

<b>FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC</b>	Auteur Ref.	CLRC 00/0510
<b>DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES</b>	Version	5.0
<i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Date	06/08/2009
	Ch/Page	1
	Compati bilité	B2-juin 2005-D





## **ANNEXE 1 au cahier des charges relatif à la dématérialisation des factures entre Cliniques Privées et AMC**

### **DEFINITION DE LA NORME DRE-CP**

**Format d'échanges électroniques « Santé » entre  
Etablissement de soins et Organismes Complémentaires**

**Demandes de Remboursement Electroniques  
Cliniques Privées  
Hôpitaux du service public hospitalier**

**Version d'octobre 2006 – révision 5.0  
Cette version sera appliquée aux seules cliniques privées**

- 
-  Contexte du cahier des charges
  -  Présentation générale
  -  Echange des demandes de remboursement
  -  Règles de gestion et de codification

<b>FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC</b>  <b>DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES</b>  <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	2
Compati- bilité	B2-juin 2005-D	

## SOMMAIRE

<b>1.</b>	<b><u>CONTEXTE DE LA DEFINITION DE LA NORME DRE-CP</u></b>	<b>6</b>
<b>2.</b>	<b><u>PRESENTATION GENERALE</u></b>	<b>3</b>
2.1	LES ACTEURS	4
2.1.1	Environnement des établissements de soins	4
2.1.1.1	Les Etablissements de Soins (ETS)	4
2.1.1.2	Trésor public	4
2.1.1.3	Les Organismes Concentrateurs Techniques des établissements de soins (OCT ETS)	4
2.1.2	Environnement des organismes d'assurance maladie complémentaire	4
2.1.2.1	Les Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (Org.AMC)	4
2.1.2.2	Les Centres techniques des organismes d'assurance maladie complémentaire (OCT AMC)	5
2.1.2.3	Les mandataires ou opérateurs de règlement	5
2.1.2.4	Les opérateurs de Tiers-payant	5
2.1.3	Les Adhérents/assurés	5
2.2	CHAMP D'APPLICATION DE LA STRUCTURE D'ECHANGES	6
2.2.1	Objectifs	6
2.2.2	Principes	6
2.2.3	Conventions et Accords organisationnels entre les parties	8
2.2.4	Contraintes	8
2.2.5	Evolutions	8
<b>3.</b>	<b><u>ECHANGE DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT</u></b>	<b>9</b>
3.1	DEFINITION DES ECHANGES DE DEMANDES DE REMBOURSEMENT (DRE)	10
3.2	FORMAT D'ECHANGES DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT	11
3.2.1	Principes fondamentaux	11
3.2.2	Structuration des unités d'échanges	12
3.2.2.1	Demande de remboursement (DRE)	12
3.2.2.2	Lot	15
3.2.2.3	Fichier	17
3.3	MODALITES DE TELETRANSMISSION	20
3.3.1	Réseaux et protocoles de télétransmission	20
3.3.2	Principes liés à la télétransmission	20
3.4	CONDITIONS DE GENERATION DE DRE ET SYNCHRONISATION DRE/FSE	21
3.4.1	Génération d'une DRE « initiale »	21
3.4.2	Situations de DRE sans FSE correspondante	21
3.4.3	Annulation de DRE et DRE rectificative	21
3.4.4	Règles de base de synchronisation	22
3.5	FORMAT DES ENREGISTREMENTS DE DEMANDES DE REMBOURSEMENT	23

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES	Version	5.0
	Date	06/08/2009
<i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Ch/Page	3
	Compatibilité	B2-juin 2005-D

**4. ANNEXE DES REGLES DE CODIFICATION 70**

4.1	Type de partenaires – Emetteurs et destinataires des échanges	71
4.2	Numéro de lot	73
4.3	Numéro d'organisme d'assurance maladie complémentaire + clé	74
4.4	Numéro de demande de remboursement	76
4.5	Zones réservées AMC	77
4.6	Adressage des fichiers de DRE	80
4.7	Contexte conventionnel AMC	81
4.8	Numéro opérateur de règlement	82
4.9	Codes prestations spécifiques aux organismes complémentaires	83
4.10	Motif d'annulation ou de rectification d'une DRE	84
4.11	Modalités de constitution d'une DRE-CP en fonction du statut de l'établissement émetteur et du contexte de dispensation des prestations facturées	85

<b>FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC</b>  <b>DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES</b> <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	4
	Compati- bilité	B2-juin 2005-D

## GLOSSAIRE – ABREVIATIONS UTILISEES

### ABREVIATION SIGNIFICATION/ DEFINITION

AMC	Assurance Maladie Complémentaire
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
CETIP	Centre de traitements de demandes de remboursement de professionnels de santé et/ou d'établissement de santé pour le compte d'organismes d'assurance maladie complémentaire partenaires de SP SANTE / SANTE PHARMA.
Cliniques privées	Etablissements de santé privés relevant des d) et e) de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale
CP	Code norme s'appliquant aux Cliniques Privées et hôpitaux du service public hospitalier.
CS	Code norme s'appliquant aux Centres de Soins
CT	Code norme s'appliquant aux Centres Thermaux
CTIP	Centre Technique des Institutions de Prévoyance
DRE AMC	Demande de Remboursement Electronique Assurance Maladie Complémentaire
DARVA	Réseau de télétransmission assimilé à un centre de traitement technique qui collecte des informations entre professionnels de santé et/ou établissement de soins, mutuelles d'assurance et régimes d'assurance maladie obligatoire.
EDISANTE	Association pour le développement et la promotion de messages EDI dans le domaine de la Santé.
ER	Code norme s'appliquant aux prescripteurs
ETS	Etablissement de soins
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif
FFSA	Fédération Française des Sociétés d'Assurances
FHP	Fédération de l'Hospitalisation Privée
FNMF	Fédération Nationale de la Mutualité Française
FSE	Feuille de Soins Electronique
GEMA	Groupement des entreprises mutuelles d'assurances
Hôpitaux du service public	Etablissements publics de santé (hôpitaux publics) et établissements de santé privés à but non lucratifs (dont les PSPH) relevant des a) b) et c) de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale.
HTP	Hors Tiers-Payant
IF	Code norme s'appliquant aux infirmiers
LB	Code norme s'appliquant aux laboratoires
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MK	Code norme s'appliquant aux masseurs kinésithérapeutes
Modules SSV	Modules Services Sesam Vitale

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

<b>FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC</b>  <b>DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES</b> <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	5
	Compatibilité	B2-juin 2005-D

**ABREVIATION SIGNIFICATION/ DEFINITION**

NOE	Réseau de la Mutualité Française, assimilé à un centre de traitement technique, qui permet de collecter des informations entre professionnels de santé et/ou établissement de soins et mutuelles
Org.AMC	Organisme d'assurance maladie Complémentaire (institution de prévoyance, mutuelle, société d'assurances, mutuelle d'assurances, ou délégataire de gestion pour le compte d'un porteur de risque)
OCT AMC	Organisme Concentrateur Technique des organismes d'assurance maladie complémentaire
OCT ETS	Organisme Concentrateur Technique des établissements de soins
OCT PS	Organisme Concentrateur Technique des professionnels de santé
OO	Code norme s'appliquant aux orthophonistes
OY	Code norme s'appliquant aux orthoptistes
PE	Code norme s'appliquant aux pédicures
PH	Code norme s'appliquant aux pharmaciens et fournisseurs
PS	Professionnel de Santé
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
RO	Régime Obligatoire
SIH	Système d'Information Hospitalier
SANTE PHARMA	Association proposant un système de communication entre professionnels et établissements de santé d'une part et les organismes complémentaires assureurs et leurs adhérents/assurés d'autre part.
T2A	Tarifification à l'activité
TA	Code norme s'appliquant aux transports sanitaires et taxis
TAA	Tarifification à l'activité
TP	Tiers-Payant
TMF	Ticket modérateur forfaitaire

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

<b>FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC</b>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
<b>DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES</b>	Date	06/08/2009
<i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Ch/Page	6
	Compati bilité	B2-juin 2005-D

## **1. CONTEXTE DE LA DEFINITION DE LA NORME DRE-CP**

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC  DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	7
	Compati bilité	B2-juin 2005-D

Réalisé sous l'égide du Comité de Liaison des Régimes Complémentaires, cette présente norme définit le format d'échanges électroniques relatifs aux demandes de remboursement, faisant l'objet ou non de procédure Tiers Payant, à mettre en œuvre entre les établissements de soins (Cliniques privées et hôpitaux du service public) et les Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (Assurances - Institutions de prévoyance - Mutuelles).

Ce format d'échanges est compatible avec la norme d'échanges B2 mise en œuvre par les régimes obligatoires : elle contient les mêmes enregistrements que la B2 mais complétée par des enregistrements propres aux AMC. Ainsi, ce format est en capacité d'évoluer au même rythme que la B2 pour suivre la réglementation.

Ce document, approuvé par les instances représentatives des organismes d'assurance maladie complémentaire, doit se situer dans le respect de la législation en vigueur.

Une présentation générale de la portée de ce format et de son contexte d'utilisation figure dans le chapitre 2.

Le chapitre 3 présente les structures d'échange des demandes de remboursement.

Les règles de gestion et de codification des organismes d'assurance maladie complémentaire sont décrites dans le chapitre 4.

*Les définitions de la DRE hors CP et la DRE CP font l'objet de deux documents séparés. Néanmoins l'objectif est de les rassembler à terme en un document unique. Ces deux documents restent cohérents et évoluent ensemble.*

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC  DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	3
Compati bilité	B2-juin 2005-D	

## 2. PRESENTATION GENERALE

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC  DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	4
Compatibilité	B2-juin 2005-D	

## 2.1 LES ACTEURS

### 2.1.1 Environnement des établissements de soins

#### 2.1.1.1 Les Etablissements de Soins (ETS)

Les structures de soins concernées sont les suivantes :

- Les cliniques privées (art. L.162-22-6 d) et e) CSS)
- Les hôpitaux du service public (Hôpitaux publics et PSPH- art. L.162-22-6 a) b) et c) CSS).

Ces structures établissent des factures pour :

- la ou les quotes-parts des prestations de séjour et de soins, éventuellement des actes dispensés au cours de ces séjours,
- la ou les quotes-parts des actes dispensés en soins externes

#### 2.1.1.2 Trésor public

Il assure le recouvrement des sommes facturées par les Hôpitaux publics (hors PSPH).

#### 2.1.1.3 Les Organismes Concentrateurs Techniques des établissements de soins (OCT ETS)

Ces organismes, centres de traitements techniques, se chargent d'assurer, pour le compte de certains établissements de soins, la télétransmission des différents échanges avec les organismes d'assurance maladie (obligatoire et/ou complémentaire)

**La présente version de norme DRE CP n'est applicable qu'aux cliniques privées et ne concerne pas les hôpitaux du service public, lesquels réaliseront leurs échanges en DRE 2007. La norme DRE CP évolue pour assurer aux établissements une cohérence de version lorsque les normes B2 de leurs échanges avec les AMO évoluent.**

### 2.1.2 Environnement des organismes d'assurance maladie complémentaire

#### 2.1.2.1 Les Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (Org.AMC)

Il s'agit de l'ensemble des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC	Auteur Ref.	CLRC 00/0510
DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES	Version	5.0
COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES	Date	06/08/2009
	Ch/Page	5
	Compatibilité	B2-juin 2005-D

Ce sont des organismes qui servent les prestations venant en complément des prestations de base des organismes d'assurance maladie obligatoire. Ils peuvent agir en tant que porteurs de risque, au sens de la Loi 89-1009 du 31 décembre 1989 - dite Loi EVIN -, ou en tant que délégataires de gestion (association de prévoyance, courtier d'assurance, agent d'assurance, ...).

Ces organismes assurent le remboursement ou le règlement des prestations d'assurance maladie pour la part complémentaire, voire la part obligatoire selon habilitation, à l'adhérent/assuré et/ou à l'ETS.

#### 2.1.2.2 Les Centres techniques des organismes d'assurance maladie complémentaire (OCT AMC)

Ces centres de traitements techniques se chargent d'assurer, pour le compte de certains organismes d'assurance maladie complémentaire, la télétransmission des différents échanges avec les ETS.

Exemples : réseaux communautaires tels que NOE, ...

#### 2.1.2.3 Les mandataires ou opérateurs de règlement

Les organismes d'assurance maladie complémentaire peuvent utiliser les services de mandataires (opérateurs de règlement) pour certaines applications ou services.

Exemple : CETIP pour l'application SP SANTE / SANTE-PHARMA.

#### 2.1.2.4 Les opérateurs de Tiers-payant

Les organismes d'assurance maladie complémentaires peuvent utiliser les services d'opérateurs de tiers-payant pour certaines applications ou services. Ceux-ci se comportent comme une AMC : ils sont identifiés par un n° d'AMC, et prennent en charge les fonction de réception et de paiement des flux.

Exemple : Viamedis, Actil,...

### 2.1.3 Les Adhérents/assurés

Les adhérents/assurés ou bénéficiaires d'adhérents/assurés représentent la population couverte par un organisme d'assurance maladie complémentaire.

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC  DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	6
Compatibilité	B2-juin 2005-D	

## 2.2 CHAMP D'APPLICATION DE LA STRUCTURE D'ECHANGES

### 2.2.1 Objectifs

Ce document, relatif à la dématérialisation des factures entre les ETS et les AMC, se positionne dans le cadre de l'acquisition des données utiles aux organismes d'assurance maladie complémentaire afin d'assurer la liquidation des prestations.

Son périmètre est :

- La dématérialisation des échanges entre les ETS (cliniques privées et hôpitaux du service public) et les AMC au travers des circuits de facturation et de règlement,
- La facturation des séjours et des soins externes.

Le circuit des prises en charge fera l'objet d'une étude globale pour définir une norme de dématérialisation des demandes, des accords et refus de prises en charge. Un document spécifique traitera alors de ce dispositif.

### 2.2.2 Principes

Le présent document repose sur les principes suivants :

- ↗ L'acquisition des données source médico-administratives nécessaires au règlement d'une demande de remboursement,
- ↗ L'identification du service associé (Tiers-Payant sur la part complémentaire, Hors Tiers-Payant sur la part complémentaire),
- ↗ L'acheminement direct des informations aux organismes d'assurance maladie complémentaire,
- ↗ Une cohésion technique et une définition commune de leur besoin, à partir des normes déjà utilisées dans le cadre des échanges de factures dématérialisées avec les organismes RO :
  - Pour les demandes de remboursement électroniques, la compatibilité de la norme DRE-CP avec la norme d'échanges **B2 version « B2 06-2005-B IRIS Inter régimes »** mise en œuvre par les régimes obligatoires, est assurée : elle contient les mêmes enregistrements que la B2 mais complété par des enregistrements propres aux AMC. Ainsi, ce format est en capacité d'évoluer au même rythme que la B2 pour suivre la réglementation.
  - Pour les informations de liquidation (rejets, paiements, signalements), la norme utilisée est basée sur un format de type Noémie et plus précisément sur la Norme RSP Noémie référence 580, format unique et commun AMO-AMC dans le cadre des échanges de facturation SESAM-Vitale.

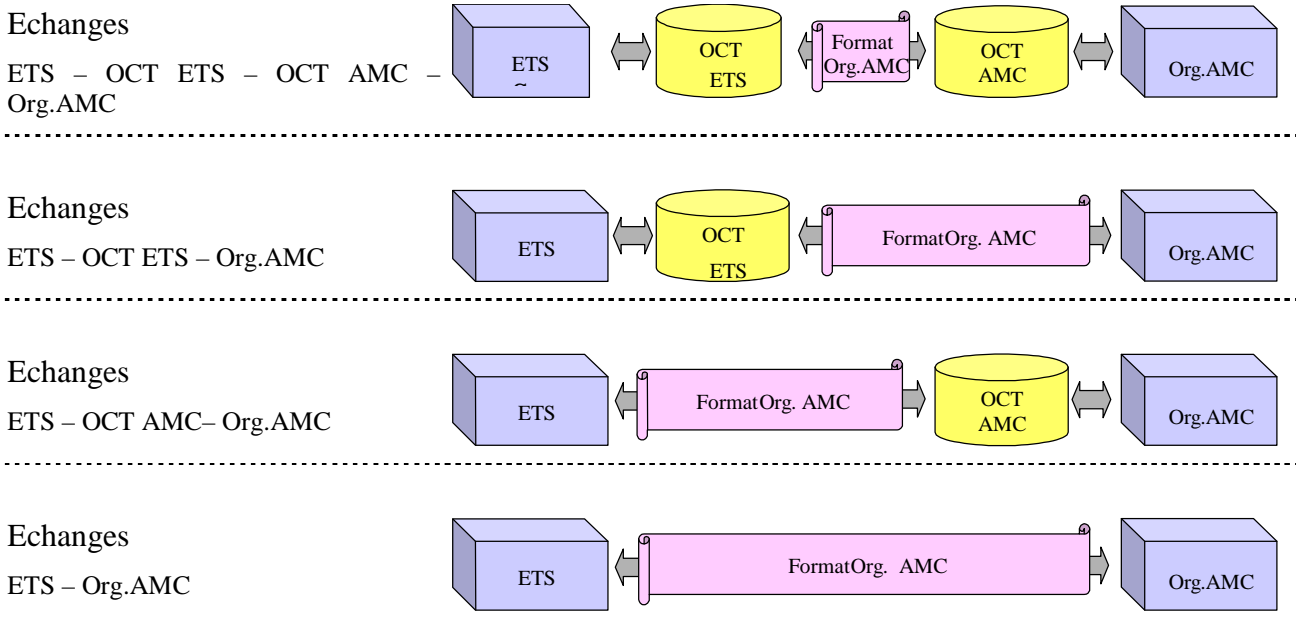
Le format couvre les échanges entre l'environnement «établissements de soins» et l'environnement «organisme d'assurance maladie complémentaire». Afin d'assurer un bon fonctionnement dans les différentes architectures possibles, les logiciels de gestions administratives des établissements de

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

<b>FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC</b>  DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	7
	Compati- bilité	B2-juin 2005-D

soins intégrant ce cahier des charges doivent tenir compte des organisations potentielles de la sphère ETS.

