'un professionnel de santé soigne un patient sur plusieurs séances pour plusieurs problèmes non liés, il indique la date d'exécution du soin le plus ancien sauf s'il y a une prothèse dentaire ou soins d'orthopédie dento-faciale, la date de prescription (EF\_IP03\_02) correspond alors à la date de proposition.

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

#### [CP3] Facturation de Télémédecine

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation de télémédecine, i.e. si la facture comporte au moins une prestation de télémédecine, (groupe fonctionnel : EF\_IP05\_03 = « Télémédecine »), cette information correspond à la date de prescription de l'acte de télémédecine ou la date de l'acte de télémédecine.

Cette information est obligatoire pour les actes de téléexpertise, ou accompagnement (EF\_IP05\_04)

#### [SP10] Facture anonymisée

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture anonymisée (EF\_IP01\_10 = « oui »), pour le contexte de bénéficiaire fictif (EF\_IP01\_09 = CTX\_FICTIF),

- la date de prescription est initialisée avec la valeur par défaut présente en table 10, si cette valeur est renseignée ; pour autant cette date doit pouvoir être modifiable par le PS.
- dans le cas contraire, la date de prescription est saisie par le PS.

#### [RG\_IP326] Contrôler la Date de prescription (EF\_IP03\_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette date est nécessairement :

- antérieure ou égale à la date de facturation (EF\_IP01\_01)
- et postérieure ou égale à la date de naissance du bénéficiaire des soins (EF\_BS02\_07).

**[RG\_IP317] Acquérir le n° d'identification de la prescription (EF\_IP03\_01)**

Cette information est prévue dans le cadre d'une utilisation future. Elle n'est pas renseignée dans la présente version.

Elle est prévue pour être renseignée avec le n° d'ordre de la prescription (à prendre sur l'ordonnance électronique).

**[RG\_IP369] Acquérir le numéro de la structure du prescripteur (EF\_IP03\_09)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est :

- soit issue du code à barre présent sur l'ordonnance et scanné par le PS ;
- soit inscrite sur l'ordonnance et saisie par le PS ;
- soit déduite du référentiel PS (DF\_REF\_PS) si cette donnée n'est pas présente sur l'ordonnance.

Cette déduction s'appuie sur la règle de recherche RG\_IP502.

Dans tous les cas, le LPS laisse la possibilité au PS de modifier les informations issues du référentiel PS proposées par le LPS.

Le LPS doit laisser la possibilité au PS de renseigner manuellement les informations du prescripteur.

Cette information inclut la clé du numéro de structure.

**Cas particuliers****[CP1] Facturation de Télémédecine**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation de télémédecine, i.e. si la facture comporte au moins une prestation de télémédecine, (groupe fonctionnel : EF\_IP05\_03 = « Télémédecine »), cette information est utilisée pour identifier, à la place du PS prescripteur, le second PS en contact avec le PS facturant :

- soit le PS1 dans le cas d'une facture élaborée par le PS2 ;
- soit le PS2 dans le cas d'une facture élaborée par le PS1 ;

**[RG\_IP385] Acquérir le code condition d'exercice du prescripteur (EF\_IP03\_10)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est saisie par le PS. Elle précise si le prescripteur a agi en tant que :

- Libéral valeur « L »,
- Salarié valeur « S »,
- Bénévole valeur « B ».

**Cas particuliers****[CP1] Facturation de Télémédecine**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation de télémedecine, i.e. si la facture comporte au moins une prestation de télémedecine, (groupe fonctionnel : EF\_IP05\_03 = « Télémedecine »), cette information est utilisée pour identifier, à la place du PS prescripteur, le second PS en contact avec le PS facturant :

- soit le PS1 dans le cas d'une facture élaborée par le PS2 ;
- soit le PS2 dans le cas d'une facture élaborée par le PS1 ;

Cette information est obligatoire pour les actes de téléexpertise, ou accompagnement (EF\_IP05\_04)

**[RG\_IP386] Acquérir le code origine de la prescription (EF\_IP03\_11)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit permettre au professionnel de santé exécutant une prescription de renseigner dans sa facture l'origine de la prescription.

Cette information permet de préciser :

- soit le contexte de la prescription par rapport au parcours de soins : pour une prescription établie par un prescripteur concerné par le parcours de soins, le Professionnel de Santé réalisant la facture indique si la prescription a été établie
  - par le médecin traitant,
  - par un médecin correspondant,
  - par un autre médecin dans le respect du parcours de soins,
  - hors parcours de soins.

Il est à noter que les Professionnels de Santé de la famille Fournisseurs ne sont pas concernés par le renseignement du code origine de la prescription pour le contexte du parcours de soins.

- soit le contexte de renouvellement, 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. Le code origine de la prescription prend l'une des valeurs suivantes :
  - Renouvellement Adapté (cas de l'optique)
  - Renouvellement à l'Identique de la prescription Initiale (cas de l'optique)

Ces informations sont exclusives, le code origine de la prescription ne peut prendre qu'une signification à la fois.

Cette information est lue, le cas échéant, par le professionnel de santé exécutant sur l'ordonnance.

**[RG\_IP502] Rechercher une donnée à partir du référentiel PS**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si cette donnée n'est pas présente sur l'ordonnance, le Référentiel PS (DF\_REF\_PS) est utilisé selon les modalités décrites dans le tableau ci-dessous :

N° présents sur l'ordonnance		Utilisation du Référentiel PS par le LPS	
N° FINESS	N° RPPS	Données recherchées	Critères de recherche
x	x	Code spécialité	N° RPPS

			La recherche est réalisée avec uniquement le n° RPPS.
x		N° RPPS Code spécialité	N° FINESS + si nécessaire, autres données présentes sur l'ordonnance et disponibles dans le référentiel PS (nom, prénom...) Si aucune donnée n'est trouvée en utilisant le N° FINESS, une autre recherche est réalisée avec uniquement les autres critères.
	x	N° FINESS Code spécialité	Coordonnées de l'établissement + si nécessaire, autres données présentes sur l'ordonnance et disponibles dans le référentiel PS
		N° RPPS N° FINESS Code spécialité	Données présentes sur l'ordonnance et disponibles dans le référentiel PS (coordonnées de l'établissement, nom, prénom, ...)

Si le LPS trouve dans le référentiel PS plusieurs prescripteurs répondant aux critères de recherche, le LPS demande au PS de sélectionner un prescripteur.

Cette recherche peut être utilisée pour règles suivantes :

<b>[RG_IP307]</b>	<b>Acquérir le Numéro de prescripteur (EF_IP03_04)</b>
<b>[RG_IP309]</b>	<b>Acquérir le Code spécialité du prescripteur (EF_IP03_06)</b>
<b>[RG_IP367]</b>	<b>Acquérir le numéro RPPS du prescripteur (EF_IP03_07)</b>
<b>[RG_IP369]</b>	<b>Acquérir le numéro de la structure du prescripteur (EF_IP03_09)</b>

#### **[RG\_IP504] Scanner le code à barre de l'ordonnance**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si un code à barre est présent sur l'ordonnance, le LPS doit offrir la possibilité au Professionnel de Santé de le scanner.

## Règles

### Arrêt de travail

#### **[RG\_IP312] Acquérir le nombre de jours d'Arrêt de Travail (EF\_IP02\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est saisie par le PS.



Remarque : cette information n'est ni utilisée ni transmise dans la facture. Cette acquisition est prévue pour utilisation future

#### **[RG\_IP313] Acquérir la Date de fin d'Arrêt de Travail (EF\_IP02\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est saisie par le PS.



Remarque : cette information n'est ni utilisée ni transmise dans la facture. Cette acquisition est prévue pour utilisation future



## 3.2 IP02 : Acquérir et contrôler une prestation

### Vue générale

**Nom** IP02 **Acquérir et contrôler une prestation**

**Description** L'objet de cette opération est d'acquérir les informations propres à la prestation réalisée à l'attention du bénéficiaire de soins. Cette prestation peut être une prestation de soins (acte médical, délivrance de médicaments, analyse, etc.), une prestation de type déplacement, une prestation de majoration....

La notion de prestation correspond à une ligne d'acte de la facture, i.e. un code prestation (EF\_IP04\_01).

Cette opération consiste pour le professionnel de santé, à renseigner les informations générales, supplémentaires et détaillées relatives à la prestation d'un point de vue médical et métier du PS.

- Les informations générales sont les informations à renseigner systématiquement dans tous les cas.
- Les informations supplémentaires sont les informations à renseigner facultativement selon les cas.
- Les informations détaillées sont les informations liées à la codification affinée de la prestation.

Ces informations sont ensuite contrôlées.

#### Objet de l'acquisition des informations relatives à la prestation

Le système de facturation permet la saisie et l'acquisition des informations relatives aux prestations effectuées, au type de facturation applicable, etc.



**Entrées** Aucune

<b>Sorties</b>	Prestation	EF_IP04
	Type prestation	EF_IP05
	Lieu d'exécution prestation	EF_IP06
	PS Exécutant salarié	EF_IP07
	Supplément de prestation	EF_IP08
	Détail prestation CCAM	EF_IP09
	Détail prestation CCAM-modificateurs	EF_IP10
	Détail prestation CCAM dentaire	EF_IP11
	Détail prestation biologie	EF_IP12
	Détail prestation pharmacie	EF_IP13
	Détail code CIP	EF_IP14
	Détail prestation LPP	EF_IP15
<b>Situations spécifiques</b>	Forçage	SP11
	Victime d'attentat	SP18

## Schéma

Le schéma ci-dessous présente l'enchaînement des tâches de l'opération « Acquérir prestation ».

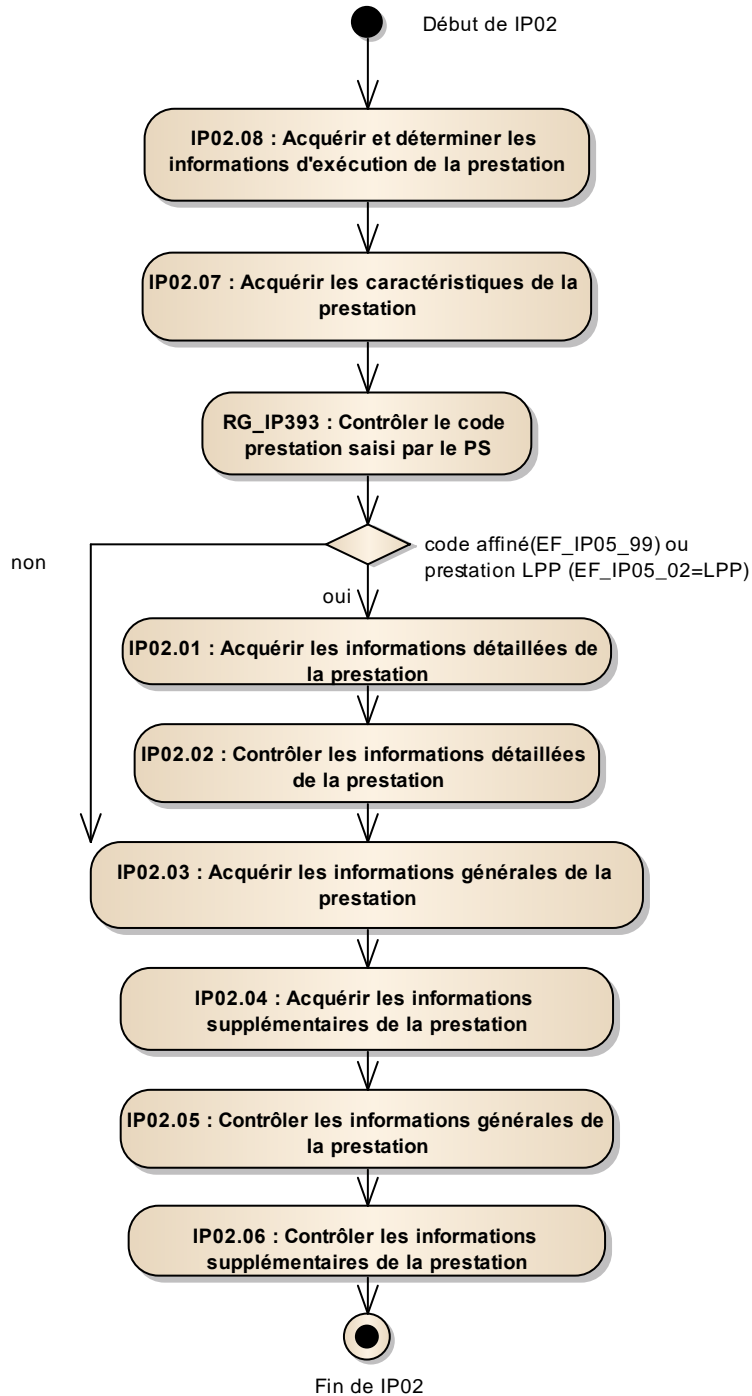


Figure 3 : [SC\_IP02]

Enchaînement de IP02 : « Acquérir et contrôler une prestation »



**Remarque** : L'acquisition des données affinées s'effectue avant les données générales. En effet, pour une prestation donnée, il est nécessaire de connaître les informations de niveau détaillé pour en déduire les informations de niveau général.

## Règles de gestion

### [RG\_IP393] Contrôler le code prestation saisi par le PS (EF\_IP04\_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code prestation saisi par le Professionnel de Santé doit correspondre :

- soit à un code prestation présent en table 1 de l'annexe 2bis (EF\_A2\_T1) et de code origine « PS » (EF\_IP05\_06= « PS »)
- soit à un code prestation non présent en table 1 de l'annexe 2bis (EF\_A2\_T1) (cas de forçage)

Il ne doit en aucun cas correspondre à un code prestation présent en table 1 de l'annexe 2bis (EF\_A2\_T1) et de code origine « LPS » (EF\_IP05\_06= « LPS »)

### 3.2.1 IP02.01 : Acquérir les informations détaillées de la prestation

#### Vue générale

**Nom** IP02.01 Acquérir les informations détaillées de la prestation

**Description** L'objet de cette tâche est d'acquérir les informations détaillées relatives à la prestation dispensée par le professionnel de santé au bénéficiaire de soins, dès lors que cette prestation se caractérise par une prestation affinée.

L'acquisition de ces informations est liée à la nature de la prestation. Il peut s'agir :

- d'une prestation CCAM
- d'une prestation de pharmacie (ex. : médicament)
- d'une prestation de biologie ou anatomo-cyto-pathologie (ex. : analyse)
- d'une prestation LPP (ex. : dispositif médical)

**Entrées** Date d'exécution de la prestation EF\_IP04\_02

Base CCAM DF\_CCAM

**Sorties** Détail prestation CCAM EF\_IP09

Détail prestation CCAM dentaire EF\_IP10

Détail prestation CCAM modificateurs EF\_IP11

Détail prestation biologie EF\_IP12

Détail prestation pharmacie EF\_IP13

Détail attributs code CIP EF\_IP14

Détail prestation LPP EF\_IP15

**Situations spécifiques** Forçage SP11

#### Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

### Règles Prestation CCAM

#### Préambule

##### Informations détaillées de la prestation CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- Données facultatives :
  - Code modificateur CCAM AMO (EF\_IP10\_01)
  - Code association CCAM (EF\_IP09\_04)
  - Numéro de dents (EF\_IP11\_01)
  - Code supplément de charge CCAM (EF\_IP09\_05)
    - Données renseignées automatiquement par le système de facturation :
  - Code modificateur CCAM AMC. (EF\_IP10\_02)

- Données non renseignées :
  - Code extension documentaire (EF\_IP09\_06)

## Règles de gestion

### [RG\_IP\_CC9] Acquérir les codes modificateurs CCAM AMO (EF\_IP10\_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur de chaque modificateur saisi par le Professionnel de Santé et transmis dans la facture doit être connu dans la base CCAM (DF\_CCAM)

- à la date d'exécution de la prestation (EF\_IP04\_02),
- et pour le contexte tarifaire de la prestation.

Le contexte tarifaire de la prestation est constitué :

- du contexte tarifaire PS de la prestation (EF\_IP04\_08),
- et du contexte tarifaire BS de la prestation (EF\_IP04\_09).

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règles CC9 et CC9b.



#### Remarque

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



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

### [RG\_IP\_CC1] Acquérir le Code association CCAM (EF\_IP09\_04)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code association CCAM est saisi par le Professionnel de Santé selon les règles suivantes :

- Pour une prestation (acte/activité/phase) n'appartenant à aucune association, cette donnée est non renseignée.
- Lorsque la prestation appartient à une association d'actes, le code association doit être transmis pour chaque acte/activité/phase de cette association. Deux cas de figure sont possibles :

- Association non prévue : pour une association d'actes non prévue, le code association transmis est renseigné par le professionnel de santé.

La valeur du code association CCAM saisi par le professionnel de santé, et transmis dans la facture pour chaque acte d'une association non prévue, doit être connue dans la base CCAM (DF\_CCAM)

- à la date d'exécution de la prestation (EF\_IP04\_02),
- et pour le contexte tarifaire de la prestation (EF\_IP04\_08 / EF\_IP04\_09).
- Association prévue : pour une association d'actes prévue, le code association CCAM transmis est nécessairement non renseigné.

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC1.



Le système de facturation détermine l'existence d'associations d'actes et leur nature (cf. IP03). En fonction de ces informations, le système peut demander au Professionnel de santé, pour chaque prestation appartenant à une association non prévue, la saisie du code association si celui-ci n'a pas été renseigné.



Remarque : Un contrôle de ce code association CCAM est prévu au niveau de l'opération IP05



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

**[RG\_IP391] Acquérir les Numéros de dents traitées en CCAM (EF\_IP11\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type CCAM (EF\_IP05\_02= « CCAM »), concernant des actes dentaires pour lesquels il est possible de préciser les n° de dents traitées, le Professionnel de Santé indique le numéro de chaque dent traitée.

Il est possible d'indiquer jusqu'à 16 numéros de dent.

### Numérotation des dents

La numérotation des dents à utiliser se conforme à la norme ISO 3960-1984 et permet de numéroter chaque dent ainsi que les sextants et les maxillaires.

#### Numérotation des dents

1<sup>er</sup> caractère : indication du quadrant : 1 à 4 pour les dents définitives, 5 à 8 pour les dents de lait

2<sup>ème</sup> caractère : localisation de la dent dans un même quadrant : de 1 à 8.

#### Numérotation sextants et maxillaires :

01	maxillaire supérieur
02	mandibule (maxillaire inférieur)
03	Sextant supérieur droit
04	Sextant antéro-supérieur
10	Quadrant supérieur droit
20	Quadrant supérieur gauche

05	Sextant supérieur gauche
06	Sextant inférieur gauche
07	Sextant antéro-inférieur
08	Sextant inférieur droit
30	Quadrant inférieur gauche
40	Quadrant inférieur droit



Ces précisions concernant la numérotation des dents sont données à titre indicatif. Le système de facturation n'est pas tenu de réaliser de contrôle sur la validité du n° de dent saisi par le Professionnel de Santé.



Les contrôles portant sur les n° de dents des prestations CCAM sont spécifiés par les règles RG\_IP\_R43, RG\_IP\_RC14 et RG\_IP\_CC5.

**[RG\_IP\_CC14] Acquérir le Code supplément de charges CCAM (EF\_IP09\_05)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour certaines prestations, un supplément de charges est prévu pour le cas où elles seraient effectuées en " Cabinet ".

Dans ce cas, le Professionnel de santé doit renseigner le code supplément de charges CCAM (EF\_IP09\_05) à la valeur « C ».

Une prestation est considérée effectuée en cabinet si le code lieu d'exécution de la prestation (EF\_IP06\_01) est valorisé à zéro et que le lieu d'exécution de l'acte (EF\_IP06\_02) n'est pas renseigné.

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC14

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

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

#### [RG\_IP318] Acquérir le code extension documentaire (EF\_IP09\_06)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code extension documentaire affine le code de l'acte à un niveau d'information supplémentaire, mais non utile à la tarification.

Il est renseigné par le Professionnel de santé.

#### [RG\_IP\_CC13] Déterminer les codes modificateurs CCAM AMC (EF\_IP10\_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque code modificateur AMO tarifiant\* renseigné par le Professionnel de santé (EF\_IP10\_01), il convient de déterminer le code modificateur à transmettre à l'organisme d'assurance maladie complémentaire (EF\_IP10\_02).

Ces codes modificateurs destinés à l'organisme d'assurance maladie complémentaire sont transmis dans la facture.

La table de correspondance entre les valeurs de « code modificateur CCAM AMO » et « code modificateur CCAM AMC » est contenue dans la table TB15 de la base CCAM (DF\_CCAM).

\* Par définition, les N premiers modificateurs saisis par le Professionnel de santé sont tarifiants. Les suivants ne le sont pas.

Le nombre N de modificateurs tarifiants se trouve dans la table TB19 de la base CCAM (DF\_CCAM).

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC13 et A1-C pour la consultation de la table TB19.

## Règles

### Prestation Biologie

#### [RG\_IP342] Acquérir le numéro d'ordre d'analyse dans la journée (EF\_IP12\_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de santé saisit pour chaque prestation détaillée de biologie le n° d'ordre de l'analyse à laquelle cette prestation correspond.

Cette numérotation est utilisée pour le contrôle des prestations liées aux actes sanguins (cf. RG\_IP\_R23)

## Règles

### Délivrance de médicaments

## Préambule

### Indicateur du médicament délivré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information n'est pas transmise dans un premier temps.

Il est recommandé au progiciel de permettre au professionnel de santé, à son choix, de transmettre ou non cette information.

La transmission de la donnée « Indicateur du médicament délivré » est un choix du Professionnel de Santé conditionné par la valeur d'un paramètre du progiciel.

### Informations de traçabilité

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La délivrance d'un médicament nécessite un ou plusieurs conditionnements.

Chaque conditionnement est identifié par un n° de lot et éventuellement un n° de série.

Le Professionnel de Santé identifie les numéros de lot et éventuellement les numéros de série des conditionnements délivrés ou utilisés (cas du déconditionnement).

### Facturation des médicaments déconditionnés

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les pharmaciens titulaires d'officine sont amenés à déconditionner certains médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans la mesure où la réglementation impose leur délivrance fractionnée (cf. articles R.5132-30 et R. 5132-33 du code de la santé publique).

Dans ce contexte, le pharmacien délivre au patient le nombre d'unités (Comprimés, gélules ...) nécessaires au traitement.

Ces modalités s'appliquent également aux antibiotiques définis par l'article R. 5132-42-2 du code de la santé publique conformément à l'arrêté du 01 mars 2022.

Par ailleurs, ces modalités concernent de façon générale tout médicament prévu par la réglementation en fonction des évolutions de celle-ci.

Dans ce cas :

- si le nombre d'unités prescrites correspond au nombre exact d'unités conditionnées dans une ou plusieurs boîtes : il convient de facturer le nombre de boîtes complètes **sans déconditionnement** (top déconditionnement EF\_IP13\_05 non renseigné),
- dans le cas contraire, la facturation de ce médicament est entièrement effectuée en unités : il convient de facturer **une seule ligne de facturation** avec saisie :
  - d'une quantité de conditionnements (boîtes utilisées) (EF\_IP13\_03),
  - de la quantité d'unités délivrées (EF\_IP13\_02),
  - et positionnement du top déconditionnement (EF\_IP13\_05) à la valeur « D »

### Substitution des médicaments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La délivrance par le pharmacien de médicaments **génériques de substitution** et le respect des engagements conventionnels y afférents, impliquent l'exercice du droit de substitution dont dispose ce professionnel de santé (article L.5125-23 du Code de Santé Publique).



L'exercice de ce droit peut, dans certains cas, être tributaire de certaines situations :

- Mention par le prescripteur sur l'ordonnance du caractère non substituable des produits prescrits. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 (arrêté du 12 novembre 2019), la loi fait évoluer pour le médecin les modalités d'inscription sur l'ordonnance du caractère « Non substituable » d'un médicament : une justification médicale est attendue.
- Mention par le pharmacien du caractère non substituable des produits prescrits. L'arrêté du 30 janvier 2020 permet au pharmacien de justifier un refus de substitution et autorise le recours à la mention « non substituable ». Dans ce cas le pharmacien reporte cette mention sur l'ordonnance (sous forme manuscrite).
- Refus de la substitution par l'assuré. L'article 66 de la loi de financement 2019 prévoit que les assurés qui refusent la substitution d'un médicament princeps par un médicament générique ou hybride, sans justificatif du médecin ni du pharmacien, soient facturés sans Tiers Payant et soient remboursés sur la base du prix du générique le plus cher du même groupe du princeps.
- Refus de la substitution par l'assuré. L'article 66 de la loi de financement 2019 prévoit que les assurés qui refusent la substitution d'un médicament princeps par un médicament générique ou hybride, sans justificatif du médecin ni du pharmacien, soient facturés sans Tiers Payant et soient remboursés sur la base du prix du générique le plus cher du même groupe du princeps.
- Délivrance en urgence du médicament générique de substitution.

### Médicaments de substitution

Le pharmacien peut substituer au médicament prescrit un médicament générique, mais également un médicament hybride ou biosimilaire.

A l'instar des médicaments génériques, les médicaments hybrides et bio-similaires sont des médicaments de substitution.

#### ↳ Hybrides

L'article L. 5125-23 du Code de la sécurité sociale modifié par la LFSS pour 2019 permet au pharmacien de délivrer, par substitution à la spécialité prescrite, un médicament hybride.

#### ↳ Bio-similaires

L'article L. 5125-23-2 modifié par la LFSS pour 2022 du Code de la sécurité sociale permet au pharmacien de délivrer, par substitution à la spécialité biologique prescrite, un médicament biologique similaire sous certaines conditions :

- Le médicament biologique similaire délivré appartient au même groupe biologique similaire que le médicament biologique prescrit;
- Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance, tenant à la situation médicale du patient ;
- Ce groupe biologique similaire figure sur une liste fixée par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.



Actuellement 2 molécules sont autorisées à la substitution, par l'arrêté du 12 avril 2022 (publiée au JO 14 avril 2022), Filgrastim et Pegfilgrastim.

**Refus de la  
substitution par  
l'assuré**

- **Refus de la substitution par l'assuré.** L'article 66 de la loi de financement 2019 prévoit que les assurés qui refusent la substitution d'un médicament princeps par un médicament générique, sans justificatif du médecin ni du pharmacien, soient facturés sans Tiers Payant et soient remboursés sur la base du prix du **générique ou hybride** le plus cher du même groupe du princeps.
- Les assurés qui refusent la substitution d'un médicament référent prescrit par un médicament hybride, sans motif NS justifié (conformément à l'arrêté du 31 janvier 2023), seront remboursés sur la base du prix de l'hybride le plus cher du groupe hybride concerné et le pharmacien conserve la possibilité de proposer le Tiers Payant.
- Enfin, les assurés qui refusent la substitution d'un médicament biologique prescrit par un médicament biologique similaire seront remboursés sur la base du prix du médicament délivré même en cas de refus non justifié de la substitution, et le pharmacien conserve la possibilité de proposer le Tiers Payant.

A noter qu'il n'est pas prévu de tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) ni de tarif de remboursement minoré/ajusté (TRA) sur les groupes biosimilaires.

Le tableau ci-après précise les différentes situations et les informations à renseigner dans la facture :

Situation terrain		Tiers-Payant AMO (*)	Facture SESAM-Vitale	
Sur l'ordonnance	Délivrance pharmacien		Mode de prescription (EF_IP13_04)	Indicateur de substitution (EF_IP13_07)
Le médecin a indiqué un critère de non substitution sur l'ordonnance	Le pharmacien délivre le <del>princeps</del> <del>médicament prescrit</del>	Autorisé	Valeur correspondant au critère de non substitution présent sur l'ordonnance et. dans la table 65 de l'Annexe 2bis	blanc
	Le pharmacien ne dispose pas du <del>princeps-médicament</del> <del>prescrit.</del> Il délivre un <del>générique</del> <del>médicament de</del> <del>substitution</del>	Autorisé	Valeur correspondant au critère de non substitution présent sur l'ordonnance et. dans la table 65 de l'Annexe 2bis	U
Pas de mention sur l'ordonnance ou critère de non substitution non valide	Le pharmacien délivre le <del>générique</del> <del>médicament de</del> <del>substitution</del>	Autorisé	blanc	blanc
	Le Pharmacien délivre le <del>princeps</del> <del>médicament prescrit</del> par application de l'arrêté du 30 janvier en reportant la mention « Non substituable (MTE- PH) » sur l'ordonnance	Autorisé	P	blanc
	Le patient refuse le <del>générique</del> <del>médicament de</del> <del>substitution</del> , le pharmacien délivre et facture le médicament prescrit <del>princeps</del> , la base de <del>remboursement</del> <del>appliquée est calculée</del> <del>à partir du tarif ajusté.</del>	Non autorisé si le <del>médicament</del> de <del>substitution</del> est un <del>générique</del>  Autorisé sinon	blanc	N
	Le pharmacien délivre le médicament prescrit <del>princeps</del> car il ne dispose pas du <del>générique</del> <del>médicament de</del> <del>substitution</del>	Autorisé	blanc	U

(\*) cette information est fournie à titre réglementaire, un contrôle n'est pas demandé sur le poste de travail du PS, pour en vérifier la bonne application

## Règles de gestion

**[RG\_IP375] Acquérir le type de code CIP (EF\_IP14\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information permet d'identifier le type de code CIP utilisé pour identifier le médicament.

Elle correspond toujours à la valeur "B" qui signifie « code CIP du médicament sur 13 caractères ».

Il convient de renseigner le type du code CIP du médicament délivré (EF\_IP14\_01 occurrence « délivré »).

Par ailleurs, il est également possible de renseigner, dans le cas d'une substitution, le type du code CIP du médicament prescrit (EF\_IP14\_01 occurrence « prescrit »).

Cependant ce renseignement n'est pas obligatoire, il est prévu à ce jour pour utilisation future.

**[RG\_IP322] Acquérir le code indicateur de substitution (EF\_IP13\_07)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce code est non renseigné par défaut (blanc).

Le Professionnel de Santé indique éventuellement le motif ou le refus de substitution du médicament prescrit :

- N : refus de substitution.
- U : substitution pour Urgence ou Accord du médecin.

**Cas particuliers****[CP1] Mode de prescription non valide**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de mode de prescription invalide à la date de prescription (cf. RG\_IP\_R65), le PS positionne ce code en fonction de la réponse du bénéficiaire des soins et du médicament délivré:

- N : refus de substitution et le médicament délivré est le **principe prescrit** ;
- blanc : acceptation de substitution et le médicament délivré est le **générique médicament de substitution**.

**[RG\_IP324] Acquérir le PU du conditionnement ou de l'unité (EF\_IP13\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le prix unitaire d'un conditionnement (boîte de médicament) est acquis par le système de facturation à partir de la vignette (code à barre) du médicament.

Hors déconditionnement, le prix unitaire du médicament correspond au prix unitaire d'un conditionnement de médicament délivré.

En cas de déconditionnement du médicament (EF\_IP13\_05 = « D »), le prix unitaire du médicament correspond au prix de l'unité délivrée. Ce prix correspond au prix du conditionnement divisé par le nombre d'unité de ce conditionnement.

**Remarques :**

- Il y a lieu d'appliquer les règles d'arrondi habituelles. Cf. RG\_VF300
- Ce prix unitaire inclut le montant de la majoration DOM s'il y a lieu.

Ces remarques concernent également le cas particulier [CP1] ci-après.



### Exemple :

Pour une boîte de 30 comprimés, ayant un prix à 15 €, le PU de l'unité délivrée est : 15 € divisé par 30 comprimés = 0,50 €



### Cas particuliers

#### [CP1] Refus de substitution d'un médicament princeps par le bénéficiaire des soins du médicament prescrit

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de délivrance d'un médicament princeps non soumis à un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), pour lequel un tarif ajusté est présent dans la base médicaments et ayant fait l'objet d'une demande de non substitution par le bénéficiaire des soins (EF\_IP13\_07 = 'N'),

le PU du conditionnement ou de l'unité correspond :

- Hors déconditionnement, au tarif ajusté lu en base médicaments.
- En cas de déconditionnement, au tarif ajusté lu en base médicament divisé par le nombre d'unité de ce conditionnement.

En cas de refus de substitution par le bénéficiaire des soins, i.e. si l'indicateur de substitution (EF\_IP13\_07) prend la valeur « N » (EF\_IP13\_07 = 'N'), le PU du conditionnement ou de l'unité (EF\_IP13\_01) est déterminé comme suit :

- Le tarif du médicament à utiliser correspond :
  - au tarif ajusté (TRA) lu en base médicaments plafonné au montant TTC du médicament, si le médicament délivré est non soumis à un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), et qu'un tarif ajusté (TRA) est présent dans la base médicaments
  - au TFR lu en base médicaments plafonné au montant TTC du médicament, si le médicament délivré est soumis à un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR),
  - au prix TTC du médicament délivré sinon, i.e. si le médicament délivré n'a ni TFR ni TRA, (cas des bio-référents notamment).
- Le PU du conditionnement ou de l'unité (EF\_IP13\_01) est donc égal :
  - Hors déconditionnement au tarif du médicament déterminé supra ;
  - En cas de déconditionnement, au tarif du médicament déterminé supra, divisé par le nombre d'unité de ce conditionnement (EF\_IP13\_02).

#### [RG\_IP325] Acquérir la quantité du médicament de conditionnements ou d'unités (EF\_IP13\_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Hors déconditionnement, la quantité du médicament (EF\_IP13\_02) correspond au nombre de conditionnement (boîtes du médicament) délivrés. Cette quantité est renseignée par le Professionnel de Santé.

En cas de déconditionnement du médicament (EF\_IP13\_05 = « D »), la quantité du médicament (EF\_IP13\_02) correspond au nombre total d'unités délivrées (EF\_IP13\_06).

La quantité du médicament ne peut être égale à 0.

**[RG\_IP376] Acquérir l'indicateur du médicament (EF\_IP13\_03)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est renseignée par le Professionnel de Santé et prend l'une des valeurs suivantes :

- **0** : médicament n'appartenant pas à un groupe générique
- **1** : médicament générique non soumis à TFR
- **4** : référent du groupe générique non soumis à TFR
- **5** : référent du groupe générique soumis à TFR
- **7** : générique soumis à TFR

Cette information est facultative.



Dans les libellés supra le terme « générique » il faut comprendre « générique ou autre (hybrides et bio-similaires) ».

**[RG\_IP377] Acquérir le mode de prescription (EF\_IP13\_04)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le cas échéant, le Professionnel de Santé indique soit directement le mode de prescription soit le libellé (long ou court) et à partir duquel le LPS renseigne le mode de prescription.

Le LPS détermine le mode de prescription en fonction du libellé (long ou court) mentionné le cas échéant sur l'ordonnance et renseigné par le Professionnel de Santé Pharmacien.

La liste des valeurs admises fait l'objet de la table 65 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T65).

**[RG\_IP378] Acquérir le top déconditionnement (EF\_IP13\_05)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé indique si le médicament est déconditionné.

- **D** : le médicament est déconditionné
- **blanc** : pas de déconditionnement.

**[RG\_IP379] Acquérir le nombre de conditionnement en cas de déconditionnement (EF\_IP13\_06)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de déconditionnement du médicament (EF\_IP13\_05= « D »), cette information est obligatoire. Elle indique le nombre de conditionnements nécessaires pour la délivrance de la quantité d'unités prescrites.

**Exemple :**

30 comprimés délivrés, issus de boîtes de 14 unités, le nombre de conditionnements utilisés est donc de 3.

Dans le cas contraire cette information n'est pas renseignée.

**[RG\_IP380] Acquérir les conditions particulières de prise en charge (EF\_IP13\_08) du médicament**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information n'est pas renseignée dans la présente version du système de facturation. Elle est prévue pour utilisation future.

**[RG\_IP381] Acquérir les numéros de lot des conditionnements (EF\_IP17\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le professionnel de Santé est tenu d'indiquer les différents numéros de lot des conditionnements (boîtes de médicament) délivrés.

Il est possible d'indiquer de 1 à 30 lots différents pour la délivrance d'un même médicament.

**[RG\_IP382] Acquérir la quantité de conditionnement du lot (EF\_IP17\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque lot de conditionnements délivrés différent, le Professionnel de Santé indique le nombre de conditionnement appartenant au même lot.

Si le numéro de série est renseigné, la quantité de conditionnement est nécessairement égale à 1.

**[RG\_IP383] Acquérir le top conditionnement déconditionné (EF\_IP17\_03)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est renseignée uniquement en cas de déconditionnement. Le Professionnel de Santé indique si au moins un des conditionnements appartenant au lot est déconditionné.

**[RG\_IP384] Acquérir le n° de série du conditionnement délivré (EF\_IP17\_04)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas où un seul conditionnement correspond au n° du lot, (i.e. la quantité (EF\_IP17\_02) est nécessairement égale à 1), le Professionnel de Santé indique éventuellement le n° de série du conditionnement en question.

Cette information est renseignée dans la mesure où elle figure sur la vignette du médicament.

## Règles

## Prestation LPP

### Préambule

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

### Informations renseignées

Les informations suivantes doivent être renseignées :

- Le code Type de prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_02)
- Le Numéro SIRET pour la prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_03)
- La Date de début pour la prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_04)

- La Date de fin pour la prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_05)
- Le Prix unitaire public LPP détaillée (EF\_IP15\_06)
- Le montant du Tarif LPP (EF\_IP15\_07)
- Le Nombre d'unités de la prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_08)
- Le Montant total de la prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_09)
- Le Montant total facturé de la prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_10)

### **Modalités de facturation de la location.**

Pour le matériel en location, le Professionnel de Santé effectue une tarification hebdomadaire. Le tarif de prise en charge est un tarif forfaitaire global. Il intègre la fourniture de l'appareil et de certains accessoires nécessaires à son fonctionnement, la rémunération correspondant aux manipulations liées à sa délivrance, la maintenance et la reprise du matériel.

A noter qu'ainsi, toute période de location commencée est due. La facturation intervient ainsi à période échue. L'assurance maladie n'est tenue en effet de ne rembourser que des prestations effectivement servies.

#### **Cas particulier d'un appareillage « assistance respiratoire » :**

En cas de location d'un appareillage « assistance respiratoire » (code prestation AAR), le type de prestation (1730-3) doit prendre la valeur « S » (Service) et non « L » (Location).

### **Règles de gestion**

#### **[RG\_IP304] Changer de tarif LPP**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de changement de tarif en cours de période de location, il convient de créer autant de prestations (couples code acte / code affiné) que de tarifs différents pour la fourniture LPP en question.

#### **[RG\_IP328] Acquérir le type de prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code type de prestation LPP permet d'indiquer, pour un code détaillé LPP (EF\_IP15\_01), le type de prestation fournie au malade, à savoir :

- Achat
- Entretien
- Location
- Frais de port
- Service (par exemple assistance respiratoire)
- Réparation
- Livraison

Cette information est renseignée par le Professionnel de Santé





A ce jour, seuls les fournisseurs et les pharmaciens louent des produits de la LPP. Même si les pédicures podologues sont concernés par la LPP, ils ne sont pas concernés par la location.

**[RG\_IP329] Acquérir le n° SIRET pour la prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_03)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce numéro correspond au n° SIRET du fabricant ou de l'importateur.

Cette information n'est pas renseignée. Elle est réservée pour une utilisation future.

**[RG\_IP330] Acquérir la date de début de la prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_04)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date de début de la prestation détaillée LPP correspond selon le cas :

- soit à la date de début de location du matériel
- soit à la date d'achat du matériel
- soit à la date de délivrance du matériel
- soit à la date de début du service

Cette date est renseignée par le Professionnel de Santé.

En cas de facturation partielle d'une location, la date de début de location correspond à la date de début de facturation de la période concernée.

**[RG\_IP331] Acquérir la date de fin de la prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_05)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date de fin de la prestation détaillée LPP correspond à la date de fin de location du matériel ou la date de fin de service.

Cette date est renseignée par le Professionnel de Santé

La date de fin de location est obligatoire en cas de location ou de service. En cas de facturation partielle d'une location, la date de fin de location correspond à la date de fin de facturation de la période concernée.

**[RG\_IP332] Acquérir le prix unitaire public LPP détaillée (EF\_IP15\_06)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information correspond au prix public unitaire TTC de la prestation LPP détaillée à la date de délivrance (date d'exécution de la prestation EF\_IP04\_02).

Elle ne doit pas être nulle.

Cette information est renseignée par le Professionnel de Santé

**Ce prix unitaire inclut la majoration DOM s'il y a lieu**

**[RG\_IP333] Acquérir le montant du tarif LPP (EF\_IP15\_07)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information correspond au tarif unitaire de la prestation LPP détaillée ou le prix unitaire « sur devis » en cas de délivrance d'articles sur facture à la date de délivrance (date d'exécution de la prestation EF\_IP04\_02) (articles hors LPP délivrés sur autorisation expresse du médecin conseil de l'assurance maladie).

Elle ne doit pas être nulle.

Cette information est renseignée par le Professionnel de Santé

**[RG\_IP334] Acquérir le nombre d'unité de la prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_08)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information indique le nombre de fois où le prix unitaire public LPP détaillée (EF\_IP15\_06) est facturé. Elle correspond pour les locations au nombre de jours, semaines ou mois facturés.

Elle ne doit pas être nulle.

Cette information est renseignée par le Professionnel de Santé

**[RG\_IP335] Déterminer le montant total prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_09)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce montant est obtenu en multipliant le montant du tarif LPP (EF\_IP15\_07) par le nombre d'unités de la prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_08).

Ce montant ne peut pas être nul.

**[RG\_IP336] Acquérir le montant total facturé prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_10)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce montant est obtenu en multipliant le prix unitaire public LPP détaillée (EF\_IP15\_06) par le nombre d'unités de la prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_08) et en appliquant à ce résultat une remise éventuelle.

Ce montant ne doit pas être nul (cas d'une prestation gratuite).

Cette donnée est renseignée par le Professionnel de Santé.

## 3.2.2 IP02.02 : Contrôler les informations détaillées de la prestation

### Vue générale

**Nom** IP02.02 Contrôler les informations détaillées de la prestation

**Description** L'objet de cette tâche est de contrôler les informations détaillées relatives à la prestation affinée.

<b>Entrées</b>	Spécialité du Professionnel de Santé	EF_PS03_14
	Code spécialité de l'exécutant salarié	EF_IP07_03
	Code agrément radio de l'exécutant	EF_PS03_17
	Date d'exécution de la prestation	EF_IP04_02
	Age du bénéficiaire à la date de la prestation	EF_IP04_07
	Détail prestation CCAM	EF_IP09
	Détail prestation CCAM-modificateurs	EF_IP10
	Détail prestation CCAM dentaire	EF_IP11
	Détail prestation LPP	EF_IP15

**Sorties** Aucune

**Situations spécifiques** Forçage SP11

### Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

### Règles Prestation CCAM

**[RG\_IP\_CC12] Contrôler la présence d'un acte CCAM avec un code regroupement**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation CCAM (EF\_IP05\_02 = CCAM), il est nécessaire que les données CCAM associées soient renseignées : l'entité EF\_IP09 est obligatoirement présente.

**[RG\_IP\_CC8] Contrôler la Validité du code acte CCAM (EF\_IP09\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Tout code de l'acte CCAM saisi dans la facture est nécessairement issu de la base CCAM (DF\_CCAM) et valide à la date d'exécution de la prestation (EF\_IP04\_02) i.e. :

la date d'exécution de la prestation (EF\_IP04\_02) doit être supérieure ou égale à la date de création du code connue en base et inférieure ou égale à la date de fin de code si cette dernière est renseignée dans la base CCAM (DF\_CCAM).



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

La date de création d'un code est contenue dans le champ CCAM-18 de la base CCAM (DF\_CCAM).

La date de fin d'un code est contenue dans le champ CCAM-19 de la base CCAM (DF\_CCAM).

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC8

**[RG\_IP\_RC1] Contrôler la Compatibilité entre le code acte CCAM (EF\_IP09\_01) et le code activité CCAM (EF\_IP09\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

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

La liste des activités autorisées pour un acte donné est contenue dans le champ n°2 de l'acte dans la base CCAM (DF\_CCAM).



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

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle RC1

**[RG\_IP\_RC5] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF\_IP09\_01 / EF\_IP09\_02) et la spécialité de l'exécutant (EF\_IP07\_03 ou EF\_PS03\_14)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

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



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

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT du CDC-Editeurs. cf. A1-A1 règle RC5

**[RG\_IP\_RC9] Contrôler la Compatibilité entre l'acte CCAM (EF\_IP09\_01) et le code agrément radio de l'exécutant (EF\_PS03\_17)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

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

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT : cf. A1-A1 règle RC9.

**[RG\_IP\_RC2] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF\_IP09\_01/EF\_IP09\_02) et le code phase de traitement (EF\_IP09\_03)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Le code phase de traitement (EF\_IP09\_03) doit exister dans la base CCAM (DF\_CCAM) pour le code de l'acte/code activité.



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

Le nombre de phases de traitement autorisées pour un acte/activité donné est contenu dans le champ CCAM-4a de la base CCAM (DF\_CCAM) :



Quand une seule phase de traitement est autorisée pour le code acte/activité saisi, le code phase doit être valorisé à « 0 » (zéro)



Quand plusieurs phases de traitement sont autorisées pour le code acte/activité, le code phase contient le n° de la phase et doit nécessairement être différent de la valeur « 0 » (zéro).

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle RC2

**[RG\_IP\_RC13] Contrôler la Compatibilité des actes dentaires (EF\_IP11\_01) avec l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF\_IP04\_07)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet d'assurer la compatibilité entre l'âge du bénéficiaire (EF\_IP04\_07) et l'acte / activité / phase. Cette règle s'applique aux actes dentaires.

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT : cf. A1-A1 règle RC13

**[RG\_IP\_RC3] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF\_IP09\_01 / EF\_IP09\_02) et les codes modificateurs CCAM AMO (EF\_IP10\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

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

Les codes modificateurs transmis par le Professionnel de Santé doivent exister dans la base CCAM (DF\_CCAM) pour le code de l'acte/activité.



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

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

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle RC3



Remarque

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

**[RG\_IP\_RC11] Contrôler la Compatibilité entre la date d'exécution (EF\_IP04\_02) et le code modificateur férié (EF\_IP10\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

La liste des jours fériés légaux nationaux ainsi que celle des jours fériés spécifiques à certaines caisses sont référencées dans la base CCAM (DF\_CCAM).

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle RC11

**[RG\_IP\_RC4] Contrôler la Compatibilité entre le code modificateur CCAM AMO (EF\_IP10\_01) et l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF\_IP04\_07)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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



Remarque

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



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

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT cf. A1-A1 règle RC4.

**[RG\_IP\_RC12] Contrôler la Compatibilité entre codes modificateurs CCAM AMO (EF\_IP10\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Certains codes modificateurs ne sont pas compatibles entre eux et ne peuvent donc être associés simultanément pour une même prestation CCAM.

La liste des codes modificateurs compatibles entre eux est contenue dans la base CCAM (DF\_CCAM).



Remarque

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



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

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle RC12

**[RG\_IP\_RC14] Contrôler la compatibilité code CCAM (EF\_IP09\_01) / numéro de dent (EF\_IP11\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Ce contrôle est à mettre en œuvre pour tout code acte CCAM.



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

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT cf. A1-A1 règle RC14.



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

**[RG\_IP\_CC5] Contrôler le nombre de dents traitées (EF\_IP11) pour une prestation CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

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



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

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

Cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC5



### Cas particuliers

**[CP1] Pas de dents à traiter**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

## Règles

### Prestation LPP

**[RG\_IP\_R32] Contrôler la date de fin de location : date de fin pour la LPP détaillée (EF\_IP15\_05)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la nécessité d'une date de fin de location lorsque le type de prestation est à la valeur " Location " ou " Service ".

La date de facturation ne peut pas être antérieure à la date de fin de location ou Service.

Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « LPP ».



### Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T1)



### Référence réglementaire :

- LPP(ex TIPS)

## Règles

### Prestation de délivrance de médicaments

**[RG\_IP347] Contrôler la cohérence entre le type de code CIP (EF\_IP14\_01) et la longueur du code CIP (EF\_IP14\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le contrôle consiste à s'assurer de la cohérence entre le type du code CIP du médicament délivré (EF\_IP14\_01) avec la longueur du code CIP associé (EF\_IP14\_02).

Type du code CIP	Longueur du code CIP
A	7
6	7
7	7
B	13

Ainsi si le type du code a pour valeur 'A', '6' ou '7' alors le code CIP doit avoir une longueur égale à 7. Sinon si le type du code a pour valeur 'B', alors le code CIP correspondant doit avoir une longueur égale à 13.

Sinon la longueur du code doit être égale à '7' ou '13'.



Ce contrôle est réalisé pour le médicament délivré (occurrence « délivré » de EF\_IP14) ainsi que pour le médicament prescrit si ce dernier est renseigné (occurrence « prescrit » de EF\_IP14).



### Cas d'erreur

#### [CE1] Type et longueur de code CIP incompatibles

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le type et la longueur du code CIP sont incompatibles, il convient de modifier l'une des 2 informations concernées.

#### [RG\_IP\_R65] Contrôler la validité du mode de prescription à la date de prescription

C			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le logiciel doit vérifier que la valeur saisie par le Pharmacien est valide à la date de prescription. La liste des valeurs compatibles et leur date d'effet font l'objet de la table 65 de l'annexe2 (EF\_A2\_T65).



### Cas d'erreur

#### [CE1] Le mode de prescription n'existe pas

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le mode de prescription n'est pas présent dans la table, le logiciel doit alerter le Professionnel de Santé et bloquer la facturation.

#### [CE2] Le mode de prescription n'est pas valide à la date de prescription

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le mode de prescription n'est pas valide à la date de prescription, le logiciel doit alerter le Professionnel de Santé sans bloquer le processus de facturation.

Le Professionnel de Santé alerté propose la substitution et indique au LPS l'accord ou le refus de substitution du bénéficiaire des soins. (cf. RG\_IP322).

#### [RG\_IP\_R66] Contrôler la compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution

C			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de délivrance d'un médicament substituable (princeps, référent ou bio-référent) non soumis à un tarif forfaitaire de responsabilité et pour lequel il existe un tarif ajusté en base médicaments, le logiciel doit vérifier que les valeurs du mode de prescription (EF\_IP13\_04) et de l'indicateur de substitution (EF\_IP13\_07) sont compatibles. La liste des valeurs compatibles fait l'objet de la table 66 de l'annexe2 (EF\_A2\_T66).



### Cas d'erreur

#### [CE1] Mode de prescription et indicateur de substitution incompatibles ou non valorisés

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le mode de prescription et l'indicateur sont incompatibles ou sont tous les deux non renseignés, le logiciel doit alerter le Professionnel de Santé et bloquer la facturation



## 3.2.3

## IP02.03 : Acquérir les informations générales de la prestation

## Vue générale

**Nom** IP02.03 Acquérir les informations générales de la prestation

**Description** L'objet de cette tâche est d'acquérir les informations générales relatives à la prestation dispensée par le professionnel de santé exécutant au bénéficiaire de soins.

Par définition, l'acquisition de ces informations générales est obligatoire pour tout type de prestation.

Le professionnel de santé renseigne les informations générales de la prestation, conformément à la nomenclature relative à ladite prestation.



Cette opération est également appelée par les opérations :

- VF07.01.01 pour l'acquisition et la détermination des données d'une prestation ATD automatiquement générée par le système de facturation.
- VF07.02.01 pour l'acquisition et la détermination des données de la prestation de supplément APIAS (DAT) automatiquement générée par le système de facturation
- VF08 pour l'acquisition et la détermination des données d'une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat automatiquement générée par le système de facturation.

<b>Entrées</b>	Spécialité du Professionnel de Santé	EF_PS03_14
	Code spécialité de l'exécutant salarié	EF_IP07_03
	Détail prestation CCAM	EF_IP09
	Détail prestation biologie	EF_IP12
	Détail prestation pharmacie	EF_IP13
	Détail code CIP	EF_IP14
	Détail prestation LPP	EF_IP15
	Table 1 de l'annexe 2bis	EF_A2_T1
<b>Sorties</b>	Prestation	EF_IP04
<b>Situations spécifiques</b>	Victime d'attentat	SP18

## Préambule

### Informations renseignées

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les informations suivantes doivent être renseignées :

- Coefficient
- Quantité
- Dénombrement
- Montant des honoraires

## Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

## Règles Coefficient de la prestation

### [RG\_IP341] Acquérir le coefficient de la prestation (EF\_IP04\_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le coefficient est soit renseigné par le Professionnel de Santé, soit à défaut renseigné à la valeur 1 par le système.

Le coefficient est exprimé en centièmes.



### Cas particuliers

#### [CP1] Prestations CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur du coefficient est toujours 1 pour une prestation CCAM.

#### [CP2] prestations de biologie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de regroupement de plusieurs codes affinés d'actes de biologie (EF\_IP12-1) sous le même code prestation (EF\_IP04\_01), la valeur du coefficient est égale à la somme des coefficients représentatifs des codes affinés (EF\_IP12\_01).

Une prestation de biologie est caractérisée par son type de nomenclature (EF\_IP05\_02) égale à « NABM »

#### [CP3] Prestation de déplacement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de prestation de déplacement le coefficient est toujours égal à 1

Une prestation de déplacement est caractérisée par son groupe fonctionnel général (EF\_IP05\_03) à la valeur « Indemnité de Déplacement ».

**[CP4] Honoraire de Dispensation généré**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur du coefficient est toujours 1 pour une prestation de type Honoraire de Dispensation générée par le système (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP03\_06= « LPS »).

**Règles****Quantité de la prestation****[RG\_IP320] Acquérir la quantité de la prestation (EF\_IP04\_04)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La quantité est soit renseignée par le Professionnel de Santé, soit à défaut renseigné à la valeur 1 par le système.

**Cas particuliers****[CP1] Prestations CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur de la quantité est toujours 1 pour une prestation CCAM.

**[CP2] Regroupement de prestations**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de cumul de prestations identiques, la valeur de la quantité prend la valeur cumulée des quantités des prestations regroupées.

**[CP3] Cas de la biologie**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas de la biologie, la quantité est toujours égale à 1.

Chaque analyse fait l'objet d'une prestation spécifique, et ce, même dans le cas d'une analyse répétée plusieurs fois au cours d'une même journée et faisant alors l'objet d'une même facture (cf. RG\_IP302 [CP01]).

**[CP4] Cas d'un déplacement (EF\_IP05\_03= « Indemnité de Déplacement »)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La quantité à renseigner correspond :

- dans le cas d'une indemnité forfaitaire de déplacement (EF\_IP05\_03= « Indemnité de Déplacement » et EF\_IP05\_04 = « Forfaitaire ») au nombre de forfaits facturés
- dans le cas d'une indemnité kilométrique de déplacement (EF\_IP05\_03= « Indemnité de Déplacement » et EF\_IP05\_04 = « Kilométrique ») au nombre de kilomètres facturés par séance de soins et après abattement.

**[CP5] Honoraire de Dispensation simple**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation simple (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP05\_04 = « simple »), la quantité est égale au nombre de boîtes de médicament de la prestation ayant déclenché l'honoraire, à savoir :

- soit le nombre de conditionnements en cas de déconditionnement (EF\_IP13\_06) si le top déconditionnement (EF\_IP13\_05) est renseigné,
- soit la quantité de conditionnements ou d'unité (EF\_IP13\_02) dans le cas contraire.

#### [CP6] Honoraire de Dispensation global

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur de la quantité est toujours 1 pour une prestation de type Honoraire de Dispensation global (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP05\_04 = « global »).

#### [CP7] Prestations LPP


La valeur de la quantité est toujours 1 pour une prestation LPP (EF\_IP05\_02 = « LPP »)

#### [CP8] Frais pharmaceutiques hors actes secondaires


La valeur de la quantité est toujours 1 pour une prestation frais pharmaceutiques (EF\_IP05\_02 = « frais PH ») de type support (EF\_IP05\_01 = « support »)

## Règles Dénombrement de la prestation

### [RG\_IP337] Acquérir le dénombrement de la prestation (EF\_IP04\_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le dénombrement de la prestation est soit renseigné par le Professionnel de Santé, soit à défaut renseigné à la valeur 1 par le système.

Cette information ne doit jamais être nulle.



#### Cas particuliers

##### [CP1] Prestations CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur du dénombrement de la prestation est toujours 1 pour une prestation CCAM.

##### [CP2] Cas de la délivrance de médicaments

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur du dénombrement de la prestation demeure 1.

##### [CP3] Cas la biologie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de prestation de biologie caractérisées par un ou plusieurs codes affinés, la valeur du dénombrement de la prestation correspond au nombre de codes affinés (EF\_IP12) qui s'y rattachent.

**[CP4] Cas d'un déplacement (EF\_IP05\_03= « Indemnité de Déplacement »)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur du dénombrement de la prestation demeure 1.

**[CP5] Soins effectués par un Auxiliaire-Médical**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les auxiliaires-médicaux, le dénombrement d'une ligne de prestation correspond au nombre de séances de soins (cf. RG\_IP302 [CP3]).

**[CP6] Cas de la LPP**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur du dénombrement de la prestation correspond au nombre de prestation détaillées LPP (EF\_IP15) qui s'y rattachent.

**[CP7] Honoraire de Dispensation généré**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La valeur du dénombrement de la prestation est toujours **1** pour une prestation de type Honoraire de Dispensation générée par le système (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP03\_06= « LPS »).

## Règles

## Montant des honoraires de la prestation

**[RG\_IP\_R24] Acquérir du taux d'abattement (EF\_IP04\_10)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet d'acquérir le taux d'abattement utilisé pour le calcul du montant de l'indemnité kilométrique concernant les infirmiers

Le taux d'abattement est soit calculé par le logiciel du PS, soit saisi pas le PS.

Si le taux d'abattement est calculé par le logiciel du PS, le PS doit pouvoir modifier ce taux si nécessaire.

À noter que le calcul de ce taux d'abattement par le logiciel du PS ne fait pas partie du périmètre de la facturation SESAM-Vitale et n'est donc pas spécifié ici.

Le taux d'abattement doit correspondre à un des taux définis réglementairement et être valide à la date d'exécution du déplacement. Ce contrôle s'appuie sur la table 24 de l'annexe 2bis (EF\_A2\_T24).

**[RG\_IP351] Acquérir le montant PS des honoraires de la prestation (EF\_IP04\_06)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant de la prestation est renseigné par le Professionnel de Santé. Ce montant correspond au montant facturé par le Professionnel de Santé pour la prestation, dépassement compris.

Le renseignement par le Professionnel de Santé de cette information est facultatif. Dans le cas où le Professionnel de Santé ne renseigne pas le montant des honoraires, cette information est renseignée ultérieurement par le système avec le montant de la base de remboursement. (cf. VF « Valoriser la Facture »). Dans ce cas, il n'y a donc pas de dépassement.

Pour une prestation donnant droit à un complément AT (dentaire ou LPP), le montant PS des honoraires (EF\_IP04\_06) correspond au montant total de la dépense et doit inclure le montant de ce complément AT.



### Cas particuliers

#### [CP1] Dispositif Médical de la LPP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant PS des honoraires de la prestation (EF\_IP04\_06) est renseigné par la somme des « montants totaux facturés » (EF\_IP15\_10) identifiés dans les prestations détaillées LPP rattachées à la prestation (EF\_IP15) hormis en cas de prestation gratuite (cf. RG\_IP351[CP3]).

#### [CP2] Cas d'un déplacement (EF\_IP05\_03= « Indemnité de Déplacement »)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une indemnité forfaitaire de déplacement (EF\_IP05\_03= « Indemnité de Déplacement » et EF\_IP05\_04 = « Forfaitaire »), ce montant correspond au montant total de l'indemnité de déplacement (en centimes d'euros). Il est renseigné par le Professionnel de Santé.

Dans le cas d'une indemnité kilométrique de déplacement (EF\_IP05\_03= « Indemnité de Déplacement » et EF\_IP05\_04 = « Kilométrique ») ce montant correspond au nombre de kilomètres multiplié par le prix unitaire du kilomètre multiplié par (100% - taux d'abattement (EF\_IP04\_10)).

Le principe d'abattement des IK ne concerne que les infirmiers.



L'information « prix unitaire » est renseignée au niveau de la fonctionnalité « VF : Valoriser la Facture ».

#### [CP3] Prestations gratuites

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les actes gratuits (EF\_IP08\_01= »G »), le montant PS des honoraires de la prestation est valorisé à zéro.

#### [CP4] Génération automatique SMG (pour prestations remboursables AMO ou non remboursables AMO)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les suppléments dérogatoires SMG (EF\_VF02\_07 = SD\_SMG-R ou SD\_SMG\_NR), le montant PS des honoraires de la prestation est non renseigné.

#### [CP5] Honoraire de Dispensation généré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation générée par le système (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP03\_06= « LPS »), le montant PS des honoraires de la prestation est non renseigné.

**[CP6] Génération automatique d'un complément AT dentaire**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de complément AT dentaire (EF\_IP04\_01 = « ATD »), le montant PS des honoraires de la prestation (EF\_IP04\_06) est non renseigné.

**[CP8] Génération automatique du supplément APIAS (DAT)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour le supplément APIAS (code prestation DAT), le montant PS des honoraires de la prestation est non renseigné.



**Situations Spécifiques**

**[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat (EF\_IP05\_03 = « Dépassement » et EF\_IP05\_04 = « Victime d'Attentat »), le montant PS des honoraires de la prestation (EF\_IP04\_06) est non renseigné.

## 3.2.4 IP02.04 : Acquérir les informations supplémentaires de la prestation

### Vue générale

**Nom** IP02.04 Acquérir les informations supplémentaires de la prestation

**Description** L'objet de cette tâche est d'acquérir les informations constituant un supplément à la prestation.  
Par définition, les informations supplémentaires de la prestation sont des informations facultatives pour caractériser la prestation.

**Entrées** Aucune

**Sorties** Supplément de la prestation

EF\_IP08

**Situations spécifiques** Victime d'attentat

SP18

### Règles de gestion

**[RG\_IP360] Acquérir le Code Complément de prestation (EF\_IP08\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code complément de prestation contient s'il y a lieu une des majorations suivantes :

- nuit,
- dimanche ou jour férié
- urgence

Il est renseigné par le Professionnel de Santé.