Ce qui peut s'illustrer de la manière suivante, selon les principaux circuits :



FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC  DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	8
Compatibilité	B2-juin 2005-D	

### **2.2.3 Conventions et Accords organisationnels entre les parties**

Des accords préalablement conclus entre un ETS ou un groupe d'ETS et un ou des organismes d'assurance maladie complémentaire fixent les règles techniques d'échanges en matière de télétransmission.

Ces accords peuvent conduire à une utilisation réduite des fonctionnalités définies dans le format d'échanges sans pour autant remettre en cause la composition des envois et la structure des échanges.

Exemple : un accord entre un ETS ou un groupe d'ETS et un organisme d'assurance maladie complémentaire ou un groupe d'organismes d'assurance maladie complémentaire peut limiter les échanges en télétransmission aux demandes de remboursement faisant l'objet de procédure tiers-payant.

### **2.2.4 Contraintes**

Le format retenu correspond aux standards du domaine Santé. Lorsqu'il n'existait pas de standard, le format défini est le plus proche possible des formats déjà utilisés.

Lorsque des adaptations ont été nécessaires sur les standards retenus, ces aménagements ont tenu compte des principes suivants :

- ↪ Indépendance par rapport aux évolutions possibles de la norme choisie,
- ↪ Inter-opérabilité des systèmes d'information des partenaires,
- ↪ Respect des besoins exprimés par les ETS et les professionnels de santé exerçant dans ces établissements.

### **2.2.5 Evolutions**

Dans la mesure du possible, l'intégration de nouveaux besoins se fera en assurant la compatibilité ascendante entre les différentes versions des formats d'échange.

Pour ce faire :

- le déplacement de rubriques existantes est évité,
- l'utilisation des emplacements disponibles est favorisée,
- enfin, en cas d'espace insuffisant, de nouveaux types d'enregistrement sont créés.

Conformément à la réglementation, les organismes d'assurance maladie complémentaire intervenant uniquement sur la part complémentaire ne reçoivent pas les informations concernant la codification affinée des actes et (ou) des prestations. Toutefois, les types d'enregistrements correspondants sont intégrés dans le cahier des charges pour assurer la cohérence de la norme DRE-CP avec la norme B2 dans laquelle ces types figurent et permettre la communication de ces informations aux complémentaires, si cela s'avérait possible à l'avenir.

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS - AMC

DEMANDES DE REMBOURSEMENT  
ELECTRONIQUES  
*COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES*

Auteur	CLRC
Ref.	00/0510
Version	5.0
Date	06/08/2009
Ch/Page	9
Compati bilité	B2-juin 2005-D

### **3. ECHANGE DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT**

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC  DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	10
	Compati bilité	B2-juin 2005-D

### **3.1 DEFINITION DES ECHANGES DE DEMANDES DE REMBOURSEMENT (DRE)**

Le présent cahier des charges définit les échanges dans le sens établissements de soins vers organisme d'assurance maladie complémentaire, tout en respectant les accords organisationnels et (ou) conventionnels conclus entre partenaires. Ces échanges peuvent concerner :

- ↳ Les demandes de remboursement de prestations de santé et de prestations spécifiques AMC, faisant l'objet du service Tiers-Payant, émises par un ETS à destination d'un organisme d'assurance maladie complémentaire débiteur. Ces demandes concernent un adhérent/assuré ou bénéficiaire d'adhérent/assuré n'ayant pas fait l'avance de frais de santé sur la part complémentaire.
- ↳ Les demandes de remboursement de prestations de santé Hors Tiers-Payant émises par un ETS pour le compte de son client à destination d'un organisme d'assurance maladie complémentaire débiteur. Ces demandes de remboursements de prestations de santé concernent un adhérent/assuré ou bénéficiaire d'adhérent/assuré ayant fait l'avance de frais de santé sur la part complémentaire.

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC  DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	11
	Compati bilité	B2-juin 2005-D

## 3.2 FORMAT D'ECHANGES DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

### 3.2.1 Principes fondamentaux

Pour ne pas interférer avec les mises à jour futures de « B2 IRIS inter régimes » et répondre aux besoins des différents acteurs, les principes d'adaptation suivants ont été retenus :

- ↪ Toute évolution de la norme « B2 IRIS inter régimes » sera étudiée afin de mesurer l'intérêt ou non de la répercuter dans le format d'échanges à destination des organismes d'assurance maladie complémentaire ;
- ↪ Pour intégrer les besoins des organismes d'assurance maladie complémentaire en données supplémentaires, de nouveaux types d'enregistrements (réservés à l'usage exclusif des organismes d'assurance maladie complémentaire) pourraient y être introduits ;
- ↪ Pour intégrer le transport des prestations spécifiques aux organismes d'assurance maladie complémentaire (chambre particulière, ...) des codes prestations sont introduits dans la norme DRE-CP ;
- ↪ Pour enrichir la codification de certains champs, de nouvelles listes (par création de nouvelles annexes) ont été créées. En conséquence, une même information aura un contenu distinct selon qu'elle se rapporte à l'un ou l'autre des cahiers des charges « B2 IRIS inter régimes » ou « DRE AMC » ;
- ↪ Pour le transport des informations spécifiques aux organismes d'assurance maladie complémentaire, on utilise des zones réservées AMC ;
- ↪ Enfin, certaines consignes de saisie ont été précisées ou ajoutées.

Les échanges de demandes de remboursement respectent les principes suivants :

- ↪ La mise en œuvre des échanges électroniques repose sur des dispositions traitées conventionnellement entre un organisme d'assurance maladie complémentaire et un établissement de soins ou leurs représentants respectifs,
- ↪ Conformément à la réglementation, les organismes d'assurance maladie complémentaire intervenant uniquement sur la part complémentaire, ne reçoivent pas l'identification détaillée des prestations (article 161-29 du Code de la Sécurité Sociale). Toutefois, les types d'enregistrement correspondants sont intégrés dans le cahier des charges pour permettre la communication de ces informations, si cela s'avérait possible ou nécessaire et pour des raisons de cohérence avec la norme B2. Pour l'heure les zones destinées à véhiculer ces informations détaillées sont renseignées avec des valeurs non significatives.

### 3.2.2 Structuration des unités d'échanges

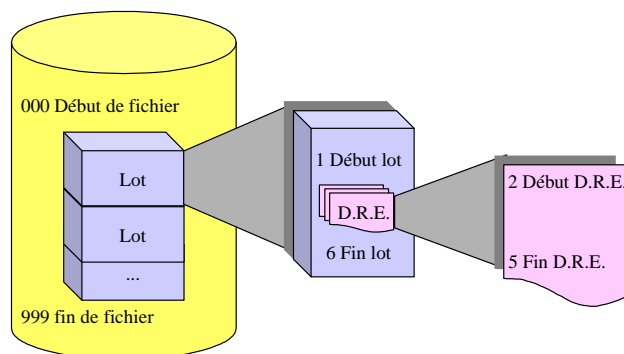
Le format d'échanges de ce cahier des charges reprend la même logique de structuration des échanges que la « B2 IRIS inter régimes », à savoir :

Un fichier est constitué,

de un ou plusieurs lot(s) regroupant,

une ou plusieurs demande(s) de remboursement,

chaque entité étant bornée par des types d'enregistrement spécifiques (000,1, 2..., 5,6,999).



#### 3.2.2.1 Demande de remboursement (DRE)

##### 3.2.2.1.1 Définition

Une demande de remboursement est bornée par un type d'enregistrement de type 2 en début de demande de remboursement et un enregistrement de type 5 en fin de demande de remboursement.

Elle concerne un organisme d'assurance maladie complémentaire débiteur, un établissement de soins, un bénéficiaire des soins dispensés et facturés, une hospitalisation donnée.

Une demande de remboursement peut comporter jusqu'à 999 enregistrements de type 3 et 4 quel que soit le complément de type.

### 3.2.2.1.2 Types d'enregistrement de niveau demande de remboursement

Une demande de remboursement « DRE CP » est composée de quatre parties (en-tête, ligne, détail de ligne et fin de demande de remboursement) matérialisées par les types d'enregistrements suivants.

Les enregistrements indiqués « en gras » correspondent aux enregistrements propres aux AMC. Les autres enregistrements sont déjà présents dans la norme B2.

TYPE	PRESENCE	CONTENU
2CP	O	DEBUT DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT - unique par demande de remboursement. Identification de l'assuré et du bénéficiaire. Informations concernant l'ensemble de la demande de remboursement.  Une demande de remboursement regroupe au maximum 999 lignes de DRE.  Le type 2 prend le complément de type « A » lorsqu'un type 2S, 2B, 2C, 2M ou 2P est présent.
2S (CP)	F	DEBUT DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT (suite) – unique par demande de remboursement  Informations supplémentaires de niveau demande de remboursement (2 versions : 1 pour la norme CP d'une part et 1 pour toutes normes sauf CP d'autre part)
2B	F	DEBUT D'ADRESSE DE L'ASSURE - (assurés hors région) - renseigné uniquement pour les assurés recevant des soins dans un établissement situé hors de sa région de résidence
2C	F	FIN D'ADRESSE DE L'ASSURE - (assurés hors région) - renseigné uniquement pour les assurés recevant des soins dans un établissement situé hors de sa région de résidence
2M	O	DEBUT DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT (suite) – unique par demande de remboursement  Informations supplémentaires relatives aux organismes d'assurance maladie complémentaire dans le cadre de SESAM VITALE
2P	O	DEBUT DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT (suite) – unique par demande de remboursement  Informations supplémentaires relatives aux organismes d'assurance maladie complémentaire et opérateur de règlement
<b>2T</b>	<b>F</b>	<b>DEBUT DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT (suite) – unique par demande de remboursement</b>  <b>Informations supplémentaires relatives aux coordonnées bancaires de l'établissement de soins</b>
3CP	F	LIGNE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT - Prestations hospitalières de structures et de soins, produits de la LPP, spécialités pharmaceutiques facturables. Une ligne par prestation facturée.
3S (CP)	F	LIGNE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT prestations hospitalières (suite) – permet de véhiculer des informations supplémentaires de niveau ligne.
3E	F	LIGNE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT prestations hospitalières (suite) – permet de véhiculer des informations supplémentaires de niveau ligne, notamment les nouvelles identifications des PS et des structures.
3F	C	COMPLEMENT LIGNE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT  Identification des produits et prestations de la LPP (ex-TIPS)
3H	C	COMPLEMENT DE LIGNE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT PRESTATIONS HOSPITALIERES  Identification des produits pharmaceutiques
4CP	F	LIGNE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT - actes de diagnostic ou thérapeutiques facturables

TYPE	PRESENCE	CONTENU
4S (CP)	F	LIGNE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT actes thérapeutiques et de diagnostique (suite)
4E	F	LIGNE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT actes thérapeutiques et de diagnostique (suite) permet de véhiculer des informations supplémentaires de niveau ligne, notamment les nouvelles identifications des PS et des structures.
4B	C	COMPLEMENT LIGNE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR LES ACTES DE BIOLOGIE Détail des actes de biologie codifiés NABM
4D	C	COMPLEMENT LIGNE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DENTAIRE Détail des actes dentaires (actes dentaires codifiés sous NGAP)
4H	C	COMPLEMENT LIGNE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT Détail des produits pharmaceutiques
4M	C	COMPLEMENT LIGNE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT CODIFICATION CCAM Détail des actes codifiés CCAM
5CP	O	FIN DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT – unique par demande de remboursement. Totalisation de la demande de remboursement.
5T	F	<b>COMPLEMENT DE FIN DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT</b> <b>Informations relatives au règlement des prestations dues aux tiers non émetteurs de la DRE. Règlement des prestations portées sur les enregistrements de type 4CP pour les prestations exécutées :</b> ➤ Par des PS en profession libérale (zone T4S-9 = « L ») – 1 par PS, Dans le cadre d'un échange de plateau technique.
5U	F	<b>COMPLEMENT DE FIN DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT</b> <b>Informations relatives au règlement des prestations dues aux tiers non émetteurs de la DRE sur un compte mandataire. Règlement des prestations portées sur les enregistrements de type 4CP pour les prestations exécutées par des PS en profession libérale (zone T4S-9 = « L ») et type de règlement mandataire (zone T5T-14 = « M ») – il existe un enregistrement 5U par mandataire,</b>

<b>FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC</b>  <b>DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES</b> <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	15
	Compati- bilité	B2-juin 2005-D

### 3.2.2.1.3 Règles de constitution des demandes de remboursement

La constitution d'une demande de remboursement dépend :

- ↳ d'une part des conditions particulières de la convention régissant les échanges entre un établissement de soins et un organisme d'assurance maladie complémentaire (ou leurs représentants),
- ↳ d'autre part, du contexte de dispensation des prestations (séjours hospitaliers ou soins externes) et du statut de l'établissement de soins ayant dispensé les prestations facturées.

Les modalités de constitution d'une demande de remboursement en fonction :

- du statut de l'établissement (Hôpital Public, PSPH, clinique privée),
- du contexte de dispensation des prestations facturées (séjours hospitaliers, soins externes)

sont précisées dans l'annexe 11.

### 3.2.2.2 Lot

#### 3.2.2.2.1 Définition

Un lot est borné par un enregistrement de type 1 en début et de type 6 en fin.

Le lot regroupe un ensemble de 1 à n demandes de remboursement pour un couple unique constitué d'un et un seul établissement de soins et un et un seul organisme d'assurance maladie complémentaire débiteur.

#### 3.2.2.2.2 Types d'enregistrement de niveau lot

TYPES	PRESENCE	CONTENU
1	O	DEBUT DE LOT - unique par lot. Identification d'un établissement de soins ou d'un OCT ETS Un lot regroupe un maximum de 999 demandes de remboursement, 9.999 lignes d'actes.
1V	F	Complément de début de lot Coordonnées de l'établissement de santé émetteur des DRE transmises dans le lot
1W	F	Complément de début de lot Coordonnées de l'établissement de santé émetteur des DRE transmises dans le lot
6	O	FIN DE LOT- unique par lot. Totalisation du lot.

Les types d'enregistrement 'A' et 'B' sont réservés pour une utilisation dédiée à SESAM Vitale.

Dans le cadre de la norme DRE-CP, il est préconisé que les coordonnées postales de l'établissement de soins soient transmises au niveau du lot et non au niveau de la DRE. En conséquence, le type 1

<b>FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC</b>  <b>DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES</b> <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	16
	Compatibilité	B2-juin 2005-D

« début de lot » pourra être complété et suivi des enregistrements avec les compléments de type V et W. Lorsqu'un enregistrement de type 1V est présent, il est obligatoirement suivi d'un enregistrement de type 1W.

### 3.2.2.2.3 Règles de constitution des lots

Les critères fonctionnels et techniques suivants sont utilisés pour la rupture en lots d'un fichier :

	Origine de l'information au niveau de la DRE	
Etablissement de facturation	N° identification de l'établissement de soins	DRE- T2CP-2
Opérateur de règlement	N° identification d'opérateur de règlement ou N° identification d'organisme d'assurance maladie complémentaire	DRE-T2P-8
Type de service AMC (pour code application 99)	Type de service AMC	
Unité monétaire	Critère associé à la DRE	
Application	Code application DRE	DRE-T2M-21
Type de message DRE (réel, démonstration, test)	Type de flux	
Mode de sécurisation DRE	Critère associé à la DRE	
Version de norme DRE (version et numéro)	Critère associé à la DRE	
Type de facture	Type de facture (DRE)	
Code routage	Code routage DRE	DRE-T2M-17
Identifiant hôte	Identifiant hôte DRE	DRE-T2M-18
Domaine adresse	Domaine adresse AMC	DRE-T2M-19
Code norme	Critère associé à la DRE	

De plus, un lot est limité, du fait des contraintes suivantes liées à la longueur des zones

- T6-3, à 999 demandes de remboursement,
- T6-4, à 9 999 lignes actes de types 3 et 4 quel que soit le complément de type.

Si le nombre de demandes de remboursement, répondant aux critères logiques de rupture de lot, est supérieur à 999, un nouveau lot est généré avec un numéro de lot incrémenté de 1, sera constitué des demandes de remboursement de la 1000<sup>ème</sup> à la dernière limitée à la 1998<sup>ème</sup> et ainsi de suite.

Si le nombre d'enregistrements de type 3 et 4 est supérieur à 9 999, un nouveau lot, avec un nouveau numéro de lot, sera constitué avec les factures complémentaires, la première d'entre-elle sera la facture comportant le 10 000<sup>ème</sup> enregistrement – La facture dans sa globalité sera la première facture du nouveau lot.

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS - AMC

DEMANDES DE REMBOURSEMENT  
ELECTRONIQUES

COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES

Auteur	CLRC
Ref.	00/0510
Version	5.0
Date	06/08/2009
Ch/Page	17
Compatibilité	B2-juin 2005-D

### 3.2.2.3 Fichier

#### 3.2.2.3.1 Définition

Un fichier est borné par un enregistrement de type 000 en début et de type 999 en fin.

A ce niveau, on identifie l'émetteur et le destinataire physique du fichier sur la partie d'échange couverte par la norme.

Les différents scénarios d'échanges sont rappelés ci-après.