### Cas particuliers

**[CP1] Prestations CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information n'est pas renseignée.

**[CP2] Regroupement des prestations biologie**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les prestations de biologie, les majorations de nuit, dimanche et jours fériés étant saisies en code affiné (prestation détaillée) (EF\_IP12\_01), les compléments d'actes N et F ne doivent plus figurer au niveau du complément de prestation.

**[CP3] Prestations multiples au cours d'une même séance**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La majoration de nuit ou de dimanche est imputée à l'acte principal.

### Exemple :

AIS 3 + AIS3/2 pour 10,80€ et 9,15€ de majoration de nuit



N° Prestation	Code prestation	Code complément prestation	Coefficient	Montant des honoraires
1	AIS	N	3	$(2,40 * 3) + 9,15 = 16,35$
2	AIS		1,5	$2,40 * 1,5 = 3,60$

**[CP4] Honoraire de Dispensation généré**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation générée par le système (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP03\_06 = « LPS »), cette information n'est pas renseignée.

**[CP5] Prestation de type complément AT**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type complément AT (EF\_IP05\_03 = « Complément AT »), le code complément de prestation est nécessairement non renseigné.

**[CP6] Génération automatique SMG (pour prestations remboursables AMO ou non remboursables AMO)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les suppléments dérogatoires SMG (EF\_VF02\_07 = SD\_SMG-R ou SD\_SMG\_NR), cette information n'est pas renseignée.

**[CP7] Génération automatique du supplément APIAS (DAT)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type supplément APIAS (code prestation DAT), cette information n'est pas renseignée.

**Situations Spécifiques****[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat (EF\_IP05\_03 = « Dépassement » et EF\_IP05\_04 = « Victime d'Attentat »), le code complément de prestation est nécessairement non renseigné.

**[RG\_IP361] Acquérir le complément DMT-MT  
(EF\_IP08\_03, EF\_IP08\_04, EF\_IP08\_06, EF\_IP08\_07,  
EF\_IP08\_08, EF\_IP08\_09, EF\_IP08\_10)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle concerne la famille de professionnels de santé prescripteurs.

Les professionnels de santé facturant des forfaits techniques doivent préciser la discipline de prestations (DMT = EF\_IP08\_03) : SCANNER (valeur **035**) ou IRMN (valeur **753**), ainsi que le Mode de Traitement (MT = EF\_IP08\_04) : valeur **19** pour SCANNER ou IRMN.

De plus, le professionnel de santé renseigne les indications d'identification de l'appareillage :

- la date d'installation de l'appareil (EF\_IP08\_06)
- le numéro d'agrément de l'appareil ou de l'installation (EF\_IP08\_07),
- la puissance ou la classe de l'appareil (EF\_IP08\_08),
- la zone d'implantation de l'exploitant de l'appareil (EF\_IP08\_09),
- le numéro d'ordre de l'examen (EF\_IP08\_10).

Ces informations sont issues d'une étiquette collée sur l'appareillage et repris par le Professionnel de santé.



### Cas particulier

#### [CP1] Télémedecine

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre d'une téléconsultation (EF\_IP05\_04 = Téléconsultation) ou d'un accompagnement à la téléconsultation (EF\_IP05\_04 = Accompagnement), le LPS peut renseigner le numéro d'appareil (EF\_IP08\_07) pour identifier la connexion vidéo sécurisée. Dans ce cas, le LPS alimente les données suivantes de façon automatique :

- EF\_IP08\_03 : Discipline de prestations : valeur « 000 »
- EF\_IP08\_04 : Mode de traitement : valeur « 00 »
- EF\_IP08\_07 : Identification appareillage : identifiant de la connexion vidéo sécurisée

#### [CP2] Prestations de type secondaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type secondaire (EF\_IP05\_01 = « Secondaire »), les informations du complément DMT-MT (EF\_IP08\_03, EF\_IP08\_04, EF\_IP08\_06 à EF\_IP08\_10), doivent être identiques aux informations de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

#### [RG\_IP362] Acquérir le Numéro de dent traitée NGAP (EF\_IP08\_11)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas de prestations dentaires (EF\_IP05\_03 = « Soins dentaires ») cotées en NGAP (EF\_IP05\_02 = « NGAP »), le Professionnel de Santé a la possibilité d'indiquer le numéro de la dent traitée. Ce numéro est codifié selon la norme N.F. S91011.



### Cas particuliers

#### [CP1] Génération automatique d'un complément AT dentaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de complément AT Dentaire (EF\_IP04\_01 = « ATD »), le numéro de dent traitée NGAP est nécessairement non renseigné.



### Situations Spécifiques

**[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat (EF\_IP05\_03 = « Dépassement » et EF\_IP05\_04 = « Victime d'Attentat »), le numéro de dent traitée NGAP est nécessairement non renseigné.

**[RG\_IP364] Acquérir le libellé identifiant réseau soin (EF\_IP08\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information permet de renseigner la relation d'appartenance du bénéficiaire à une filière ou un réseau dans lequel l'acte a été effectué.

Cette information est renseignée par le Professionnel de Santé.

**Cas particuliers****[CP1] Honoraire de Dispensation généré**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation générée par le système (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP03\_06= « LPS »), cette information n'est pas renseignée.

**[CP2] Prestation de type complément AT**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type complément AT (EF\_IP05\_03 = « Complément AT »), le libellé identifiant réseau soin (EF\_IP08\_02) est nécessairement identique à celui de l'acte dentaire support ayant déclenché ce complément AT.

**[CP4] Prestations de type secondaire**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type secondaire (EF\_IP05\_01 = « Secondaire »), l'identifiant du réseau de soin (EF\_IP08\_02) est identique à celui de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

**Situations Spécifiques****[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat (EF\_IP05\_03 = « Dépassement » et EF\_IP05\_04 = « Victime d'Attentat »), le libellé identifiant réseau soin (EF\_IP08\_02) est nécessairement identique à celui de l'acte support auquel cette prestation de dépassement est rattachée.

**[RG\_IP365] Acquérir le code renouvellement (EF\_IP08\_12)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information correspond au numéro d'ordre du renouvellement de la prescription de médicaments ou d'analyse de biologie médicale.

Elle est renseignée par le Professionnel de Santé.



### Cas particuliers

#### [CP1] Délivrance exceptionnelle

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'article L5125-23-1 autorise les pharmaciens à renouveler la délivrance de médicaments aux patients dont les traitements chroniques risquent d'être interrompus, faute d'avoir obtenu de leur médecin une nouvelle prescription.

Le décret N° 2008-108 du 5 février 20081 fixe les conditions d'application de cette mesure. L'arrêté du 5 février 20081 détermine les catégories de médicaments exclues du dispositif.

Dans ce contexte de délivrance exceptionnelle, le champ renouvellement doit être valorisé à « 99 ».

#### [CP2] Honoraire de Dispensation généré

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation générée par le système (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP03\_06= « LPS »), cette information n'est pas renseignée.

#### [CP3] Prestations de type secondaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type secondaire (EF\_IP05\_01 = « Secondaire »), le code renouvellement (EF\_IP08\_12) est identique au code renouvellement de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

### 3.2.5 IP02.05 : Contrôler les informations générales de la prestation

#### Vue générale

**Nom** IP02.05 Contrôler les informations générales de la prestation

**Description** Lorsque l'acquisition d'une information est effectuée, elle est contrôlée au regard de la prestation (contrôles de niveau prestation).

<b>Entrées</b>	Sous-famille du Professionnel de Santé	EF_PS04_10
	Spécialité du Professionnel de Santé	EF_PS03_14
	Code spécialité de l'exécutant salarié	EF_IP07_03
	Date de naissance du bénéficiaire	EF_BS02_07
	Qualité du bénéficiaire	EF_BS09_02
	Prescription	EF_IP03
	Prestation	EF_IP04
	Table 1 de l'annexe 2bis	EF_A2_T1
	Table 2 de l'annexe 2bis	EF_A2_T2
	Table 2bis de l'annexe 2bis	EF_A2_T2bis
	Base CCAM	DF_CCAM

**Sorties** Aucune

<b>Situations spécifiques</b>	Bénéficiaire de l'AME	SP06
	Forçage	SP11

#### Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

#### Règles Contrôle de la Date d'exécution

**[RG\_IP370] Contrôler la compatibilité entre la date d'exécution de la prestation (EF\_IP04\_02) et la date de prescription (EF\_IP03\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date d'exécution doit nécessairement être supérieure ou égal à la date de prescription.

**[RG\_IP\_CC16] Contrôler la compatibilité entre la date de naissance (EF\_BS02\_07) et la date d'exécution de la prestation (EF\_IP04\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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



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



Remarque : la date d'exécution de la prestation est parfois dénommée date des soins.

## Règles

## Contrôle du Code prestation

**[RG\_IP\_CC6] Contrôler la Validité de la lettre-clé (EF\_IP04\_01) par rapport au codage CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Actes non CCAM : pour toute lettre-clé saisie par un professionnel de santé de la famille prescripteur (hors Sage-Femme), le système de facturation doit obligatoirement vérifier si elle n'est pas close à la date d'exécution des soins. Pour cela, il doit appliquer systématiquement le contrôle de validité des lettres-clé par rapport à la date d'exécution des soins (EF\_IP04\_02) et à la spécialité du Professionnel de santé (EF\_IP07\_03 ou EF\_PS03\_14 sinon).

Ce contrôle s'appuie sur la table TB17 de la base CCAM (DF\_CCAM)

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT cf. A1-A1 règle CC6

**Cas d'erreurs****[RG\_IP\_CC6] [CE1] Lettre-clé NGAP non valide par rapport au codage CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de lettre clé non valide, la prestation NGAP ne peut être facturée : le système de facturation doit avertir le Professionnel de santé que cette lettre clé NGAP doit être remplacée par un codage CCAM et lui proposer le basculement en mode de saisie CCAM si ce basculement n'a pas encore été opéré.

**[RG\_IP340] Contrôler la validité du code prestation (EF\_IP04\_01) dans le système de facturation**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation est défini pour une liste finie de codes prestation. Il convient donc de vérifier la validité du code prestation saisi par le Professionnel de santé au regard du système de facturation. La liste des codes prestations prévus dans le périmètre fait l'objet de la table 1 de l'annexe2 (EF\_A2\_T1).

Par ailleurs, chaque code prestation peut présenter une date de fin de validité.

Cette règle a pour objet de vérifier que le code prestation (EF\_IP04\_01) est valide à la date d'exécution des soins (EF\_IP04\_02).

**Tables utilisées**

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T1)

**Référence réglementaire :**

- NGAP : Dispositions générales
- NABM : Dispositions générales

**Cas particuliers**

**[CP1] Prestation CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle ne concerne pas les prestations CCAM.

**Situations Spécifiques****[SP06] Interdire les Médicaments à faible service médical rendu (SMR) pour un bénéficiaire de l'AME**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le décret N° 2015-120 paru au JO du 05/02/2015 et relatif à la prise en charge des frais de santé par l'Aide Médicale Etat, complète la liste des prestations non prises en charge pour les bénéficiaires de l'AME (décret N° 2011-1311 du 17/10/2011) pour y inclure les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible (médicaments remboursés à 15 %).

Cette non prise en charge des médicaments à faible service médical rendu (SMR) remboursés à 15 % concerne les bénéficiaires majeurs de l'Aide Médicale de l'ETAT (AME), qui doivent régler l'intégralité du prix du médicament, avec ou sans ordonnance.

La présentation au remboursement des produits précités, délivrés aux bénéficiaires majeurs de l'AME, ne sera plus acceptée. En conséquence, ces codes prestations ne doivent plus figurer sur une FSE.

**Recommandation**

Il est recommandé au LPS d'identifier cette situation particulière de facturation, à savoir la facturation pour un bénéficiaire de l'AME majeur, afin d'en informer le pharmacien et / ou de garantir l'absence de prestations à 15% sur la facture.

**[RG\_IP\_R11ter] Interdire certains codes actes avec la situation particulière du bénéficiaire des soins**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet d'interdire la facturation de certains codes prestation selon la situation particulière du bénéficiaire des soins.

Ces prestations sont identifiées en fonction de leur groupe fonctionnel général et détaillé.

**Tables utilisées**

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T1)
- Table 3bis de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T3bis)

**Exemple d'incompatibilité :**

Si le bénéficiaire des soins est identifié bénéficiaire Victime d'Attentat, le professionnel de santé ne doit pas pouvoir facturer de prestations dédiées à la C2S.

**[RG\_IP\_R1] Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF\_IP04\_01) avec la spécialité du professionnel de santé exécutant (EF\_IP07\_03 ou EF\_PS03\_14)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les Professionnels de santé ne peuvent exécuter que certains codes prestation.

Cette règle a pour objet de vérifier que la spécialité du professionnel de santé exécutant et le code prestation sont compatibles.

La spécialité du PS exécutant correspond soit à la spécialité du PS exécutant salarié (EF\_IP07\_03) si ce dernier est identifié (EF\_IP07), soit à la spécialité du PS réalisant la facture (EF\_PS03\_14) sinon. cf. Définition du PS Exécutant au §4 du présent document.



### Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T1)
- Table 2 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T2)



### Référence réglementaire :

- NGAP : Dispositions générales
- NABM : Dispositions générales



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



### Cas particuliers

#### **[CP1] Prestation CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle ne concerne pas les prestations CCAM.

Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente RG\_IP\_RC5

#### **[RG\_IP\_R1bis] Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF\_IP04\_01) avec le contexte conventionnel du professionnel de santé exécutant**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité du code prestation saisi en fonction du contexte conventionnel du professionnel de santé exécutant.

Ce contexte conventionnel du Professionnel de Santé exécutant est défini par :

- le secteur conventionnel (EF\_IP07\_06 ou EF\_PS03\_13)\*,
- le contrat tarifaire auquel il a adhéré s'il y a lieu (EF\_IP07\_11 ou EF\_PS04\_03)\*\*

Cette règle s'appuie sur la table 2bis de l'annexe2 (EF\_A2\_T2bis).

Le code prestation est

- soit compatible,
- soit non compatible,
- soit compatible sous condition de respect de la règle P3
- soit compatible sous condition de respect de la règle P4



Par construction, la règle P3 concerne des prestations de type « support » uniquement et la règle P4 des prestations de type « secondaire » uniquement



Cette règle concerne uniquement certains codes prestation.



\* Le secteur conventionnel du PS exécutant correspond soit à la situation conventionnelle du PS exécutant salarié (EF\_IP07\_06) si ce dernier est identifié (EF\_IP07), soit au code conventionnel du PS réalisant la facture (EF\_PS03\_13) sinon.

\*\* Le contrat tarifaire du PS exécutant correspond soit au contrat tarifaire du PS exécutant salarié (EF\_IP07\_11) si ce dernier est identifié (EF\_IP07), soit au contrat tarifaire du PS réalisant la facture (EF\_PS04\_03) sinon.

cf. Définition du PS Exécutant au §4 du présent document.



### Tables utilisées

- Table 2bis de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T2bis)



### Référence réglementaire :

- Convention Médicale 2016



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

**[RG\_IP\_R2] Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF\_IP04\_01) avec la qualité du bénéficiaire à la date d'exécution des soins (EF\_BS09\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité entre le code prestation saisi par le Professionnel de Santé et la qualité du bénéficiaire.



### Tables utilisées

- Table 3 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T3)



### Référence réglementaire :

- NGAP : Dispositions générales



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

**[RG\_IP\_R2bis] Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF\_IP04\_01) avec l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF\_IP04\_07)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité entre le code prestation saisi par le Professionnel de Santé et l'âge du bénéficiaire à la date d'exécution des soins.

Certains codes prestations sont autorisés uniquement à partir d'un âge minimum ou jusqu'à un âge maximum.

L'âge minimum s'entend à partir du jour anniversaire de l'âge indiqué en table.

L'âge maximum s'entend jusqu'à la veille de la date anniversaire de l'âge indiqué en table.



Remarque : en présence d'un mois lunaire la date de naissance est ramenée au 01/01 de l'année de naissance.

Cette règle ne s'applique pas pour les soins facturés en nature d'assurance maternité.



### Tables utilisées

- Table 3 de l'annexe 2 (EF\_A2\_T3)

**Référence réglementaire :**

- NGAP : Dispositions générales
- Réforme de l'Assurance Maladie : loi du 13/08/2004



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

**Cas particuliers****[CP1] Prestation CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle ne concerne pas les prestations CCAM.

Les prestations CCAM sont régies par les règles RG\_IP\_RC4 et RG\_IP\_RC13

**Règles****Coefficient**

**[RG\_IP\_R7] Contrôler le coefficient (EF\_IP04\_03) des codes prestations effectués par un prescripteur, un auxiliaire médical ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de déterminer si le code prestation doit être ou non affecté d'un coefficient.

L'obligation d'un coefficient pour certains actes est imposée par sa nomenclature.

On recherche à partir d'une table si la présence d'un coefficient est obligatoire pour l'acte concerné et si celui-ci ne se situe pas à l'extérieur des valeurs minimales et maximales données dans une table.

**Tables utilisées**

- Table 4 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T4)



Dans la table des compatibilités (table 4) certaines valeurs à " Non " sont suivies d'un astérisque (N\*).

Cette mention indique que le coefficient, s'il n'est pas saisi par le Professionnel de Santé, doit être renseigné à 1 par défaut.

**Référence réglementaire :**

- NGAP : Dispositions générales
- NABM : Dispositions générales



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

## 3.2.6

## IP02.06 : Contrôler les informations supplémentaires de la prestation

## Vue générale

**Nom** IP02.06 Contrôler les informations supplémentaires de la prestation

**Description** Lorsque l'acquisition d'une information est effectuée, elle est contrôlée au regard de la prestation (contrôles de niveau prestation).

**Entrées** Prestation EF\_IP04  
Supplément de prestation EF\_IP08

**Sorties** Aucune

**Situations spécifiques** Forçage SP11

## Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

## Règles

## Complément de prestation

**[RG\_IP\_R14] Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF\_IP04\_01) avec la majoration de nuit, dimanche ou jour férié (EF\_IP08\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les actes effectués la nuit, le dimanche ou un jour férié, ou en situation d'urgence, donnent lieu à une majoration qui s'ajoute à la valeur de l'acte.

Cette règle a pour objet de déterminer si le code prestation est compatible avec le complément de nuit, dimanche ou jour férié, ou urgence, lorsque celui-ci est valorisé.

**Tables utilisées**

- Table 4 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T4)

**Référence réglementaire :**

- NGAP : Dispositions générales : Art. 14
- NABM : Dispositions générales : Art. 6 et 9

Cette règle s'appuie sur la table 4 de l'annexe 2bis (EF\_A2\_T4)



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

**Cas particuliers**

**[CP1] Prestation CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle ne concerne pas les prestations CCAM.

Les prestations CCAM sont régies par les règles RG\_IP\_RC3

**[RG\_IP\_R15] Contrôler la validité d'une majoration de dimanche ou de jour férié (EF\_IP08\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La majoration du dimanche ou jour férié peut être facturée

- le dimanche ou un jour férié (jour férié = fête légale),
- le samedi par certaines spécialités de Professionnels de Santé.

Le contrôle de cette majoration comporte un contrôle calendrier et si la majoration est facturée un samedi, un contrôle de la spécialité de Professionnel de Santé.

**1 - Contrôle calendrier**

On recherche si la date des soins correspond à un dimanche ou à un jour férié, un samedi ou un jour "autre".

- la date des soins correspond à un dimanche ou à un jour férié, aucun contrôle supplémentaire n'est nécessaire
- la date des soins correspond à un samedi.

Pour savoir si la majoration peut être facturée, il faut contrôler la spécialité du Professionnel de Santé qui l'a facturée.

- la date des soins correspond à un jour "autre" la majoration est impossible.

**2 - Contrôle de la spécialité du Professionnel de Santé**

La majoration de dimanche ou de jour férié ne peut pas être facturée un samedi par les spécialités spécifiées dans la table 22.1

**Tables utilisées**

- Table 22.1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T22.1)

**Référence réglementaire :**

- NGAP : Dispositions générales : Art. 14
- NABM : Dispositions générales : Art. 6 et 9
- Conventions Nationales des Professionnels de Santé

**Cas particuliers****[CP1] Prestation CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle ne concerne pas les prestations CCAM.

Les prestations CCAM sont régies par les règles RG\_IP\_RC11

**Règles****Autres informations****[RG\_IP\_R10] Contrôler l'identification de l'appareillage(EF\_IP08\_07)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Lorsque l'acte facturé est un forfait technique l'appareil ayant exécuté ces actes doit comporter un numéro d'agrément.

Ce numéro d'agrément doit figurer sur la facture.

Cette règle concerne les prestations du groupe fonctionnel « Forfaits Techniques ».



### Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T1)

### [RG\_IP\_R5] Contrôler la nécessité d'une prescription pour une prestation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

[Certains codes prestation ne peuvent être pris en charge que dans la mesure où ils ont fait l'objet d'une prescription.

Cette règle a pour objet de déterminer si le code prestation qui a été exécuté est soumis à prescription médicale.

Dès lors que cette obligation existe, une date de prescription ainsi que le numéro du prescripteur doivent être renseignés.

Dans le cas contraire, le Professionnel de Santé doit toutefois pouvoir saisir ces informations.



### Exemple :

Pour les actes SF la prescription est nécessaire dans certains cas seulement :

L'observation et le traitement à domicile d'une grossesse demandant une surveillance intensive est soumise à prescription médicale.



**Remarque** : pour des prestations effectuées par des prescripteurs, la prescription n'est jamais obligatoire sauf s'il s'agit d'une sage-femme



### Tables utilisées

- Table 4 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T4)



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

**3.2.7****IP02.07 : Acquérir les caractéristiques de la prestation****Vue générale**

**Nom** IP02.07 Acquérir les caractéristiques de la prestation

**Description** L'objet de cette tâche est d'acquérir :

- soit le code affiné de la prestation et d'en déduire le code prestation,
- soit directement le code prestation,

puis d'en déduire les caractéristiques de la prestation à savoir :

- le type de la prestation,
- le type de nomenclature de la prestation,
- le groupe fonctionnel général,
- le groupe fonctionnel détaillé de la prestation,
- le top nécessité codage affiné de la prestation.

<b>Entrées</b>	Famille du Professionnel de Santé	EF_PS04_09
	Spécialité du Professionnel de Santé	EF_PS03_14
	Code spécialité de l'exécutant salarié	EF_IP07_04
	Table 1 de l'annexe 2bis	EF_A2_T1
<b>Sorties</b>	Top prestation caractérisé par un code affiné	EF_IP99_01
	Détail prestation CCAM	EF_IP09
	Détail prestation biologie	EF_IP12
	Détail code CIP	EF_IP14
	Détail prestation LPP	EF_IP15
	Code acte de la prestation	EF_IP04_01
	Type prestation	EF_IP05
<b>Situations spécifiques</b>	Victime d'attentat	SP18
	Forçage	SP11

## Schéma

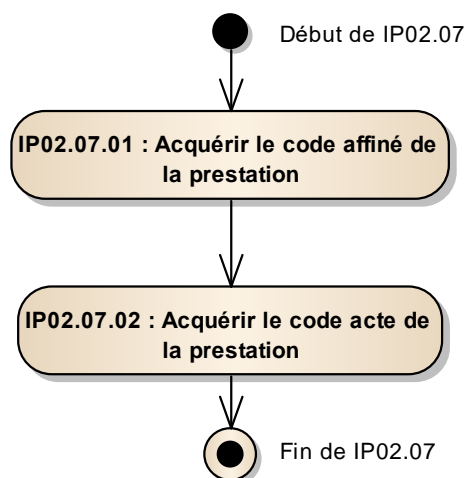


Figure 4 : [SC\_IP02.07] Enchaînement de IP02.07 : « Acquérir les caractéristiques de la prestation »

### 3.2.7.1 IP02.07.01 : Acquérir le code affiné de la prestation

#### Vue générale

**Nom** IP02.07.01 *Acquérir le code affiné de la prestation*

**Description** L'objet de cette tâche est d'acquérir le code affiné de la prestation.

Il peut s'agir :

- d'un code affiné d'une prestation CCAM
- d'un code affiné d'une prestation de pharmacie (ex. : médicament)
- d'un code affiné d'une prestation de biologie ou anatomo-cyto-pathologie (ex. : analyse)
- d'un code affiné d'une prestation LPP (ex. : dispositif médical)

Par ailleurs, dans le cas d'un code affiné CCAM, cette opération inclut également la détermination du contexte tarifaire de la prestation à savoir :

- le contexte tarifaire lié au PS  
le PS à considérer pour ce contexte est le PS exécutant de la prestation.  
Il s'agit soit du PS salarié si celui-ci est différent du PS facturant, soit du PS facturant.
- le contexte tarifaire lié au BS.

Le contexte tarifaire (contexte PS et contexte BS) est utilisé pour consulter les données diversifiées de la base CCAM (DF\_CCAM) à savoir :

- le Prix Unitaire d'un acte CCAM
- les codes "association non prévue" et leur coefficient
- les codes pour association prévue et leur coefficient
- les modificateurs et leur montant

**Entrées** Famille du Professionnel de Santé

EF\_PS04\_09

Code spécialité	EF_IP07_03 ou EF_PS03_14
Code conventionnel	EF_IP07_06 ou EF_PS03_13
Contrat tarifaire PS	EF_IP07_11 ou EF_PS04_03
Date d'exécution de la prestation	EF_IP04_02
Code situation particulière	EF_BS08_01
Date de début de la situation particulière	EF_BS08_02
Date de fin de la situation particulière	EF_BS08_03
<b>Sorties</b> Top prestation caractérisé par un code affiné	EF_IP99_01
Contexte tarifaire PS	EF_IP04_08
Contexte tarifaire BS	EF_IP04_09
Détail prestation CCAM	EF_IP09
Détail prestation biologie	EF_IP12
Détail code CIP	EF_IP14
Détail prestation LPP	EF_IP15
<b>Situations spécifiques</b> Aucune	

## Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

## Règles Codage des prestations

### Préambule

#### Principe de codage des prestations

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

« Les dispositions législatives issues de la loi du 4 janvier 1993, précisées dans le décret du 6 mai 1995, confient aux Caisses Nationales d'Assurance Maladie la mise en place du codage des actes et prestations médicales ainsi que les moyens et les outils nécessaires à la maîtrise de l'évolution des dépenses.

C'est dans ce contexte législatif et réglementaire que s'inscrit, à la suite du codage des actes de biologie, de la pharmacie et de la LPP, le codage des actes médicaux. »

## Règles de gestion

### [RG\_IP314] Interdire la Cohabitation d'un code médicament et de la LPP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une prestation concernant la famille pharmaciens (EF\_PS04\_09 = PH) ne peut inclure à la fois des informations détaillées de médicament (EF\_IP13) et des codes LPP (EF\_IP15).



**[RG\_IP387] Interdire la Cohabitation de codes affinés Biologie et de la CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une prestation concernant la famille prescripteur (EF\_PS04\_09 = PR) ne peut inclure à la fois des informations détaillées de Biologie (EF\_IP12) et des informations CCAM(EF\_IP09).

**[RG\_IP388] Interdire la Cohabitation d'un code médicament et de la CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une prestation concernant les généralistes propharmaciens, (EF\_PS03\_14 = 01) ne peut inclure à la fois informations détaillées de médicament (EF\_IP13) et des informations CCAM (EF\_IP09).

**[RG\_IP389] Interdire la Cohabitation d'un code médicament et de codes affinés Biologie**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une prestation concernant les généralistes propharmaciens, (EF\_PS03\_14 = 01) ne peut inclure à la fois informations détaillées de médicament (EF\_IP13) et des informations détaillées de biologie (EF\_IP12).

**Règles****Codage CCAM****Préambule****Présentation de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'objet de la CCAM est d'identifier chaque acte médical technique par un libellé spécifique et un code associé permettant de le repérer sans ambiguïté.

Elle se substitue progressivement à la NGAP. Par conséquent, le professionnel de santé utilise la CCAM pour facturer les actes techniques en remplacement des lettres-clés correspondantes.

**Information**

Les lettres-clés concernées par la CCAM et entrant dans le système SESAM-Vitale sont les suivantes :

Pour les actes techniques : KA, KC, KE, KMO, Z, ainsi que la plupart des K à l'exception des actes du chapitre 14 et 16 de la NGAP.

Pour les actes dentaires : D, DC, SC, SCM, SPR, PRO.



**Remarque :** ces deux listes de lettres-clés sont mentionnées ci-dessus à titre informationnel mais ne constituent pas une exigence fonctionnelle.

**Familles concernées de professionnels de santé**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les catégories de professionnels de santé concernées par la CCAM sont les médecins (catégorie 1), les chirurgiens-dentistes (catégorie 4), et les Sages Femmes (catégorie 5), qu'ils exercent à titre libéral, salarié ou remplaçant.

Ces catégories relèvent chacune d'une convention avec l'assurance maladie obligatoire. Chacune de ces conventions fait l'objet d'une signature spécifique. Chacune de ces catégories démarre donc en CCAM à des dates différentes en fonction des conventions signées.

La catégorie 1 correspond à la sous-famille (EF\_PS04\_10) Médecins

La catégorie 4 correspond à la sous-famille (EF\_PS04\_10) Chirurgiens-Dentistes

La catégorie 5 correspond à la sous-famille (EF\_PS04\_10) Sages Femmes

### Informations détaillées de la prestation CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une prestation CCAM est caractérisée par les informations détaillées suivantes :

- Données obligatoires :
  - Code de la prestation CCAM (code de l'acte) (EF\_IP09\_01)
  - Code activité (EF\_IP09\_02)
  - Code phase de traitement (EF\_IP09\_03)
 L'assemblage des trois codes constitue le triplet « acte/activité/phase » caractérisant la prestation CCAM.

### Tarifs CCAM diversifiés

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

## Revalorisation des actes CCAM



### Convention médicale 2011

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

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

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



### Convention médicale 2016

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

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

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

## Contexte tarifaire

Le contexte tarifaire est défini :

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

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

### Grille tarifaire

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

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

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

### Contexte PS

Le contexte PS est défini par :

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



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

### Contexte BS

Pour l'immédiat le seul contexte BS (bénéficiaire des soins) identifié est « tout bénéficiaire ».

### Données diversifiées

Les données diversifiées de la base CCAM (DF\_CCAM) sont :

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

## Règles de gestion

### [RG\_IP315] Acquérir le codage de la prestation CCAM : triplet acte/activité/phase (EF\_IP09\_01, EF\_IP09\_02, EF\_IP09\_03)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une prestation CCAM ou ligne d'acte CCAM est constituée d'un et un seul acte CCAM (triplet acte/activité/phase).

De plus, dans le périmètre du système de facturation SESAM-Vitale, une prestation est caractérisée par le seul code de l'acte CCAM. En effet, le code activité est toujours à 1 et le code phase de traitement toujours à 0.

Ces informations sont renseignées par le Professionnel de santé

### [RG\_IP323] Acquérir la catégorie médicale d'un acte CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation CCAM (EF\_IP05\_02 = « CCAM »), la catégorie médicale de la prestation (EF\_IP09\_08) est constituée par le champ CCAM-12 associé, à la date d'exécution de la prestation (EF\_IP04\_02), au code de l'acte (EF\_IP09\_01) et au code activité (EF\_IP09\_02) dans la base CCAM (DF\_CCAM).



cf. RG\_AP006 : Consulter les données associées à un acte CCAM (identifiant CCAM-12).

## Règles de gestion

## CONTEXTE TARIFAIRE

### [RG\_IP\_R41] Déterminer le contexte tarifaire PS de la prestation (EF\_IP04\_08)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de déterminer le contexte tarifaire lié au Professionnel de Santé (PS) exécutant la prestation. Ce contexte est utilisé pour la tarification de la prestation CCAM. Ce contexte dépend :

- de la spécialité du PS,
- de son secteur conventionnel
- de son adhésion ou pas à un contrat tarifaire PS,
- et de la date d'exécution de la prestation



#### Tables utilisées

- Table 41 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T41)
- Table 41bis de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T41bis)

### [RG\_IP\_R42] Déterminer le contexte tarifaire BS de la prestation (EF\_IP04\_09)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de déterminer le contexte tarifaire lié au bénéficiaire des soins (BS) à utiliser pour la tarification de la prestation CCAM (cf. règles de l'A1-A1).

Ce contexte dépend :

- de la situation particulière du bénéficiaire à la date d'exécution de la prestation.

- et de la date d'exécution de la prestation.



### Tables utilisées

- Table 42 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T42)

## Règles

## Codage biologie

### Préambule

#### Code affiné NABM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La codification affinée est l'identification par un numéro de code, de chaque acte pouvant être regroupé sous un couple (lettre-clé (EF\_IP04\_01), coefficient (EF\_IP04\_03)).

### Règles de gestion

#### [RG\_IP319] Acquérir la prestation détaillée de biologie (EF\_IP12\_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La procédure de codage de la biologie est obligatoire pour les laboratoires (arrêtés du 05/02/97).



A noter que le code affiné NABM ne peut pas prendre la valeur zéro (chaîne de caractères composée uniquement de zéros).



#### Cas particuliers

#### [CP1] Prestation d'anatomo-cyto-pathologie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les médecins anatomo-cyto-pathologistes (EF\_PS03\_14 = 37) peuvent transmettre les codes affinés des actes cotés en P.

Le codage des actes en P suit les mêmes règles que celui des actes en B.

Le codage affiné n'est pas obligatoire pour ce type de prestation (arrêté du 02/0600).

## Règles

## Codage des médicaments

### Préambule

#### Format des codes CIP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les médicaments sont identifiés :

- par un code CIP 13 caractères

Les professionnels de santé pharmaciens ou propharmaciens télétransmettent à l'assurance maladie le code CIP 13 caractères du produit délivré.

**Familles de Professionnel de Santé concernées**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Une prestation nécessitant le codage CIP concerne **à la fois** la famille de professionnels de santé pharmaciens **et la famille prescripteurs (cas des propharmaciens).**

## Règles de gestion

### [RG\_IP321] Acquérir les codes CIP (EF\_IP14\_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code CIP est acquis par le système de facturation à partir de la vignette (code à barre) du médicament.

Il convient de renseigner le code CIP du médicament délivré (EF\_IP14\_02 occurrence « délivré »).

Par ailleurs, il est prévu pour utilisation future, une donnée réservée pour le code CIP du médicament prescrit (EF\_IP14\_02 occurrence « prescrit »), dans le cas d'une substitution.



A noter qu'un code CIP ne peut pas prendre la valeur zéro (chaîne de caractère composée uniquement de zéros) et est nécessairement composé de 13 caractères.



### **Cas particuliers**

#### **[CP1] Médecin propharmacien**

PR							
M	CD	SF					

**Les professionnels de santé propharmaciens peuvent, à partir de leur système de facturation, indiquer dans la facture les actes servis et les médicaments délivrés.**

**Le professionnel de santé propharmacien peut réaliser au domicile de l'assuré une facture comportant des actes pharmaceutiques (PH1, PH4, PH7, ...) sans renseigner le code affiné associé (code CIP).**

**Le renseignement du code affiné est obligatoire pour les médicaments délivrés au cabinet du professionnel de santé propharmacien.**

## Règles

## Codage LPP

### Préambule

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

### Informations renseignées

Les informations suivantes doivent être renseignées :

- Le Code détaillé LPP

(EF\_IP15\_01)

### Codage du Dispositif Médical (DM) de la LPP (anciennement TIPS)

La facturation à l'AMO d'un dispositif médical codé de la LPP, implique obligatoirement la transmission des informations de codage LPP.

**Changement de tarif en cours de période de mise à disposition**

En cas de changement de tarif en cours de période de mise à disposition :

- les périodes de traitement débutant avant la date d'entrée en vigueur de la nouvelle tarification sont remboursées sur la base des tarifs applicables avant l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs,
- les périodes de traitement débutant après la date d'entrée en vigueur de la nouvelle tarification sont remboursées sur la base des nouveaux tarifs.

**Exemple de changement de tarification**

Exemple d'un traitement ayant débuté le mardi 8 janvier 2013 et se terminant le lundi 28 janvier 2013 avec un changement de tarif intervenant le jeudi 17 janvier 2013

- la semaine du 8 au 14 janvier 2013 sera remboursée sur la base du tarif applicable avant l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs,
  - la semaine du 15 au 21 janvier 2013 sera remboursée sur la base du tarif applicable avant l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs.
  - la semaine du 22 au 28 janvier 2013 sera remboursée sur la base des nouveaux tarifs.
- Il en ira, bien sûr, de même pour les périodes suivantes.



JUIN 2013	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Type de prestation	location							location							location						
Date de début de location	08/01/2013							15/01/2013							24/01/2013						
Date de fin de location	14/01/2013							16/01/2013							28/01/2013						
Tarif LPP	Tarif unitaire de la prestation applicable avant l'entrée en vigueur du nouveau tarif (tarif hebdomadaire)							Tarif unitaire de la prestation applicable avant l'entrée en vigueur nouveau tarif (tarif hebdomadaire)							Tarif unitaire de la prestation (tarif hebdomadaire) <b>Application du nouveau tarif</b>						
Nombre d'unités	1							1							1						

**Facturation LPP par les Auxiliaires-Médicaux**

Les Professionnels de Santé de la famille Auxiliaires-Médicaux sont concernés par les règles gérant la LPP dans la limite des spécialités de Professionnels autorisés à facturer des codes prestation LPP (cf. RG\_IP\_R1 et EF\_A2\_T2).

**Règles de gestion**

**[RG\_IP327] Acquérir le code détaillé LPP (EF\_IP15\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le Professionnel de Santé acquiert le code LPP associé à la prestation.



A noter qu'un code LPP est nécessairement numérique, sur 7 caractères.



Les Professionnels de Santé de la famille Auxiliaires-Médicaux sont concernés par cette règle dans la limite des spécialités de Professionnels autorisés à facturer des codes prestation LPP (cf. RG\_IP\_R1 et EF\_A2\_T2).



### Cas particuliers

#### [CP1] Changement de tarif en cours de période

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de changement de tarif en cours de période de location ou de service, il convient de saisir autant de fois le même code détaillé LPP que de tarifs différents.

## Règles

## Code affiné de la prestation

### [RG\_IP501] Déterminer si la prestation est caractérisée par un code affiné (EF\_IP99\_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation renseigne à vrai le « top prestation caractérisée par un code affiné » (EF\_IP99\_01) si l'un des groupes de donnée suivant est renseigné :

- codage affiné CCAM :
  - code acte CCAM : EF\_IP09\_01
  - code activité CCAM : EF\_IP09\_02
  - code phase de traitement CCAM : EF\_IP09\_03
- code affiné prestation biologie : EF\_IP12\_01
- code CIP : EF\_IP14\_02
- code détaillé LPP : EF\_IP15\_01

### 3.2.7.2

### IP02.07.02 : Acquérir le code acte de la prestation

#### Vue générale

Nom **IP02.07.02** **Acquérir le code acte de la prestation**



**Description** L'objet de cette tâche est d'acquérir le code acte de la prestation et d'en déduire ses caractéristiques, à savoir :

- le type de la prestation,
- le type de nomenclature de la prestation,
- le groupe fonctionnel général,
- le groupe fonctionnel détaillé de la prestation,
- le top nécessité codage affiné de la prestation.



Cette opération est également appelée par les opérations :

- VF07.01.01 pour l'acquisition et la détermination des données d'une prestation ATD automatiquement générée par le système de facturation.
- VF07.02.01 pour l'acquisition et la détermination des données de la prestation de supplément APIAS (DAT) automatiquement générée par le système de facturation
- VF08.01 pour l'acquisition et la détermination des données d'une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat automatiquement générée par le système de facturation

<b>Entrées</b>	Top prestation caractérisé par un code affiné	EF_IP99_01
	Détail prestation CCAM	EF_IP09
	Détail prestation biologie	EF_IP12
	Détail code CIP	EF_IP14
	Détail prestation LPP	EF_IP15
	Spécialité du Professionnel de Santé	EF_PS03_14
	Code spécialité de l'exécutant salarié	EF_IP07_04
	Table 1 de l'annexe 2bis	EF_A2_T1
<b>Sorties</b>	Code acte de la prestation	EF_IP04_01
	Type de prestation	EF_IP05_01
	Type de nomenclature de la prestation	EF_IP05_02
	Groupe fonctionnel général de la prestation	EF_IP05_03
	Groupe fonctionnel détaillé de la prestation	EF_IP05_04
	Code nécessité de codage affiné de la prestation	EF_IP05_05
<b>Situations spécifiques</b>	Victime d'attentat	SP18
	Forçage	SP11

## Règles de gestion

**[RG\_IP343] Acquérir le contexte COx (EF\_IP04\_11)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le système de facturation doit permettre au Professionnel de Santé d'indiquer, avant son choix de code prestation, qu'il facture une prestation de type « consultation obligatoire enfant ».

Dans ce cas, le système de facturation positionne alors l'indicateur de contexte COx.

### [RG\_IP339] Acquérir le code prestation (EF\_IP04\_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code de la prestation est renseigné par le Professionnel de Santé.



### Cas particuliers

#### [CP1] Prestation de déplacement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le « code prestation du déplacement » est renseigné avec la lettre clé correspondant au déplacement facturé. Il peut s'agir :

- soit d'une indemnité forfaitaire de déplacement,
- soit d'une indemnité kilométrique de déplacement.

#### [CP2] Code affiné CCAM (EF\_IP09\_01 ; EF\_IP09\_02): code regroupement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Le code regroupement associé à tout acte/activité constitue le champ CCAM-42 de la base CCAM (DF\_CCAM).

Cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC7



[SP11] Il est possible d'outrepasser cette règle, dans ce cas particulier-ci : cf. Situation Spécifique de forçage.

#### [CP3] Prestations de Biologie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

A partir du code affiné (EF\_IP12\_01) saisi, le système de facturation détermine le code prestation en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé :

- Code prestation **B** pour un biologiste (spécialités PS : (EF\_IP07\_03 ou EF\_PS03\_14 sinon) = **30 ou 39 ou 40**)
- Code prestation **P** pour un anatomo-cyto-pathologiste (spécialité PS : (EF\_IP07\_03 ou EF\_PS03\_14 sinon) = **37**)



**Remarque** : Depuis la mise en place du codage de la biologie, seule la lettre clé B est acceptée (les lettres clés BP et BR sont supprimées).

#### [CP4] Code affiné Médicament

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

A partir du code affiné (EF\_IP13\_01) saisi et de la base médicament, le système de facturation détermine le code prestation (EF\_IP04\_01).

**[CP5] Code affiné LPP**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

A partir du code affiné détaillé LPP (EF\_IP15\_01) saisi et de la base LPP, le système de facturation détermine le code prestation (EF\_IP04\_01).

**[CP6] Génération automatique SMG pour prestations remboursables AMO**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations remboursables AMO (EF\_VF02\_07 = SD\_SMG-R), alors :

- Si les prestations de la facture saisies par le PS relèvent des nomenclatures LPP ou Frais PH le code prestation est **DPS**
- Dans le cas contraire (prestations relevant des nomenclatures NGAP, NABM, CCAM), le code prestation est **DAP**.

**[CP7] Génération automatique SMG pour prestations non remboursables AMO**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le contexte de création de la prestation correspond à la génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations non remboursables AMO (EF\_VF02\_07 = SD\_SMG-NR), alors :

- Si les prestations de la facture saisies par le PS relèvent des nomenclatures LPP ou Frais PH le code prestation est **SGN**
- Dans le cas contraire (prestations relevant des nomenclatures NGAP, NABM, CCAM), le code prestation est **SGA**.

**[CP8] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation simple**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code prestation d'un honoraire de dispensation simple (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP05\_04 = « simple ») est égal au code prestation à suivre (EF\_CF08\_06) de la prestation support à laquelle l'honoraire se rapporte.

**[CP9] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation complexe**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code prestation d'un honoraire de dispensation complexe (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_CF02\_06 = « OUI ») est le code prestation « **HC** ».

**[CP10] Génération automatique d'un complément AT dentaire**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de complément AT Dentaire, le code prestation est « **ATD** ».

**[CP11] Génération automatique du supplément APIAS (DAT)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le supplément APIAS est caractérisé par le code prestation DAT.

**[CP13] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation pour médicament remboursable**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code prestation d'un honoraire de dispensation pour médicament remboursable (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_CF02\_07 = « OUI ») est le code prestation « **HDR** ».

**[CP14] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation lié à l'âge**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code prestation d'un honoraire de dispensation pour médicament lié à l'âge (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_CF02\_08 = « OUI ») est le code prestation « **HDA** ».

**[CP15] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation pour médicament spécifique**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code prestation d'un honoraire de dispensation pour médicament spécifique (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_CF02\_09 = « OUI ») est le code prestation « **HDE** ».

**[CP16] Consultations Obligatoires Enfant**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de facturation d'une prestation de type « consultation obligatoire enfant » (EF\_IP04\_11 positionné), le système de facturation détermine le « code prestation à transmettre dans la facture en fonction de l'âge du bénéficiaire et du Professionnel de Santé, à savoir :

- sa spécialité EF\_PS03\_14
- son code conventionnel EF\_PS03\_13
- son contrat tarifaire EF\_PS04\_03
- sa caisse de rattachement, EF\_PS04\_04
- éventuellement son choix entre une prestation à tarif revalorisé sans dépassement ou une prestation à tarif non revalorisé avec dépassement possible: le LPS doit proposer ce choix au Professionnel de Santé, soit sous forme de question, soit en lui permettant d'opter entre l'un ou l'autre des 2 codes prestation correspondant en table
- éventuellement sa fonction de pédiatre traitant (le LPS pose la question au PS).

Cette détermination s'appuie sur la table 70 de l'Annexe2bis (EF\_A2\_T70).

Dans certains cas, (en fonction de l'âge du Bénéficiaire des soins notamment), le code prestation ne peut pas être déterminé par la table. Il revient alors au PS de saisir le code prestation comme dans le cas nominal de la règle.



Dans tous les cas, le Professionnel de Santé doit toujours pouvoir modifier le code prestation déterminé par cette règle.



A noter que ce cas particulier concerne uniquement les médecins généralistes et les pédiatres.



**Situations Spécifiques**

**[SP18] Génération automatique d'un dépassement pour Victime d'Attentat**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code prestation d'un dépassement pour Victime d'Attentat est égal au code prestation du dépassement pour « Victime d'Attentat » associé (EF\_VF05\_15) de la prestation support à laquelle ce dépassement se rapporte.

**[RG\_IP353] Déterminer le type de la prestation (EF\_IP05\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque prestation renseignée par le Professionnel de Santé, il convient d'identifier le type de la prestation, à savoir s'il s'agit d'une prestation:

- Support
- Secondaire

La détermination du type de prestation se fait en fonction du code prestation (EF\_IP04\_01) sur la base de la table 1 de l'annexe 2bis (EF\_A2\_T1)

**Rappel**

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. Elle doit toujours accompagner une prestation de type support. (cf. RG\_IP\_R17bis).

**[RG\_IP354] Déterminer le type de nomenclature de la prestation (EF\_IP05\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque prestation renseignée par le Professionnel de Santé, il convient d'identifier le type de nomenclature dont elle relève.

Les différents types de nomenclature possible sont :

- NGAP
- CCAM
- LPP
- NABM (Biologie)
- Frais PH (frais pharmaceutiques)  
Ce type de nomenclature regroupe l'ensemble des produits et prestations délivrés par un pharmacien, à l'exception des produits LPP.

La détermination du type de nomenclature se fait en fonction du code prestation (EF\_IP04\_01) sur la base de la table 1 de l'annexe2 (EF\_A2\_T1).



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

**[RG\_IP355] Déterminer le groupe fonctionnel général (EF\_IP05\_03) et le groupe fonctionnel détaillé (EF\_IP05\_04) de la prestation**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque prestation renseignée par le Professionnel de Santé, il convient d'identifier le groupe fonctionnel général (EF\_IP05\_03) et détaillé (EF\_IP05\_04) dont la prestation relève.

Cette détermination se fait en fonction du code prestation (EF\_IP04\_01) sur la base de la table 1 de l'annexe 2bis (EF\_A2\_T1).



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

**[RG\_IP356] Déterminer le code nécessité de codage affiné (EF\_IP05\_05) de la prestation**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque prestation renseignée par le Professionnel de Santé, il convient d'identifier s'il est nécessaire qu'elle soit identifiée par un codage affiné (EF\_IP05\_05).

Le code nécessité de codage affiné (EF\_IP05\_05) prend l'une des valeurs suivantes :

- Oui
- Non
- Eventuellement.

Cette détermination se fait en fonction du code prestation (EF\_IP04\_01) sur la base de la table 1 de l'annexe 2bis (EF\_A2\_T1).



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

**[RG\_IP392] Déterminer l'origine de la prestation (EF\_IP05\_06)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque prestation, il convient d'identifier s'il s'agit d'une prestation saisie par le PS ou générée par le LPS (EF\_IP05\_06).

Cette détermination se fait en fonction du code prestation (EF\_IP04\_01) sur la base de la table 1 de l'annexe 2bis (EF\_A2\_T1).

## 3.2.8 IP02.08 : Acquérir et déterminer les informations d'exécution de la prestation

### Vue générale

**Nom** IP02.08 Acquérir et déterminer les informations d'exécution de la prestation

**Description** L'objet de cette tâche est d'acquérir les informations d'exécution de la prestation à savoir :

- la date d'exécution de la prestation,
  - l'identification du lieu d'exécution de la prestation,
  - l'identification du Professionnel de Santé exécutant salarié,
- puis de déterminer l'âge du bénéficiaire à la date d'exécution de la prestation.



Cette opération est également appelée par les opérations :

- VF07.01.01 pour l'acquisition et la détermination des données d'une prestation ATD automatiquement générée par le système de facturation.
- VF08.01 pour l'acquisition et la détermination des données d'une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat automatiquement générée par le système de facturation

**Entrées** Date de naissance du bénéficiaire EF\_BS02\_07

**Sorties** Date d'exécution de la prestation EF\_IP04\_02

Age du bénéficiaire à la date d'exécution de la prestation EF\_IP04\_07

Lieu exécution prestation EF\_IP06

Professionnel de Santé exécutant salarié EF\_IP07

**Situations spécifiques** Victime d'attentat SP18

Schéma

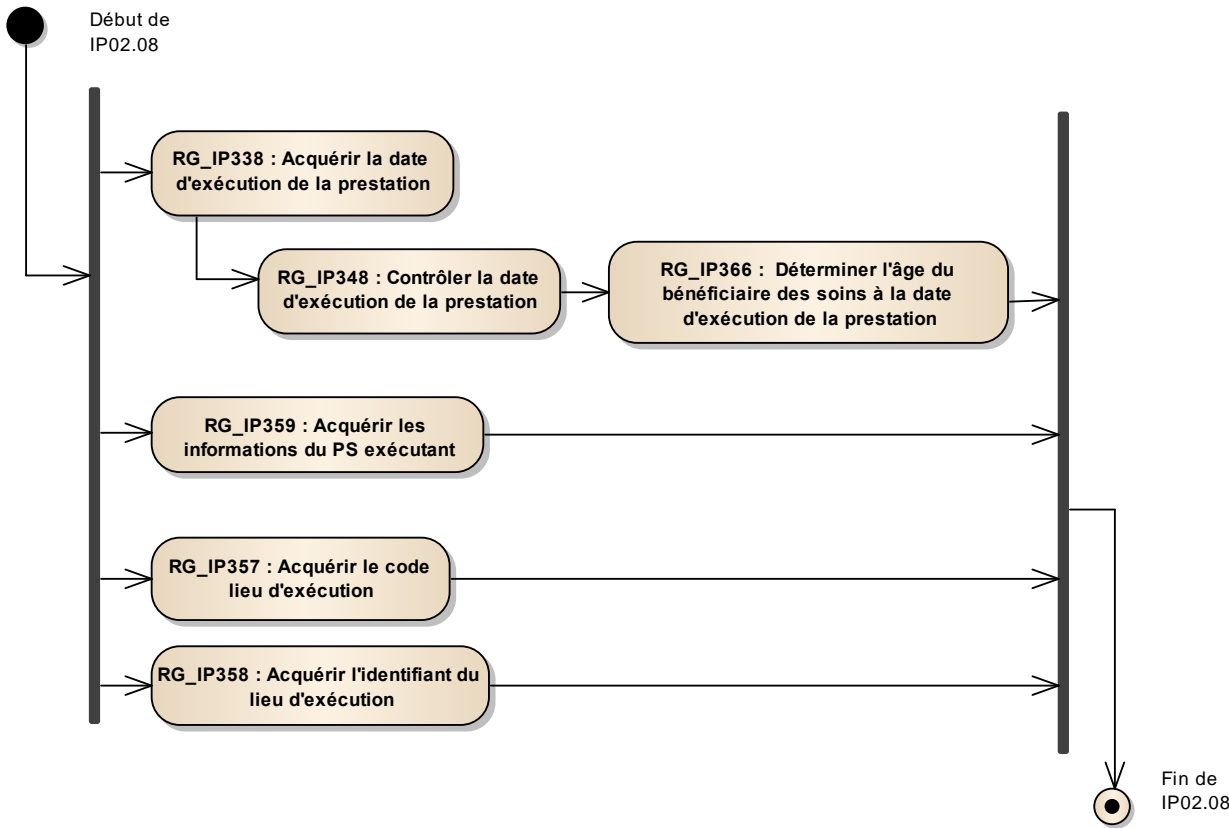


Figure 5 : [SC\_IP02.08]      Enchaînement de IP02.08 : " Acquérir et déterminer les informations d'exécution de la prestation "

Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

Règles      Date d'exécution

[RG\_IP338] Acquérir la date d'exécution de la prestation  
(EF\_IP04\_02)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date d'exécution de la prestation est renseignée par le Professionnel de Santé.





## Cas particuliers

### [CP1] date d'exécution des soins dentaires

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les dispositions réglementaires concernant les soins dentaires prévoient que le tarif applicable est celui en vigueur à la date d'achèvement des soins.

Cette date doit être indiquée pour chaque prestation.

Dans le cadre de la NGAP, une prestation correspond à une seule dent soignée (EF\_IP08\_11).

Dans le cadre de la CCAM une prestation peut comporter jusqu'à 16 occurrences de dents soignées (EF\_IP11\_01).

### [CP2] Génération automatique SMG pour prestations remboursables AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations remboursables AMO (EF\_VF02\_07 = SD\_SMG-R), alors la date d'exécution est égale à la date d'exécution de la dernière prestation remboursable AMO saisie par le Professionnel de Santé.

### [CP3] Génération automatique SMG pour prestations non remboursables AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations non remboursables AMO (EF\_VF02\_07 = SD\_SMG-NR), alors la date d'exécution est égale à la date d'exécution de la dernière prestation non remboursable AMO saisie par le Professionnel de Santé.

### [CP4] date d'exécution pour la LPP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation LPP, la date d'exécution de la prestation correspond à la date de début de la prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_04).

### [CP5] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation simple

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date d'exécution d'une prestation Honoraire de dispensation simple (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP05\_04 = « simple ») est égale à la date d'exécution de la prestation à laquelle l'honoraire se rapporte.

### [CP6] Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation global

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date d'exécution d'une prestation Honoraire de dispensation global (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP05\_04 = « global ») est égale à la date d'élaboration de la facture (EF\_IP01\_01).

### [CP7] Prestation de type complément AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type complément AT (EF\_IP05\_03 = « Complément AT »), la date d'exécution de la prestation (EF\_IP04\_02) est égale à la date d'exécution de l'acte support auquel ce complément AT est rattaché.

**[CP8] Génération automatique du supplément APIAS (DAT)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour le supplément APIAS (code prestation DAT), la date d'exécution correspond à la date de la facture (EF\_IP01\_01).

**[CP9] Indemnité de déplacement Génération automatique du supplément APIAS (DAT)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type déplacement (EF\_IP05\_03= « Indemnité de déplacement »), la date d'exécution correspond à la date du déplacement.



**Situations Spécifiques**

**[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat (EF\_IP05\_03 = « Dépassement » et EF\_IP05\_04 = « Victime d'Attentat »), la date d'exécution de la prestation (EF\_IP04\_02) est égale à la date d'exécution de l'acte support auquel ce dépassement est rattaché.

**[RG\_IP348] Contrôler la date d'exécution de la prestation (EF\_IP04\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date d'exécution de la prestation doit être antérieure ou égale à la date d'élaboration de la facture (EF\_IP01\_01).

Pour autant, la date d'exécution de la prestation ne doit pas être antérieure de plus de 2 ans et 3 mois à la date d'élaboration de la facture.

**[RG\_IP366] Déterminer l'âge du bénéficiaire des soins (EF\_IP04\_07) à la date d'exécution de la prestation (EF\_IP04\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Il convient de calculer l'âge du bénéficiaire à partir de sa date de naissance (EF\_BS02\_07), et à la date d'exécution de la prestation (EF\_IP04\_02).



**Cas particuliers**

**[CP1] Mois lunaires**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Certaines dates de naissance sont exprimées en mois lunaire, i.e. avec un jour supérieur à 31 et/ou un mois supérieur à 12.

Dans ce cas là, pour le calcul de l'âge, il convient de ramener le jour et le mois à la valeur 01/01.

**Règles****Lieu d'exécution****Préambule****Informations renseignées**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le professionnel de santé doit identifier le lieu d'exécution des soins en saisissant les informations suivantes :

- Code du lieu d'exécution (EF\_IP06\_01) : cabinet ou domicile,
- Identifiant du lieu d'exécution (N° FINESS par exemple) (EF\_IP06\_02) dès lors que les prestations ne sont exécutées ni au cabinet ni au domicile du patient (EF\_IP06\_02).

## Règles de gestion

### [RG\_IP357] Acquérir le Code lieu d'exécution de la prestation (EF\_IP06\_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le code du lieu d'exécution est renseigné par le Professionnel de Santé pour indiquer si la prestation est réalisée au cabinet du Professionnel de Santé ou au domicile du patient.

Cette information est obligatoire. Par défaut le LPS la positionne à la valeur « cabinet ou lieu d'exercice du Professionnel de Santé » (valeur 0).



#### Cas particuliers

##### [CP1] Génération automatique SMG pour prestations remboursables AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations remboursables AMO (EF\_VF02\_07 = SD\_SMG-R), alors le code lieu d'exécution est égal au code lieu d'exécution de la dernière prestation remboursable AMO saisie par le Professionnel de Santé.

##### [CP2] Génération automatique SMG pour prestations non remboursables AMO

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Si le contexte de création de la prestation correspond à une génération automatique d'un supplément dérogatoire SMG pour prestations non remboursables AMO (EF\_VF02\_07 = SD\_SMG-NR), alors le code lieu d'exécution est égal au code lieu d'exécution de la dernière prestation non remboursable AMO saisie par le Professionnel de Santé.

##### [CP3] Cas des Fournisseurs

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les fournisseurs le code lieu doit toujours être égal à la valeur « cabinet ou lieu d'exercice du Professionnel de Santé » (valeur 0).

##### [CP4] Honoraire de Dispensation simple

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation simple (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP05\_04 = « simple »), le code lieu est égal au code lieu de la prestation support à laquelle l'honoraire se rapporte.

##### [CP5] Honoraire de Dispensation global

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation global (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP05\_04 = « global »), le code lieu est égal au code lieu de la dernière prestation saisie par le PS.

##### [CP6] Prestation de type complément AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type complément AT (EF\_IP05\_03 = « Complément AT »), le code lieu d'exécution de la prestation (EF\_IP06\_01) est identique au code lieu de l'acte support auquel ce complément AT est rattaché.

### **[CP8] Prestations de type secondaire**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type secondaire (EF\_IP05\_01 = « Secondaire »), le code lieu d'exécution de la prestation (EF\_IP06\_01) est identique au code lieu de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

### **[CP9] Génération automatique du supplément APIAS (DAT)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour le supplément APIAS (code prestation DAT), le code lieu d'exécution de la prestation (EF\_IP04\_02) est identique au code lieu de la première prestation de la facture.



### **Situations Spécifiques**

#### **[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat (EF\_IP05\_03 = « Dépassement » et EF\_IP05\_04 = « Victime d'Attentat »), le code lieu d'exécution de la prestation (EF\_IP06\_01) est identique au code lieu de l'acte support auquel cette prestation de dépassement est rattachée.

### **[RG\_IP358] Acquérir l'Identifiant du lieu d'exécution (EF\_IP06\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'identifiant du lieu d'exécution est renseigné par le Professionnel de Santé. Il correspond au numéro de l'établissement dans lequel les soins sont réalisés (structure de soins, maison de retraite), dès lors que ce lieu est identifié par un n° FINESS.

Cette information est obligatoire pour les prescripteurs et Auxiliaires Médicaux dès lors que les actes ne sont pas effectués au cabinet



### **Cas particuliers**

#### **[CP1] Honoraire de Dispensation généré**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type Honoraire de Dispensation générée par le système (EF\_IP05\_03 = « Honoraire » et EF\_IP03\_06= « LPS »), cette information n'est pas renseignée.

#### **[CP2] Prestation de type complément AT**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type complément AT (EF\_IP05\_03 = « Complément AT »), l'identifiant du lieu d'exécution de la prestation (EF\_IP06\_02) est identique à celui de l'acte support auquel ce complément AT est rattaché.

**[CP4] Prestations de type secondaire**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type secondaire (EF\_IP05\_01 = « Secondaire »), l'identifiant du lieu d'exécution de la prestation (EF\_IP06\_02) est identique à l'identifiant du lieu d'exécution de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.

**Situations Spécifiques****[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat (EF\_IP05\_03 = « Dépassement » et EF\_IP05\_04 = « Victime d'Attentat »), l'identifiant du lieu d'exécution de la prestation (EF\_IP06\_02) est identique à celui de l'acte support auquel cette prestation de dépassement est rattachée.

**Règles****Professionnel de sante exécutant salarié****Définition**

Le Professionnel de santé exécutant correspond :

- soit au PS exécutant salarié s'il est identifié (EF\_IP07),
- soit au PS réalisant la facture (PS facturant) et donc identifié dans le domaine fonctionnel DF\_PS (exemple : spécialité = EF\_PS03\_14).



**Remarque :** Pour les prestations CCAM, et de façon générale pour toute prestation pouvant être réalisée uniquement par un prescripteur, ce dernier ne pouvant être salarié d'un autre prescripteur, le PS exécutant est nécessairement le PS facturant.