Scénario	Emetteur	Destinataire
Echanges ETS – OCT ETS – OCT AMC – Org.AMC	OCT ETS	OCT AMC
Echanges ETS – OCT ETS – Org.AMC	OCT ETS	Org.AMC
Echanges ETS – OCT AMC – Org.AMC	ETS	OCT AMC
Echanges ETS – Org.AMC	ETS	Org.AMC

#### 3.2.2.3.2 Types d'enregistrement de niveau fichier

TYPES	PRESENCE	CONTENU
000	O	DEDUT DE FICHER - unique par destinataire physique. Début de l'envoi. Un fichier regroupe un maximum de 999 lots. Il contient au maximum 99.999.999 enregistrements (début et fin de fichier inclus).
999	O	FIN DE FICHER - unique par destinataire physique. Totalisation de l'envoi

#### 3.2.2.3.3 Enchaînement des enregistrements

Proposition de tableau :

Type	Itération	Présence	Commentaire
000		O	Début fichier logique
Début Lot	1	O	1 par lot
1V		F	1 par lot
1W		F	1 par lot, obligatoire si il existe un enregistrement 1V.
2		O	1 par facture
2S		F	1 par facture
2B		F	1 par facture
Début facture	2C	C	1 par facture Obligatoire si 2B est présent
2M		O	1 par facture
2P		O	1 par facture
2T		F	1 par facture
Facturation du séjour	3 n fois	O	1 par ligne de facture : Actes remboursables à l'établissement (prestations hospitalières)
	3S 0 à 1 fois	C	facultatif sauf si les informations qu'il contient sont obligatoires ou s'il est suivi d'un type 3F
	3E 0 à 1 fois	F	

		0 à 10			
		3F fois	C		obligatoire si codification des articles de la LPP facturables en sus des GHS
	3	n fois	O		1 par ligne de facture : codification des médicaments facultatif sauf si les informations qu'il contient sont obligatoires ou s'il est suivi d'un type 3H
Facturation des médicaments en sus du séjour		3S 0 à 1 fois	C		
		3E 0 à 1 fois	F		
		0 à 10			obligatoire si codification des médicaments facturables en sus des GHS
	4	3H fois	C		1 par ligne d'acte facultatif sauf si les informations qu'il contient sont obligatoires ou s'il est suivi d'un type 4B
		n fois	O		
Facturation des honoraires (exception codage)		4S 0 à 1 fois	C		
		4E 0 à 1 fois	F		
		0 à 10			obligatoire si codage des actes de biologie et d'anatomocythopathologie
	4	4B fois	C		1 par ligne d'acte facultatif sauf si les informations qu'il contient sont obligatoires ou s'il est suivi d'un type 4D
		n fois	O		
Facturation des actes des PS		4S 0 à 1 fois	C		
		4E 0 à 1 fois	F		
		0 à 10			obligatoire pour les soins dentaires
	4	4D fois	C		1 par ligne de facturation de médicaments rétrocedés facultatif sauf si les informations qu'il contient sont obligatoires ou s'il est suivi d'un type 4H
		n fois	O		
Facturation des médicaments rétrocedés		4S 0 à 1 fois	C		
		4E 0 à 1 fois	F		
		0 à 10			obligatoire si codification des médicaments rétrocedés
	4	4H fois	C		1 par ligne d'acte facultatif sauf si les informations qu'il contient sont obligatoires ou s'il est suivi d'un type 4M
		n fois	O		
Facturation des actes en CCAM		4S 0 à 1 fois	C		
		4E 0 à 1 fois	F		
		0 à 10			obligatoire si codage des actes médicaux (CCAM)
	5	4M fois	C		
			O		
	5T	0 à n fois	F		
Fin facture	5U	0 à n fois	F		1 par facture
Fin Lot 6			O		1 par facture
999			O		Fin fichier logique

### 3.2.2.3.4 Règles de constitution des fichiers

Un fichier est constitué de lots de DRE, respectant la même norme d'échanges, qui doivent être transmis au même destinataire physique.

Un fichier, pour un destinataire physique, est constitué à partir des informations suivantes :

	Origine de l'information
Identification du destinataire AMC (type et numéro destinataire)	Identifiant obtenu par construction automatique, Cf. 4.1 conformément aux règles d'adressage des fichiers
Application	Critère associé au lot
Norme CP	Code norme des établissements de soins de facturation DRE-T1-13
Version de norme DRE	Version de la norme d'échanges utilisée DRE-T1-15

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS - AMC

DEMANDES DE REMBOURSEMENT  
ELECTRONIQUES  
*COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES*

Auteur	CLRC
Ref.	00/0510
Version	5.0
Date	06/08/2009
Ch/Page	19
Compatibilité	B2-juin 2005-D

Code routage DRE	Critère associé au lot	Cf. 4.6
Nom hôte	Critère associé au lot	Cf. 4.6
Nom domaine AMC	Critère associé au lot	Cf. 4.6
Type de facture	Code type de facture (DRE)	DRE-T6-12
Type de flux	Critère associé au lot (Réel, Test, Démonstration)	

### 3.3 MODALITES DE TELETRANSMISSION

#### 3.3.1 Réseaux et protocoles de télétransmission

Les établissements de soins transmettent les documents électroniques vers les différents destinataires complémentaires via un réseau de messagerie basé sur les protocoles TCP/IP.

Les règles suivantes s'appliquent aux messages SMTP (respect des formats SMTP et MIME):

- Un message SMTP contient un seul « fichier DRE » tel que généré par le progiciel de l'établissement de santé
- Le champ expéditeur (« From ») contient l'adresse électronique de l'établissement de santé émetteur du message SMTP
- Le champ destinataire (« To ») contient l'adresse électronique de l'organisme récepteur du message SMTP
- La confidentialité des données est assurée par un chiffrement de transport (cf. dossier technique)

#### 3.3.2 Principes liés à la télétransmission

Deux principes accompagnent la télétransmission de DRE aux organismes d'assurance maladie complémentaire :

- Dans la mesure du possible, télétransmettre de manière simultanée les FSE et les DRE ;
- Dans le cas où les DRE télétransmises donnent lieu parallèlement à l'édition et à la remise à l'assuré d'un bordereau de facturation papier, faire figurer une mention spécifique sur ce bordereau papier (cf cahier des charges Chapitre 3)

### 3.4 CONDITIONS DE GENERATION DE DRE ET SYNCHRONISATION DRE/FSE

Les conditions suscitées concernent les conditions de génération d'une DRE au niveau de l'établissement de soins.

#### 3.4.1 Génération d'une DRE « initiale »

Un ETS peut générer une DRE « initiale » si toutes les conditions suivantes sont réunies :

- **L'assuré donne son accord de transmission de document électronique à destination des organismes d'assurance maladie complémentaire**

*La présentation du support AMC (contenant les références nécessaires aux échanges avec l'AMC) à l'établissement de soins constitue, de fait, un accord de l'assuré*

- **L'établissement de soins accepte de générer un document électronique à destination des organismes d'assurance maladie complémentaire**

*Le progiciel doit pouvoir paramétrer la possibilité ou non d'émettre des DRE*

- **L'établissement de soins peut utiliser un service d'éclatement d'un OCT ETS**

*Le progiciel doit pouvoir paramétrer l'existence ou non de l'utilisation par l'établissement d'un service d'éclatement d'un OCT ETS*

- **Il existe au moins un acte non remboursable AMO ou un acte non remboursé dans sa totalité par l'AMO dans la « facture » établie par l'ETS**

*La vérification du respect de cette condition se fait au travers du « qualificatif de la dépense », du « taux applicable à la prestation », de la différence entre le « montant des honoraires » et le « montant remboursable par l'AMO », du « code prestation » pour les actes hors nomenclature et les prestations spécifiques complémentaires.*

*La DRE doit être constituée de l'ensemble des prestations de soins et de structure, de l'ensemble des honoraires facturés, des produits de la LPP et spécialités pharmaceutiques facturables.*

#### 3.4.2 Situations de DRE sans FSE correspondante

Les différentes situations identifiées de génération de DRE sans FSE correspondante sont les suivantes (Cf. annexe 4.5):

- Annulation d'une DRE par l'établissement de soins
- Rectification d'une DRE par l'établissement de soins (annulation de la DRE initiale et confection d'une DRE rectificative)
- Recyclage de DRE seule
- Tous les actes de la « facture » établie par l'établissement de soins sont non remboursables AMO et ne donnent pas lieu à la nécessité d'une FSE.

#### 3.4.3 Annulation de DRE et DRE rectificative

L'annulation d'une DRE et la rectification de DRE (Cf. annexe 4.5) sont deux opérations réalisées par l'établissement de soins, indépendamment de la présence ou non d'un OCT ETS.

<b>FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC</b>  <b>DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES</b> <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	22
	Compatibilité	B2-juin 2005-D

La génération d'un document « annulation de DRE » ou « DRE rectificative » est conditionnée à l'existence d'une facture initiale (dont le numéro est rappelé dans le nouveau document) et que ces modes de fonctionnement soient prévus dans les accords conventionnels.

#### **3.4.4 Règles de base de synchronisation**

La synchronisation des deux documents FSE et DRE au niveau de l'établissement de soins s'appuie sur les deux concepts majeurs suivants :

- **Les deux documents sont établis sur la base de la même « facture »**
- **Les règles de cohérence entre les deux documents sont respectées.**

*Si les deux documents, FSE et DRE, sont mis en forme par l'ETS, la FSE doit respecter les règles suivantes.*

Enregistrement	Type B2	Traitements et remarques
Ligne de facture	3,4	« montant OC » à zéro
Début de facture	2CP et 2M	« type de contrat » à zéro « N° OC » initialisé en clair (contenu non chiffré) uniquement si l'indicateur de traitement AMC le permet « numéro adhérent » à blanc « indicateur d'éclatement », position 46 du type 2 à 'E' ou 'F' positions 37 à 71 du type 2M initialisées en clair (contenu non chiffré) uniquement si l'indicateur de traitement AMC le permet positions 72 à 128 du type 2M à blanc
Fin de facture	5	zones réservées 42-57 et 90-93 à blanc
*	*	numéro de FSE identique au numéro de DRE

### 3.5 FORMAT DES ENREGISTREMENTS DE DEMANDES DE REMBOURSEMENT

#### Règles de présentation

Les différentes zones de la norme suivent les principes suivants de dénomination.

Dénomination	Principes
RUF	Zone Réservée à Usage Futur
Zone réservée	Dans une volonté d'interopérabilité avec la norme B2 IRIS des régimes obligatoires, cette zone est réservée dans la norme « DRE AMC » compte tenu de son utilisation dans la norme B2 IRIS.
Zone disponible	Zone disponible

Elles se présentent sous deux formats :

A	Alphanumérique Sauf mention particulière, majuscules et non accentuées, sans caractères spéciaux (apostrophes, virgules, tirets, guillemets,...) et cadrés à gauche. Toutes les zones disponibles alphanumériques doivent être servies à blanc. Les zones renseignées partiellement sont cadrées à gauche et complétées par des blancs.
N	Numérique Cadrés à droite et complétés par des zéros à gauche. Les zones numériques ne doivent pas être laissées à blanc. Elles doivent être complétées par des zéros.

La valorisation des différentes zones de la norme peut avoir différentes origines. Les règles de présentation de cette valorisation se trouvent ci-dessous.

Présentation	Règle de valorisation
valeur	La zone prend la valeur fixe mentionnée
RO	La zone prend la valeur de la facture électronique correspondante à destination des organismes d'assurance maladie obligatoire. Ses règles de valorisation suivent les principes définis par les organismes d'assurance maladie obligatoire.
Cf. annexe <i>nmn</i>	La zone prend sa valeur selon les règles définies par les organismes d'assurance maladie complémentaire. Ces règles et listes de valeurs possibles sont précisées dans le chapitre « annexe des règles de codification ».
Cf. norme-type-rang	La zone prend la valeur de la zone mentionnée en « norme, type, rang » (exemple DRE-T2-1, pour rubrique rang 1 de la structure T2 de la norme « DRE AMC »)
Selon accord	La valorisation de la zone est définie dans le cadre de l'accord régissant les échanges entre les ETS et l'organisme d'assurance maladie complémentaire.
PRES	Présence d'une valeur dans le champ. O = Obligatoire, F = Facultative, C = Conditionnelle
' '	A blanc

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC	Auteur	CLRC
DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES	Ref.	00/0510
<i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	24
	Compati bilité	B2-juin 2005-D

### **Format des Dates**

Dans la DRE-CP, le format des dates dans les différents types d'enregistrements seront sous le format :

**AAMMJJ**

Format homogène avec celui utilisé dans la norme B2-CP.

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS - AMC

DEMANDES DE REMBOURSEMENT  
ELECTRONIQUES  
COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES

Auteur Ref.	CLRC 00/0510
Version	5.0
Date	06/08/2009
Ch/Page	25
Compatibilité	B2-juin 2005-D

DRE AMC - TYPE 000			TOUTES NORMES			
Début de fichier logique						
Permet d'identifier l'émetteur, le destinataire, le fichier, et de transmettre éventuellement un message						
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION
			A	N		
T0-1	Type d'enregistrement	1-3		3	O	Code du type d'enregistrement 000
T0-2	Type de partenaire émetteur	4-5	2		O	Code du type d'émetteur du fichier Cf. annexe 4.1
T0-3	Numéro d'émetteur	6-19	14		O	Numéro du point d'émission du fichier. Sa valeur est fonction du type d'émetteur et du scénario d'échanges. Cf. annexe 4.1
T0-4	Zone disponible	20-25	6		O	' '
T0-5	Type de partenaire destinataire	26-27	2		O	Code du type de destinataire du fichier Cf. annexe 4.1
T0-6	Numéro de destinataire	28-41	14		O	Numéro du point de réception du fichier. Sa valeur est fonction du type de destinataire et du scénario d'échanges. Cf. annexe 4.1
T0-7	Zone réservée	42-47	6		O	Renseignée par le frontal de flux SESAM-Vitale : Date de réception du flux RO
T0-8	Application	48-49	2		O	Code nature d'application (la structure de la zone réservée de fin de facture est en partie fonction de la valeur de ce code) fonction du support présenté et de la version de logiciel PS utilisée. 98 = structure existante B2R-98 99 = nouvelle structure
T0-9	Identification du fichier	50-55	6		O	Nom du fichier attribué par l'émetteur, sans caractères spéciaux et différent d'un fichier à un autre
T0-10	Date de création du fichier	56-61		6	O	Date de création du fichier sous la forme « AAMMJJ »
T0-11	Code norme	62-63	2		O	Code norme des lots du fichier Cf. DRE-T1-13
T0-12	Zone réservée	64-65	2		O	' '
T0-13	Version de norme	66-67	2		O	DR
T0-14	Zone disponible	68-69	2		O	' '
T0-15	Zone réservée	70-72	3		O	Renseignée par le frontal de flux SESAM-Vitale FSV
T0-16	Zone disponible	73-82	10		O	' '
T0-17	Longueur d'enregistrement	83-85		3	O	128
T0-18	Zone disponible	86-91	6		O	' '
T0-19	Zone message	92-128	37		F	Zone de communication qui permet à l'expéditeur de communiquer un message (sans caractères spéciaux)

DRE AMC – TYPE 1			TOUTES NORMES				
<b>Début de lot</b>							
<b>Regroupe l'ensemble des demandes de remboursement transmises par un établissement de santé à un organisme d'assurance maladie complémentaire</b>							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T1-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	1
T1-2	N° établissement + clé	02-10		9	O	Numéro national d'identification de l'établissement de soins ayant constitué le lot Valeur : N° FINESS	Cf. DRE
T1-3	Origine du fichier	11-16	6		F		' ' lorsque le lot est constitué par l'établissement de soins N° OCT lorsque le lot est constitué au niveau d'un OCT ETS
T1-4	N° organisme destinataire	17-19		3	O	N° d'organisme destinataire de lot de facture	RO
T1-5	Numéro de lot	20-22	3		O	Le lot caractérise un ensemble de demandes de remboursement regroupées selon les critères précités	Cf. annexe 4.2
T1-6	Catégorie	23-25	3		C	Code catégorie attribué par la CRAM pour les établissements, centres de santé et centres thermaux.	RO
T1-7	Statut juridique	26-27	2		C	Statut juridique attribué par la CRAM pour les établissements, centres de santé et centres thermaux.	RO
T1-8	Mode de fixation des tarifs	28-29	2		C	Mode de fixation des tarifs attribué par la CRAM pour les établissements, centres de santé et centres thermaux.	RO
T1-9	Nom ou raison sociale de l'établissement de soins	30-69	40		O	Nom ou raison sociale de l'établissement de soins.	RO
T1-10	Version de norme	70-71	2		O		DR
T1-11	Date de création du lot	72-77		6	O	Date de création du lot sous la forme « AAMMJJ ».	
T1-12	Indice de l'addenda	78	1		F		' ' pour la version de base 'D' pour cet addenda
T1-13	Code norme	79-80	2		O		RO

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS - AMC

DEMANDES DE REMBOURSEMENT  
ELECTRONIQUES  
COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES

Auteur	CLRC
Ref.	00/0510
Version	5.0
Date	06/08/2009
Ch/Page	27
Compatibilité	B2-juin 2005-D

T1-14	Top certification du lot	81	1		O		' ' : non sécurisé, non chiffré S : sécurisé CPS et Vitale F : sécurisé CPS en nominal D : sécurisé CPS en mode dégradé Z : valeur réservée
T1-15	Numéro de version de norme	82-87		6	O		200610
T1-16	Unité monétaire	88	1		O	Indique l'unité monétaire utilisée pour les demandes de remboursement composant le lot.	'U'
T1-17	Grand régime de la caisse pivot	89-90	2		F		' '
T1-18	N° de la caisse pivot	91-93	3		F		' '
T1-19	Indication de dispositif Caisse Centralisatrice des Paiements	94	1		F		' '
T1-20	Zone disponible	95-128	34		O		' '