**Règles de gestion****[RG\_IP359] Acquérir les informations du PS exécutant salarié**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La notion d'exécutant salarié concerne les salariés du professionnel de santé ou bien par extension un laboratoire sous-traitant ou les médecins directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale dans le cas des laboratoires.



Ces informations ne sont pas renseignées dans le cas d'une facture en Centre de Santé. L'identification du PS facturant (le Centre de Santé) et du PS exécutant (le salarié) sont toutes réunies dans le domaine fonctionnel DF\_PS.

Les informations suivantes doivent être renseignées :

- Numéro d'identification de facturation de l'exécutant salarié (EF\_IP07\_01)
- Clé du numéro d'identification de l'exécutant salarié (EF\_IP07\_02)
- Code spécialité de l'exécutant salarié (EF\_IP07\_03)
- Code zone tarifaire de l'exécutant salarié (EF\_IP07\_04)
- Code conventionnel de l'exécutant salarié (EF\_IP07\_06)

- Code caisse de l'exécutant salarié (EF\_IP07\_07)
- Numéro RPPS de l'exécutant salarié (EF\_IP07\_08)
- Clé du numéro RPPS de l'exécutant salarié (EF\_IP07\_09)
- Numéro de la structure de l'exécutant salarié (EF\_IP07\_10)
- Contrat tarifaire de l'exécutant salarié (EF\_IP07\_11)

Ces informations sont renseignées par le PS ou lues sur la carte CPE de l'exécutant.

Lorsque le professionnel de santé qui facture est aussi celui qui a exécuté l'acte, les informations précédentes n'ont pas à être renseignées.

L'information numéro de la structure de l'exécutant salarié (EF\_IP07\_10) inclut la clé de ce numéro de structure.



### Cas particuliers

#### [CP1] Prestation de type complément AT

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type complément AT (EF\_IP05\_03 = « Complément AT »), les informations du PS exécutant salarié sont identiques à celles de l'acte support auquel ce complément AT est rattaché.

#### [CP3] Prestations de type secondaire

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de type secondaire (EF\_IP05\_01 = « Secondaire »), les informations du PS exécutant salarié sont identiques à celles de l'acte support auquel cette prestation secondaire est rattachée.



### Situations Spécifiques

#### [SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour une prestation de dépassement pour Victime d'Attentat (EF\_IP05\_03 = « Dépassement » et EF\_IP05\_04 = « Victime d'Attentat »), les informations du PS exécutant salarié sont identiques à celles de l'acte support auquel cette prestation de dépassement est rattachée.

#### [RG\_IP352] Acquérir la condition d'exercice de l'exécutant salarié (EF\_IP07\_05)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette information est renseignée par le PS ou déterminée conformément à la règle RG\_PS059 à partir du mode d'exercice lu sur la carte CPE de l'exécutant.

### 3.3 IP03 : Déterminer les informations finales des prestations CCAM

#### Vue générale

**Nom** IP03 **Déterminer les informations finales des prestations CCAM**

**Description** L'objet de cette opération est d'acquérir pour chaque prestation les informations qui dépendent de l'ensemble des prestations de la facture et qui ne peuvent donc pas, à ce titre, être acquises dans IP02.

Cette opération concerne uniquement les prestations CCAM et la notion d'association qui s'y rattache : au niveau de cette opération, le système de facturation détermine l'existence d'associations d'actes et leur nature (prévue ou non prévue).

Ces informations permettent de demander au professionnel de santé, pour chaque prestation appartenant à une association non prévue, la saisie du code association. (cf.IP02.01 RG\_IP\_CC1)

**Entrées** Toutes les lignes de Prestation EF\_IP04

Base CCAM DF\_CCAM

**Sorties** Détail prestation CCAM EF\_IP09

Détail association de la prestation CCAM EF\_IP16

**Situations spécifiques** Aucune

#### Préambule

##### Définition

Associer 2 ou plusieurs actes signifie effectuer plusieurs actes par le même praticien le même jour i.e. lors de la même intervention sur le patient. En conséquence ces actes apparaissent dans la même facture effectués à la même date d'exécution par le même exécutant.

Une association d'actes est un ensemble de prestations CCAM appartenant à une même facture et présentant les caractéristiques suivantes :

- même exécutant (EF\_IP06\_01)
- même code activité (EF\_IP09\_02)
- même date d'exécution (EF\_IP04\_02)

##### Principe

#### Principe des associations d'actes dans le cadre de la nomenclature CCAM

Certains actes par leur nature peuvent être associés au cours de la même intervention plus fréquemment que d'autres.

La nomenclature CCAM est conçue pour pouvoir distinguer les différents cas d'association suivants :

- Cas n°1 : les actes qui sont toujours associés entre eux (notion de procédure),
- Cas n°2 : les actes qu'il est fréquent d'associer entre eux (liste explicite),
- Cas n°3 : les actes qui peuvent occasionnellement être associés ou du moins pour lesquels une association n'est pas interdite,
- Cas n°4 : les actes qu'il est interdit d'associer entre eux (liste explicite).



**Cas n°1 :**

Pour 2 (ou n) actes A et B associables quasiment systématiquement, la nomenclature CCAM prévoit un troisième acte P de type procédure qu'il convient donc d'utiliser **à la place** des actes qui la composent. En conséquence 2 actes d'une même procédure ne doivent pas apparaître dans la même facture à la même date d'exécution et de même une procédure ne peut être associée avec un acte qui la compose.

**Principe de renseignement dans la base CCAM :**

La procédure P est déclarée appartenir à elle-même. Il en découle donc la règle générale qui dit que 2 actes rattachés à la même procédure ne peuvent apparaître dans la même facture.

**Cas particulier des organes multiples :**

Il est possible d'associer 2 actes appartenant à la même procédure si ces actes se rapportent à des organes multiples (actes portant sur les yeux, sur les doigts par exemple) et que les 2 actes associés ne sont pas effectués sur le même œil ou sur le même doigt.

**Exemple :**

Supposons qu'il existe un acte A et un acte B portant chacun sur une phalange d'un doigt, et qu'il existe également la procédure P qui correspond à la réalisation simultanée des actes A et B sur la phalange d'un doigt. Les actes A et B sont rattachés dans la base CCAM (DF\_CCAM) à la catégorie "Organes Multiples". Si le praticien a besoin d'effectuer l'acte A et l'acte B sur 2 doigts différents, il ne peut représenter son intervention par la procédure P et devra donc associer dans la facture l'acte A et l'acte B.

**Cas n° 2 :**

Certains actes sont fréquemment associables. Il a donc été prévu dans la nomenclature de mentionner pour tout acte donné la liste des actes compatibles, i.e. fréquemment associables.

Cette liste est contenue dans le champ CCAM-13 de la base CCAM (DF\_CCAM).

Il s'agit là d'une association prévue. Le code "association non prévue" transmis dans la facture pour les actes en question est donc dans ce cas-là non renseigné.

**Cas n° 3 :**

Les actes associables occasionnellement, ne sont pas mentionnés dans la base CCAM (DF\_CCAM) :

le champ CCAM-13 serait trop volumineux (trop d'occurrence).

Il s'agit là d'une association non prévue. Le code "association non prévue" transmis dans la facture pour les actes en question est donc dans ce cas-là renseigné (plusieurs valeurs possibles).

**Cas n° 4 :**

La réalisation de certains actes lors de la même intervention sur le patient est contradictoire. Il est donc formellement interdit de les facturer le même jour pour le même patient, et ce tout exécutant confondu. Il a donc été prévu dans la nomenclature de mentionner pour tout acte donné la liste des actes incompatibles.

Cette liste est contenue dans le champ CCAM-14 de la base CCAM (DF\_CCAM).

**[RG\_IP\_CC1bis] Déterminer l'appartenance à une association (EF\_IP09\_07), l'identifiant (EF\_IP16\_01) et la nature (EF\_IP16\_02) de cette association pour chaque prestation CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque prestation CCAM de la facture, s'il existe une ou plusieurs autres prestations CCAM réalisée à la même date d'exécution (EF\_IP04\_02), alors cette prestation CCAM appartient à une association d'actes constituée par toutes les prestations CCAM réalisées à cette même date d'exécution.

La mise en œuvre de cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC1bis.

La fonction SRT appelée renvoie pour chaque prestation CCAM de la facture :

- le numéro de l'association à laquelle appartient la prestation EF\_IP16\_01
- le type d'association : EF\_IP16\_02
  - «P»: association prévue
  - «N» : association non prévue
  - «D»: association prévue de type dentaire
  - «E»: association non prévue de type dentaire

L'information « appartenance à une association » (EF\_IP09\_07) prend la valeur VRAI pour toutes les prestations CCAM concernées.

### 3.4 IP04 : Déterminer les informations communes finales de niveau facture

#### Vue générale

**Nom** IP04 **Déterminer les informations communes finales de niveau facture**

**Description** L'objet de cette opération est d'acquérir les informations communes de la facture qui dépendent des prestations saisies et ne peuvent donc pas à ce titre être acquises dans IP01.

**Entrées** Prestation EF\_IP04

**Sorties** Données générales facture EF\_IP01

**Situations spécifiques** Aucune

#### Règles de gestion

**[RG\_IP371] Déterminer le nombre de prestations de la facture (EF\_IP01\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette donnée est déterminée par le système en fonction du nombre de prestations saisies par le Professionnel de Santé.

**[RG\_IP372] Déterminer le montant total facture des saisies PS (EF\_IP01\_03)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Le montant total de la facture des prestations saisies par le PS (EF\_IP01\_03) est la somme de tous les montants PS des honoraires de chaque prestation saisie par le PS (EF\_IP04\_06).

**[RG\_IP373] Acquérir le code contexte anonymisation potentielle (EF\_IP01\_09)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

L'objet de cette règle est d'identifier si la facture relève d'un contexte spécifique pouvant nécessiter l'anonymisation de la facture.

Par défaut la facture ne relève pas d'un contexte spécifique : le code contexte anonymisation potentielle est non renseigné a priori.

Le contexte d'anonymisation potentielle de la facture est déterminé suivant plusieurs étapes successives :

- Dans un premier temps, en fonction des codes prestations saisis dans la facture, le LPS peut déduire automatiquement le contexte suivant :
  - TP IVG
- Puis, en fonction des codes affinés saisis ou d'une saisie explicite du PS, le LPS peut déterminer si la facture se trouve dans l'un des contextes suivants :
  - Délivrance de contraceptif d'urgence
  - Expérimentation THC

- Délivrance de préservatif remboursés à 100%
- Enfin, si aucun contexte n'a toujours pas été identifié, il est possible de demander au PS d'indiquer s'il effectue sa facture dans le contexte suivant :
  - Prévention Santé sexuelle



Une saisie explicite PS peut correspondre à la saisie d'un NIR fictif tel que spécifié aux niveau de consignes PS Assurance Maladie.

	Donnée de la facture Ou saisie PS			Valeur du contexte d'anonymisation potentielle	
	Donnée	Référence	Valeur	EF_IP01_09	libellé
1 <sup>ère</sup> étape	Groupe fonctionnel général des prestations	EF_IP05_03	IVG	CTX_IVG	TP IVG
2 <sup>ème</sup> étape	Codes CIP ou saisie PS	EF_IP14_02	Code CIP de contraceptif d'urgence	CTX_CU	Délivrance de contraceptif d'urgence <sup>(1)</sup>
	Codes CIP ou saisie PS	EF_IP14_02	Code CIP du médicament à base de cannabis	CTX_THC	Expérimentation THC
	Codes LPP ou saisie PS	EF_IP15_01	Code LPP de préservatifs remboursés à 100%	CTX_P100	Délivrance de préservatif remboursés à 100% <sup>(3)</sup>
3 <sup>ème</sup> étape	Saisie PS : « soins en lien avec la prévention santé sexuelle »			CTX_SS	Prévention Santé sexuelle <sup>(2)</sup>
	NIR fictif présent en table 10 (EF_A2_T10)			CTX_FICTIF	Bénéficiaire fictif

➤ <sup>(1)</sup> **Délivrance de contraceptif d'urgence**

Lorsque le système de facturation détecte l'acquisition d'un code CIP de médicament relatif à la contraception d'urgence, il valorise automatiquement le code contraceptif d'urgence (EF\_IP01\_04) à la valeur OUI.

En absence de code CIP relatif à la contraception d'urgence, ce code reste valorisé à NON.

➤ <sup>(2)</sup> **Prévention santé sexuelle »**

Le Professionnel de Santé a la possibilité d'indiquer au système de facturation que la facture est réalisée dans un contexte de santé sexuelle.



Ce contexte est utilisé pour les examens médicaux ou les analyses de biologie médicale ou les produits de santé (hors contraceptif d'urgence), en lien avec la santé sexuelle tel que défini par la réglementation. Pour les bénéficiaires masculins, cela concerne la première consultation de contraception (CCP).

➤ <sup>(3)</sup> **Délivrance de préservatifs**

Dans le cas de la délivrance de préservatif pris en charge par l'Assurance Maladie, le système de facturation positionne ce code à la valeur OUI dès que le code prestation LPP dédié est saisi par le Professionnel de Santé



A noter que ces différents contextes sont exclusifs entre eux pour une facture donnée : s'il est renseigné, le contexte d'anonymisation potentielle de la facture ne peut correspondre qu'à une seule valeur.



### Cas d'erreur

#### [CE1] Prestations incohérentes

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La détermination automatique par le LPS du contexte d'anonymisation potentielle de la facture s'appuie sur les codes prestation ou les codes affinés saisis préalablement.

Ceux-ci doivent être cohérents entre eux, i.e. relever de la même catégorie correspondant au contexte déterminé.

Dans le cas contraire, la facture n'est pas cohérente et une rupture est nécessaire.

Ainsi, doivent faire l'objet d'une facturation isolée et ne peuvent cohabiter dans la même facture, avec des actes de nature différente, les prestations suivantes :

- les prestations relatives à la délivrance du contraceptif d'urgence : seuls les codes CIP de médicament de contraception d'urgence peuvent cohabiter.
- les examens relatifs à la santé sexuelle font l'objet d'une facturation isolée d'autres examens non relatifs à la santé sexuelle et qu'ils sont facturés dans le respect des tarifs opposables.
- les prestations de type support relatives à l'IVG : elles sont identifiées par leur type (EF\_IP05\_01 : « support ») et leur groupe fonctionnel général égal à IVG (EF\_IP05\_03 = « IVG »).  
Ces prestations ne sont pas cumulables avec des prestations de type support et de groupe fonctionnel général différent d'« IVG ».  
A contrario, ces prestations sont cumulables avec tout acte de type secondaire (EF\_IP05\_01 : « secondaire »).
- les prestations relatives à la délivrance de préservatifs remboursés à 100% : seuls les codes LPP de préservatifs remboursés à 100% peuvent cohabiter.
- les prestations facturées dans le cadre de l'expérimentation THC : seuls les codes CIP de médicament à base de cannabis peuvent cohabiter.

#### [RG\_IP374] Déterminer le top anonymisation de la facture (EF\_IP01\_10)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

### Principe

Dans le cas général, une facture n'est pas anonymisée.

Dans certains contextes, le patient bénéficie de la confidentialité, notamment s'il est mineur. Pour autant, il peut demander à ne pas bénéficier de cette confidentialité.

En revanche, un bénéficiaire majeur ne peut pas demander à bénéficier de la confidentialité.

### Règle

Par défaut le code top anonymisation facture est à « pas d'anonymisation »

Dans le cas où le contexte d'anonymisation potentielle de la facture est renseigné, il convient de déterminer, s'il y a lieu d'anonymiser effectivement la facture.

Les conditions d'anonymisation de la facture varient selon la valeur du contexte d'anonymisation potentielle (EF\_IP01\_09) identifiée au préalable (cf. RG\_IP373).

Pour certains contextes l'anonymisation dépend de l'âge et de l'accord du bénéficiaire ; pour d'autres elle est automatique.

## **Anonymisations conditionnelles**

### ➤ **CTX\_CU Délivrance de contraceptif d'urgence** **PH**

Par défaut la facture contraception d'urgence est anonymisée pour une bénéficiaire mineure.

Lors de la facturation de produits de santé relatifs à la contraception d'urgence (EF\_IP01\_09 = « CTX\_CU »), la patiente bénéficie de la confidentialité si elle est mineure.

Dans ce cas :

- le LPS positionne le top anonymisation de la facture à « OUI » si la bénéficiaire a moins de 18 ans ;

Par ailleurs, la bénéficiaire peut demander à ne pas bénéficier de la confidentialité. Dans ce cas, le PS repositionne le code anonymisation de la facture à « NON ».

En revanche, une bénéficiaire majeure ne peut pas demander à bénéficier de la confidentialité.

### ➤ **CTX\_SS Prévention santé sexuelle »** **M-SF-LB-PH**

Par défaut la facture santé sexuelle est anonymisée pour un bénéficiaire mineur.

Pour rappel, ce contexte correspond à la facturation de contraceptifs hors urgence, d'examens médicaux ou de biologie médicale relatifs à la santé sexuelle

Dans tous les cas, le ou la bénéficiaire peut demander à ne pas bénéficier de la confidentialité. Dans ce cas, le PS repositionne le-top-anonymisation de la facture à NON.

En revanche, un bénéficiaire majeur ne peut pas demander à bénéficier de la confidentialité.

### ➤ **CTX\_P100 Délivrance de préservatifs** **PH**

L'anonymisation de la facture en cas de délivrance de préservatif relève des mêmes conditions que pour une facture de contexte Prévention santé sexuelle :

- Par défaut la facture est anonymisée pour un(e) bénéficiaire mineur(e).
- Dans tous les cas, le ou la bénéficiaire peut demander à ne pas bénéficier de la confidentialité. Dans ce cas, le PS repositionne le-top-anonymisation de la facture à NON
- En revanche, un bénéficiaire majeur ne peut pas demander à bénéficier de la confidentialité.

### ➤ **CTX\_IVG facture IVG** **M-SF-LB**

Lors de la facturation d'actes relatifs à l'interruption volontaire de grossesse le PS choisit de transmettre la facture d'IVG anonymisée ou non (sur consigne de la caisse par exemple).

La valeur par défaut du top anonymisation pour une facture IVG dépend du paramétrage choisi par le PS (RG\_AP55\_01). Pour autant le PS peut modifier cette valeur pour la facture qu'il est en train de réaliser.



À noter que ces examens font l'objet d'une facturation isolée d'autres prestations qui ne sont pas en rapport avec l'IVG, d'où la notion de facture d'IVG.

## **Anonymisations automatiques**

Si le contexte d'anonymisation potentielle ne correspond pas à une anonymisation conditionnelle telle que définie supra, la facture doit être systématiquement anonymisée.

Le top anonymisation est positionné à « OUI ».

~~Lors de la facturation dans le cadre de l'un des contextes suivants, la facture doit systématiquement être anonymisée.~~

~~Le top anonymisation est positionné à « OUI » dès que le contexte prend la valeur suivante :~~

~~• CTX\_THC~~

~~Expérimentation THC~~

~~PH~~

**[RG\_IP363] Contrôler les données du Bénéficiaire des Soins en fonction du contexte d'anonymisation**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas général d'une facture non anonymisée, (EF\_IP01\_10 = « non »), les données du Bénéficiaire des Soins sont renseignées conformément aux règles de la fonctionnalité BS. Ce contrôle est sans objet.



**Situation spécifique**

**[RG\_IP363] [SP10] Contrôler les données du Bénéficiaire des Soins en cas de facture anonymisée**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas d'une facture anonymisée (EF\_IP01\_10 = « oui ») il convient de vérifier que la Date de naissance du Bénéficiaire des Soins (EF\_BS09\_07) est renseignée si le contexte d'anonymisation potentiel (EF\_IP01\_09) correspond à l'une des valeurs suivantes :

- CTX\_IVG
- CTX\_THC
- CTX\_P100
- CTX\_FICTIF

Si la date de naissance n'est pas renseignée, la facture ne peut pas être élaborée.

## 3.5 IP05 : Contrôler la cohérence des prestations

### Vue générale

**Nom** IP05 **Contrôler la cohérence des prestations**

**Description** L'objet de cette opération est de contrôler conformément à la réglementation applicable, d'une part, les informations communes de la facture par rapport aux prestations et, d'autre part, la compatibilité des prestations entre elles.

Cette opération consiste à appliquer les différentes règles de contrôle aux prestations acquises, au regard de la facture (contrôles de niveau facture).

#### Objet du contrôle des informations

Le système de facturation applique les contrôles sur les actes relevant de la NGAP, de la CCAM, ainsi que d'autres liés à l'application de la réglementation AMO (NABM). Ces contrôles ont pour but d'assurer la validité des informations créées dans le système de facturation. Ils portent sur les aspects réglementaires, la cohérence et les valeurs des données.

<b>Entrées</b>	Sous-famille du prescripteur	EF_PS04_10
	Spécialité du Professionnel de santé	EF_PS03_14
	code spécialité de l'exécutant salarié	EF_IP07_03
	Données générales facture	EF_IP01
	Prestation	EF_IP04
	Type prestation	EF_IP05
	Détail prestation CCAM	EF_IP09
	Détail prestation CCAM-modificateurs	EF_IP10
	Détail prestation biologie	EF_IP12
	Détail prestation LPP	EF_IP15
	Détail association de la prestation CCAM	EF_IP16
	Base CCAM	DF_CCAM
<b>Sorties</b>	Aucune	
<b>Situations</b>	Bénéficiaire de la C2S : Forfaits dentaires CMU-C	SP03.1
<b>spécifiques</b>	Forçage	SP11



---

**Préambule : SP03.1 Forfaits dentaires CMU-C****Définition**

Les forfaits dentaires CMU-C correspondent aux prestations de groupe fonctionnel « soins dentaires / forfait CMU-C » (cf. EF\_A2\_T1).

**Principe de facturation**

A chaque acte dentaire support (CCAM ou NGAP) correspond un code forfait dentaire CMU-C à facturer (FDA, FDC, ...) et un montant maximum pris en charge pour ce forfait.

Les montants maximum de prise en charge des forfaits dentaires CMU-C font l'objet d'un arrêté CMU-C publié au Journal Officiel.

**NGAP**

Les actes d'orthopédie dento-faciale (ODF) sont en NGAP.

Les soins d'orthopédie dento-faciale correspondent aux prestations de groupe fonctionnel « soins dentaires / ODF » (cf. EF\_A2\_T1).

La compatibilité entre le forfait CMU-C et l'acte dentaire NGAP est contrôlée par la règle RG\_IP\_R11bis qui s'appuie sur la table 12 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T12).

**CCAM**

La liste des forfaits dentaires CMU-C facturables pour un acte CCAM dentaire est consultable dans la base CCAM (DF\_CCAM).

[Cette consultation est à mettre en œuvre via le service SRT-ConsulterDonnées \(CCAM-52a\) du CDC-Editeurs \(A1-C\).](#)

**Ordre des prestations**

Dans le cadre de la CCAM, une prestation de forfait dentaire au titre de la CMU-C devra suivre immédiatement une prestation CCAM de code regroupement dentaire.

**Cas général : Forfait dentaire CMU-C dans le panier de biens**

- l'acte dentaire support (CCAM ou NGAP) est facturé au tarif conventionnel **sans dépassement**,
- l'acte forfait dentaire CMU-C correspond au dépassement

**Cas particulier : Forfait dentaire CMU-C hors panier de biens**

Pour certains actes CCAM dentaires, un dépassement au delà du montant maximal de dépassement autorisé est possible. Dans ce cas, une part reste à la charge de l'assuré.

L'acte forfait dentaire CMU-C utilisé est nécessairement le code prestation **FPC**.

Sur la facture :

- le montant facturé sur l'acte CCAM est supérieur au tarif conventionnel,
- le PS indique un qualificatif de dépense « entente directe » (D),
- le forfait CMU-C utilisé est nécessairement le code **FPC**,
- le montant du FPC correspond au montant maximal de dépassement autorisé.



**Attention** : le dépassement (autre que le montant du FPC) ne doit pas être reporté dans le montant AMC de l'acte CCAM :

- le montant AMC de l'acte CCAM correspond au Ticket Modérateur (TM) calculé sur la base de remboursement,
- le dépassement autre que le montant du FPC doit apparaître dans le reste à charge de l'acte CCAM.
- Les actes CCAM dentaire concernés sont ceux compatibles avec le code forfait FPC.

## Règles de gestion

Les règles de gestion concernant cette opération sont regroupées ci-après par thème.

## Règles Prestations entre elles

### [RG\_IP300] Permettre la cohabitation de prestations de différentes natures sur une même facture

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					



#### Nomenclature

Une même facture peut comporter des actes faisant référence à des nomenclatures différentes (NGAP, CCAM, LPP...).



Voir RG\_IP354 Déterminer le type de nomenclature de la prestation (EF\_IP05\_02)



#### Affection exonérante

Par ailleurs, en présence d'une ordonnance comportant des prescriptions en rapport et d'autres sans rapport avec l'affection exonérante (ordonnance bi-zone), le Professionnel de Santé exécutant établit une seule facture qui peut contenir des exonérations différentes.

### [RG\_IP301] Permettre la cohabitation de prestations CCAM et non CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La mise en application de la CCAM induit la cohabitation d'actes CCAM et d'actes NGAP. Cependant, les règles actuelles de la NGAP continuent de s'appliquer.

Un acte donné n'appartient qu'à une seule des deux nomenclatures à une date donnée pour une spécialité donnée.

Voir RG\_IP354 : Déterminer le type de nomenclature de la prestation (EF\_IP05\_02)

Par exemple, il n'est pas possible de cumuler un acte technique et une consultation sauf exceptions (en particulier, C ou CS et ECG).



**Remarque** : cette dernière phrase ne constitue pas une règle à implémenter par le système de facturation, elle est uniquement informationnelle. C'est le Professionnel de Santé qui décide des prestations CCAM et non CCAM cumulées sur la même facture.

### [RG\_IP302] Regrouper des prestations

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Hormis dans le cas des indemnités kilométriques (EF\_IP05\_03= « Indemnité de déplacement » et EF\_IP05\_04= « Kilométrique »), les prestations identiques (code prestation EF\_IP04\_01, code complément prestation EF\_IP08\_01, coefficient EF\_IP04\_03) effectuées par un professionnel de santé pour un bénéficiaire de soins dans une même journée peuvent être cumulées.

Les indemnités kilométriques (EF\_IP05\_03= « Indemnité de déplacement » et EF\_IP05\_04= « Kilométrique ») doivent être présentées par séance de soins (la faculté de regrouper les actes effectués le même jour n'est pas contradictoire avec le non regroupement des indemnités kilométriques).

Les informations télétransmises reflètent exactement la facturation des actes retracée sur le support papier. Pour chaque acte répertorié sur la feuille de soins, le système de facturation crée une prestation.



### Cas particuliers

#### [CP1] Regroupement des prestations biologie

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre de la mise en œuvre de la codification affinée des actes de biologie (prestations de type de nomenclature EF\_IP05\_02 = « NABM » et de code nécessité de codage affiné EF\_IP05\_05 = « oui » ou « éventuellement »), l'ensemble des actes exécutés à la même date (EF\_IP04\_02) pour une même prescription (EF\_IP03) est regroupé par le système de facturation dans une prestation (EF\_IP04) unique.

Le nombre de codes affinés est limité à 50 par code prestation.

Par ailleurs, certaines analyses peuvent être répétées plusieurs fois au cours d'une même journée et font alors l'objet d'une même facture.

Dans ce cas, à l'inverse de la consigne de regroupement spécifiée ci-dessus, chaque exécution d'analyse donne lieu à une prestation spécifique, comme présenté dans l'exemple ci-dessous :



#### Exemple :

	Code prestation	Quantité	Coefficient	Code affiné
1 <sup>ère</sup> analyse de la journée	B	1	n	XXXXXX YYYYYY
2 <sup>ème</sup> analyse de la journée	B	1	n	XXXXXX YYYYYY



#### Remarque :

Lorsque l'acte de biologie a été effectué par un laboratoire spécialisé, sa facturation est reprise par le laboratoire demandeur et doit être isolée dans un code acte particulier suivi du (des) code(s) affiné(s) comportant le codage de l'acte dans un contexte de contrat de collaboration.

#### [CP2] Actes CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les prestations CCAM ne sont pas concernées par ce regroupement.

#### [CP3] Règles particulières de présentation concernant certains types d'actes

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

#### Rappel :

Une séance de soins correspond à des actes réalisés le même jour par un même Professionnel de Santé sur le même patient (cf. GD-Guide de Lecture et Définitions).

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

Chaque acte doit faire l'objet d'une prestation spécifique (EF\_IP04). Le montant des honoraires retrace le prix de chaque acte. Le dépassement éventuel est imputé soit à chaque acte, soit à l'acte le plus important.



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

Lorsque plusieurs séances d'actes sont facturées sur la même feuille de soins, la présentation des articles doit respecter la chronologie des séances et l'ordre de présentation des feuilles de soins comme précisé ci-après :

- 1<sup>ère</sup> Séance
  - acte médical avec ou sans majoration,
  - éventuellement, acte médical réduit,
  - indemnité(s).
- 2<sup>ème</sup> Séance
  - acte médical avec ou sans majoration,
  - éventuellement, acte médical réduit,
  - indemnité(s).



### **Exemple :**

Un AIS 3 effectué le matin et un AIS 3 effectué le soir pendant X jours à domicile.

- Remplissage des prestations avec regroupement par journée de soins

	N° prestation	Date d'exécution	Code prestation	Coefficient	Quantité	Dénom-brement
1 <sup>ère</sup> journée de soins	1	20021201	AIS	3,00	2	2
	2	20021201	IFA	---	2	1
	3	20021201	IK	---	5 (kms)	1
	4	20021201	IK	---	5 (kms)	1
2 <sup>ème</sup> journée de soins	5	20021202	AIS	3,00	2	2
	6	20021202	IFA	---	2	1
	7	20021202	IK	---	5 (kms)	1
	8	20021202	IK	---	5 (kms)	1

- Remplissage des prestations sans regroupement par journée de soins

	N° prestation	Date d'exécution	Code prestation	Coefficient	Quantité	Dénom-brement
1 <sup>ère</sup> journée de soins	1	20021201	AIS	3,00	1	1
	2	20021201	IFA	---	1	1
	3	20021201	IK	---	5 (kms)	1
	4	20021201	AIS	3,00	1	1

2 <sup>ème</sup> journée de soins	5	20021201	IFA	---	1	1
	6	20021201	IK	---	5 (kms)	1
	7	20021202	AIS	3,00	1	1
	8	20021202	IFA	---	1	1
	9	20021202	IK	---	5 (kms)	1
	10	20021202	AIS	3,00	1	1
	11	20021202	IFA	---	1	1
	12	20021202	IK	---	5 (kms)	1

**[CP4] Regroupement des prestations LPP**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre de la délivrance de produits de la LPP (prestations de type de nomenclature EF\_IP05\_02 = « LPP ») en nature d'assurance maladie ou maternité (EF\_CF02\_02), l'ensemble des produits délivrés à la même date (EF\_IP04\_02) et relevant du même code prestation (EF\_IP04\_01) sont regroupés par le système de facturation dans une prestation (EF\_IP04) unique à laquelle sont rattachés autant de groupes « détail prestation LPP » (EF\_IP15) que de produits délivrés, dans une limite de 10 groupes « détail prestation LPP » maximum.

Précision :

Une prestation détaillée LPP (EF\_IP15) n'est pas nécessairement caractérisée par un code affiné. Elle l'est au minimum par :

- son type de prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_02),
- sa date de début (EF\_IP15\_04),
- et ses montants (EF\_IP15\_06 à EF\_IP15\_10).

Toutes les prestations détaillées LPP (EF\_IP15) rattachés à une même prestation (EF\_IP04) doivent être homogènes en terme de remplissage du code LPP : soit chaque prestation détaillée LPP contient un code affiné LPP, soit aucune n'en contient.



Ce regroupement ne doit pas être effectué en nature d'assurance SMG, en nature d'assurance AT, ni en cas de prestation LPP soumise à PLV.

**[RG\_IP303] Ordonnancer des prestations**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les prestations de type « indemnités de déplacement » doivent succéder immédiatement à la prestation support à laquelle ils se rattachent. Toute autre prestation de type secondaire doit apparaître **après** les prestations de déplacement.

**Règles****Informations communes de la facture par rapport aux prestations****[RG\_IP306] Contrôler la Date de la facture (EF\_IP01\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

La date de la facture est nécessairement égale ou postérieure à toutes les dates d'exécution des prestations (EF\_IP04\_02) constituant la facture.



### Cas particuliers

#### [CP1] Location LPP (EF\_IP15)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

- Dans le cas de locations de fournitures LPP, toute location doit être facturée une fois la période de location terminée.

En conséquence, la date de facturation doit être égale ou postérieure à chaque date de fin de location de la facture.

Une prestation détaillée LPP en location est caractérisée par le code type de prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_02) à la valeur « location ». Dans ce cas-là, la donnée « date de fin pour la LPP détaillée » (EF\_IP15\_05) contient la date de fin de location.

## Règles

## Prestations CCAM

### [RG\_IP\_RC15] Contrôler la compatibilité des prestations CCAM appartenant à une même procédure

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les actes d'une même association ne peuvent appartenir à la même procédure.



### Cas particuliers

#### [CP1] Organes multiples

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Exception à la règle : les actes CCAM appartenant à la catégorie médicale « organes multiples » peuvent appartenir à la même association d'actes.

Dans ce cas, il s'agit d'une association non prévue. Le code association doit donc être renseigné pour chaque acte de l'association (cf. RG\_IP316).

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT : cf. A1-A1 règle RC15.

### [RG\_IP\_RC17] Contrôler la compatibilité médicale entre codes actes CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans une même facture, à une même date d'exécution (EF\_IP04\_02), tous les actes doivent être compatibles entre eux.

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT : cf. A1-A1 règle RC17.

### [RG\_IP\_RC18] Contrôler la fréquence d'un code modificateur CCAM AMO (EF\_IP10\_01)

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

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

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

Cette règle a pour objet de vérifier que la facturation répétée d'un même code modificateur CCAM AMO (EF\_IP10\_01) par un même exécutant (EF\_IP07\_01 si renseigné, EF\_PS03\_09 sinon) à une même date d'exécution (EF\_IP04\_02) pour un même patient est autorisée.

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

Cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle RC18



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

### **[RG\_IP\_CC3] Contrôler l'Utilisation d'un acte complémentaire CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Le type d'un acte CCAM est contenu dans le champ CCAM-9 de la base CCAM (DF\_CCAM)

Cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle CC3



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

### **[RG\_IP\_RC6] Contrôler la compatibilité des Frais de déplacement**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de prestation de déplacement (EF\_IP05\_03= « Indemnité de Déplacement ») associée à une prestation CCAM (EF\_IP05\_02 = « CCAM »), cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité des frais de déplacement avec l'acte CCAM auquel ils se rapportent.

Par ailleurs, il est nécessaire que l'acte CCAM auquel ils se rapportent soit effectué à la même date d'exécution (EF\_IP04\_02) et par le même exécutant (EF\_IP07\_01 si renseigné, EF\_PS03\_09 sinon).

Il existe 2 types de frais de déplacement :

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

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

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

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

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

Cette règle s'appuie sur le module SRT : cf. A1-A1 règle RC6

**[RG\_IP\_RC19] Contrôler la Compatibilité du forfait dentaire avec le code acte CCAM de l'acte support**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					



Cette règle est prévue uniquement en cas de forfaits dentaires CMU-C (SP03.1). Elle n'a pas de comportement nominal.

**Situations spécifiques****[SP03.1] Contrôler la Compatibilité du forfait dentaire (au titre de la CMU-C) avec le code acte CCAM de l'acte support**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

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

Ce contrôle est à mettre en œuvre via un service du module SRT : cf. A1-A1 règle RC19.

**[RG\_IP\_R43] Contrôler le non panachage sur une même dent des paniers de soins pour les prothèses dentaires**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la cohérence des paniers de soins des actes CCAM de prothèse dentaire facturés sur une même dent.

Cette règle concerne tous les actes CCAM de prothèse dentaire pour lesquels au moins un n° de dent est renseigné dans la facture.



Pour tout acte CCAM, il peut y avoir jusqu'à 16 numéros de dent identifiés (16 occurrences de la donnée EF\_IP11\_01)

Pour tout acte CCAM de prothèse dentaire, il convient de vérifier pour tout n° de dent (EF\_IP11\_01) sur lequel cet acte porte s'il existe dans la facture un acte CCAM de même catégorie « prothèse dentaire » portant sur ce même numéro de dent. Dans ce cas, les deux actes CCAM doivent relever du même panier.

La catégorie médicale d'un acte CCAM correspond à la donnée EF\_IP09\_08.

Le panier de tout acte CCAM de prothèse dentaire se déduit de la table des plafonds dentaires :

- soit l'acte est présent dans la table et une valeur de panier lui est associée, à savoir :
  - 0 : pour panier reste à charge zéro
  - 1 : pour panier reste à charge modéré.
- soit l'acte est absent de la table et il relève du panier « Honoraires Libres ».



La présence et le type de panier d'un acte CCAM dans la table des plafonds dentaires (DF\_PFD) s'apprécie à la date d'exécution de cet acte.



Cette table des plafonds contient également les plafonds C2S. Ceux-ci sont associés au panier de valeur 2 : il convient d'ignorer cette valeur 2 pour le présent contrôle.

En cas d'incohérence des paniers de soins sur une même dent, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au PS.



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



## Règles Autres natures de prestations

### [RG\_IP\_R11bis] Contrôler la Compatibilité du forfait dentaire avec l'acte support

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					



Cette règle n'a pas de fonctionnement nominal. Elle s'entend uniquement dans la situation spécifique SP03.1 : Forfaits dentaires CMU-C.



#### Situations spécifiques

##### [SP03.1] Contrôler la Compatibilité du forfait dentaire (au titre de la CMU-C) avec l'acte support

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cadre de la C2S, des dépassements fixés par arrêté ministériel peuvent être pris en charge en plus des tarifs de responsabilités.

Ces dépassements sont facturés sous la forme d'un forfait, i.e. une prestation du groupe fonctionnel « soins dentaires / forfait CMU-C ».

Ils sont compatibles avec certaines prestations des groupes fonctionnels suivants :

- « soins dentaires / ODF »



#### Tables utilisées

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T1)
- Table 12 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T12)



#### Référence réglementaire :

- arrêté du 31/12/99 pris par application des articles L162-9 et L861-3 du code de la Sécurité Sociale (JO du 01/01/2000)
- arrêté du 30 mai 2006 (J.O. du 2 juin 2006)



Cette règle est prévue uniquement en cas de forfaits dentaires CMU-C (SP03.1). Elle n'a pas de comportement nominal.

#### ➤ Cas particuliers pour cette situation spécifique

##### [SP03.1][CP1] Prestation CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle ne concerne pas les prestations CCAM.

Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente RG\_IP\_RC19[SP03.1].

### [RG\_IP\_R12] Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF\_IP04\_01) avec une indemnité de déplacement

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la compatibilité de l'indemnité de déplacement avec l'acte qui supporte cette indemnité.

Pour que les frais de déplacement soient facturables, il est nécessaire qu'ils soient compatibles avec le code prestation auquel ils se rapportent.



### Tables utilisées

- Table 4 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T4)



### Référence réglementaire :

- NGAP : Dispositions générales : Art. 13
- NABM : Dispositions générales : Art. 10



### Cas particuliers

#### [CP1] Prestation CCAM

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Ce contrôle ne concerne pas les prestations CCAM.

Les prestations CCAM sont régies par la règle équivalente RG\_IP\_RC6.

#### [CP2] Spécificité sage-femme

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour les sages-femmes, une prestation codifiée avec la lettre-clé « C » est compatible avec les frais de déplacement sous condition.

Les frais de déplacement sont possibles exclusivement lorsque le coefficient associé à la lettre-clé prend les valeurs suivantes :

- 0,9
- 2
- 2,50

Ces cotations correspondent aux séances de préparation à l'accouchement psychoprophylactique.



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

#### [RG\_IP\_R17bis] Contrôler l'Association obligatoire de code prestation

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Certains codes prestation ne peuvent être facturés seuls. Il s'agit des codes prestation de type « secondaire ». Ils accompagnent nécessairement un code prestation de type « support » facturé à la même date d'exécution.

De plus, parmi les codes prestation de type « secondaires », certains sont associés à une liste définie et exhaustive de codes prestation « supports » compatibles.



Remarque :

D'autres actes peuvent être compatibles mais pas obligatoirement associés.

Exemple : CS + K 6.50 + MPC

Un acte de type secondaire est nécessairement un acte NGAP.

Par contre un acte de type support peut relever de tout type de nomenclature.

**Tables utilisées**

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T1)
- Table 12 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T12)



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

**Cas particuliers****[CP1] Prestation CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Les règles d'associations d'actes CCAM entre eux ne sont pas concernés par la présente règle mais relèvent des règles RG\_IP\_RC15 et RG\_IP\_RC17).



C'est pourquoi les codes regroupement CCAM sont de type « acte support ».

**[RG\_IP\_R19] Contrôler la présence d'actes incompatibles au regard des codes affinés de biologie (EF\_IP12\_01)**


S'il n'y a pas d'incompatibilité entre les codes affinés présents sur la facture, la facture est prise en compte.

Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM ».

**Tables utilisées**

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T1)
- Table nationale de biologie

**Référence réglementaire :**

- NABM

**[RG\_IP\_R20] Contrôler le nombre maximum d'un même code affiné de biologie (EF\_IP12\_01)**


Si l'acte à traiter n'est pas limité en nombre sur une même facture, la facture est prise en compte.

Si le nombre d'actes, pour un même code affiné, est inférieur ou égal au nombre maximum autorisé, la facture est prise en compte.

Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM ».

**Tables utilisées**

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T1)
- Table nationale de biologie

**Référence réglementaire :**

- NABM

**[RG\_IP\_R21] Contrôler le respect des règles spécifiques en matière de codes affinés de biologie (EF IP12\_01)**

PR			AM	LB	PR	SC	TR
AM	CO	SC					

Si l'acte à traiter ne possède pas de " règle spécifique ", la facture est prise en compte.

Si une “ règle spécifique ” est associée à cet acte, il faut vérifier si elle est respectée.

La règle spécifique est un numéro auquel correspond une quantité maximale des codes régis par cette même règle, qui peuvent être simultanément présents sur une même facture.

~~Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM ».~~



~~Il existe actuellement une seule règle spécifique. Elle concerne l'hépatite B.~~



## ~~Tables utilisées~~

- ~~Table 1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T1)~~
- ~~Table nationale de biologie~~



**~~Référence réglementaire :~~**

- ~~NABM~~

**[RG\_IP\_R22] Contrôler le coefficient facturé (EF\_IP04\_03) et le cumul des coefficients associés à chaque code affiné de biologie (EF\_IP12\_01)**

4	EE			AM	LB	PM	SC	TE
	EM	CO	SE					

Pour réaliser ce contrôle il faut, au préalable, déterminer les coefficients correspondant aux codes affinis et éventuellement au complément à l'acte sanguin présents sur la facture et les cumuler.

Le contrôle sur la cohérence est réalisé en comparant les coefficients ainsi cumulés au montant du coefficient facturé.

~~Si le cumul ainsi constitué est égal au coefficient facturé, la facture est acceptée.~~

~~Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM ».~~



## ~~Tables utilisées~~

- ~~Table 1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T1)~~
- ~~Table nationale de biologie~~



**~~Référence réglementaire :~~**

- ~~NABM~~

**[RG\_IP\_R23] Contrôler la justification du complément à la cotation minimale liée aux actes sanguins**

25			AM	LB	26	27	28
29	30	31					

~~Si aucun complément à la cotation minimale n'a été facturé, ce contrôle n'est pas effectué.~~

S'il existe au moins un complément à la cotation minimale sur la facture, il faut contrôler si sa présence et son coefficient sont justifiés.

Pour réaliser ce contrôle, on vérifie dans un premier temps la présence d'au moins un examen sanguin.

**1. Si l'analyse est unique :**

On effectue le cumul des coefficients de l'ensemble des codes affinés présents sur la facture et pouvant être sanguins, sans tenir compte du forfait de sécurité.

Le contrôle consiste à comparer ce cumul à la valeur de la cotation minimale (B20).

Si ce cumul additionné au coefficient du complément à la cotation minimale est supérieur ou égal à B20, alors le complément est justifié et la facture est prise en compte.

**2.** Si l'analyse est répétée plusieurs fois dans la journée, il est nécessaire d'effectuer ce contrôle pour chacune des analyses réalisées :

Pour chaque analyse (distinguée par un numéro d'ordre), on effectue le cumul des coefficients des codes affinés pouvant être sanguins, sans tenir compte du forfait de sécurité.

Le contrôle consiste à comparer ce cumul à la valeur de la cotation minimale (B20).

Si ce cumul additionné au coefficient du complément à la cotation minimale est supérieur ou égal à B20, alors le complément est justifié et pris en compte pour l'analyse considérée.

Si l'ensemble des compléments à la cotation minimale est justifié, la facture est prise en compte.

Cette règle concerne les prestations de la nomenclature « NABM »

 Forfait de sécurité : sa cotation diffère selon qu'il s'agit d'un échantillon sanguin ou non.

 Les examens liés à la glycémie peuvent être répétés plusieurs fois dans la journée.

 **Tables utilisées**

- Table 1 de l'Annexe 2bis (EF\_A2\_T1)
- Table nationale de biologie

 **Référence réglementaire :**

- NABM : Dispositions générales : Art. 4

#### [RG\_IP349] Contrôler les périodes LPP

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Chaque code détaillé LPP (EF\_IP15\_04) est caractérisé par une date de début de la prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_04) et éventuellement une date de fin de la prestation détaillée LPP (EF\_IP15\_05), définissant ainsi une période de la prestation LPP.

Dans une même facture, les périodes de location correspondant à un même code LPP :

- doivent être différentes et consécutives,
- ne doivent pas se chevaucher,
- ne doivent pas être incluses l'une dans l'autre,
- et la date de fin d'une période doit être distincte de la date de début de la suivante.



A noter que ce contrôle concerne uniquement les codes LPP pour lesquels une date de fin de période est renseignée, ce qui correspond en pratique aux prestations LPP de type location (EF\_IP15\_02 = « L ») et service (EF\_IP15\_02 = « S »).

**[RG\_IP\_R44] Contrôler le non panachage des paniers de soins optique entre verres**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Cette règle a pour objet de vérifier la cohérence des paniers de soins pour les verres d'un même appareillage d'optique :

Pour tout verre facturé, il convient de vérifier que le second verre facturé à la même date d'exécution appartient au même panier de soins, i.e. est de même sous-groupe fonctionnel (EF\_IP05\_04).

La facturation d'un verre se traduit dans la facture par une prestation de groupe fonctionnel Optique (EF\_IP05\_03= « Optique ») et de sous-groupe fonctionnel de type verre (EF\_IP05\_04= « Verre A » ou EF\_IP05\_04= « Verre B »),



A noter qu'il peut être facturé au maximum 2 verres à une même date d'exécution, hors cas particulier prévu ci-après.

En cas d'incohérence des paniers de soins, le logiciel doit déclencher un message d'alerte au PS.



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



**Cas particuliers**

**[CP1] Présence de 4 verres**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Dans le cas particulier de la délivrance de 2 appareillages d'optique à la même date, la facture peut comporter 4 prestations de type verre de même date d'exécution.

Il convient alors de vérifier que ces 4 prestations sont de même panier deux à deux i.e.

- soit les quatre prestations relèvent du même panier
- soit deux prestations relèvent du panier A et les deux autres du panier B

## 4 SP11 : Situation spécifique de forçage

### Principe

Le professionnel de santé peut modifier les éléments constitutifs de la facture, dans la limite de certaines données, et sans modification de leur définition fonctionnelle.

La création d'une nouvelle prestation non prévue dans le périmètre du système de facturation ou la modification des attributs du code prestation sont considérées comme un forçage.

La notion de forçage d'une donnée correspond à passer outre une règle de contrôle de compatibilité (ou éventuellement une règle d'acquisition ou de détermination).

L'ensemble des règles outrepassables ainsi que les données forcées sont présentées ci-après dans l'ordre d'apparition des règles dans le processus.

Les tableaux de synthèse présentent pour chaque opération les données forçables et la règle outrepassée correspondante ainsi que l'indicateur de forçage spécifique à positionner.

Il existe autant d'indicateur de forçage spécifique que de cas fonctionnel de forçage.

### CCAM

Pour une prestation CCAM, les données de la facture qui peuvent être forcées par le professionnel de santé sont les suivantes :

- Compatibilité entre la spécialité de l'exécutant et l'acte effectué

ainsi que les informations spécifiques CCAM suivantes:

- Code acte CCAM
- Code activité CCAM
- Code phase de traitement CCAM
- Modificateurs CCAM AMO
- Code association CCAM
- Code regroupement
- Numéro de dent traitée en CCAM

Par ailleurs, le professionnel de Santé a également la possibilité de modifier au niveau du système de facturation les informations suivantes :

- Le code regroupement en base CCAM (DF\_CCAM)  
ce qui correspond à modifier le code regroupement associé à un couple code acte CCAM/ code activité CCAM et éventuellement à ajouter un nouveau code regroupement à la table des codes regroupement connus dans la base.

Le forçage des informations au niveau du système de facturation se fait par la fonctionnalité d'Administration du Poste (AP).

### Hors CCAM et hors honoraires générés

La création d'un nouveau code prestation non prévu dans le périmètre du système de facturation positionne le top indicateur de forçage code prestation (EF\_IP04\_99).

La modification des attributs du code prestation positionne le top indicateur de forçage attribut du code prestation (EF\_IP04\_98).

**Toutes  
prestations hors  
honoraires  
générés**

Pour tout type de prestation, hors prestation d'honoraire générée, le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier au niveau du système de facturation les caractéristiques d'un code prestation définies dans la table 1 de l'annexe 2bis (EF\_A2\_T1) à savoir :

- Le type de prestation associé à une prestation (EF\_IP05\_01)
- Le type de nomenclature associé à une prestation (EF\_IP05\_02)
- Le groupe fonctionnel général associé à une prestation (EF\_IP05\_03)
- Le groupe fonctionnel détaillé associé à une prestation (EF\_IP05\_04)
- Le code nécessité d'un code affiné associé à une prestation (EF\_IP05\_05)



**Attention** : pour toute prestation de la table 1, l'origine de la prestation (EF\_IP05\_06) n'est pas une donnée forcable.

**Prestations de  
type honoraire  
généré**

Rappel : Ces prestations ne sont pas concernées par le forçage (cf. Corps du CDC §4.3 Situations spécifiques).

Les indicateurs de forçage (EF\_IP04\_98 à EF\_IP04\_99) sont nécessairement **non renseignés**.





---

**Tableau de  
synthèse**

Les données de la facture qui peuvent être forcées par le professionnel de santé, les règles outrepassées par le forçage et l'indicateur de forçage à positionner dans chaque cas sont présentés dans les tableaux de synthèse ci-après (l'un pour les prestations CCAM, l'autre pour les prestations hors CCAM, le dernier pour toutes les prestations indépendamment de leur nomenclature).



**PRESTATIONS HORS CCAM**

<b>Opération</b>	<b>Règle outrepassée</b>		<b>Donnée forcée</b>		<b>Indicateur à positionner</b>
<b>IP02.05</b>	RG_IP340 EF_A2_T1	Contrôler la validité du code prestation	Code prestation	EF_IP04_01	EF_IP04_99
	RG_IP_R1 EF_A2_T2	Contrôler la Compatibilité du code prestation avec la spécialité du PS	Code prestation	EF_IP04_01	EF_IP04_99
	RG_IP_R2 EF_A2_T3	Contrôler la Compatibilité du code prestation avec la qualité du bénéficiaire à la date d'exécution des soins	Qualité du bénéficiaire	EF_BS09_02	EF_IP04_98
	RG_IP_R2bis EF_A2_T3	Contrôler la Compatibilité du code prestation avec l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation	Age du bénéficiaire	EF_IP04_07	EF_IP04_98
	RG_IP_R7 EF_A2_T4	Contrôler le coefficient des codes prestations effectués par un prescripteur, un auxiliaire médical ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale	Coefficient de la prestation	EF_IP04_03	EF_IP04_98
<b>IP02.06</b>	RG_IP_R14 EF_A2_T4	Contrôler la Compatibilité du code prestation avec la majoration de nuit, dimanche ou jour férié	Complément de prestation	EF_IP08_01	EF_IP08_99
<b>IP05</b>	RG_IP_R5 EF_A2_T4	Contrôler la nécessité d'une prescription pour une prestation	Prescription	EF_IP03	EF_IP04_99
	RG_IP_R12 EF_A2_T4	Contrôler la Compatibilité du code prestation avec une indemnité de déplacement	Code prestation	EF_IP04_01	EF_IP04_99
	RG_IP_R17bis EF_A2_T12	Contrôler l'Association obligatoire de code prestation d'actes de la NGAP	Code prestation	EF_IP04_01	EF_IP04_98 EF_IP04_99

## PRESTATIONS CCAM

Opération	Règle outrepassée		Donnée forcée		Indicateur à positionner
IP02.01	RG_IP_CC9	Contrôle valeur des modificateurs	Modificateurs CCAM AMO	EF_IP10_01	EF_IP09_98 EF_IP09_97
	RG_IP_CC1	Valeur du code association.	Code association CCAM	EF_IP09_04	EF_IP09_98
	RG_IP_CC5	Contrôle nombre de dents traitées	Numéro de dent	EF_IP11_01	EF_IP09_97
IP02.02	RG_IP_CC8	Validité du code acte CCAM	Code acte CCAM	EF_IP09_01	EF_IP09_99
	RG_IP_RC1	Compatibilité entre le code acte CCAM et le code activité	Code activité CCAM	EF_IP09_02	EF_IP09_99
	RG_IP_RC2	Compatibilité entre le couple acte/activité et le code phase de traitement	Code Phase CCAM	EF_IP09_03	EF_IP09_98
	RG_IP_RC3	Compatibilité entre le couple acte/activité et le code modificateur.	Modificateurs	EF_IP10_01	EF_IP09_97
	RG_IP_RC4	Compatibilité entre le code modificateur et l'âge du bénéficiaire.	Modificateurs	EF_IP10_01	EF_IP09_97
	RG_IP_RC5	Compatibilité du couple acte/activité avec la spécialité de l'exécutant	Spécialité du professionnel de santé	EF_IP07_03 ou EF_PS03_14	EF_IP09_97
	RG_IP_RC12	Compatibilité entre 2 codes modificateurs.	Modificateurs	EF_IP10_01	EF_IP09_97
	RG_IP_RC14	Compatibilité code de l'acte / numéro de dent.	Numéro de dent	EF_IP11_01	EF_IP09_97
	RG_IP339-CP2 (CC7)	Contrôle existence du code regroupement.	Code regroupement	EF_IP04_01	EF_IP09_95
		Contrôle compatibilité du code regroupement avec le code acte/activité.	Code regroupement en base CCAM	DF_CCAM	EF_IP09_95
IP05	RG_IP_RC18	Contrôle lié à la présence répétée d'un code modificateur.	Modificateurs	EF_IP10_01	EF_IP09_97
	RG_IP_CC3	Acte complémentaire facturé isolément.	Code acte CCAM	EF_IP09_01	EF_IP09_97

**TOUTES PRESTATIONS**

<b>Opération</b>	<b>Règle outrepassée</b>		<b>Donnée forcée</b>		<b>Indicateur à positionner</b>
<b>IP02.07.02</b>	RG_IP353 EF_A2_T1	Déterminer le type de la prestation	Type de la prestation	EF_IP05_01	EF_IP05_99
	RG_IP354 EF_A2_T1	Déterminer le type de nomenclature de la prestation	Type de nomenclature de la prestation	EF_IP05_02	EF_IP05_99
	RG_IP355 EF_A2_T1	Déterminer le groupe fonctionnel général et le groupe fonctionnel détaillé de la prestation	Groupe fonctionnel général de la prestation	EF_IP05_03	EF_IP05_99
	RG_IP356 EF_A2_T1	Déterminer le top nécessité d'un code affiné de la prestation	Code nécessité de code affiné	EF_IP05_05	EF_IP05_99

## Forçage et débrayage

Les tableaux ci-après présentent pour chaque règle outre-passable la liste des règles ou opérations qui en conséquence n'ont plus à être respectées:

### RG\_IP\_CC8

	Règle outrepassée		Donnée forcée	
IP02.02	RG_IP_CC8	Validité du code acte CCAM	Code acte CCAM	EF_IP09_01
Règles à débrayer				
IP02.01	IP02.02	IP02.03	IP02.05	IP05
RG_IP_CC9 RG_IP_CC1	RG_IP_RC1 RG_IP_RC5 RG_IP_RC9 RG_IP_RC2 RG_IP_RC13 RG_IP_RC3 RG_IP_RC11 RG_IP_RC4 RG_IP_RC12 RG_IP_RC14 RG_IP_CC5	RG_IP_CC7	RG_IP_CC16	RG_IP_RC15 RG_IP_RC17 RG_IP_CC3 RG_IP_RC6 RG_IP_RC18
CF02.01	CF02.02	CF03	CF03.02	
RG_CF_TC1	RG_CF_RC7	RG_CF_RC8	RG_CF_R17	
VF01.01				
RG_VF_BC1				
Opérations à débrayer				
VF01	VF02			
VF01.02 VF01.04	VF02.01 VF02.02 VF02.03			

**RG\_IP\_RC1**

	<b>Règle outrepassée</b>		<b>Donnée forcée</b>	
<b>IP02.02</b>	<b>RG_IP_RC1</b>	Compatibilité entre le code acte CCAM et le code activité	Code activité CCAM	<b>EF_IP09_02</b>
<b>Règles à débrayer</b>				
<b>IP02.01</b>	<b>IP02.02</b>	<b>IP02.03</b>	<b>IP02.05</b>	<b>IP05</b>
RG_IP_CC1	RG_IP_RC5 RG_IP_RC9 RG_IP_RC2 RG_IP_RC13 RG_IP_RC3 RG_IP_RC14 RG_IP_CC5	RG_IP_CC7	RG_IP_CC16	RG_IP_RC15 RG_IP_RC17
<b>VF01.01</b>				
RG_VF_BC1				
<b>Opérations à débrayer</b>				
<b>VF01</b>	<b>VF02</b>			
VF01.02 VF01.04	VF02.01 VF02.02 VF02.03			

**RG\_IP\_RC2**

	<b>Règle outrepassée</b>		<b>Donnée forcée</b>	
<b>IP02.02</b>	<b>RG_IP_RC2</b>	Compatibilité entre le couple acte/activité et le code phase de traitement	Code phase de traitement CCAM	<b>EF_IP09_03</b>
<b>Règles à débrayer</b>				
<b>IP02.01</b>	<b>IP02.02</b>	<b>IP02.03</b>	<b>IP02.05</b>	<b>IP05</b>
	RG_IP_RC13 RG_IP_RC14 RG_IP_CC5			
<b>VF01.01</b>				
RG_VF_BC1				
<b>Opérations à débrayer</b>				
<b>VF01</b>	<b>VF02</b>			
VF01.02 VF01.04	VF02.01 VF02.02 VF02.03			

**RG\_IP\_CC9**

	<b>Règle outrepassée</b>		<b>Donnée forcée</b>	
<b>IP02.02</b>	<b>RG_IP_CC9</b>	Contrôle valeur des modificateurs	Modificateurs CCAM AMO	<b>EF_IP10_01</b>
<b>Règles à débrayer</b>				
<b>IP02.01</b>	<b>IP02.02</b>	<b>IP02.03</b>	<b>IP02.05</b>	<b>IP05</b>
RG_IP_CC13	RG_IP_RC3 RG_IP_RC4 RG_IP_RC12			RG_IP_RC18
<b>Opérations à débrayer</b>				
<b>VF01</b>	<b>VF02</b>			
VF01.02 VF01.04	VF02.01 VF02.02 VF02.03			

**RG\_IP\_CC1**

	<b>Règle outrepassée</b>		<b>Donnée forcée</b>	
<b>IP02.02</b>	<b>RG_IP_CC1</b>	<b>Valeur du code association</b>	<b>Code association CCAM</b>	<b>EF_IP09_04</b>
	<b>Règles à débrayer</b>			
	<b>IP02.01</b>	<b>IP02.02</b>	<b>IP02.03</b>	<b>IP02.05</b>
	<b>Opérations à débrayer</b>			
	<b>VF01</b>	<b>VF02</b>		
	VF01.02 VF01.04	VF02.01 VF02.02 VF02.03		



## 4.1.1 Impact IP02.01 : Acquérir les informations détaillées de la prestation

### Règles de gestion

### PRESTATIONS CCAM

**[RG\_IP\_CC9] [SP11] Acquérir les codes modificateurs CCAM AMO tarifiants (EF\_IP10\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (non-respect de la règle d'acquisition) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code modificateur CCAM AMO

Le système de facturation positionne alors à VRAI

- soit l'indicateur de forçage modificateur CCAM (EF\_IP09\_96), s'il s'agit d'un modificateur tarifiant.
- soit l'indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM (EF\_IP09\_97), s'il s'agit d'un modificateur non tarifiant.

### Débrayages à opérer

#### **IP05 Contrôler la cohérence des prestations**

RG\_IP\_RC18 Modificateur multiple

La compatibilité avec le code modificateur forcé n'a pas à être respectée

#### **IP02.02 Contrôler les informations détaillées de la prestation**

RG\_IP\_RC3 Code modificateur

La compatibilité avec le code modificateur n'a pas à être respectée

RG\_IP\_RC4 Compatibilité modificateur/âge du bénéficiaire

La compatibilité avec le code modificateur n'a pas à être respectée

RG\_IP\_RC12 Compatibilité modificateurs entre eux

La compatibilité avec le code modificateur n'a pas à être respectée

#### **IP02.01 Acquérir les informations détaillées de la prestation**

RG\_IP\_CC13 Modificateurs AMC : le code modificateur AMC ne peut être déterminé. Il est non renseigné dans le modèle de données et sera donc non renseigné dans la facture transmise.

#### **VF01 Déterminer la base de remboursement de chaque prestation**

VF01.02 Calcul BR : RG\_VF\_BC2 pas faisable : on ne peut connaître le montant de la majoration correspondant au modificateur forcé.

VF01.04 Le Professionnel de Santé doit indiquer directement la BR de la prestation pour laquelle le code modificateur est forcé  
Par ailleurs, le système ne sait pas nécessairement déterminer la BR conventionnée et la BR hors forfait. Ces deux informations sont donc non renseignées dans le système.