DRE AMC – TYPE 1V			NORME CP			
<b>Complément de début de lot</b>						
<b>Coordonnées de l'établissement de santé émetteur des DRE transmises dans le lot</b>						
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION
			A	N		
T1V-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement '1'
T1V-2	N° FINESS de l'établissement	02-10		9	O	Cf. DRE-T2cp-2
T1V-3	Origine du fichier	11-16	6		F	' ' lorsque le lot est constitué par l'établissement de soins N° OCT lorsque le lot est constitué au niveau d'un OCT ETS
T1V-4	N° organisme destinataire	17-19		3	O	N° d'organisme destinataire de lot de facture RO
T1V-5	Numéro de lot	20-22	3		O	Le lot caractérise un ensemble de demandes de remboursement regroupées selon les critères précités Cf. annexe 4.2
T1V-6	Catégorie	23-25	3		C	Code catégorie attribué par la CRAM pour les établissements, centres de santé et centres thermaux. RO
T1V-7	Statut juridique	26-27	2		C	Statut juridique attribué par la CRAM pour les établissements, centres de santé et centres thermaux. RO
T1V-8	Zone disponible	28- 38	11		O	' '
T1V-9	Complément de type	39	1		O	'V'
T1V-10	Désignation de l'établissement de santé	40-79	40		O	Nom de l'établissement de soins qui émet la DRE
T1V-11	N° de voie	80 – 83		4	F	
T1V-12	Complément de N° de voie	84	1		F	
T1V-13	Type de voie	85-88	4		F	Codification de La Poste
T1V-14	Libellé de voie	89-113	25		F	
T1V-15	Zone disponible	114-127	15		O	' '
T1V-16	Complément de type 1	128	1		0	'V'

DRE AMC – TYPE 1W			NORME CP				
Complément de début de lot							
Compléments des coordonnées de l'établissement de santé émetteur des DRE transmises dans le lot							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T1W-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	'1'
T1W-2	N° FINESS de l'établissement	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T1W-3	Origine du fichier	11-16	6		F		' ' lorsque le lot est constitué par l'établissement de soins N° OCT lorsque le lot est constitué au niveau d'un OCT ETS
T1W-4	N° organisme destinataire	17-19		3	O	N° d'organisme destinataire de lot de facture	RO
T1W-5	Numéro de lot	20-22	3		O	Le lot caractérise un ensemble de demandes de remboursement regroupées selon les critères précités	Cf. annexe 4.2
T1W-6	Catégorie	23-25	3		C	Code catégorie attribué par la CRAM pour les établissements, centres de santé et centres thermaux.	RO
T1W-7	Statut juridique	26-27	2		C	Statut juridique attribué par la CRAM pour les établissements, centres de santé et centres thermaux.	RO
T1W-8	Zone disponible	28- 38	11		O		' '
T1W-9	Complément de type	39	1		O		'W'
T1W-10	Complément adresse	40-64	25		F		
T1W-11	Commune	645- 89	25		O	Commune de l'adresse de l'établissement de soins	
T1W-12	Code Postal	90 - 94		5	O		
T1W-13	Zone disponible	95-127	34		O		' '
T1W-14	Complément de type 1	128	1		O		'W'

NORMES CP							
DRE AMC - TYPE 2CP							
Début de demande de remboursement - 1 fois en entête de chaque facture							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T2cp-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code type d'enregistrement	2
T2cp-2	N° FINESS ETS + Clé	02-10		9	O	Numéro FINESS Géographique de l'établissement où le bénéficiaire des soins a reçu des soins	
T2cp-3	Zone disponible	11	1				
T2cp-4	N° matricule assuré	12-24	13		O	NIR du bénéficiaire des soins, ou à défaut, NIR de l'ouvrant droit	Présent sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge
T2cp-5	Clé matricule assuré	25-26		2	O		RO
T2cp-6	Rang du bénéficiaire autre que le RG	27-29		3	C	Information fournie par le support de droits RO hors régime général.	RO
T2cp-7	N° demande de remboursement	30-38		9	O	Numéro de facture attribué par l'ETS, identifiant la demande de remboursement  Pour les cliniques privées : Même N° pour les factures AMO, AMC et patient → clé facture différente (T2P-17)	Cf. annexe 4.4
T2cp-8	Code nature opération FSE correspondante	39		1	C	Zone renseignée lorsqu'il existe une FSE correspondante à la DRE	RO
T2cp-9	N° d'entrée	40-48		9	O	N° attribué par l'établissement.  Sert à regrouper les factures devant être rejetées simultanément : Lorsqu'une facture d'un même n° d'entrée est rejetée, l'ensemble des factures portant ce n° doit être rejeté dès lors qu'elles font partie du même lot.	
T2cp-10	Code grand régime	49-50		2	O		RO
T2cp-11	N° caisse gestionnaire	51-53		3	O		RO
T2cp-12	Code Centre gestionnaire	54-57		4	O		RO
T2cp-13	Nature de la pièce Justificative des droits	58		1	O	Nature de la pièce justificative des droits AMO	RO
T2cp-14	Date de la prise en charge RO	59-64		6	C	Date de prise en charge, sous la forme AAMMJJ, dans le cas d'existence de prise en charge	RO
T2cp-15	Date de validité carte assuré social	65-70		6	C	Date, sous la forme AAMMJJ, de validité du support de droits régime obligatoire, si le support est présenté.	RO
T2cp-16	Code organisme RO gestionnaire des droits	71-73		3	F	Code organisme RO ayant délivré le support de droits (ou prise en charge).	RO Caisse gestionnaire RO idem T2cp-11

NORMES CP							
DRE AMC - TYPE 2CP							
Début de demande de remboursement - 1 fois en entête de chaque facture							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T2cp-17	Régime de prestation de l'assuré	74-76		3	C	Information fournie par la prise en charge émise par le RO.	RO ou 0
T2cp-18	Nature d'assurance	77-78		2	O	Maladie, maternité, AT, MP, Alsace Moselle	RO
T2cp-19	Justification d'exonération ou de modulation du ticket modérateur	79	1		C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL sinon blanc	' '
T2cp-20	Date d'hospitalisation	80-85		6	O	Date de début de l'hospitalisation quel que soit l'établissement (exemple : en cas de transfert : date d'entrée dans le 1 <sup>er</sup> établissement)	
T2cp-21	N° accident du travail ou date d'accident de droit commun	86-94		9	F	Référence du sinistre	RO
T2cp-22	Top éclatement des flux par l'établissement	95	1		F	Valeur « F » : éclatement du flux à la source par l'établissement. A blanc : pas d'éclatement à la source	' '
T2cp-23	Date de naissance du bénéficiaire	96-101		6	O	Sous la forme AAMMJJ	RO
T2cp-24	Rang de naissance pour le RG	102		1	C		RO
T2cp-25	Date d'entrée	103-108		6	O	Date d'entrée du patient dans l'établissement qui présente la demande de remboursement	
T2cp-26	Date de sortie	109-114		6	O	Indique la date limite de facturation. Elle correspond soit à la date de sortie soit à la date du dernier jour facturé en cas de facturation partielle.	
T2cp-27	Heure de sortie	115-116		2	O	Sous la forme HH	
T2cp-28	Type contrat	117-118		2	F		RO
T2cp-29	N° d'organisme d'assurance maladie complémentaire + clé	119-128	10		O	Numéro et clé de l'organisme d'assurance maladie complémentaire tel que présenté par le support de droits de l'adhérent/assuré ou de la prise en charge	Cf. annexe 4.3

L'enregistrement de type 2CP est toujours le premier enregistrement d'une facture destinée à une AMC. Il peut être suivi des enregistrements de type 2S, puis 2C, 2B, 2M, 2P, 2T.

DRE AMC - TYPE 2S				NORME CP			
Suite de l'entête de chaque demande de remboursement							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T2S-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	2
T2S-2	N° FINESS ETS + Clé	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T2S-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T2S-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T2S-5	Clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T2S-6	Rang du bénéficiaire	27-29		3	F		Cf. DRE-T2cp-6
T2S-7	N° de demande de remboursement	30-38		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T2S-8	Complément de type	39	1		O		'S'
T2S-9	Séquence	40-41		2	O		'01'
T2S-10	Complément au numéro de titre de recette	42-47		6	F	Complément au numéro de titre de recette des hôpitaux publics (positions 30-38 du type 2CP) pour le receveur des hôpitaux publics	
T2S-11	Destinataire du règlement	48-49		2	F	Réservé en cas de DRE établie par des établissements non conventionnés : hors tiers payant – règlement à l'assuré « 02 » (les AMO n'accordent jamais le TP avec les établissements de soins non conventionnés)	' '
T2S-12	N° matricule individuel	50-62	13		F		RO
T2S-13	Clé matricule individuel	63-64		2	F		RO
T2S-14	Zone disponible	65-70	6		F		' '
T2S-15	Top déclaration de médecin traitant	71	1		F	Valeur « O » si le bénéficiaire a déclaré un médecin traitant sinon « N »	' '
T2S-16	Nom du médecin traitant ou du praticien qui a orienté le patient	72-96	25		F	Obligatoire si le patient est orienté	RO
T2S-17	Prénom du médecin traitant ou du praticien qui a orienté le patient	97-111	15		F	Obligatoire si le patient est orienté	RO
T2S-18	N° du médecin traitant	112-120		9	F	N° ADELI	RO
T2S-19	Indicateur parcours de soins	121	1		F	Précise le contexte de la dispensation des soins par rapport au parcours de soins	RO
T2S-20	Zone disponible	122-128	7		O		' '

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS - AMC

DEMANDES DE REMBOURSEMENT  
ELECTRONIQUES  
COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES

Auteur  
Ref.  
Version  
Date  
Ch/Page  
Compati-  
bilité

CLRC  
00/0510  
5.0  
06/08/2009  
33  
B2-juin  
2005-D

DRE AMC - TYPE 2B			NORMES CT ou CP				
Adresse du malade							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRE S	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T2B-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	2
T2B-2	N° FINESS ETS + Clé	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T2B-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T2B-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T2B-5	Clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T2B-6	N° de demande de remboursement	27-35		9	O		Cf DRE-T2cp-7
T2B-7	Complément de type	36	1		O		B
T2B-8	Zone disponible	37	1		F		' '
T2B-9	Qualité du bénéficiaire	38-39	2		O	Qualifie le bénéficiaire des soins au sens RO.	RO
T2B-10	Code civilité	40-42	3		O		RO
T2B-11	Nom du bénéficiaire	43-67	25		O	Nom d'usage	RO
T2B-12	Prénom du bénéficiaire	68-82	15		O		RO
T2B-13	N° de la voie	83-86		4	F		RO
T2B-14	Complément de N° voie	87	1		F		RO
T2B-15	Type de voie	88-91	4		F	Codification La Poste	RO
T2B-16	Libellé de la voie	92-116	25		F		RO
T2B-17	Zone disponible	117-128	12		F		' '

DRE AMC - TYPE 2C			NORME CT OU CP				
Adresse du malade (suite) et domiciliation							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T2C-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	2
T2C-2	N° FINESS ETS + Clé	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T2C-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T2C-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T2C-5	Clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T2C-6	N° de demande de remboursement	27-35		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T2C-7	Complément de type	36	1		O		C
T2C-8	Zone disponible	37-40	4		F		' '
T2C-9	Complément adresse	41-65	25		F		RO
T2C-10	Commune résidence	66-90	25		O		RO
T2C-11	Code postal	91-95		5	O		RO
T2C-12	Nom assuré	96-120	25		C	Nom d'usage de l'assuré Obligatoire si la qualité du bénéficiaire est différente de « A »	RO
T2C-13	Prénom assuré	121-128	8		C	Prénom d'usage de l'assuré Obligatoire si la qualité du bénéficiaire est différente de « A »	RO

DRE AMC - TYPE 2M			TOUTES NORMES -				
Données relatives aux organismes complémentaires (suite de l'entête de demande de remboursement).							
Données relatives à l'intégration du secteur hospitalier dans SESAM VITALE .							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T2M-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	2
T2M-2	N° FINESS ETS + Clé	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T2M-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T2M-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T2M-5	Clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T2M-6	N° de demande de remboursement	27-35		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T2M-7	Complément de type	36	1		O		M
T2M-8	N° d'organisme d'assurance maladie complémentaire + clé	37-46	10		F	Numéro et clé de l'organisme d'assurance maladie complémentaire tel que présenté par le support de droits de l'adhérent/assuré ou de la prise en charge	Cf. annexe 4.3
T2M-9	Code routage destinataire AMC	47-48	2		F	Code routage du destinataire AMC tel que présenté par le support de droits de l'adhérent/assuré	Cf. annexe 4.6
T2M-10	Identifiant hôte destinataire AMC	49-51	3		F	Identifiant de l'hôte destinataire AMC (présenté par le support de droits AMC de l'adhérent/assuré ou valeur par défaut du poste de travail)	Cf. annexe 4.6
T2M-11	Nom domaine destinataire AMC	52-71	20		F	Partie droite de l'adresse électronique du destinataire AMC tel que présenté par le support de droits de l'adhérent/assuré ou provenant de la table des centres de service du poste de travail	Cf. annexe 4.6
T2M-12	Identifiant AMC de l'assuré	72-86	15		O	Information AMC identifiant l'assuré (ex-n° adhérent) dans les référentiels de l'organisme AMC	Selon accord
T2M-13	Zone disponible certifiée à la source	87-93	7		F	Zone disponible certifiée lorsque l'éclatement FSE/DRE est réalisé au niveau de l'établissement de soins ou lorsqu'il y a une DRE seule	' '
T2M-14	Indicateur AMC forçage niveau facture	94	1		F	Indicateur AMC du forçage au niveau facture, d'une information qui peut induire la levée de garantie de paiement AMC	' '
T2M-15	Type de module STS	95	1		F	Type de module STS utilisé pour la tarification complémentaire	' '
T2M-16	Version du module STS	96-99	4		F	Version du module STS utilisé pour la tarification complémentaire. Renseigné si le type de module STS est renseigné	' '
T2M-17	Code routage destinataire AMC	100-101	2		F	Code routage du destinataire AMC tel que présenté par le support de droits de l'adhérent/assuré	Cf. annexe 4.6

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS - AMC

DEMANDES DE REMBOURSEMENT  
ELECTRONIQUES  
COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES

Auteur	CLRC
Ref.	00/0510
Version	5.0
Date	06/08/2009
Ch/Page	36
Compatibilité	B2-juin 2005-D

DRE AMC - TYPE 2M		TOUTES NORMES -				
Données relatives aux organismes complémentaires (suite de l'entête de demande de remboursement).						
Données relatives à l'intégration du secteur hospitalier dans SESAM VITALE .						
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION
			A	N		
T2M-18	Identifiant hôte destinataire AMC	102-104	3		F	Identifiant de l'hôte destinataire AMC (présenté par le support de droits AMC de l'adhérent/assuré ou valeur par défaut du poste de travail) Cf. annexe 4.6
T2M-19	Nom domaine destinataire AMC	105-124	20		F	Partie droite de l'adresse électronique du destinataire AMC tel que présenté par le support de droits de l'adhérent/assuré ou provenant de la table des centres de service du poste de travail Cf. annexe 4.6
T2M-20	Indicateur de traitement AMC	125-126	2		F	Valeur de l'indicateur de traitement signifiant l'acceptation ou le refus de transmission des informations AMC à l'AMO pour d'éventuelles rectifications Cf. annexe 4.9
T2M-21	Code application AMC	127-128	2		F	' '

DRE AMC - TYPE 2P				TOUTES NORMES -			
Données relatives aux organismes complémentaires (suite de l'entête de demande de remboursement) – Opérateur de règlement – données spécifique AMC.							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T2P-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	2
T2P-2	N° FINESS ETS + Clé	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T2P-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T2P-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T2P-5	Clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T2P-6	N° de demande de remboursement	27-35		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T2P-7	Complément de type	36	1		O		'P'
T2P-8	N° d'opérateur de règlement	37-46	10		O	Organisme destinataire des flux émis par l'ETS dans le cadre d'une convention ETS/AMC  Il peut s'agir d'un organisme AMC ou d'un opérateur de règlement.	
T2P-9	Contexte conventionnel AMC	47-80	34		O	Elément du contexte conventionnel AMC identifie la version de la table de convention.	Cf. annexe 4-07
T2P-10	Motif de la rectification de facture	81-82	2		F		Cf. annexe 4-10 ou ' '
T2P-11	Numéro de prise en charge	83-98	16		C	N° de la prise en charge délivrée par l'AMC qu'elle soit dématérialisée ou support papier. Il est attribué par l'AMC. Le N° de PEC permet le rapprochement facture – PEC lors de la liquidation de la facture.	Cf. annexe 4.5
T2P-12	Nature pièce justificative des droits AMC	99		1	O		Cf. annexe 4.5
T2P-13	Situation accord préalable AMO	100	1		C		Cf. annexe 4.5
T2P-14	Type de service AMC	101	1		O		Cf. annexe 4.5
T2P-15	Sens comptable	102	1		O		Cf. annexe 4.5
T2P-16	Date facture AMC	103-108		6	O	AAMMJJ	
T2P-17	Clé facture	109	1		O	Complément au numéro de facture précise que la DRE est destinée à une AMC	'C'
T2P-18	Zone réservée SESAM	110-113	4		O		' '
T2P-19	N° adhérent	114-121	8		F	N° adhérent à l'organisme complémentaire, si ce numéro existe	
T2P-20	Zone disponible certifiée	122-128	7		O		' '

DRE AMC – TYPE 2T				NORME CP			
Complément d'informations à destination des organismes d'assurance maladie complémentaire							
Informations relatives aux données bancaires de l'établissement de soins émetteur de la DRE							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T2T-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	2
T2T-2	N° FINESS ETS + Clé	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T2T-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T2T-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T2T-5	Clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T2T-6	Rang du bénéficiaire	27-29		3	F		Cf. DRE-T2cp-6
T2T-7	N° de demande de remboursement	30-38		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T2T-8	Complément de type	39	1		O		'T'
T2T-9	Zone disponible	40-41	2				' '
T2T-10	Zone disponible	42-50	9				' '
T2T-11	Désignation du destinataire de paiement	51-74	24		F	Titulaire du compte bancaire sur lequel sera réglé les prestations sur les enregistrements de type 3CP	
T2T-12	Zone disponible	75-90	16				' '
T2T-13	Zone disponible	91-98	8				' '
T2T-14	Zone disponible	99	1				' '
T2T-15	Zone disponible	100-101	2				' '
25T-16	Code banque	102-106		5	O	Code banque du compte bancaire de l'établissement de soins	
T2T-17	Code Guichet	107-111		5	O	Code guichet du compte bancaire de l'établissement de soins	
T2T-18	N° de compte	112-122	11		O	N° de compte bancaire de l'établissement de soins	
T2T-19	Clé RIB	123-124		2	O	Clé RIB du compte bancaire de l'établissement de soins	
T2T-20	Zone disponible	125-128	4				' '

Le type « 2T » n'existe pas en DRE toutes normes. Le type 2T dans la DRE-CP peut véhiculer les données bancaires de l'établissement de soins afin que l'AMC puisse régler les prestations de frais de structures, de soins, les produits de la LPP et les spécialités pharmaceutiques. L'utilisation effective de ces données pour les règlements relève des accords conventionnels entre AMC et clinique

Les enregistrements de type 2T peuvent véhiculer le compte bancaire et la clé RIB.

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS - AMC

DEMANDES DE REMBOURSEMENT  
ELECTRONIQUES  
COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES

Auteur	CLRC
Ref.	00/0510
Version	5.0
Date	06/08/2009
Ch/Page	39
Compatibilité	B2-juin 2005-D

DRE AMC – TYPE 3cp						NORME CP	
<b>Prestations remboursables à l'établissement.</b>							
<b>Ligne de demande de remboursement de prestations hospitalières – Permet de facturer les frais de structure et de soins, les produits de la LPP facturables et les spécialités pharmaceutiques.</b>							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T3cp-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	3
T3cp-2	N° FINESS de l'établissement	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T3cp-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T3cp-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T3cp-5	Clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T3cp-6	Rang du bénéficiaire	27-29		3	O		Cf. DRE-T2cp-6
T3cp-7	N° de demande de remboursement	30-38		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T3cp-8	Mode de traitement	39-40		2	O	'00' en cas de séjour facturé en GHS ou GHT (séjours sous T2A).  Pour les prestations exécutées dans le cadre d'un échange de plateau technique, MT de la structure du lieu d'exécution de l'acte (Type T3S-16)	RO
T3cp-9	Discipline de prestation (ex DMT – discipline médico-tarifaire)	41-43		3	O	Service où a séjourné le bénéficiaire  '000' en cas de séjour facturé en GHS ou GHT (séjours sous T2A).  Pour les prestations exécutées dans le cadre d'un échange de plateau technique, MT de la structure du lieu d'exécution de l'acte (Type T3S-16)	RO
T3cp-10	Date de début de la prestation	44-49		6	O	Date d'entrée dans l'établissement ou date d'entrée dans le mode de facturation pour les prestations GHS (AAMMJJ),  Date de naissance pour GHS nouveau né,  Date de début de période continue de facturation pour les prestations journalières (EXH, GHT, SRA, CPC, FAE, ...),  Date de pose ou de délivrance pour produit de la LPP et spécialités pharmaceutiques.	RO

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS - AMC

DEMANDES DE REMBOURSEMENT  
ELECTRONIQUES  
COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES

Auteur	CLRC
Ref.	00/0510
Version	5.0
Date	06/08/2009
Ch/Page	40
Compatibilité	B2-juin 2005-D

DRE AMC – TYPE 3cp		NORME CP				
<b>Prestations remboursables à l'établissement.</b>						
<b>Ligne de demande de remboursement de prestations hospitalières – Permet de facturer les frais de structure et de soins, les produits de la LPP facturables et les spécialités pharmaceutiques.</b>						
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION
			A	N		
T3cp-11	Date de fin de la prestation	50-55		6	C	Date sortie de l'établissement ou date de fin de mode de facturation pour prestation GHS,  Date limite de facturation en cas de changement de tarif ou d'année civile au cours de séjour hors T2A (AAMMJJ),  Non renseignée pour GHS nouveau né,  Date de fin de période continue de facturation pour les prestations journalières (EXH, GHT, SRA, CPC, FAE, ....),
T3cp-12	Code acte	56-60	4+1		O	Code acte RC facturé pour la discipline de prestation. Pour les prestations spécifiques complémentaires des codes actes sont définis sur 3 caractères.  Pour les produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques, les AMC n'ont accès qu'à des codes de regroupement sur 3 caractères.  FJ pour le forfait journalier si le bénéficiaire des soins n'est pas exonéré du forfait journalier (voir zone T3CP-16 = 'A')  FJA, FRL, FJR forfait journalier de sortie.
T3cp-13	Quantité d'actes	61-63		3	O	Nombre d'actes facturés  Toujours 1 pour la prestation GHS, les forfaits journaliers de sortie(FJA), les produits de la LPP et spécialités pharmaceutiques facturées en sus du GHS.  En clinique privée, pour l'acte « FJ » la quantité est renseignée même si la zone Montant Facturé T3CP-22 n'est pas renseignée (Le montant facturé du forfait journalier est inclus dans celui du GHS – prestation précédente).
T3cp-14	Justification d'exonération ou de modulation du TM	64	1		C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL
T3cp-15	Coefficient	65-69		3+2	C	Si GHS = 1 ou coefficient réducteur
						RO Par défaut '1'.

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS - AMC

DEMANDES DE REMBOURSEMENT  
ELECTRONIQUES  
COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES

Auteur	CLRC
Ref.	00/0510
Version	5.0
Date	06/08/2009
Ch/Page	41
Compatibilité	B2-juin 2005-D

DRE AMC – TYPE 3cp		NORME CP				
<b>Prestations remboursables à l'établissement.</b>						
<b>Ligne de demande de remboursement de prestations hospitalières – Permet de facturer les frais de structure et de soins, les produits de la LPP facturables et les spécialités pharmaceutiques.</b>						
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION
			A	N		
T3cp-16	Code prise en charge du forfait journalier	70	1		F	Obligatoire avec l'acte PJ et les modes de traitement 03-11-15-17-20-37-38-39. Obligatoire pour l'acte GHS si date de fin est supérieure à la date de début (hospitalisation supérieure à 24H). RO ou '' 'A' = à la charge du patient ou de son AMC 'R' = à la charge du RO 'L' = à la charge du régime local (Alsace-Moselle).
T3cp-17	Coefficient MCO-HAD	71-75		1+4	C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL 0

DRE AMC – TYPE 3cp		NORME CP				
<b>Prestations remboursables à l'établissement.</b>						
<b>Ligne de demande de remboursement de prestations hospitalières – Permet de facturer les frais de structure et de soins, les produits de la LPP facturables et les spécialités pharmaceutiques.</b>						
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION
			A	N		
T3cp-18	prix unitaire	76-82		5+2	F	<p>Les prix unitaires de certains forfaits ou prestations facturés dans le cadre de la tarification à l'activité doivent ainsi être calculés et fournis par l'établissement à l'organisme complémentaire</p> <p>Les tarifs établissement des GHS, des EXH, du SRA, du SSC, du NN1, du NN2, du NN3, correspondant à la multiplication du tarif national de la prestation considérée par le coefficient MCO de l'établissement.</p> <p>les tarifs établissement du forfait de dialyse, correspondant à la multiplication du tarif national du forfait considéré et du coefficient dialyse de l'établissement,</p> <p>les tarifs établissement des GHT, correspondant à la multiplication du tarif national du GHT considéré et du coefficient HAD de l'établissement,</p> <p>le tarif établissement du forfait FFM, correspondant à la multiplication du tarif national du FFM et du coefficient FFM de l'établissement.</p> <p>Dans le cas des autres prestations et forfaits de la tarification à l'activité (ATU) et de la tarification hors TAA, le prix unitaire correspond au montant de la prestation facturée par l'établissement.</p> <p>En clinique privée, pour l'acte « FJ » le prix unitaire est renseigné même si la zone Montant Facturé T3CP-22 n'est pas renseignée (Le montant facturé du forfait journalier est inclus dans celui du GHS – prestation précédente).</p> <p>Prix unitaire des prestations spécifiques complémentaires – peut-être non renseigné pour la prestation spécifique complémentaire XTR.</p>
T3cp-19	Base de remboursement	83-90		6+2	F	<p>Base de remboursement RO.</p> <p>N'est pas renseigné si prestation spécifique complémentaire,</p> <p>N'est pas renseignée pour les prestations « FJ », « FJA » si le forfait journalier est à la charge du patient (voir zone T3CP-16 sur prestation GHS ou PJ).</p>

DRE AMC – TYPE 3cp		NORME CP				
<b>Prestations remboursables à l'établissement.</b>						
<b>Ligne de demande de remboursement de prestations hospitalières – Permet de facturer les frais de structure et de soins, les produits de la LPP facturables et les spécialités pharmaceutiques.</b>						
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION
			A	N		
T3cp-20	Taux applicable à la prestation	91-93		3	F	Taux RO applicable à la prestation compte tenu de l'exonération éventuelle. N'est pas renseigné si prestation spécifique complémentaire, N'est pas renseignée pour les prestations « FJ », « FJA » si le forfait journalier est à la charge du patient (voir zone T3CP-16 sur prestation GHS ou PJ). Participation de l'assuré plafonnée : Pour les actes PJ, GHS et GHT, si le code participation assuré (pos. 117), prend la valeur « A », alors déduire du montant remboursable AMO la valeur du montant de la participation assuré plafonné.
T3cp-21	Montant remboursable RO	94-101		6+2	F	base de remboursement x taux applicable à la prestation. N'est pas renseigné si prestation spécifique complémentaire, N'est pas renseignée pour les prestations « FJ », « FJA » si le forfait journalier est à la charge du patient (voir zone T3CP-16 sur prestation GHS ou PJ). Participation assuré plafonnée Pour les actes PJ, GHS, GHT si le code participation assuré (pos 117) prend la valeur « A », alors déduire du montant remboursable AMO la valeur du montant de la participation assuré plafonnée
T3cp-22	Montant total de la dépense	102-109		6+2	O	Montant total de la dépense, dépassement compris (chambre particulière, ...)
T3cp-23	N° du GHS ou du GHT	110-113		4	C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL
T3cp-24	Taux de financement	114-116		3	C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL

DRE AMC – TYPE 3cp			NORME CP			
<b>Prestations remboursables à l'établissement.</b>						
<b>Ligne de demande de remboursement de prestations hospitalières – Permet de facturer les frais de structure et de soins, les produits de la LPP facturables et les spécialités pharmaceutiques.</b>						
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION
			A	N		
T3cp-25	Code participation assuré	117	1		F	Obligatoire avec l'acte PJ, GHS et GHT, lorsque le séjour est exonéré au titre du dépassement du seuil de 91€.  Valeur : A = à la charge de l'Assuré, ou pris en charge par la CMUC ou un organisme complémentaire. L = à la charge du régime Alsace Moselle R = à la charge du régime (SNCF)  ' ' dans les autres cas
T3cp-26	Zone disponible	118-119	2		F	' '
T3cp-27	Qualificatif de la dépense	120	1		F	Obligatoire si acte non remboursable RO ou pris en charge totalement par l'état ou forfaits complémentaires CMU
T3cp-28	Domaine d'activité	121	1		O	Obligatoire si prestation « GHS » renseigné à « M » (médecine), « C » (chirurgie), « O » (obstétrique) ou « N » (odontologie).  Obligatoire si prestation « GHT » renseigné à « D » (domicile).  « » si le séjour ne fait pas l'objet d'une tarification en GHS ou GHT
T3cp-29	Montant remboursable par l'organisme AMC	122-128		5+2	O	Résultat de la règle de calcul fournie par l'AMC

Attention !!!! Afin de rapprocher les prestations facturées aux garanties AMC correspondantes, la facturation de la part AMC par les cliniques privées isolent le Forfait journalier (FJ) de la prestation GHS ou PJ.

Pour les séjours hospitaliers dans les hôpitaux du secteur public, le forfait journalier est en sus du tarif du GHS ou du prix de journée, seule la participation assurée (PAS) est inclus dans le GHS, le GHT ou le prix de journée.

L'enregistrement de type 3CP est toujours le premier enregistrement de facturation d'une prestation de frais de structure et de soins ou de LPP. Il peut être suivi d'enregistrements de type 3S, 3E puis 3F ou 3H.

DRE AMC – TYPE 3S						NORME CP	
Prestations remboursables à l'établissement - suite							
Ligne de demande de remboursement de prestations hospitalières.							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T3S-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	3
T3S-2	N° FINESS de l'établissement	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T3S-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T3S-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T3S-5	Clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T3S-6	Rang du bénéficiaire	27-29		3	O		Cf. DRE-T2cp-6
T3S-7	N° de demande de remboursement	30-38		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T3S-8	Complément de type	39	1		O		S
T3S-9	Séquence	40-41		2	O	1 seule séquence	RO '01'
T3S-10	N° prescripteur	42-50		9	C	En ETS, le N° de prescripteur est obligatoire pour les prestations des produits de la LPP et spécialités pharmaceutiques.	RO
T3S-11	Condition d'exercice du prescripteur	51	1		C	Obligatoire si N° prescripteur renseigné Précise si le prescripteur agit en tant que libéral « L », que salarié « S », que bénévole « B ».	L ou S ou B
T3S-12	Spécialité du prescripteur salarié	52-53		2	C	Obligatoire si N° prescripteur renseigné	RO
T3S-13	Date de prescription	54-59		6	O	Date prescription de la pharmacie, des articles de la LPP, de produits sanguins ou d'origine humaine  Dans le bordereau 615C, la date de prescription est portée en absence de date de pose ou de délivrance.	RO
T3S-14	Date d'envoi de la demande d'accord préalable AMO	60-65		6	F	Facultatif si le code accord préalable est à 9, obligatoire pour les autres cas. Indiquer la date pour chaque demande d'accord préalable adressée à l'organisme d'assurance maladie obligatoire	RO
T3S-15	Code accord préalable AMO	66		1	O		RO
T3S-16	Lieu exécution acte ou établissement de transfert ou de retour	67-80		14	C	Obligatoire si nature d'interruption de séjour (T3S-17) = « E », « R », « T ».  En GHT : obligatoire dès lors que le patient réside en EHPA	RO
T3S-17	Nature d'interruption de séjour	81	1		C	Obligatoire pour les prestations « GHS » et « PJ »  GHT : valeur H obligatoire si il y a minoration du PU du GHT  A blanc sinon	RO

**DRE AMC – TYPE 3S**

**NORME CP**

**Prestations remboursables à l'établissement - suite**

**Ligne de demande de remboursement de prestations hospitalières.**

N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION
			A	N		
T3S-18	Identification filière ou réseau	82-95		14	C	RO
T3S-19	N° ordre forfait technique	96-100		5	C	RO
T3S-20	N° appareil	101-114		14	C	RO
T3S-21	Origine de la prescription	115	1		F	RO annexe 25
T3S-22	Zone disponible	116-128	13		F	' '

DRE AMC – TYPE 3E						NORME CP	
Prestations remboursables à l'établissement – Extension du type 3							
Ligne de demande de remboursement de prestations hospitalières							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
3E-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	3
T3E-2	N° FINESS de l'établissement	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T3E-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T3E-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T3E-5	Clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T3E-6	Rang du bénéficiaire	27-29		3	O		Cf. DRE-T2cp-6
T3E-7	N° de demande de remboursement	30-38		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T3E-8	Complément de type	39	1		O		E
T3E-9	Séquence	40-41		2	O	1 seule séquence	RO '01'
T3E-10	Identifiant RPPS du prescripteur	42-52	11		F	A renseigner avec le n° RPPS du prescripteur	' '
T3E-11	N° de la structure dans laquelle le PS a prescrit	53-66	14		F	A renseigner avec le n° SIRET ou le n° FINESS de la structure.	RO
T3E-12	Zone disponible	67-128	62		F		' '

DRE AMC – TYPE 3F						NORME CP	
Codage des produits de la LPP facturables							
Ligne de demande de remboursement de prestations hospitalières							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T3F-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	3
T3F-2	N° FINESS de l'établissement	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T3F-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T3F-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T3F-5	Clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T3F-6	N° de demande de remboursement	27-35		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T3F-7	Complément de type	36	1		O		F
T3F-8	Séquence	37-38		2	O		De 01 à 10
T3F-9	Zone réservée	39-42		4	O		' '
T3F-10	Code référence LPP	43-55	13		C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL 7 caractères cadrés à gauche, complétés par des blancs	' '
T3F-11	N° SIRET fabricant ou importateur	56-69	14		C		RO
T3F-12	Quantité	70-71		2	C	Nombre d'articles identiques	RO
T3F-13	Tarif référence LPP ou prix unitaire sur devis	72-78		5+2	C		RO
T3F-14	Montant facturé	79-85		5+2	C		RO
T3F-15	Prix d'achat unitaire	86-92		5+2	C	Obligatoire si facturation d'un écart de tarif indemnisable	RO
T3F-16	Montant unitaire de l'écart indemnisable	93-99		5+2	C		RO
T3F-17	Montant total de l'écart indemnisable	100-106		5+2	C		RO
T3F-18	Zone disponible	107-128	22		F		' '

Les enregistrements de type T3F seront utilisés en DRE pour communiquer aux AMC les données détaillées de la LPP. Pour l'heure, les codes référence LPP contenus dans les enregistrements de type T3F sont renseignés avec des valeurs non significatives.