#### **VF02 Déterminer le taux de remboursement de chaque prestation**

VF02.01 RG\_VF\_TC3 : Exonération Acte CCAM par la règle du seuil

En cas de forçage d'un code modificateur, le système ne sait pas nécessairement déterminer la BR hors forfait (si le modificateur est de type coefficient) et ne peut donc pas déterminer si l'acte CCAM est exonéré par la règle du seuil.

VF02.02 RG\_VF\_TC5 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation en fonction de la règle du seuil

En cas de forçage d'un code modificateur pour un code acte CCAM, le PS doit indiquer le taux de remboursement de tous les actes associés à l'acte forcé.

VF02.03 RG\_VF\_T13 : Finaliser le taux de la prestation et déterminer le code justificatif d'exonération

Le Professionnel de Santé doit indiquer directement le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération associé de la prestation forcée et de toutes les prestations associées.

**[RG\_IP\_CC1] [SP11] Acquérir le Code association CCAM (EF\_IP09\_04)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (non-respect de la règle d'acquisition) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code association CCAM (EF\_IP09\_04)

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage modificateur CCAM (EF\_IP09\_96) à VRAI.

### **Débrayages à opérer**

#### **VF01 Déterminer la base de remboursement de chaque prestation**

VF01.02 Calcul BR : RG\_VF\_BC2 pas faisable : on ne peut connaître le montant de la majoration correspondant au modificateur forcé.

VF01.04 Le Professionnel de Santé doit indiquer directement la BR de l'acte CCAM forcé.

Par ailleurs, le système ne sait pas nécessairement déterminer la BR conventionnée et la BR hors forfait. Ces deux informations sont donc non renseignées dans le système.

#### **VF02 Déterminer le taux de remboursement de chaque prestation**

VF02.01 RG\_VF\_TC3 : Exonération Acte CCAM par la règle du seuil

En cas de forçage du code association, le système ne sait pas déterminer la BR hors forfait et ne peut donc pas déterminer si l'acte CCAM est exonéré par la règle du seuil.

VF02.02 RG\_VF\_TC5 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation en fonction de la règle du seuil

En cas de forçage du code association pour un code acte CCAM, le PS doit indiquer le taux de remboursement de tous les actes associés à l'acte forcé.

VF02.03 RG\_VF\_T13 : Finaliser le taux de la prestation et déterminer le code justificatif d'exonération

Le Professionnel de Santé doit indiquer directement le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération associé de la prestation forcée et de toutes les prestations associées.

**[RG\_IP\_CC5] [SP11] Contrôler le nombre de dents traitées (EF\_IP11\_01) pour une prestation CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (non-respect de la règle d'acquisition) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir sa saisie, à savoir ne pas renseigner le nombre minimum de dents à traiter.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM (EF\_IP09\_97) à VRAI.

## 4.1.2 Impact IP02.02 : Contrôler les informations détaillées de la prestation

### Règles de gestion

### PRESTATIONS CCAM

**[RG\_IP\_CC8] [SP11] Contrôler la Validité du code acte CCAM (EF\_IP09\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir un code acte CCAM

- soit qui n'existe pas dans la base CCAM (DF\_CCAM) ;
- soit qui n'est pas valide à la date des soins.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du code acte CCAM (EF\_IP09\_99) à VRAI.

### Débrayages à opérer

#### **IP02.01 Acquérir les informations détaillées de la prestation**

RG\_IP\_CC9 Les codes modificateurs acquis n'ont pas nécessairement à être connus dans la base CCAM (DF\_CCAM)

RG\_IP\_CC1 En cas de forçage du code acte CCAM, le système ne peut déterminer s'il appartient à une association prévue ou non prévue et ne peut donc demander le renseignement des codes association

#### **IP02.02 Contrôler les informations détaillées de la prestation**

RG\_IP\_RC1 Code activité  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG\_IP\_RC5 Compatibilité spécialité Exécutant  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG\_IP\_RC9 Compatibilité Agrément Radio  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG\_IP\_RC2 Code phase  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG\_IP\_RC13 Compatibilité Age du bénéficiaire  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG\_IP\_RC3 Code modificateur  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG\_IP\_RC11 Modificateur Férié  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG\_IP\_RC4 Compatibilité modificateur/âge du bénéficiaire  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG\_IP\_RC12 Compatibilité modificateurs entre eux  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG\_IP\_RC14 N° de dents  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG\_IP\_CC5 Nombre minimum de n° de dents traitées à renseigner  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

<b>IP02.03</b>	<b>Acquérir les informations générales de la prestation</b>
RG_IP_CC7	Code regroupement En cas de forçage du code acte CCAM, le système ne peut déterminer son code regroupement associé → il appartient au PS de le saisir directement
<b>IP02.05</b>	<b>Contrôler les informations générales de la prestation</b>
RG_IP_CC16	Compatibilité date de naissance/date des soins La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée
<b>IP05</b>	<b>Contrôler la cohérence des prestations</b>
RG_IP_RC15	Compatibilité entre actes CCAM
RG_IP_RC17	La compatibilité avec le code acte CCAM forcé n'a pas à être respectée
RG_IP_CC3	Acte complémentaire isolé La compatibilité avec le code acte CCAM forcé n'a pas à être respectée
RG_IP_RC6	Frais de déplacement La compatibilité avec le code acte CCAM forcé n'a pas à être respectée
RG_IP_RC18	Modificateur multiple La compatibilité avec le code acte CCAM forcé n'a pas à être respectée
<b>CF02.01</b>	<b>Acquérir les informations générales du contexte prestation de prise en charge AMO</b>
RG_CF_TC1	Contrôler le motif médical d'exonération Le contrôle ne peut être fait sur un code acte CCAM forcé
<b>CF02.02</b>	<b>Acquérir les informations spécifiques du contexte prestation de prise en charge AMO</b>
RG_CF_RC7	Compatibilité Entente Accord préalable La compatibilité avec le code acte CCAM forcé n'a pas à être respectée
<b>CF03</b>	<b>Contrôler le contexte de prise en charge AMO et les données de la prestation</b>
RG_CF_RC8	Compatibilité Nature d'Assurance La compatibilité avec le code acte CCAM forcé n'a pas à être respectée
<b>CF03.02</b>	<b>Contrôler le contexte prestation de prise en charge AMO</b>
RG_CF_R17	Contrôler le code qualificatif de la dépense On ne peut contrôler si l'acte est NR et donc si le code N est valorisé
<b>VF01.01</b>	<b>Déterminer le prix unitaire de la prestation</b>
RG_VF_BC1	Calcul PU En cas de forçage du code acte CCAM, le PU n'est pas connu en base, il doit être renseigné directement par le PS
<b>VF01</b>	<b>Déterminer la base de remboursement de chaque prestation</b>
VF01.02	RG_VF_BC3 pas faisable : on ne peut connaître le supplément de charge de l'acte CCAM forcé
VF01.04	Le Professionnel de Santé doit indiquer directement la BR de l'acte CCAM forcé  Par ailleurs, le système ne sait pas nécessairement déterminer la BR conventionnée et la BR hors forfait. Ces deux informations sont donc non renseignées dans le système.
<b>VF02</b>	<b>Déterminer le taux de remboursement de chaque prestation</b>
VF02.01	RG_VF_TC2 : Exonération Acte CCAM par nature

En cas de forçage du code acte CCAM le système ne sait pas s'il est exonéré par nature.

RG\_VF\_TC3 : Exonération Acte CCAM par la règle du seuil

En cas de forçage du code acte CCAM, le système ne sait pas s'il est exonéré par la règle du seuil.

VF02.02 RG\_VF\_TC4 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation en fonction des autres prestations de l'association

RG\_VF\_TC5 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation en fonction de la règle du seuil

En cas de forçage d'un code acte dans la facture, le Professionnel de Santé doit indiquer le taux de remboursement de tous les actes associés à l'acte forcé.

VF02.03 RG\_VF\_T13 : Finaliser le taux de la prestation et déterminer le code justificatif d'exonération

Le Professionnel de Santé doit indiquer directement le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération associé de la prestation forcée et de toutes les prestations associées.

**[RG\_IP\_RC1] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre le code acte CCAM (EF\_IP09\_01) et le code activité CCAM (EF\_IP09\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le un code activité non prévu dans la base CCAM (DF\_CCAM) pour le code acte CCAM.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du code acte CCAM (EF\_IP09\_99) à VRAI.

### Débrayages à opérer

#### **IP02.01 Acquérir les informations détaillées de la prestation**

RG\_IP\_CC1 En cas de forçage du code acte CCAM, le système ne peut déterminer s'il appartient à une association prévue ou non prévue et ne peut donc demander le renseignement des codes association

#### **IP02.02 Contrôler les informations détaillées de la prestation**

RG\_IP\_RC5 Compatibilité spécialité Exécutant  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG\_IP\_RC9 Compatibilité Agrément Radio  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG\_IP\_RC2 Code phase  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG\_IP\_RC13 Compatibilité Age du bénéficiaire  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG\_IP\_RC3 Code modificateur  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG\_IP\_RC14 N° de dents  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

RG\_IP\_CC5 Nombre minimum de n° de dents traitées à renseigner  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

#### **IP02.03 Acquérir les informations générales de la prestation**

RG\_IP\_CC7 Code regroupement

En cas de forçage du code acte CCAM, le système ne peut déterminer son code regroupement associé → il appartient au PS de le saisir directement.

**IP02.05****Contrôler les informations générales de la prestation**

RG\_IP\_CC16

Compatibilité date de naissance/date des soins

La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée.

**IP05****Contrôler la cohérence des prestations**

RG\_IP\_RC15

Compatibilité entre actes CCAM

RG\_IP\_RC17

La compatibilité avec le code acte CCAM forcé n'a pas à être respectée

**VF01.01****Déterminer le prix unitaire de la prestation**

RG\_VF\_BC1

Calcul PU

En cas de forçage du code acte CCAM, le PU n'est pas connu en base, il doit être renseigné directement par le PS.

**VF01****Déterminer la base de remboursement de chaque prestation**

VF01.02

Calcul BR : RG\_VF\_BC3 pas faisable : on ne peut connaître le supplément de charge du l'acte CCAM forcé.

VF01.04

Le Professionnel de Santé doit indiquer directement la BR de l'acte CCAM forcé

Par ailleurs, le système ne sait pas nécessairement déterminer la BR conventionnée et la BR hors forfait. Ces deux informations sont donc non renseignées dans le système.

**VF02****Déterminer le taux de remboursement de chaque prestation**

VF02.01

RG\_VF\_TC2 : Exonération Acte CCAM par nature

En cas de forçage du code activité CCAM le système ne sait pas si l'acte CCAM est exonéré par nature

RG\_VF\_TC3 : Exonération Acte CCAM par la règle du seuil

En cas de forçage du code activité CCAM, le système ne sait pas si l'acte CCAM est exonéré par la règle du seuil.

VF02.02

RG\_VF\_TC4 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation en fonction des autres prestations de l'association

RG\_VF\_TC5 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation en fonction de la règle du seuil

En cas de forçage du code activité CCAM pour une prestation CCAM dans la facture, le Professionnel de Santé doit indiquer le taux de remboursement de tous les actes associés à l'acte forcé.

VF02.03

RG\_VF\_T13 : Finaliser le taux de la prestation et déterminer le code justificatif d'exonération

Le Professionnel de Santé doit indiquer directement le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération associé de la prestation forcée et de toutes les prestations associées.

**[RG\_IP\_RC5] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF\_IP09\_01 / EF\_IP09\_02) et la spécialité de l'exécutant (EF\_IP07\_03 ou EF\_PS03\_14)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF\_IP09\_01 / EF\_IP09\_02).

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM (EF\_IP09\_97) à VRAI.



**[RG\_IP\_RC2] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF\_IP09\_01/EF\_IP09\_02) et le code phase de traitement CCAM (EF\_IP09\_03)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code phase de traitement non prévu dans la base CCAM (DF\_CCAM) pour le code acte CCAM

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage phase de traitement (EF\_IP09\_98) à VRAI.

**Débrayages à opérer**

**IP02.02 Contrôler les informations détaillées de la prestation**

- RG\_IP\_RC13 Compatibilité Age du bénéficiaire  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée
- RG\_IP\_RC14 N° de dents  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée
- RG\_IP\_CC5 Nombre minimum de n° de dents traitées à renseigner  
La compatibilité avec le code acte CCAM n'a pas à être respectée

**VF01.01 Déterminer le prix unitaire de la prestation**

- RG\_VF\_BC1 Calcul PU  
En cas de forçage du code acte CCAM, le PU n'est pas connu en base, il doit être renseigné directement par le PS.

**VF01 Déterminer la base de remboursement de chaque prestation**

- VF01.02 Calcul BR : RG\_VF\_BC3 pas faisable : on ne peut connaître le supplément de charge du l'acte CCAM forcé.
- VF01.04 Le Professionnel de Santé doit indiquer directement la BR de l'acte CCAM forcé.  
Par ailleurs, le système ne sait pas nécessairement déterminer la BR conventionnée et la BR hors forfait. Ces deux informations sont donc non renseignées dans le système.

**VF02 Déterminer le taux de remboursement de chaque prestation**

- VF02.01 RG\_VF\_TC2 : Exonération Acte CCAM par nature  
En cas de forçage du code phase de traitement CCAM le système ne sait pas si l'acte CCAM est exonéré par nature.  
RG\_VF\_TC3 : Exonération Acte CCAM par la règle du seuil  
En cas de forçage du code phase de traitement CCAM, le système ne sait pas si l'acte CCAM est exonéré par la règle du seuil.
- VF02.02 RG\_VF\_TC4 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation en fonction des autres prestations de l'association  
RG\_VF\_TC5 : Déterminer le taux de remboursement de la prestation en fonction de la règle du seuil  
En cas de forçage du code phase de traitement CCAM pour une prestation CCAM dans la facture, le Professionnel de Santé doit indiquer le taux de remboursement de tous les actes associés à l'acte forcé.
- VF02.03 RG\_VF\_T13 : Finaliser le taux de la prestation et déterminer le code justificatif d'exonération  
Le Professionnel de Santé doit indiquer directement le taux de remboursement et le code justificatif d'exonération associé de la prestation forcée et de toutes les prestations associées.



**[RG\_IP\_RC3] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF\_IP09\_01 / EF\_IP09\_02) et les codes modificateurs CCAM AMO (EF\_IP10\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code modificateur AMO (EF\_IP10\_01).

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM (EF\_IP09\_97) à VRAI.

**[RG\_IP\_RC4] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre le code modificateur CCAM AMO (EF\_IP10\_01) et l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF\_IP04\_07)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code modificateur AMO (EF\_IP10\_01).

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM (EF\_IP09\_97) à VRAI.

**[RG\_IP\_RC12] [SP11] Contrôler la Compatibilité entre codes modificateurs CCAM AMO (EF\_IP10\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code modificateur AMO (EF\_IP10\_01).

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM (EF\_IP09\_97) à VRAI.

**[RG\_IP\_RC14] [SP11] Contrôler la compatibilité code CCAM (EF\_IP09\_01) / numéro de dent (EF\_IP11\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le numéro de dent (EF\_IP11\_01).

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM (EF\_IP09\_97) à VRAI.

### 4.1.3 Impact IP02.05 : Contrôler les informations générales de la prestation

#### Règles de gestion

#### PRESTATIONS HORS CCAM

##### **[RG\_IP340] [SP11] Contrôler la validité du code prestation**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code prestation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du code prestation (EF\_IP04\_99) à VRAI.

##### **[RG\_IP\_R1] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec la spécialité du professionnel de santé**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code prestation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du code prestation (EF\_IP04\_99) à VRAI.

##### **[RG\_IP\_R1bis] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec le contexte conventionnel du PS exécutant**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code prestation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF\_IP04\_98) à VRAI.

##### **[RG\_IP\_R2] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec la qualité du bénéficiaire à la date d'exécution des soins**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir la qualité du bénéficiaire.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF\_IP04\_98) à VRAI.

##### **[RG\_IP\_R2bis] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF\_IP04\_07)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir l'âge du bénéficiaire.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF\_IP04\_98) à VRAI.

**[RG\_IP\_R7] [SP11] Contrôler le coefficient (EF\_IP04\_03) des codes prestations effectués par un prescripteur, un auxiliaire médical ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le coefficient de la prestation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF\_IP04\_98) à VRAI.

#### 4.1.4 Impact IP02.06 : Contrôler les informations supplémentaires de la prestation

##### Règles de gestion

##### PRESTATIONS HORS CCAM

##### **[RG\_IP\_R14] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec la majoration de nuit, dimanche ou jour férié**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code complément de prestation.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF\_IP04\_98) à VRAI.

##### **[RG\_IP\_R5] [SP11] Contrôler la nécessité d'une prescription pour une prestation**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir les données qu'il a saisies, à savoir les informations de la prescription.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF\_IP04\_98) à VRAI.

## 4.1.5 Impact IP02.07.02 : Acquérir le code acte de la prestation

### Règles de gestion

### PRESTATIONS CCAM

**[RG\_IP339][CP2] [SP11] Code affiné CCAM (EF\_IP09\_01 ;EF\_IP09\_02): code regroupement**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Deux cas de forçage sont possibles pour la donnée code regroupement.

#### 1<sup>er</sup> cas : Forçage dans la facture

En cas de non-respect de cette règle, (non-respect de la règle d'acquisition) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code regroupement (EF\_IP04\_01).

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage du code regroupement (EF\_IP09\_95) à VRAI.

#### 2<sup>ème</sup> cas : Forçage dans la base CCAM

Par ailleurs, si le système de facturation utilise pour le respect de la règle d'acquisition RG\_IP339 une valeur de code regroupement modifiée par le Professionnel de santé dans la base CCAM (DF\_CCAM), cela est considéré comme un forçage et le système de facturation positionne donc l'indicateur de forçage du code regroupement en base (EF\_IP09\_94) à VRAI.

### Règles de gestion

### TOUTES PRESTATIONS

**[RG\_IP353] [SP11] Déterminer le type de la prestation (EF\_IP05\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque code prestation le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier sa caractéristique « type de prestation » dans la table 1 de l'Annexe 2bis.

Dans ce cas-là, la règle de détermination utilise la donnée modifiée par le Professionnel de santé et positionne à VRAI l'indicateur de forçage de caractéristiques de la prestation (EF\_IP05\_99).

**[RG\_IP354] [SP11] Déterminer le type de nomenclature de la prestation (EF\_IP05\_02)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque code prestation le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier sa caractéristique « type de nomenclature » dans la table 1 de l'Annexe 2bis.

Dans ce cas-là, la règle de détermination utilise la donnée modifiée par le Professionnel de santé et positionne à VRAI l'indicateur de forçage de caractéristiques de la prestation (EF\_IP05\_99).

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

**[RG\_IP355] [SP11] Déterminer le groupe fonctionnel de la prestation (EF\_IP05\_03 et EF\_IP05\_04)**

Pour chaque code prestation le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier ses caractéristiques « groupe fonctionnel général » ou « groupe fonctionnel détaillé » dans la table 1 de l'Annexe 2bis.

Dans ce cas-là, la règle de détermination utilise la donnée modifiée par le Professionnel de santé et positionne à VRAI l'indicateur de forçage de caractéristiques de la prestation (EF\_IP05\_99).

**[RG\_IP356] [SP11] Déterminer le code nécessité de codage affiné de la prestation (EF\_IP05\_05)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

Pour chaque code prestation le Professionnel de Santé a la possibilité de modifier sa caractéristique « code nécessité de codage affiné » dans la table 1 de l'Annexe 2bis.

Dans ce cas-là, la règle de détermination utilise la donnée modifiée par le Professionnel de santé et positionne à VRAI l'indicateur de forçage de caractéristiques de la prestation (EF\_IP05\_99).

## 4.1.6 Impact IP05 : Contrôler la cohérence des prestations

### Règles de gestion

### PRESTATIONS CCAM

#### **[RG\_IP\_RC18] [SP11] Contrôler la fréquence d'un code modificateur CCAM AMO (EF\_IP10\_01)**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code modificateur CCAM AMO.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM (EF\_IP09\_97) à VRAI.

#### **[RG\_IP\_CC3] [SP11] Contrôler l'Utilisation d'un acte complémentaire CCAM**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir le code acte CCAM de type complémentaire.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM (EF\_IP09\_97) à VRAI.

#### **[RG\_IP\_R43] [SP11] Contrôler le non panachage sur une même dent des paniers de soins pour les prothèses dentaires**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir les deux actes CCAM de panier de soins différents et portant sur la même dent.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF\_IP04\_98) à VRAI, et ce pour chacune des prestations concernées.

## Règles de gestion

### PRESTATIONS HORS CCAM

#### **[RG\_IP\_R12] [SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec une indemnité de déplacement**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir l'indemnité de déplacement.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF\_IP04\_98) à VRAI et ce pour chacune des 2 prestations concernées.

#### **[RG\_IP\_R17bis] [SP11] Contrôler l'Association obligatoire de code prestation**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir la donnée qu'il a saisie, à savoir **l'indemnité de déplacement le code prestation de type « secondaire »**.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF\_IP04\_98) à VRAI, et ce pour chacune des 2 prestations concernées.

#### **[RG\_IP\_R44] [SP11] Contrôler le non panachage des paniers de soins optique entre verres**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de non-respect de cette règle, (cas d'erreur sur ce contrôle) le Professionnel de santé a la possibilité de passer outre et de maintenir les prestations saisies.

Le système de facturation positionne alors l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF\_IP04\_98) à VRAI, et ce pour chacune des prestations concernées.

#### **[RG\_IP\_R44] [CP1][SP11] Présence de 4 verres**

PR			AM	LB	PH	FR	TR
M	CD	SF					

En cas de panachage des verres (3 verres de Classe A / 1 verre de Classe B ou 1 verre de Classe A / 3 verres de Classe B) l'indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation (EF\_IP04\_98) est positionné à VRAI pour chacune des 4 prestations.



## 5 DF\_IP : Domaine d'Information « Informations Prestation »

### 5.1 Modèle de données

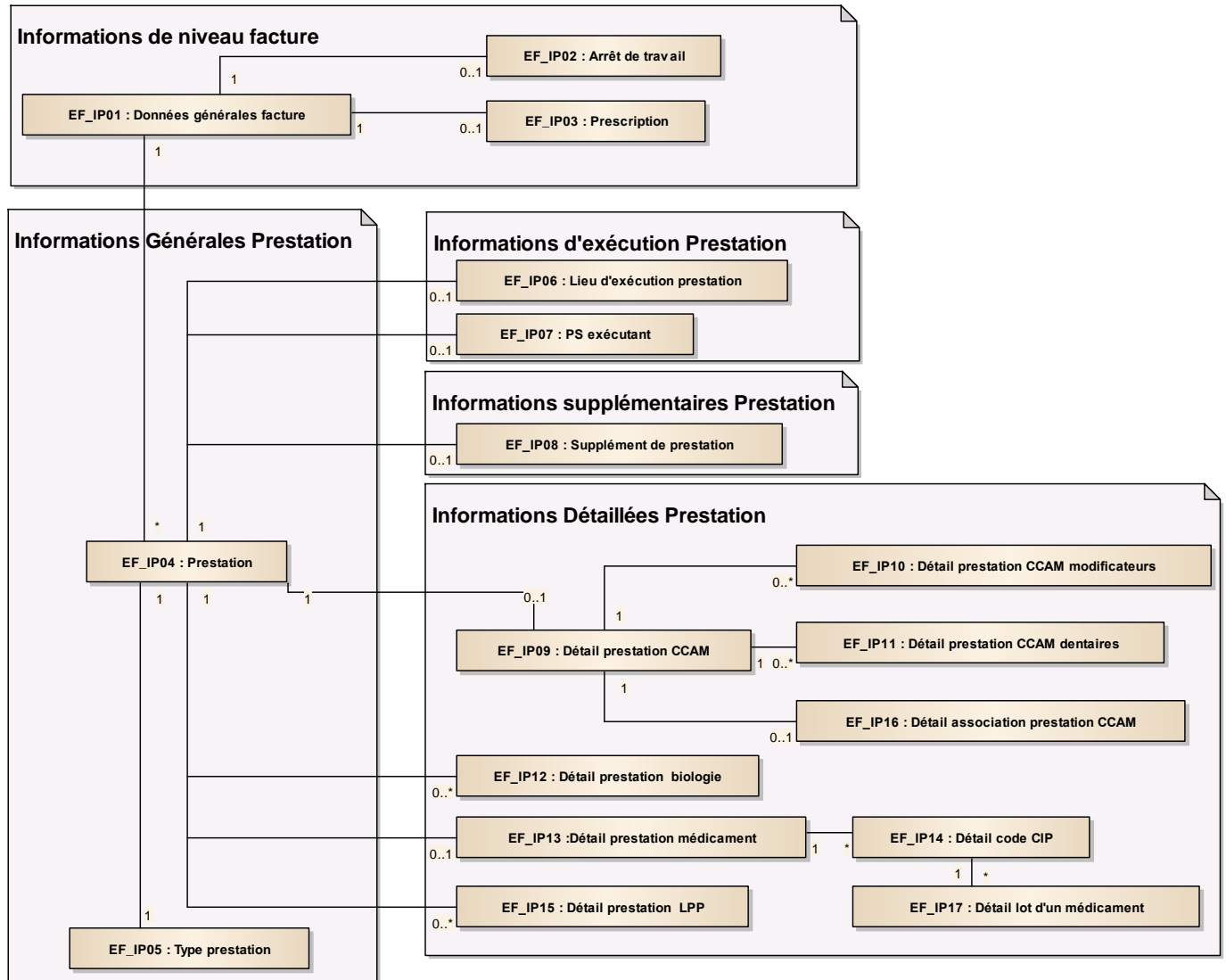


Figure 6 : [DF\_IP] Modèle de données de la fonctionnalité IP « Informations Prestation » : DF\_IP

## 5.2 Liste des données fonctionnelles pour chaque entité

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_IP
EF_IP01	Données générales facture	01	Date de la facture	D	305
		02	Nombre total de prestations de la facture saisies par le PS	N	371
		03	montant total facture des saisies PS	M	372
		09	Code contexte d'anonymisation potentielle	C	373
		10	Top anonymisation de la facture	T	374
EF_IP02	Arrêt de travail	01	Nombre de jours d'Arrêt de Travail	N	312
		02	Date de fin d'Arrêt de Travail	D	313
EF_IP03	Prescription	01	Numéro d'identification de la prescription	N	317
		02	Date de prescription	D	311
		03	Code prescription médecin SNCF	C	310
		04	Numéro d'identification de facturation du prescripteur	N	307
		05	Clé du numéro d'identification de facturation du prescripteur	K	308
		06	Code spécialité du prescripteur	C	309
		07	Numéro RPPS du prescripteur	N	367
		08	Clé du RPPS du prescripteur	K	368
		09	Numéro de la structure du prescripteur	N	369
		10	Code condition d'exercice du prescripteur	C	385
		11	Code origine de la prescription	C	386
EF_IP04	Prestation	01	Code prestation	C	339
		02	Date d'exécution de la prestation	D	338
		03	Coefficient de la prestation	N	341
		04	Quantité de la prestation	N	320
		05	Dénombrement de la prestation	N	337
		06	Montant PS des honoraires de la prestation	M	351
		07	Age du bénéficiaire à la date d'exécution de la prestation	N	366
		08	Contexte tarifaire PS de la prestation	N	R41
		09	Contexte tarifaire BS de la prestation	N	R42
		10	Taux d'abattement des IK des infirmiers	N	R24

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_IP
		11	Contexte COx	T	343
		12	Grille tarifaire de la prestation	N	BC10
		98	Indicateur de forçage de compatibilité avec le code prestation	T	SP11
		99	Indicateur de forçage du code prestation	T	SP11
EF_IP05	Type prestation	01	Type de prestation	C	353
		02	Type de nomenclature de la prestation	C	354
		03	Groupe fonctionnel général	C	355
		04	Groupe fonctionnel détaillé	C	355
		05	Code nécessité de codage affiné	C	356
		06	Origine de la prestation	C	392
		99	Indicateur de forçage de caractéristiques de la prestation	T	SP11
EF_IP06	Lieu d'exécution prestation	01	Code lieu d'exécution de la prestation	C	357
		02	Numéro lieu d'exécution de la prestation	N	358
EF_IP07	PS Exécutant salarié	01	Numéro d'identification de facturation de l'exécutant salarié	N	359
		02	Clé du numéro d'identification de facturation de l'exécutant salarié	K	359
		03	Code spécialité de l'exécutant salarié	C	359
		04	Code zone tarifaire déplacement de l'exécutant salarié	C	359
		05	Code condition exercice de l'exécutant salarié	C	352
		06	Code situation conventionnelle de l'exécutant salarié	C	359
		07	Code caisse de l'exécutant salarié	C	359
		08	Numéro RPPS de l'exécutant salarié	N	359
		09	Clé du RPPS de l'exécutant salarié	K	359
		10	Numéro de la structure de l'exécutant salarié	N	359
		11	Contrat tarifaire de l'exécutant salarié	C	359
EF_IP08		01	Code complément de prestation	C	360

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_IP
	Supplément de prestation	02	Libellé identifiant du réseau soin	L	364
		03	Code discipline de prestation	C	361
		04	Code mode de traitement	C	361
		06	Date d'installation de l'appareil	D	365
		07	Numéro d'identification de l'appareillage	N	361
		08	Libellé puissance de l'appareil	L	361
		09	Libellé zone d'implantation de l'appareil	L	361
		10	Numéro d'ordre de l'examen	N	361
		11	Numéro de dent traitée en NGAP	N	362
		12	Code renouvellement	N	365
EF_IP09	Détail prestation CCAM	01	Code acte CCAM	C	315
		02	Code activité CCAM	C	315
		03	Code phase de traitement CCAM	C	315
		04	Code association CCAM	C	CC1
		05	Code supplément de charge CCAM	C	CC14
		06	Code extension documentaire CCAM	C	318
		07	Code appartenance à une association	C	373
		08	Catégorie médicale de l'acte CCAM	A	323
		94	Indicateur de forçage du code regroupement en base CCAM	T	SP11
		95	Indicateur de forçage du code regroupement	T	SP11
		96	Indicateur de forçage modificateur ou association CCAM	T	SP11
		97	Indicateur de forçage de compatibilité avec l'acte CCAM	T	SP11
		98	Indicateur de forçage phase de traitement	T	SP11
		99	Indicateur de forçage du code acte ou activité CCAM	T	SP11
EF_IP10	Détail prestation CCAM-modificateurs	01	Code modificateur CCAM AMO	C	CC9
		02	Code modificateur CCAM AMC	C	CC13
EF_IP11	Détail prestation CCAM dentaire	01	Numéro de dent traitée en CCAM	N	391