DRE AMC – TYPE 3H						NORME CP	
Codage des spécialités pharmaceutiques hospitalières							
Ligne de demande de remboursement de prestations hospitalières							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T3H-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	3
T3H-2	N° FINESS de l'établissement	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T3H-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T3H-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T3H-5	Clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T3H-6	N° de demande de remboursement	27-35		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T3H-7	Complément de type	36	1		O		H
T3H-8	Séquence	37-38		2	O		De 01 à 10
T3H-9	Zone réservée	39-42	4		F		' '
T3H-10	Zone disponible	43-48	6		F		' '
T3H-11	Code UCD	49-55	7		C	Code UCD associé à une nature de prestation PH8 pour les médicaments délivrables en sus du GHS.  Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	' '
T3H-12	Zone disponible	56	1		F		' '
T3H-13	Coefficient de fractionnement	57-61		1+4	O	Fraction utilisée par rapport à l'unité de facturation	RO Par défaut « 10000 »
T3H-14	Zone disponible	62-66	5		F		' '
T3H-15	Prix d'achat unitaire TTC	67-73		5+2	F		RO
T3H-16	Montant unitaire de l'écart indemnisable	74-80		5+2	F		RO
T3H-17	Montant total de l'écart indemnisable	81-87		5+2	F		RO
T3H-18	Quantité	88-90		3	O	Nombre d'unités délivrées	RO
T3H-19	Montant total facturé TTC	91-97		5+2	C		RO
T3H-20	Zone disponible	98-128	31		F		' '

Les enregistrements de type T3H seront utilisés en DRE pour communiquer aux AMC les données détaillées des spécialités pharmaceutiques. Pour l'heure, les codes UCD contenues dans les enregistrements de type T3H sont renseignés avec des valeurs non significatives.

DRE AMC – TYPE 4cp			NORME CP				
Ligne de demande de remboursement							
Honoraires réglés au professionnel de santé, au mandataire des professionnels de santé ou à l'ETS							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T4cp-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	4
T4cp-2	N° FINESS de l'établissement	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T4cp-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T4cp-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T4cp-5	clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T4cp-6	Rang du bénéficiaire	27-29		3	O		Cf. DRE-T2cp-6
T4cp-7	N° de demande de remboursement	30-38		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T4cp-8	Mode de traitement	39-40		2	F	Idem zone T3CP-8 Obligatoire si séjour hors T2A, Obligatoire si échange de plateau technique (zone T4S-18 lieu d'exécution de l'acte renseignée) '00' si séjour GHS ou GHT	RO
T4cp-9	Discipline de prestation (ex DMT)	41-43		3	F	Idem zone T3CP-9 Obligatoire si séjour hors T2A, Obligatoire si échange de plateau technique (zone T4S-18 lieu d'exécution de l'acte renseignée) '00' si séjour GHS ou GHT	RO
T4cp-10	N° de prescripteur + clé	44-52		9	C	N° d'identification du P.S. Obligatoire sauf si le PS exécutant est un médecin, une sage-femme, un chirurgien-dentiste (1, 4, 5).	RO
T4cp-11	Origine de la prescription	53	1		F	Pour les actes prescrits	RO Annexe 25
T4cp-12	Justification d'exonération ou de modulation du ticket modérateur	54	1		C	Permet de gérer un code exonération au niveau ligne différent de celui de niveau demande de remboursement. Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	RO
T4cp-13	Spécialité du prescripteur	55-56		2	F	Obligatoire pour les prescripteurs salariés	RO
T4cp-14	N° exécutant + clé	57-65		9	O	N° ADELI du P.S. ou N° FINESS de la structure de soins ayant exécuté l'acte	RO
T4cp-15	Zone tarif exécutant	66-67		2	F	Obligatoire si les PS exécutants salariés	RO
T4cp-16	Spécialité de l'exécutant	68-69		2	F	Obligatoire si les PS exécutants salariés	RO
T4cp-17	Date des soins	70-75		6	O	Date de l'acte ou de la délivrance des médicaments	

DRE AMC – TYPE 4cp			NORME CP				
Ligne de demande de remboursement							
Honoraires réglés au professionnel de santé, au mandataire des professionnels de santé ou à l'ETS							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T4cp-18	Code acte	76-80	4+1		O	Code acte RC. Lettre clé pour les actes inscrits dans les nomenclatures NABM, et NGAP.  Code Regroupement pour les actes inscrits à la CCAM	RO
T4cp-19	Quantité d'actes	81-82		2	O	Nombre d'actes identiques facturés pour une même journée.  Actes CCAM : toujours 1.	RO
T4cp-20	Coefficient	83-88		4+2	O	Coefficient de l'acte.  Actes CCAM : toujours 1.	RO
T4cp-21	Dénombrement	89-90		2	O	Détail de la quantité d'actes	RO
T4cp-22	Prix unitaire	91-97		5+2	O	Montant de l'unité tarifaire (lettre clé) au tarif conventionnel.  CCAM : montant unitaire de l'acte – avant application des modificateurs et code de non association prévue.	RO
T4cp-23	Base de remboursement	98-104		5+2	C	Base de remboursement RO. Résultat de l'opération : quantité x coefficient x prix unitaire + majoration de nuit ou de férié pour les actes NGAP et NABM.  CCAM : montant unitaire de l'acte après application des modificateurs et des règles d'association.	RO
T4cp-24	Taux applicable à la prestation	105-107		3	C	Taux applicable à la prestation compte tenu de l'exonération éventuelle.  Est renseigné de façon standard indépendamment de la situation au regard du parcours de soins	RO

DRE AMC – TYPE 4cp			NORME CP			
Ligne de demande de remboursement						
Honoraires réglés au professionnel de santé, au mandataire des professionnels de santé ou à l'ETS						
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION
			A	N		
T4cp-25	Montant remboursable par l'AMO	108-114		5+2	O	<p>Dans le parcours de soins ou dans les situations non concernées par le parcours de soins :</p> <p>= base de remboursement (BR) x taux applicable à la prestation</p> <p>Hors parcours de soins :</p> <p>= (BR x taux applicable à la prestation) – reste à charge assuré</p> <p>Reste à charge assuré :</p> <p>= minimum entre (BR x taux majoration du ticket modérateur ) et (plafond)</p> <p>Valeur du plafond :</p> <p>= tarif conventionnel de la consultation de spécialiste au cabinet x taux majoration du ticket modérateur</p> <p>Participation assuré plafonnée :</p> <p>Si le code participation assuré prend la valeur « A », alors déduire du montant remboursable AMO la valeur du montant de la participation assuré plafonnée</p>
T4cp-26	Montant des honoraires (dépassement compris)	115-121		5+2	O	<p>Montant des honoraires demandés par le P.S., dépassement compris, quel que soit le motif de dépassement.</p>
T4cp-27	qualificatif de la dépense (nature du dépassement)	122	1		F	<p>Obligatoire si dépassement (sauf honoraires libres) ou forfaits complémentaires CMU</p>
T4cp-28	Montant remboursable par l'organisme AMC	123-128		4+2	O	<p>Résultat de la règle de calcul fournie par l'organisme d'assurance maladie complémentaire</p>

L'enregistrement de type 4CP est toujours le premier enregistrement de facturation d'un acte. Il peut être suivi d'enregistrements de type 4S, 4E puis 4M ou 4B ou 4D ou 4H.

DRE AMC – TYPE 4S			NORME CP				
Ligne de demande de remboursement - suite							
Conditions d'exercice de l'exécutant et lieu d'exécution de l'acte							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T4S-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	4
T4S-2	N° FINESS de l'établissement	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T4S-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T4S-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T4S-5	clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T4S-6	N° de demande de remboursement	27-35		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T4S-7	Complément de type	36	1		O		S
T4S-8	Séquence	37-38		2	O		« 01 »
T4S-9	Condition d'exercice de l'exécutant	39	1		F	Précise si le PS exécutant agit en tant que libéral (règlement au PS au à son mandataire) ou salarié (paiement à l'établissement), ou bénévole (pas de paiement).	« L » ou « S » ou « B »
T4S-10	Option de coordination	40	1		F	« O » si l'exécutant a opté pour l'option de coordination	RO
T4S-11	Base de remboursement théorique AMO	41-47		5+2		Montant du tarif conventionnel AMO avant application d'un tarif non conventionné	RO
T4S-12	Condition d'exercice du prescripteur	48	1		F	Précise si le PS prescripteur agit en tant que libéral (règlement au PS au à son mandataire) ou salarié (paiement à l'établissement), ou bénévole (pas de paiement).	« L » ou « S » ou « B »
T4S-13	Date de la demande d'accord préalable	49-54		6	C	Facultatif si le code accord préalable est à 9, obligatoire pour les autres cas. Indiquer la date, sous la forme AAMMJJ, pour chaque demande d'accord préalable adressée à l'organisme d'assurance maladie obligatoire	RO
T4S-14	Code accord préalable	55		1	C	Uniquement en norme CP 0 : pas de réponse de la caisse dans le délai de 10 jours 4 : réponse favorable 5 : notion d'urgence 9 : acte non soumis à accord préalable.	RO
T4S-15	Zone disponible	56-65	9		F		' '
T4S-16	Coefficient MCO pour les établissements publics et privés antérieurement sous DG	66-70	1+4		F	Selon évolution de la réglementation	' '
T4S-17	Indicateur AMO forçage niveau ligne	71	1		O	Indicateur AMO du forçage au niveau ligne, d'une information qui peut induire la levée de garantie de paiement AMO	RO

DRE AMC – TYPE 4S			NORME CP				
Ligne de demande de remboursement - suite							
Conditions d'exercice de l'exécutant et lieu d'exécution de l'acte							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T4S-18	Lieu d'exécution de l'acte	72-85		14	C	Obligatoire pour les actes exécutés dans le cadre d'un échange de plateau technique : N° FINESS de l'établissement tiers	RO
T4S-19	Identification filière ou réseau	86-99		14	C		RO
T4S-20	Indicateur de forçage de la tarification de la part AMC	100	1		0	Indicateur AMC de forçage au niveau acte, d'une information qui peut induire la levée de garantie de paiement AMC.	' ' règles de valorisation non définies à ce jour
T4S-21	N° ordre forfait technique	101-105		5	C		RO
T4S-22	N° appareil	106-119		14	C		RO
T4S-23	N° du GHS ou du GHT	120-123		4	C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	0
T4S-24	Domaine d'activité	124	1		F	Obligatoire si séjour T2A : GHS : valeur « C », « M », « O », « N » GHT : valeur « D »	RO
T4S-25	Top prévention – action commune AMO-AMC	125	1		F	« O » pour les actes concernés par la prévention commune AMO/AMC	RO
T4S-26	Qualifiant du dispositif de prévention	126-127	2		F		RO
T4S-27	Code participation Assuré	128	1		F	Uniquement pour les actes exécutés en soins externes (en facturation de séjour hospitalier, le code participation assuré est sur le type 3 et non sur le type 4) Obligatoire avec l'acte qui déclenche l'exonération au titre du dépassement du seuil de 91€.Sauf si l'acte est réalisé durant un séjour ou s'il nécessite un forfait d'urgence, de sécurité ou d'environnement car dans ce cas, la participation est déduite de la prestation hospitalière. Lorsqu'il s'agit d'un ensemble d'acte, ne renseigner le code que sur l'acte de plus forte base de remboursement.  Valeur : A = à la charge de l'Assuré, ou pris en charge par la CMUC ou un organisme complémentaire. L = à la charge du régime Alsace Moselle R = à la charge du régime (SNCF)  ' ' dans les autres cas.	RO

DRE AMC – TYPE 4E						NORME CP	
Prestations remboursables à l'établissement – Extension du type 4							
Ligne de demande de remboursement de prestations médicales							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T4E-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	3
T4E-2	N° FINESS de l'établissement	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T4E-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T4E-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T4E-5	Clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T4E-6	N° de demande de remboursement	27-35		9	O		Cf. DRE-T2cp-6
T4E-7	Complément de type	36	1		O		E
T4E-8	Séquence	37-38		2	O	1 seule séquence	RO '01'
T4E-9	Identifiant RPPS du prescripteur	39-49	11		F	A renseigner avec le n° RPPS du prescripteur	RO
T4E-10	N° de la structure dans laquelle le PS a prescrit	50-63	14		F	A renseigner avec le n° SIRET ou le n° FINESS de la structure.	RO ' '
T4E-11	Identifiant RPPS de l'exécutant	64-74	11		F	A renseigner avec le n° RPPS du prescripteur	
T4E-12	N° de la structure dans laquelle le PS a exécuté l'acte	75-88	14		F	A renseigner avec le n° SIRET ou le n° FINESS de la structure.	RO
T4E-13	Zone disponible	89-128	40		F		' '

DRE AMC - TYPE 4M			NORMES ER, CS et CP				
Détail des actes CCAM							
Ligne de demande de remboursement							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T4M-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	4
T4M-2	N° FINESS de l'établissement	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T4M-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T4M-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T4M-5	clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T4M-6	N° de demande de remboursement	27-35		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T4M-7	Complément de type	36	1		O		M
T4M-8	Séquence	37-38		2	O		De 01 à 26
T4M-9	Zone réservée SESAM	39-42	4		O	Sécurité SESAM Vitale	
T4M-10	Code acte détaillé	43-55	13		C	Code détaillé acte CCAM – 7 caractères cadrés à gauche complétés par des blancs  Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	' '
T4M-11	Code extension documentaire	56	1		C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	' '
T4M-12	Code activité	57	1		C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	' '
T4M-13	Code phase traitement	58		1	C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	0
T4M-14	Code premier modificateur AMO	59	1		C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	' '
T4M-15	Code second modificateur AMO	60	1		C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	' '
T4M-16	Code troisième modificateur AMO	61	1		C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	' '
T4M-17	Code quatrième modificateur AMO	62	1		C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	' '
T4M-18	Code association non prévue	63	1		F	Permet de signaler les associations non prévue.	RO
T4M-19	Code remboursement sous condition	64	1		F	Précision, pour les actes remboursables selon conditions, si le remboursement est lié à une indication médicale et s'il est admissible au remboursement AMO	RO
T4M-20	Date séances de la phase de traitement	65-70		6	C	Dans le cas de traitements prolongés ou d'actes permettant plusieurs séances pour une même phase de traitement.	RO
T4M-21	N° dent 1	71-72	2		C	Obligatoire pour les soins dentaires, selon norme ISO 3960-1984	RO

DRE AMC - TYPE 4M			NORMES ER, CS et CP				
Détail des actes CCAM							
Ligne de demande de remboursement							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T4M-22	N° dent 2	73-74	2		C	Localisation dentaire Obligatoire pour les soins dentaires, selon norme ISO 3960-1984, si plusieurs numéros de dents à renseigner	RO
T4M-23	N° dent 3	75-76	2		C	Localisation dentaire	RO
T4M-24	N° dent 4	77-78	2		C	Idem T4M-22	RO
T4M-25	N° dent 5	79-80	2		C	Idem T4M-22	RO
T4M-26	N° dent 6	81-82	2		C	Idem T4M-22	RO
T4M-27	N° dent 7	83-84	2		C	Idem T4M-22	RO
T4M-28	N° dent 8	85-86	2		C	Idem T4M-22	RO
T4M-29	N° dent 9	87-88	2		C	Idem T4M-22	RO
T4M-30	N° dent 10	89-90	2		C	Idem T4M-22	RO
T4M-31	N° dent 11	91-92	2		C	Idem T4M-22	RO
T4M-32	N° dent 12	93-94	2		C	Idem T4M-22	RO
T4M-33	N° dent 13	95-96	2		C	Idem T4M-22	RO
T4M-34	N° dent 14	97-98	2		C	Idem T4M-22	RO
T4M-35	N° dent 15	99-100	2		C	Idem T4M-22	RO
T4M-36	N° dent 16	101-102	2		C	Idem T4M-22	RO
T4M-37	supplément de charge	103	1		F	Valeur « C » s un supplément de charge pour activité en cabinet est demandé. Sinon à blanc	' '
T4M-38	Code modificateur AMC-1	104	1		F	Transcription du code modificateur pour les AMC si zone T4M-14 a été renseigné pour la FSE	RO
T4M-39	Code modificateur AMC- 2	105	1		F	Transcription du code modificateur pour les AMC si zone T4M-15 a été renseigné pour la FSE	RO
T4M-40	Code modificateur AMC- 3	106	1		F	Transcription du code modificateur pour les AMC si zone T4M-16 a été renseigné pour la FSE	RO
T4M-41	Code modificateur AMC- 4	107	1		F	Transcription du code modificateur pour les AMC si zone T4M-17 a été renseigné pour la FSE	RO
T4M-41	Zone disponible	108-128	21		O		' '

L'enregistrement de type T4M complétera systématiquement un enregistrement de type T4CP dès lors que la prestation facturée est un acte technique répertorié dans la CCAM. Les enregistrements de

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC  DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	58
	Compati bilité	B2-juin 2005-D

type T4M seront utilisés en DRE pour communiquer aux AMC les données détaillés des Actes CCAM.

Pour l'heure, les codes détaillés CCAM contenus dans les enregistrements de type T4M sont renseignés avec des valeurs non significatives

DRE AMC – TYPE 4B			NORMES CP, CS, ER et LB				
Détail des actes biologie							
Ligne de demande de remboursement							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T4B-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	4
T4B-2	N° FINESS de l'établissement	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T4B-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T4B-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T4B-5	clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T4B-6	N° de demande de remboursement	27-35		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T4B-7	Complément de type	36	1		O		B
T4B-8	Séquence	37-38		2	O		De 1 à 10
T4B-9	Zone réservée SESAM	39-42	4		F	Zone de sécurité SESAM	
T4B-10	Zone disponible	43-48	6		F		' '
T4B-11	Date premier acte	49-54		6	C		RO
T4B-12	Quantité premier acte	55-56		2	C		RO
T4B-13	Code premier acte	57-64		8	C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	0
T4B-14	Date second acte	65-70		6	C		RO
T4B-15	Quantité second acte	71-72		2	C		RO
T4B-16	Code second acte	73-80		8	C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	0
T4B-17	Date troisième acte	81-86		6	C		RO
T4B-18	Quantité troisième acte	87-88		2	C		RO
T4B-19	Code troisième acte	89-96		8	C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	0
T4B-20	Date quatrième acte	97-102		6	C		RO
T4B-21	Quantité quatrième acte	103-104		2	C		RO
T4B-22	Code quatrième acte	105-112		8	C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	0
T4B-23	Date cinquième acte	113-118		6	C		RO
T4B-24	Quantité cinquième acte	119-120		2	C		RO
T4B-25	Code cinquième acte	121-128		8	C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	0

Les enregistrements de type T4B ne seront utilisés en DRE pour communiquer aux AMC les données détaillées des examens de biologie. Pour l'heure les codes actes contenus dans les types d'enregistrements 4B sont renseignées avec des valeurs non significatives.

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS - AMC

DEMANDES DE REMBOURSEMENT  
ELECTRONIQUES

COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES

Auteur  
Ref.  
Version  
Date  
Ch/Page  
Compatibilité

CLRC  
00/0510  
5.0  
06/08/2009  
60  
B2-juin  
2005-D

DRE AMC – TYPE 4D			NORMES CP, CS et ER				
Détail des actes							
Ligne de demande de remboursement							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T4D-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	4
T4D-2	N° FINESS de l'établissement	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T4D-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T4D-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T4D-5	clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T4D-6	N° de demande de remboursement	27-35		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T4D-7	Complément de type	36	1		O		D
T4D-8	Séquence	37-38		2	O		De 1 à 10
T4D-9	Zone réservée SESAM	39-42	4		O	Zone sécurité SESAM	
T4D-10	Date premier acte	43-48		6	C		RO
T4D-11	Quantité premier acte	49-50		2	C		RO
T4D-12	Code premier acte	51-63	13		C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	' '
T4D-13	Coefficient modulateur premier acte	64-66		1+2	C		RO
T4D-14	N° dent premier acte	67-68		2	C		RO
T4D-15	Date second acte	69-74		6	C		RO
T4D-16	Quantité second acte	75-76		2	C		RO
T4D-17	Code second acte	77-89	13		C	Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	' '
T4D-18	Coefficient modulateur second acte	90-92		1+2	C		RO
T4D-19	N° dent second acte	93-94		2	C		RO
T4D-20	Zone disponible	95-128	34		F		' '

Les enregistrements de type T4D ne seront utilisés en DRE avec les codes actes pour communiquer aux AMC les données détaillées des actes dentaires.

Dans le cadre de la mise en place de la CCAM dentaire, l'enregistrement de type 4D sera supprimé au profit du 4M.

Pour l'heure, les codes des actes dentaires présents dans le type d'enregistrement 4D sont renseignés avec des valeurs non significatives.

DRE AMC – TYPE 4H				NORME CP			
Codage des spécialités pharmaceutiques hospitalières							
Ligne de demande de remboursement de prestations hospitalières							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T4H-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	3
T4H-2	N° FINESS de l'établissement	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T4H-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T4H-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T4H-5	Clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T4H-6	N° de demande de remboursement	27-35		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T4H-7	Complément de type	36	1		O		H
T4H-8	Séquence	37-38		2	O		De 01 à 10
T4H-9	Zone réservée SESAM	39-42	4		O		' '
T4H-10	Zone disponible	43-48	6		F		' '
T4H-11	Code UCD	49-55	7		C	Code UCD associé à une nature de prestation PH1, PH8, PHH, PHS, PHQ en fonction du % de prise en charge de l'hospitalisation.  Sous réserve d'octroi d'accord réglementaire et/ou CNIL	' '
T4H-12	Zone disponible	56	1		F		' '
T4H-13	Coefficient de fractionnement	57-61		1+4	O	Fraction utilisée par rapport à l'unité de facturation	RO Par défaut « 10000 »
T4H-14	Zone disponible	62-66	5		F		' '
T4H-15	Coût TTC lié à la reconstitution du médicament	67-73		5+2	F		RO
T4H-16	Montant de la marge TTC	74-80		5+2	F		RO
T4H-17	Prix unitaire facturé TTC	81-87		5+2	F		RO
T4H-18	Quantité	88-90		3	O	Nombre d'unités délivrées	RO
T4H-19	Montant total facturé TTC	91-97		5+2	C		RO
T4H-20	Zone disponible	98-128	31		F		' '

Les enregistrements de type T4H ne seront utilisés en DRE pour communiquer aux AMC les données détaillées des spécialités pharmaceutiques. Pour l'heure, les codes des spécialités pharmaceutiques du type 4H sont renseignés avec des valeurs non significatives.

DRE AMC – TYPE 5CP				NORME CP			
Fin de demande de remboursement - fin							
Totalisation							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T5cp-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	5
T5cp-2	N° FINESS de l'établissement	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T5cp-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T5cp-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T5cp-5	clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T5cp-6	Rang du bénéficiaire	27-29		3	F		Cf. DRE-T2cp-6
T5cp-7	N° de demande de remboursement	30-38		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T5cp-8	Nombre de lignes	39-41		3	O	Nombre d'enregistrements de type 3 et 4 'ligne de demande de remboursement', quel que soit le complément de type.	
T5cp-9	Total base de remboursement des prestations hospitalières	42-49		6+2	O	Cumul des bases de remboursement des enregistrements de type 3cp (positions 83-90).	
T5cp-10	Total remboursable par la caisse (prestations hospitalières)	50-57		6+2	O	Cumul des montants de participation de la caisse RO aux dépenses des enregistrements de type 3cp (positions 94-101).	
T5cp-11	Total des honoraires facturés (dépassement compris)	58-65		6+2	O	Cumul des honoraires facturés des enregistrements de type 4cp (positions 115-121).	
T5cp-12	Total remboursable par la caisse (honoraires)	66-73		6+2	O	Cumul des montants de participation de la caisse RO des prestations des enregistrements de type 4cp (positions 108-114).	
T5cp-13	Total participation de l'assuré avant participation de l'organisme d'assurance maladie complémentaire	74-81		6+2	O	Résultat de l'opération : Total des montants facturés pour les prestations hospitalières - total remboursable par la caisse pour les prestations hospitalières + total des honoraires - total remboursable par la caisse pour les honoraires	
T5cp-14	Total remboursable par l'organisme d'assurance maladie complémentaire (prestations hospitalières)	82-89		6+2	O	Cumul des participations de l'organisme d'assurance maladie complémentaire des enregistrements de type 3cp (positions 122-128).	
T5cp-15	Total remboursable par l'organisme d'assurance maladie complémentaire (honoraires)	90-97		6+2	O	Cumul des participations de l'organisme d'assurance maladie complémentaire des enregistrements de type 4cp (positions 123-128).	
T5cp-16	Zone disponible	98-114	17		F		' '

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS - AMC

DEMANDES DE REMBOURSEMENT  
ELECTRONIQUES  
COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES

Auteur	CLRC
Ref.	00/0510
Version	5.0
Date	06/08/2009
Ch/Page	63
Compatibilité	B2-juin 2005-D

DRE AMC – TYPE 5CP			NORME CP			
Fin de demande de remboursement - fin						
Totalisation						
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION
			A	N		
T5cp-17	Montant total facturé pour les prestations hospitalières (dépassement compris-prestations spécifiques complémentaires CPC, accompagnant, extra hôteliers)	115-122		6+2	O	Cumul des montants totaux des dépenses des enregistrements de type 3cp (positions 102-109). Correspond au coût réel de l'hospitalisation
T5cp-18	Zone réservée éditeurs	123-126	6		F	Zone réservée à l'usage des éditeurs de logiciels pour les hopitaux à des fins de recyclage des rejets
T5cp-19	Type de flux	127	1		O	Zone indiquant s'il s'agit de factures réelles (R), de test (T) ou de démonstration (D).
T5cp-20	Zone disponible	128	2		F	

DRE AMC – TYPE 5T						NORME CP	
<b>Fin de demande de remboursement</b>							
<b>Complément d'informations à destination des organismes d'assurance maladie complémentaire</b>							
<b>Informations relatives aux professionnels de santé ou établissements de santé tiers (échange de plateau technique)</b>							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T5T-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	5
T5T-2	N° FINESS de l'établissement	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T5T-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T5T-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T5T-5	Clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T5T-6	Rang du bénéficiaire	27-29		3	F		Cf. DRE-T2cp-6
T5T-7	N° de demande de remboursement	30-38		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T5T-8	Complément de type	39	1		O		'T'
T5T-9	Séquence	40-41		2	O		De 01 à 30
T5T-10	Identification du prestataire	42-50		9	O	N° ADELI si PS N° FINESS si établissement de soins tiers (échange de plateau technique).	
T5T-11	Désignation du prestataire	51-75	25		O	Nom du Professionnel de santé ou désignation de l'établissement de soins tiers (échange de plateau technique)	
T5T-12	Suite de la désignation du prestataire	76-90	15		F	Prénom du professionnel de santé ou suite de la désignation de l'établissement tiers	
T5T-13	Montant dû par l'AMC au prestataire	91-98		6+2	O	Montant dû par l'AMC au PS ou à l'établissement tiers en cas d'échange de plateau technique	
T5T-14	Nature destinataire règlement	99	1		O	Précise la qualité du titulaire du compte bancaire.	'P' = PS exécutant, 'M' = mandataire, 'E' = établissement tiers
T5T-15	Séquence mandataire	100-101		2	F	Obligatoire si la nature destinataire de règlement est « M » sinon blanc. Si la séquence mandataire est renseignée, un enregistrement de type 5U avec une séquence identique (zone T5U-9) doit être présent dans la même DRE	'01' à '05' ou '00'
T5T-16	Code banque	102-106		5	F	Obligatoire si la nature destinataire de règlement est « P » ou « E ». Code banque du compte bancaire sur lequel seront payées les prestations du PS ou de l'établissement de soins tiers	

DRE AMC – TYPE 5T						NORME CP	
<b>Fin de demande de remboursement</b>							
<b>Complément d'informations à destination des organismes d'assurance maladie complémentaire</b>							
<b>Informations relatives aux professionnels de santé ou établissements de santé tiers (échange de plateau technique)</b>							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T5T-17	Code Guichet	107-111		5	F	Obligatoire si la nature destinataire de règlement est « P » ou « E ». Code guichet du compte bancaire sur lequel seront payées les prestations du PS ou de l'établissement de soins tiers	
T5T-18	N° de compte	112-122	11		F	Obligatoire si la nature destinataire de règlement est « P » ou « E ». N° de compte bancaire sur lequel seront payées les prestations du PS ou de l'établissement de soins tiers	
T5T-19	Clé RIB	123-124		2	F	Obligatoire si la nature destinataire de règlement est « P » ou « E ». Clé RIB du compte bancaire sur lequel seront payées les prestations du PS ou de l'établissement de soins tiers	
T5T-20	Zone disponible	125-128	4				

Il ne peut y avoir plusieurs enregistrements 5T portant le même code identifiant prestataire.

Les enregistrements de type 5T peuvent véhiculer le compte bancaire et la clé RIB, selon accord conventionnel entre AMC et établissements.

Dans le cadre de prestations facturées au titre d'un échange de plateau technique, le type 5T peuvent véhiculer les coordonnées bancaires de l'établissement tiers.

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS - AMC

DEMANDES DE REMBOURSEMENT  
ELECTRONIQUES

COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES

Auteur  
Ref.  
Version  
Date  
Ch/Page  
Compatibilité

CLRC  
00/0510  
5.0  
06/08/2009  
66  
B2-juin  
2005-D

DRE AMC – TYPE 5U				NORME CP			
<b>Fin de demande de remboursement</b>							
<b>Complément d'informations à destination des organismes d'assurance maladie complémentaire</b>							
<b>Informations relatives aux mandataires des professionnels de santé (paiement sur un compte commun à plusieurs PS)</b>							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T5U-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	5
T5U-2	N° FINESS de l'établissement	02-10		9	O		Cf. DRE-T2cp-2
T5U-3	Zone disponible	11	1		O		' '
T5U-4	N° matricule assuré	12-24	13		O		Cf. DRE-T2cp-4
T5U-5	Clé matricule assuré	25-26		2	O		Cf. DRE-T2cp-5
T5U-6	Rang du bénéficiaire	27-29		3	F		Cf. DRE-T2cp-6
T5U-7	N° de demande de remboursement	30-38		9	O		Cf. DRE-T2cp-7
T5U-8	Complément de type	39	1		O		'U'
T5U-9	Séquence	40-41		2	O	Le numéro de séquence doit être présent au moins sur un enregistrement de type 5T zone T5T-15 (séquence mandataire).	De 01 à 05
T5U-10	Zone disponible	42-50	9				' '
T5U-11	Désignation du mandataire	51-74	24		O	Libellé du compte bancaire mandataire	
T5U-12	Zone disponible	75-90	16				' '
T5U-13	Montant à payer par l'AMC sur le compte bancaire	91-98		6+2	O	Montant à payer par l'AMC sur le compte mandataire.	
T5U-14	Zone disponible	99	1				' '
T5U-15	Zone disponible	100-101	2				' '
T5U-16	Code banque	102-106		5	O	Code banque du compte bancaire du mandataire	
T5U-17	Code Guichet	107-111		5	O	Code guichet du compte bancaire du mandataire	
T5U-18	N° de compte	112-122	11		O	N° de compte bancaire du mandataire	
T5U-19	Clé RIB	123-124		2	O	Clé RIB du compte bancaire du mandataire	
T5U-20	Zone disponible	125-128	4				' '

Si un ou plusieurs enregistrements de type 5T porte une nature de destinataire de règlement = « M », il y a au moins un enregistrement de type 5U.

Les enregistrements de type 5U peuvent véhiculer les coordonnées bancaires des mandataires, selon accord conventionnel entre AMC et établissements.

DRE AMC - TYPE 6		TOUTES NORMES					
<b>Fin de lot</b>							
<b>Totalisation</b>							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T6-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	6
T6-2	N° Etablissement de soins + clé	02-10		9	O	N° FINESS	Cf. DRE-T1-2
T6-3	Nombre de demandes de remboursement	11-13		3	O	Nombre d'enregistrement de type 2 'début de demande de remboursement' transmis sous le même numéro de lot.	
T6-4	Nombre de lignes actes	14-17		4	O	Nombre d'enregistrement de type 3 et 4 pour l'ensemble des demandes de remboursement transmises sous le même numéro de lot.	
T6-5	Nombre d'enregistrements de type 2	18-21		4	C	Comptabilisation enregistrements type 2, et ses compléments	
T6-6	Nombre total des enregistrements de type 5	22-24		3	O	Nombre d'enregistrement de type 5 (et 5M, 5T et 5U si présents) pour l'ensemble des demandes de remboursement transmises sous le même numéro de lot	
T6-7	Montant total général du lot prestations facturées	25-33		7+2	O	Cumul des montants facturés de toutes les demandes de remboursement du lot. NORME CP : Prendre en compte les montants facturés pour les honoraires et les prestations hospitalières	
T6-8	Montant total général du lot prestations remboursables par l'organisme d'Assurance maladie obligatoire	34-42		7+2	O	Cumul des montants remboursables par l'organisme d'assurance maladie obligatoire pour toutes les demandes de remboursement du lot. NORME CP : Prendre en compte les montants facturés pour les honoraires et les prestations hospitalières	
T6-9	Montant total général du lot prestations remboursables par l'organisme d'assurance maladie complémentaire	43-51		7+2	O	Cumul des montants remboursables par les organismes d'assurance maladie complémentaire pour toutes les demandes de remboursement du lot. NORME CP : Prendre en compte les montants facturés pour les honoraires et les prestations hospitalières	
T6-10	Numéro de lot	52-54	3		O		Cf. DRE-T1-5
T6-11	Type de flux	55	1		F	Zone réservée SESAM indiquant s'il s'agit de factures réelles (R), de test (T) ou de démonstration (D).	R, T ou D
T6-12	Code type facture	56	1		O	Code indiquant qu'il s'agit d'une facture AMC	D
T6-13	Zone disponible	57-60	4		O		' '

DRE AMC - TYPE 6			TOUTES NORMES				
<b>Fin de lot</b>							
<b>Totalisation</b>							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T6-14	N° agrément progiciel de santé	61-72	12		F	En SESAM Obligatoire pour les logiciels agréés et renseignée à partir du n° d'agrément fourni par le CNDA Hors SESAM : - obligatoire pour les logiciels établissement certifiés et renseigné avec le numéro de certificat délivré par le CNDA - pour les autres catégories de PS en SM*TP, 12 premiers caractères de la raison sociale de l'éditeur - autres cas, à blanc	RO
T6-15	N° agrément progiciel de santé du dispositif portable	73-84	12		F	Zone réservée SESAM Numéro d'agrément du dispositif portable, ayant servi à l'élaboration des factures hors cabinet. A blanc dans les autres cas.	RO
T6-16	Zone de certification lot	85-87	3		F	Zone réservée SESAM	
T6-17	N° identification du PS remplaçant	88-96		9	F	Zone réservée SESAM	
T6-18	Zone de certification de lot	97-128	32		F	Zone réservée SESAM certification de lot	

DRE AMC – TYPE 999			TOUTES NORMES				
<b>Fin de fichier</b>							
<b>Bilan des enregistrements transmis</b>							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T9-1	Type d'enregistrement	01-03		3	O	Code du type d'enregistrement	999
T9-2	Type de partenaire émetteur	04-05	2		O		Cf. DRE-T0-2
T9-3	Numéro d'émetteur	06-19	14		O		Cf. DRE-T0-3
T9-4	Zone disponible	20-25	6		O		' '
T9-5	Type de partenaire destinataire	26-27	2		O		Cf. DRE-T0-5
T9-6	Numéro de destinataire	28-41	14		O		Cf. DRE-T0-6
T9-7	Zone disponible	42-47	6		O		' '
T9-8	Application	48-49	2		O		Cf. DRE-T0-8
T9-9	Identification du fichier	50-55	6		O		Cf. DRE-T0-9
T9-10	Volume du fichier	56-63		8	O	Nombre total d'enregistrements à transmettre. (types 0 et 9 compris).	
T9-11	Zone disponible	64-82	19		O		' '
T9-12	Nombre de lots	83-85		3	O	Nombre total de lots contenus dans le fichier	
T9-13	Zone disponible	86-128	43		O		' '

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS - AMC

DEMANDES DE REMBOURSEMENT  
ELECTRONIQUES  
*COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES*

Auteur	CLRC
Ref.	00/0510
Version	5.0
Date	06/08/2009
Ch/Page	70
Compati bilité	B2-juin 2005-D

#### 4. ANNEXE DES REGLES DE CODIFICATION

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

<b>FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC</b>  <b>DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES</b> <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	71
	Compati- bilité	B2-juin 2005-D

**4.1 Type de partenaires – Emetteurs et destinataires des échanges**

*Rubrique(s) concernée(s) : T0-2 ; T0-3 ; T0-5 ; T0-6 ;*

Les échanges sont réalisés entre deux « environnements » de partenaires (les établissements de santé et les organismes d'assurance maladie complémentaire) qui, en fonction des échanges, sont émetteurs ou destinataires des échanges.