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_IP
EF_IP12	Détail prestation biologie	01	Code affiné prestation biologie	C	319
		02	N° d'ordre d'analyse dans la journée	N	342
EF_IP13	Détail prestation médicament	01	Prix unitaire du conditionnement ou de l'unité	N	324
		02	Quantité de conditionnements ou d'unités	N	325
		03	Indicateur du médicament délivré	C	376
		04	Mode de prescription	C	377
		05	Top déconditionnement	T	378
		06	Nombre de conditionnements en cas de déconditionnement	N	379
		07	Code indicateur de substitution	C	322
		08	Conditions particulières de prise en charge	L	380
EF_IP14	Détail code CIP	01	Type de code CIP	C	375
		02	Code CIP	C	321
EF_IP15	Détail prestation LPP	01	Code détaillé LPP	C	327
		02	Code type de prestation détaillée LPP	C	328
		03	Numéro SIRET pour la prestation détaillée LPP	N	329
		04	Date de début de la prestation détaillée LPP	D	330
		05	Date de fin de la prestation détaillée LPP	D	331
		06	Prix unitaire public LPP détaillée	M	332
		07	Montant du tarif LPP	M	333
		08	Nombre d'unité de la prestation détaillée LPP	N	334
		09	Montant total de la prestation détaillée LPP	M	335
		10	Montant total facturé de la prestation détaillée LPP	M	336
EF_IP16	Détail association de la prestation CCAM	01	Identifiant association CCAM	L	CC1bis
		02	Nature association CCAM	C	CC1bis
EF_IP17	Détail lot d'un médicament	01	N° de lot du conditionnement	N	381
		02	Quantité de conditionnement du lot	N	382
		03	Top Conditionnement déconditionné	T	383

N° EF	Nom EF	N° Donnée	Nom SFG	Format	RG_IP
		04	N° de série du conditionnement délivré	L	384
EF_IP99	Donnée intermédiaire de la prestation	01	Top prestation caractérisée par un code affiné	T	501

## 6 Liste des règles de gestion

<b>IP01</b>	<b>Acquérir et contrôler les informations de niveau facture.....</b>	<b>11</b>
[RG_IP305]	Acquérir la Date de la facture (EF_IP01_01) .....	11
	[CP1] Actes en série ou série d'actes .....	11
[RG_IP307]	Acquérir le Numéro de prescripteur (EF_IP03_04) .....	14
	[CP1] Absence d'ordonnance .....	15
	[CP1][SP10] Facture anonymisée.....	15
	[CP2] Prescripteur remplaçant.....	15
	[CP3] Facturation de Télémédecine .....	16
[RG_IP350]	Contrôler le Numéro de prescripteur (EF_IP03_04).....	16
	[CP1] Facturation de prestations de télémédecine.....	16
	[CP2] Facturation de prestations d'accompagnement à la téléconsultation.....	16
[RG_IP308]	Acquérir la clé du numéro de prescripteur (EF_IP03_05) .....	16
	[CP1] Clé du Numéro de prescripteur fictif .....	16
	[CP2] Prescripteur remplaçant.....	17
	[CP3] Facturation de Télémédecine .....	17
[RG_IP367]	Acquérir le numéro RPPS du prescripteur (EF_IP03_07).....	17
	[CP1] Facturation de Télémédecine .....	17
[RG_IP368]	Acquérir la clé du numéro RPPS du prescripteur (EF_IP03_08) .....	18
	[CP1] Facturation de Télémédecine .....	18
[RG_IP_R6]	Contrôler la clé des numéros de prescripteur (EF_IP03_05) et (EF_IP03_08) .....	18
	[CP1] Présence de lettres dans le numéro .....	18
[RG_IP309]	Acquérir le Code spécialité du prescripteur (EF_IP03_06) .....	19
	[CP1] Facturation de Télémédecine .....	19
[RG_IP310]	Acquérir le Code prescription établie par un médecin SNCF (EF_IP03_03) .....	19
[RG_IP311]	Acquérir la Date de prescription (EF_IP03_02).....	19
	[CP1] Soins dentaires .....	20
	[CP3] Facturation de Télémédecine .....	20
	[SP10] Facture anonymisée.....	20
[RG_IP326]	Contrôler la Date de prescription (EF_IP03_02) .....	20
[RG_IP317]	Acquérir le n° d'Identification de la prescription (EF_IP03_01).....	21
[RG_IP369]	Acquérir le numéro de la structure du prescripteur (EF_IP03_09).....	21
	[CP1] Facturation de Télémédecine .....	21
[RG_IP385]	Acquérir le code condition d'exercice du prescripteur (EF_IP03_10) .....	21
	[CP1] Facturation de Télémédecine .....	21
[RG_IP386]	Acquérir le code origine de la prescription (EF_IP03_11).....	22
[RG_IP502]	Rechercher une donnée à partir du référentiel PS.....	22
[RG_IP504]	Scanner le code à barre de l'ordonnance .....	23
[RG_IP312]	Acquérir le nombre de jours d'Arrêt de Travail (EF_IP02_01) .....	23
[RG_IP313]	Acquérir la Date de fin d'Arrêt de Travail (EF_IP02_02) .....	23
<b>IP02</b>	<b>Acquérir et contrôler une prestation .....</b>	<b>25</b>
[RG_IP393]	Contrôler le code prestation saisi par le PS (EF_IP04_01) .....	27
<b>IP02.01</b>	<b>Acquérir les informations détaillées de la prestation .....</b>	<b>28</b>
[RG_IP_CC9]	Acquérir les codes modificateurs CCAM AMO (EF_IP10_01) .....	29
[RG_IP_CC1]	Acquérir le Code association CCAM (EF_IP09_04).....	29
[RG_IP391]	Acquérir les Numéros de dents traitées en CCAM (EF_IP11_01) .....	30
[RG_IP_CC14]	Acquérir le Code supplément de charges CCAM (EF_IP09_05) .....	30
[RG_IP318]	Acquérir le code extension documentaire (EF_IP09_06).....	31
[RG_IP_CC13]	Déterminer les codes modificateurs CCAM AMC (EF_IP10_02).....	31
[RG_IP342]	Acquérir le numéro d'ordre d'analyse dans la journée (EF_IP12_02) .....	31
[RG_IP375]	Acquérir le type de code CIP (EF_IP14_01) .....	36
[RG_IP322]	Acquérir le code indicateur de substitution (EF_IP13_07) .....	36
	[CP1] Mode de prescription non valide .....	36
[RG_IP324]	Acquérir le PU du conditionnement ou de l'unité (EF_IP13_01).....	36

[CP1]	Refus de substitution d'un médicament princeps par le bénéficiaire des soins du médicament prescrit .....	37
[RG_IP325]	Acquérir la quantité du médicament de conditionnements ou d'unités (EF_IP13_02) .....	37
[RG_IP376]	Acquérir l'indicateur du médicament (EF_IP13_03) .....	38
[RG_IP377]	Acquérir le mode de prescription (EF_IP13_04) .....	38
[RG_IP378]	Acquérir le top déconditionnement (EF_IP13_05) .....	38
[RG_IP379]	Acquérir le nombre de conditionnement en cas de déconditionnement (EF_IP13_06) .....	38
[RG_IP380]	Acquérir les conditions particulières de prise en charge (EF_IP13_08) du médicament .....	38
[RG_IP381]	Acquérir les numéros de lot des conditionnements (EF_IP17_01) .....	39
[RG_IP382]	Acquérir la quantité de conditionnement du lot (EF_IP17_02) .....	39
[RG_IP383]	Acquérir le top conditionnement déconditionné (EF_IP17_03) .....	39
[RG_IP384]	Acquérir le n° de série du conditionnement délivré (EF_IP17_04) .....	39
[RG_IP304]	Changer de tarif LPP .....	40
[RG_IP328]	Acquérir le type de prestation détaillée LPP (EF_IP15_02) .....	40
[RG_IP329]	Acquérir le n° SIRET pour la prestation détaillée LPP (EF_IP15_03) .....	41
[RG_IP330]	Acquérir la date de début de la prestation détaillée LPP (EF_IP15_04) .....	41
[RG_IP331]	Acquérir la date de fin de la prestation détaillée LPP (EF_IP15_05) .....	41
[RG_IP332]	Acquérir le prix unitaire public LPP détaillée (EF_IP15_06) .....	41
[RG_IP333]	Acquérir le montant du tarif LPP (EF_IP15_07) .....	41
[RG_IP334]	Acquérir le nombre d'unité de la prestation détaillée LPP (EF_IP15_08) .....	42
[RG_IP335]	Déterminer le montant total prestation détaillée LPP (EF_IP15_09) .....	42
[RG_IP336]	Acquérir le montant total facturé prestation détaillée LPP (EF_IP15_10) .....	42

## **IP02.02 Contrôler les informations détaillées de la prestation.....43**

[RG_IP_CC12]	Contrôler la présence d'un acte CCAM avec un code regroupement .....	43
[RG_IP_CC8]	Contrôler la Validité du code acte CCAM (EF_IP09_01) .....	43
[RG_IP_RC1]	Contrôler la Compatibilité entre le code acte CCAM (EF_IP09_01) et le code activité CCAM (EF_IP09_02) .....	44
[RG_IP_RC5]	Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01 / EF_IP09_02) et la spécialité de l'exécutant (EF_IP07_03 ou EF_PS03_14) .....	44
[RG_IP_RC9]	Contrôler la Compatibilité entre l'acte CCAM (EF_IP09_01) et le code agrément radio de l'exécutant (EF_PS03_17) .....	44
[RG_IP_RC2]	Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01/EF_IP09_02) et le code phase de traitement (EF_IP09_03) .....	44
[RG_IP_RC13]	Contrôler la Compatibilité des actes dentaires (EF_IP11_01) avec l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF_IP04_07) .....	45
[RG_IP_RC3]	Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01 / EF_IP09_02) et les codes modificateurs CCAM AMO (EF_IP10_01) .....	45
[RG_IP_RC11]	Contrôler la Compatibilité entre la date d'exécution (EF_IP04_02) et le code modificateur férié (EF_IP10_01) .....	45
[RG_IP_RC4]	Contrôler la Compatibilité entre le code modificateur CCAM AMO (EF_IP10_01) et l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF_IP04_07) .....	45
[RG_IP_RC12]	Contrôler la Compatibilité entre codes modificateurs CCAM AMO (EF_IP10_01) .....	46
[RG_IP_RC14]	Contrôler la compatibilité code CCAM (EF_IP09_01) / numéro de dent (EF_IP11_01) .....	46
[RG_IP_CC5]	Contrôler le nombre de dents traitées (EF_IP11) pour une prestation CCAM .....	46
[CP1]	Pas de dents à traiter .....	47
[RG_IP_R32]	Contrôler la date de fin de location : date de fin pour la LPP détaillée (EF_IP15_05) .....	47
[RG_IP347]	Contrôler la cohérence entre le type de code CIP (EF_IP14_01) et la longueur du code CIP (EF_IP14_02) .....	47
[CE1]	Type et longueur de code CIP incompatibles .....	48
[RG_IP_R65]	Contrôler la validité du mode de prescription à la date de prescription .....	48
[CE1]	Le mode de prescription n'existe pas .....	48



[RG_IP_R66]	[CE2] Le mode de prescription n'est pas valide à la date de prescription ....	48
	Contrôler la compatibilité entre le mode de prescription et l'indicateur de substitution.....	48
	[CE1] Mode de prescription et indicateur de substitution incompatibles ou non valorisés .....	48

## **IP02.03 Acquérir les informations générales de la prestation.....49**

[RG_IP341]	Acquérir le coefficient de la prestation (EF_IP04_03) .....	50
	[CP1] Prestations CCAM.....	50
	[CP2] prestations de biologie .....	50
	[CP3] Prestation de déplacement .....	50
	[CP4] Honoraire de Dispensation généré .....	51
[RG_IP320]	Acquérir la quantité de la prestation (EF_IP04_04) .....	51
	[CP1] Prestations CCAM.....	51
	[CP2] Regroupement de prestations.....	51
	[CP3] Cas de la biologie.....	51
	[CP4] Cas d'un déplacement (EF_IP05_03= « Indemnité de Déplacement »).....	51
	[CP5] Honoraire de Dispensation simple .....	51
	[CP6] Honoraire de Dispensation global .....	52
	[CP7] Prestations LPP .....	52
	[CP8] Frais pharmaceutiques hors actes secondaires .....	52
[RG_IP337]	Acquérir le dénombrement de la prestation (EF_IP04_05) .....	52
	[CP1] Prestations CCAM.....	52
	[CP2] Cas de la délivrance de médicaments .....	52
	[CP3] Cas la biologie.....	52
	[CP4] Cas d'un déplacement (EF_IP05_03= « Indemnité de Déplacement »).....	53
	[CP5] Soins effectués par un Auxiliaire-Médical.....	53
	[CP6] Cas de la LPP .....	53
	[CP7] Honoraire de Dispensation généré .....	53
[RG_IP_R24]	Acquérir du taux d'abattement (EF_IP04_10) .....	53
[RG_IP351]	Acquérir le montant PS des honoraires de la prestation (EF_IP04_06) .....	53
	[CP1] Dispositif Médical de la LPP .....	54
	[CP2] Cas d'un déplacement (EF_IP05_03= « Indemnité de Déplacement »).....	54
	[CP3] Prestations gratuites .....	54
	[CP4] Génération automatique SMG (pour prestations remboursables AMO ou non remboursables AMO).....	54
	[CP5] Honoraire de Dispensation généré .....	54
	[CP6] Génération automatique d'un complément AT dentaire .....	55
	[CP8] Génération automatique du supplément APIAS (DAT) .....	55
	[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat.....	55

## **IP02.04 Acquérir les informations supplémentaires de la prestation ....56**

[RG_IP360]	Acquérir le Code Complément de prestation (EF_IP08_01) .....	56
	[CP1] Prestations CCAM.....	56
	[CP2] Regroupement des prestations biologie .....	56
	[CP3] Prestations multiples au cours d'une même séance .....	56
	[CP4] Honoraire de Dispensation généré .....	57
	[CP5] Prestation de type complément AT .....	57
	[CP6] Génération automatique SMG (pour prestations remboursables AMO ou non remboursables AMO).....	57
	[CP7] Génération automatique du supplément APIAS (DAT) .....	57
	[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat.....	57
[RG_IP361]	Acquérir le complément DMT-MT (EF_IP08_03, EF_IP08_04, EF_IP08_06, EF_IP08_07, EF_IP08_08, EF_IP08_09, EF_IP08_10) .....	57
	[CP1] Télémédecine.....	58

	[CP2] Prestations de type secondaire.....	58
[RG_IP362]	Acquérir le Numéro de dent traitée NGAP (EF_IP08_11).....	58
	[CP1] Génération automatique d'un complément AT dentaire .....	58
	[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat.....	59
[RG_IP364]	Acquérir le libellé identifiant réseau soin (EF_IP08_02) .....	59
	[CP1] Honoraire de Dispensation généré .....	59
	[CP2] Prestation de type complément AT .....	59
	[CP4] Prestations de type secondaire.....	59
	[SP18] Dépassement pour Victime d'Attentat.....	59
[RG_IP365]	Acquérir le code renouvellement (EF_IP08_12) .....	59
	[CP1] Délivrance exceptionnelle .....	60
	[CP2] Honoraire de Dispensation généré .....	60
	[CP3] Prestations de type secondaire.....	60

## **IP02.05 Contrôler les informations générales de la prestation .....61**

[RG_IP370]	Contrôler la compatibilité entre la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02) et la date de prescription (EF_IP03_02).....	61
[RG_IP_CC16]	Contrôler la compatibilité entre la date de naissance (EF_BS02_07) et la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02) .....	61
[RG_IP_CC6]	Contrôler la Validité de la lettre-clé (EF_IP04_01) par rapport au codage CCAM.....	62
[RG_IP340]	[RG_IP_CC6] [CE1] Lettre-clé NGAP non valide par rapport au codage CCAM .....	62
	Contrôler la validité du code prestation (EF_IP04_01) dans le système de facturation .....	62
	[CP1] Prestation CCAM .....	63
	[SP06] Interdire les Médicaments à faible service médical rendu (SMR) pour un bénéficiaire de l'AME .....	63
[RG_IP_R11ter]	Interdire certains codes actes avec la situation particulière du bénéficiaire des soins .....	63
[RG_IP_R1]	Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec la spécialité du professionnel de santé exécutant (EF_IP07_03 ou EF_PS03_14).....	63
	[CP1] Prestation CCAM .....	64
[RG_IP_R1bis]	Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec le contexte conventionnel du professionnel de santé exécutant .....	64
[RG_IP_R2]	Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec la qualité du bénéficiaire à la date d'exécution des soins (EF_BS09_02) .....	65
[RG_IP_R2bis]	Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF_IP04_07) .....	65
	[CP1] Prestation CCAM .....	66
[RG_IP_R7]	Contrôler le coefficient (EF_IP04_03) des codes prestations effectués par un prescripteur, un auxiliaire médical ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale .....	66

## **IP02.06 Contrôler les informations supplémentaires de la prestation ...67**

[RG_IP_R14]	Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec la majoration de nuit, dimanche ou jour férié (EF_IP08_01).....	67
	[CP1] Prestation CCAM .....	67
[RG_IP_R15]	Contrôler la validité d'une majoration de dimanche ou de jour férié (EF_IP08_01).....	68
	[CP1] Prestation CCAM .....	68
[RG_IP_R10]	Contrôler l'identification de l'appareillage(EF_IP08_07) .....	68
[RG_IP_R5]	Contrôler la nécessité d'une prescription pour une prestation .....	69

## **IP02.07 Acquérir les caractéristiques de la prestation .....70**

### **IP02.07.01 Acquérir le code affiné de la prestation .....71**

[RG_IP314]	Interdire la Cohabitation d'un code médicament et de la LPP .....	72
[RG_IP387]	Interdire la Cohabitation de codes affinés Biologie et de la CCAM.....	73
[RG_IP388]	Interdire la Cohabitation d'un code médicament et de la CCAM .....	73

[RG_IP389]	Interdire la Cohabitation d'un code médicament et de codes affinés Biologie .....	73
[RG_IP315]	Acquérir le codage de la prestation CCAM : triplet acte/activité/phase (EF_IP09_01, EF_IP09_02, EF_IP09_03) .....	76
[RG_IP323]	Acquérir la catégorie médicale d'un acte CCAM .....	76
[RG_IP_R41]	Déterminer le contexte tarifaire PS de la prestation (EF_IP04_08) .....	76
[RG_IP_R42]	Déterminer le contexte tarifaire BS de la prestation (EF_IP04_09) .....	76
[RG_IP319]	Acquérir la prestation détaillée de biologie (EF_IP12_01) .....	77
[CP1]	Prestation d'anatomo-cyto-pathologie .....	77
[RG_IP321]	Acquérir les codes CIP (EF_IP14_02) .....	78
[CP1]	Médecin propharmacien .....	78
[RG_IP327]	Acquérir le code détaillé LPP (EF_IP15_01) .....	79
[CP1]	Changement de tarif en cours de période .....	80
[RG_IP501]	Déterminer si la prestation est caractérisée par un code affiné (EF_IP99_01) .....	80

## **IP02.07.02 Acquérir le code acte de la prestation .....80**

[RG_IP343]	Acquérir le contexte COx (EF_IP04_11) .....	81
[RG_IP339]	Acquérir le code prestation (EF_IP04_01) .....	82
[CP1]	Prestation de déplacement .....	82
[CP2]	Code affiné CCAM (EF_IP09_01 ; EF_IP09_02): code regroupement.....	82
[CP3]	Prestations de Biologie .....	82
[CP4]	Code affiné Médicament .....	82
[CP5]	Code affiné LPP .....	83
[CP6]	Génération automatique SMG pour prestations remboursables AMO .....	83
[CP7]	Génération automatique SMG pour prestations non remboursables AMO .....	83
[CP8]	Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation simple .....	83
[CP9]	Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation complexe .....	83
[CP10]	Génération automatique d'un complément AT dentaire .....	83
[CP11]	Génération automatique du supplément APIAS (DAT) .....	83
[CP13]	Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation pour médicament remboursable .....	84
[CP14]	Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation lié à l'âge .....	84
[CP15]	Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation pour médicament spécifique .....	84
[CP16]	Consultations Obligatoires Enfant.....	84
[SP18]	Génération automatique d'un dépassement pour Victime d'Attentat.....	85
[RG_IP353]	Déterminer le type de la prestation (EF_IP05_01) .....	85
[RG_IP354]	Déterminer le type de nomenclature de la prestation (EF_IP05_02) .....	85
[RG_IP355]	Déterminer le groupe fonctionnel général (EF_IP05_03) et le groupe fonctionnel détaillé (EF_IP05_04) de la prestation .....	85
[RG_IP356]	Déterminer le code nécessité de codage affiné (EF_IP05_05) de la prestation .....	86
[RG_IP392]	Déterminer l'origine de la prestation (EF_IP05_06) .....	86

## **IP02.08 Acquérir et déterminer les informations d'exécution de la prestation.....87**

[RG_IP338]	Acquérir la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02) .....	88
[CP1]	date d'exécution des soins dentaires .....	89
[CP2]	Génération automatique SMG pour prestations remboursables AMO .....	89
[CP3]	Génération automatique SMG pour prestations non remboursables AMO .....	89
[CP4]	date d'exécution pour la LPP .....	89
[CP5]	Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation simple .....	89
[CP6]	Génération automatique d'un Honoraire de Dispensation global .....	89
[CP7]	Prestation de type complément AT .....	89
[CP8]	Génération automatique du supplément APIAS (DAT) .....	90

	[CP9]	Indemnité de déplacement Génération automatique du supplément APIAS (DAT) .....	90
	[SP18]	Dépassement pour Victime d'Attentat .....	90
[RG_IP348]		Contrôler la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02) .....	90
[RG_IP366]		Déterminer l'âge du bénéficiaire des soins (EF_IP04_07) à la date d'exécution de la prestation (EF_IP04_02) .....	90
	[CP1]	Mois lunaires .....	90
[RG_IP357]		Acquérir le Code lieu d'exécution de la prestation (EF_IP06_01) .....	92
	[CP1]	Génération automatique SMG pour prestations remboursables AMO .....	92
	[CP2]	Génération automatique SMG pour prestations non remboursables AMO .....	92
	[CP3]	Cas des Fournisseurs .....	92
	[CP4]	Honoraire de Dispensation simple .....	92
	[CP5]	Honoraire de Dispensation global .....	92
	[CP6]	Prestation de type complément AT .....	92
	[CP8]	Prestations de type secondaire .....	93
	[CP9]	Génération automatique du supplément APIAS (DAT) .....	93
	[SP18]	Dépassement pour Victime d'Attentat .....	93
[RG_IP358]		Acquérir l'Identifiant du lieu d'exécution (EF_IP06_02) .....	93
	[CP1]	Honoraire de Dispensation généré .....	93
	[CP2]	Prestation de type complément AT .....	93
	[CP4]	Prestations de type secondaire .....	94
	[SP18]	Dépassement pour Victime d'Attentat .....	94
[RG_IP359]		Acquérir les informations du PS exécutant salarié .....	94
	[CP1]	Prestation de type complément AT .....	95
	[CP3]	Prestations de type secondaire .....	95
	[SP18]	Dépassement pour Victime d'Attentat .....	95
[RG_IP352]		Acquérir la condition d'exercice de l'exécutant salarié (EF_IP07_05) .....	95

### **IP03 Déterminer les informations finales des prestations CCAM ..... 96**

[RG_IP_CC1bis]	Déterminer l'appartenance à une association (EF_IP09_07), l'identifiant (EF_IP16_01) et la nature (EF_IP16_02) de cette association pour chaque prestation CCAM .....	98
----------------	---	----

### **IP04 Déterminer les informations communes finales de niveau facture ..... 99**

[RG_IP371]	Déterminer le nombre de prestations de la facture (EF_IP01_02) .....	99
[RG_IP372]	Déterminer le montant total facture des saisies PS (EF_IP01_03) .....	99
[RG_IP373]	Acquérir le code contexte anonymisation potentielle (EF_IP01_09) .....	99
	[CE1] Prestations incohérentes .....	101
[RG_IP374]	Déterminer le top anonymisation de la facture (EF_IP01_10) .....	101
[RG_IP363]	Contrôler les données du Bénéficiaire des Soins en fonction du contexte d'anonymisation .....	103
[RG_IP363]	[SP10] Contrôler les données du Bénéficiaire des Soins en cas de facture anonymisée .....	103

### **IP05 Contrôler la cohérence des prestations ..... 104**

[RG_IP300]	Permettre la cohabitation de prestations de différentes natures sur une même facture .....	106
[RG_IP301]	Permettre la cohabitation de prestations CCAM et non CCAM .....	106
[RG_IP302]	Regrouper des prestations .....	106
	[CP1] Regroupement des prestations biologie .....	107
	[CP2] Actes CCAM .....	107
	[CP3] Règles particulières de présentation concernant certains types d'actes .....	107
	[CP4] Regroupement des prestations LPP .....	109

[RG_IP303]	Ordonnancer des prestations .....	109
[RG_IP306]	Contrôler la Date de la facture (EF_IP01_01) .....	109
	[CP1] Location LPP (EF_IP15) .....	110
[RG_IP_RC15]	Contrôler la compatibilité des prestations CCAM appartenant à une même procédure.....	110
	[CP1] Organes multiples .....	110
[RG_IP_RC17]	Contrôler la compatibilité médicale entre codes actes CCAM .....	110
[RG_IP_RC18]	Contrôler la fréquence d'un code modificateur CCAM AMO (EF_IP10_01) .....	110
[RG_IP_CC3]	Contrôler l'Utilisation d'un acte complémentaire CCAM.....	111
[RG_IP_RC6]	Contrôler la compatibilité des Frais de déplacement .....	111
[RG_IP_RC19]	Contrôler la Compatibilité du forfait dentaire avec le code acte CCAM de l'acte support.....	112
	[SP03.1] Contrôler la Compatibilité du forfait dentaire (au titre de la CMU-C) avec le code acte CCAM de l'acte support .....	112
[RG_IP_R43]	Contrôler le non panachage sur une même dent des paniers de soins pour les prothèses dentaires .....	112
[RG_IP_R11bis]	Contrôler la Compatibilité du forfait dentaire avec l'acte support .....	113
	[SP03.1] Contrôler la Compatibilité du forfait dentaire (au titre de la CMU-C) avec l'acte support .....	113
	[SP03.1][CP1] Prestation CCAM .....	113
[RG_IP_R12]	Contrôler la Compatibilité du code prestation (EF_IP04_01) avec une indemnité de déplacement .....	113
	[CP1] Prestation CCAM .....	114
	[CP2] Spécificité sage-femme.....	114
[RG_IP_R17bis]	Contrôler l'Association obligatoire de code prestation .....	114
	[CP1] Prestation CCAM .....	115
[RG_IP_R19]	Contrôler la présence d'actes incompatibles au regard des codes affinés de biologie (EF_IP12_01) .....	115
[RG_IP_R20]	Contrôler le nombre maximum d'un même code affiné de biologie (EF_IP12_01) .....	115
[RG_IP_R21]	Contrôler le respect des règles spécifiques en matière de codes affinés de biologie (EF_IP12_01) .....	116
[RG_IP_R22]	Contrôler le coefficient facturé (EF_IP04_03) et le cumul des coefficients associés à chaque code affiné de biologie (EF_IP12_01) .....	116
[RG_IP_R23]	Contrôler la justification du complément à la cotation minimale liée aux actes sanguins .....	116
[RG_IP349]	Contrôler les périodes LPP.....	117
[RG_IP_R44]	Contrôler le non panachage des paniers de soins optique entre verres.....	118
	[CP1] Présence de 4 verres .....	118

## **SP11 Forçage ..... 119**

[RG_IP_CC9]	[SP11] Acquérir les codes modificateurs CCAM AMO tarifants (EF_IP10_01) ....	129
[RG_IP_CC1]	[SP11] Acquérir le Code association CCAM (EF_IP09_04) .....	130
[RG_IP_CC5]	[SP11] Contrôler le nombre de dents traitées (EF_IP11_01) pour une prestation CCAM .....	131
[RG_IP_CC8]	[SP11] Contrôler la Validité du code acte CCAM (EF_IP09_01) .....	132
[RG_IP_RC1]	[SP11] Contrôler la Compatibilité entre le code acte CCAM (EF_IP09_01) et le code activité CCAM (EF_IP09_02).....	134
[RG_IP_RC5]	[SP11] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01 / EF_IP09_02) et la spécialité de l'exécutant (EF_IP07_03 ou EF_PS03_14) .....	135
[RG_IP_RC2]	[SP11] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01/EF_IP09_02) et le code phase de traitement CCAM (EF_IP09_03) .....	136
[RG_IP_RC3]	[SP11] Contrôler la Compatibilité entre le couple code acte CCAM / code activité CCAM (EF_IP09_01 / EF_IP09_02) et les codes modificateurs CCAM AMO (EF_IP10_01) .....	137
[RG_IP_RC4]	[SP11] Contrôler la Compatibilité entre le code modificateur CCAM AMO (EF_IP10_01) et l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF_IP04_07)...	137



[RG_IP_RC12]	[SP11] Contrôler la Compatibilité entre codes modificateurs CCAM AMO (EF_IP10_01) .....	137
[RG_IP_RC14]	[SP11] Contrôler la compatibilité code CCAM (EF_IP09_01) / numéro de dent (EF_IP11_01) .....	137
[RG_IP340]	[SP11] Contrôler la validité du code prestation .....	138
[RG_IP_R1]	[SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec la spécialité du professionnel de santé .....	138
[RG_IP_R1bis]	[SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec le contexte conventionnel du PS exécutant .....	138
[RG_IP_R2]	[SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec la qualité du bénéficiaire à la date d'exécution des soins .....	138
[RG_IP_R2bis]	[SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec l'âge du bénéficiaire à la date de la prestation (EF_IP04_07).....	138
[RG_IP_R7]	[SP11] Contrôler le coefficient (EF_IP04_03) des codes prestations effectués par un prescripteur, un auxiliaire médical ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale .....	139
[RG_IP_R14]	[SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec la majoration de nuit, dimanche ou jour férié .....	140
[RG_IP_R5]	[SP11] Contrôler la nécessité d'une prescription pour une prestation .....	140
[RG_IP339][CP2]	[SP11] Code affiné CCAM (EF_IP09_01 ;EF_IP09_02): code regroupement.....	141
[RG_IP353]	[SP11] Déterminer le type de la prestation (EF_IP05_01) .....	141
[RG_IP354]	[SP11] Déterminer le type de nomenclature de la prestation (EF_IP05_02) .....	141
[RG_IP355]	[SP11] Déterminer le groupe fonctionnel de la prestation (EF_IP05_03 et EF_IP05_04).....	142
[RG_IP356]	[SP11] Déterminer le code nécessité de codage affiné de la prestation (EF_IP05_05) .....	142
[RG_IP_RC18]	[SP11] Contrôler la fréquence d'un code modificateur CCAM AMO (EF_IP10_01) .....	143
[RG_IP_CC3]	[SP11] Contrôler l'Utilisation d'un acte complémentaire CCAM.....	143
[RG_IP_R43]	[SP11] Contrôler le non panachage sur une même dent des paniers de soins pour les prothèses dentaires .....	143
[RG_IP_R12]	[SP11] Contrôler la Compatibilité du code prestation avec une indemnité de déplacement .....	144
[RG_IP_R17bis]	[SP11] Contrôler l'Association obligatoire de code prestation .....	144
[RG_IP_R44]	[SP11] Contrôler le non panachage des paniers de soins optique entre verres ...	144
[RG_IP_R44]	[CP1][SP11] Présence de 4 verres .....	144