Le tableau suivant résume le rôle joué par chaque famille en fonction de la norme.

NORME	ETABLISSEMENTS DE SANTE	ORGANISMES COMPLEMENTAIRES
DRE AMC	Emetteurs	Destinataires

**Types de partenaires de l'environnement « professionnel de santé » (code type de partenaire émetteur)**

VALEUR	SIGNIFICATION
TP	Professionnel de santé
TE	Etablissement
SI	Société civile professionnelle (Organisme Intermédiaire)

**Type de partenaires de l'environnement « organisme d'assurance maladie complémentaire » (code type de partenaire destinataire)**

VALEUR	SIGNIFICATION
CS	Centre de services d'organisme d'assurance maladie complémentaire
OC	Organisme d'assurance maladie Complémentaire ou opérateur de règlement

**Dans un contexte de transmission via un OCT (Organisme Concentrateur Technique)**

L'OCT est identifié par la valeur OT. Ainsi, dans cette configuration :

- Dans les échanges entre l'établissement de soins et son concentrateur, le type de destinataire du fichier est valorisé à « OT »
- Dans les échanges entre le concentrateur et l'environnement « organisme d'assurance maladie complémentaire », le type d'émetteur est valorisé à « OT ».

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC  DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	72
	Compati bilité	B2-juin 2005-D

### Numéro d'émetteur

Hors SESAM Vitale, le numéro d'émetteur du fichier est défini selon les accords entre établissement de soins et organismes d'assurance maladie complémentaire.

Le tableau suivant présente les différentes valeurs possibles de numéro d'émetteur en fonction du type d'émetteur, dans le contexte SESAM Vitale.

TYPE EMETTEUR	NUMERO EMETTEUR
OT	N° SIRET de l'organisme concentrateur technique
TP	N° national d'identification et clé du partenaire de santé
TE	N° national d'identification et clé du partenaire de santé
SI	N° SIRET

### Numéro de destinataire

Hors SESAM Vitale, le numéro du destinataire du fichier est défini selon les accords entre établissements de soins et organismes d'assurance maladie complémentaire, en fonction du type de destinataire et du scénario d'échanges.

Le tableau suivant présente les différentes valeurs possibles de numéro de destinataire en fonction du type de destinataire, dans le contexte SESAM Vitale.

TYPE DESTINATAIRE	NUMERO DESTINATAIRE
CS	Sous la forme <code routage><identifiant de l'hôte>0
OC	Sous la forme <N°organisme AMC><identifiant de l'hôte>0 soit sous la forme <N°opérateur de règlement><identifiant de l'hôte>0
OT	N° SIRET de l'organisme concentrateur technique

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS - AMC

DEMANDES DE REMBOURSEMENT  
ELECTRONIQUES  
*COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES*

Auteur	CLRC
Ref.	00/0510
Version	5.0
Date	06/08/2009
Ch/Page	73
Compati bilité	B2-juin 2005-D

**4.2 Numéro de lot**

*Rubrique(s) concernée(s) : T1-5 T6-10*

Pour un même destinataire de fichier, ce compteur (alphanumérique) doit être impérativement différent d'un lot à l'autre du fichier et évolutif de « AAA » à « ZZZ ».

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC  DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	74
	Compati bilité	B2-juin 2005-D

#### 4.3 Numéro d'organisme d'assurance maladie complémentaire + clé

*Rubrique(s) concernée(s) : T2CP-29 T2M-8*

La normalisation des différentes formes d'identification des Organismes Complémentaires est actuellement étudiée, sous l'égide de l'Association EDISANTE, afin d'aboutir à une forme unique d'identification (norme NF Z 69-501). Néanmoins, dans l'attente d'un nouveau système totalement opérationnel, le présent cahier des charges prend en compte les différents cas de figure existant.

La valeur de cet identifiant est fonction de la famille d'appartenance de l'organisme débiteur, ou de l'application (ou service) mise en œuvre avec un OCT AMC.

**Cet identifiant est présent sur (dans) le support de droits présenté par l'adhérent/assuré.** Les règles de gestion de ces identifiants sont précisées par les Organismes Complémentaires ou, plus généralement par leur OCT AMC lors de leur procédure de démarrage.

Sans être exhaustive, la liste ci-après fournit les règles de référence des organismes AMC.

#### IDENTIFICATION D'UNE MUTUELLE (échanges SESAM-Vitale)

Dans le cadre des échanges SESAM-vitale, les mutuelles régies par le code de la mutualité sont identifiées par leur numéro d'immatriculation au Registre National des Mutuelles dit n° RNM sur 9 caractères numériques.

En pratique, le code RNM correspond au numéro SIREN délivré par l'INSEE.

Sur le support de droits papier de la mutuelle, ce numéro est précédé de la mention " RNM ".

IDENTIFICATION D'UN ORGANISME COMPLEMENTAIRE PARTENAIRE DE SP SANTE / SANTE-PHARMA

L'identification de l'organisme d'assurance complémentaire prend le format :

- 8 caractères numériques (SP SANTE).

IDENTIFICATION NOEMIE D'UN ORGANISME COMPLEMENTAIRE

L'identification Noémie d'un organisme d'assurance maladie complémentaire constituée de 8 caractères numériques.

Ces caractères sont lisibles sur l'attestation émise.

Les règles de gestion en sont les suivantes :

Cette identification est structurée de la manière suivante

Position	Valorisation
1, 2 et 4	Numéro d'identification de l'Organisme Complémentaire (Société d'Assurance, Institution de Prévoyance)
3	= 0 Mutuelle = 4 Société d'Assurances = 8 Institution de Prévoyance
5 à 7	Numéro du délégataire de gestion éventuel de l'Organisme Complémentaire (>100).
8	Clé de contrôle Le calcul de la clé est précisé dans le paragraphe suivant.

Procédé de calcul de la clé.

Exemple	5	9	0	1	2	0	8
Numéroter les chiffre du numéro de la droite vers la gauche : rang	7	6	5	4	3	2	1
X 1 les chiffres de rangs pairs		9		1		0	
X 2 pour les rangs impairs	10		0		4		16
Additionner l'ensemble de ces résultats	1+0+9+0+1+4+0+1+6=22						
Chiffre par chiffre							
Soustraire le résultat obtenu du multiple de 10, immédiatement supérieur : il constitue la clé	Clé : 30 - 22 = 8						

Remarque : D'autres formats d'identification NOEMIE pour les mutuelles (8 premiers caractères n° SIREN et mutuelles délégant) ont été définis dans le cadre d'échanges entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire : Se reporter à l'annexe correspondante du cahier des charges NOEMIE.

#### 4.4 Numéro de demande de remboursement

*Rubrique(s) concernée(s) : T2CP-7, T2S-10, T2P-17*

Le tableau suivant présente les règles de gestion du numéro de demande de remboursement en fonction de son sens comptable.

Sens comptable de la DRE	Impact sur le numéro de DRE
DRE normale	Le numéro de la demande de remboursement doit être égal au numéro de la facture électronique transmise au centre de gestion du régime obligatoire et du bordereau S3404 correspondant, lorsque celle-ci existe.
Annulation de DRE	Le numéro de la demande de remboursement d'annulation est égal au numéro de la demande de remboursement d'origine à annuler.
DRE rectificative	Une demande de remboursement rectificative porte son propre numéro.
Recyclage de DRE	Le numéro de la demande de remboursement recyclée est égal au numéro de la demande de remboursement d'origine.

Le contrôle d'unicité d'un numéro de facture est réalisé, pour un établissement de soins, sur le numéro de facture et l'année d'émission de la facture.

Pour une DRE, la rubrique T2P-17 doit être positionnée à 'C'.

#### 4.5 Zones réservées AMC

Rubrique(s) concernée(s) : T2P-11, T2P-12, T2P-13, T2P-14, T2P-15

La structure de ces zones réservées est **fonction** :

- **du contexte d'émission de la facture** : il est identifié à partir de la zone « application » du type 000.
- **du contexte « comptable » de la facture** : il est identifié au travers de la zone « sens comptable », dont les valeurs possibles sont présentées ci-après.

#### DEFINITION DU SENS COMPTABLE

Le tableau suivant présente les différentes valeurs possibles de sens comptable.

Sens comptable : zone T2P-15 position 102	
Valeurs possibles	Signification
2	Annulation de facture RC
5	Recyclage partiel de la facture (RC seule)
6	Facture normale RC seulement
A	Facture rectificative RC

Lorsqu'une facture émise par un établissement de soins est rejetée par un des destinataires de la chaîne de traitement pour des raisons techniques, celle-ci n'est pas enregistrée comme une facture existante, ni chez l'un ni chez l'autre. On parle alors de **recyclage d'une facture rejetée** (utilisation du même n° de facture).

Lorsqu'une facture émise par un établissement de soins n'est pas rejetée, celle-ci est enregistrée comme facture existante chez l'émetteur et le destinataire. Il peut arriver que l'ETS doive intervenir sur cette facture pour la corriger (erreur de sa part sur la facture initiale, modification des paramètres de remboursement du RO, etc.). Dans ce cas on parle de **rectification de facture**. Sur le plan comptable, il faut annuler la facture initiale, et émettre une nouvelle facture avec un nouveau numéro.

Ainsi dans les flux les actions possibles sont :

- Une **annulation de facture RC (code 2)** est réalisée lorsque cette facture ne doit pas donner lieu à rectification (simple annulation d'une facture).
- Un **recyclage** consiste, pour l'établissement de soins, à réémettre un nouveau message suite à un rejet de la facture; le recyclage **porte le même numéro de facture** que la facture rejetée, cette facture n'ayant pas été comptabilisée, ni chez l'émetteur, ni chez le destinataire.
- Une **rectification de facture** est réalisée lorsque l'origine de cette rectification n'est pas un rejet technique; dans ce cas, le numéro de la facture rectificative diffère du numéro de la facture initiale (il y a eu comptabilisation chez l'émetteur et chez le destinataire). **Le message de rectification d'une facture vaut annulation de la facture initiale.**

**Une facture est soit acceptée dans sa totalité soit rejetée dans sa totalité. Il n'y a donc pas d'acceptation partielle.**

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC  DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	78
	Compati bilité	B2-juin 2005-D

L'annulation ou la rectification d'une DRE sont deux opérations réalisées au choix de l'établissement de Santé, indépendamment de la présence ou non d'un OCT.

Le processus d'annulation ou de rectification d'une DRE correspond à une génération de DRE seule ; il est indépendant de la génération de FSE.

La condition de génération d'une DRE d'annulation ou DRE rectificative est l'existence d'une DRE initiale, signée ou non, envoyée à un organisme AMC.

En cas d'envoi d'une DRE rectificative à un même organisme AMC, celle-ci vaut annulation de la DRE initiale.

En aucun cas la création d'une DRE rectificative ne peut intervenir pour la création ou suppression d'un acte.

Les règles de création d'une « DRE d'annulation » sont les suivantes. L'établissement de soins a la possibilité de créer une DRE d'annulation :

- si la DRE initiale n'a pas été transmise au bon destinataire,
- ou si en présence du bénéficiaire et après transmission de la DRE initiale, l'ETS doit refaire une DRE en lieu et place de la DRE initiale (changement dans la prestation à l'initiative de l'assuré).

Les règles de création d'une « DRE rectificative » sont les suivantes. L'ETS a la possibilité de créer une DRE rectificative si :

- la DRE initiale n'a pas été transmise au bon destinataire et que l'ETS a élaboré une DRE d'annulation,
- la DRE initiale a été transmise avec une erreur sur les données d'identification de l'assuré AMC (numéro d'adhérent),
- un rejet a été émis par l'AMO concernant une FSE pour laquelle une DRE a été créée.

Les tableaux suivants présentent les différentes possibilités d'utilisation des zones réservées :

Contexte émission :				Contexte « comptable » : facture normale	
INFORMATIONS	POSITIONS	LONGUEUR		PRESENCE	CONSIGNES DE SAISIE DES RUBRIQUES
		A	N		
Numéro de prise en charge	Zone T2P-11 83-98	16		C	Référence de prise en charge AMC
Nature pièce justificative des droits AMC	Zone T2P-12 99		1	O	0 L'adhérent/assuré n'a présenté aucune pièce justificative
					1 L'établissement de soins a consulté un serveur de droits
					2 L'adhérent/assuré a présenté son support de droits AMC autre que la carte Vitale (et qu'un autre support de prise en charge)
					3 Prise en charge AMC
					4 L'adhérent/assuré a présenté sa carte Vitale comme support de droits
					5 L'adhérent/assuré a présenté un autre support électronique comme support de droits
Situation accord préalable AMO	Zone T2P-13 100	1		C	« D » lorsque « réponse défavorable à accord préalable AMO »
Type de service AMC	Zone T2P-14 101	1		O	T pour tiers payant H pour hors tiers payant
Sens comptable	Zone T2P-15 102	1			2=annulation d'une facture RC 5=recyclage partiel de la facture RC seul 6=facture normale RC seulement A facture rectificative RC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC  DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	80
	Compati- bilité	B2-juin 2005-D

#### 4.6 Adressage des fichiers de DRE

*Rubrique(s) concernée(s) : T2M-9 ; T2M-10 ; T2M-11 ; T2M-17 ; T2M-18 ; T2M-19*

Le système AMC est organisé pour permettre l'adressage des fichiers de DRE vers :

- une boîte à lettres dédiée à un organisme d'assurance maladie complémentaire
- une boîte à lettres commune à plusieurs organismes d'assurance maladie complémentaire.

Selon l'option, identifiée par la valeur d'un code routage, la règle de constitution de l'adresse électronique diffère.

L'acquisition des données d'adressage de la DRE se fait de deux manières. Les informations d'adressages figurent :

- soit sur le support AMC.
- Soit la table des conventions du système d'information de l'ETS.

#### **1/ Code routage égal à « OC » : Adressage d'une boîte à lettres dédiée à un organisme d'assurance maladie complémentaire ou à un opérateur de règlement**

L'adresse électronique d'une telle boîte à lettres est constituée de la manière suivante :

**DRE <N° opérateur règlement> <identifiant hôte> 0@<nom domaine>**

<N° opérateur règlement> et <nom domaine> sont des paramètres fournis à l'ETS, conformément aux conventions.

Le paramètre <identifiant hôte> est fourni de manière optionnelle, dans le cas où ce paramètre n'est pas renseigné sur le support AMC, le progiciel de l'ETS fournit par défaut la valeur « 001 ».

#### **2/code routage différent de « OC »: Adressage d'une boîte aux lettres du Centre de Service AMC réceptionnant les DRE pour le compte de plusieurs AMC.**

L'adresse électronique d'une telle boîte à lettres est constituée de la manière suivante :

**DRE.<code routage>.<identifiant hôte>.0@<nom domaine>**

<code routage> et <nom domaine> sont des paramètres fournis à l'ETS, conformément aux conventions.

Le paramètre <identifiant hôte> est fourni à l'ETS pour chaque convention.

La liste des codes routage fait l'objet d'une annexe à la norme DRE actualisée indépendamment de la norme. (cf. Annexes DRE 2005-06 hors CP)

#### 4.7 Contexte conventionnel AMC

Rubrique(s) concernée(s) : T2P-9 (positions 47 à 80)

L'information contexte conventionnel est de structure variable.

Le tableau suivant présente une version de cette structure telle qu'elle est implémentée dans une première version sur les postes de travail des professionnels de santé en SESAM-Vitale 1.40.

INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
		A	N			
N° de version de la structure de contexte conventionnel	1-2	2		O	Identifie la version de la table de convention	01
Code spécialité du professionnel de santé	3-4	2		O	Code spécialité du professionnel de santé facturant	RO
Code conventionnel du professionnel de santé	5	1		O	Code conventionnel AMO du professionnel de santé facturant permettant d'identifier le Secteur du conventionnement du PS	RO
Code type de convention	6-7	2		F	Code type de convention de la convention AMC sélectionnée par le PS	Selon accord
Critère secondaire	8-16	9		F	Valeur permettant de préciser le périmètre de la convention et préciser son champ d'application	Selon accord
Code norme retour	17-19	3		F	Identifie la norme utilisée pour les échanges org.AMC vers PS	Selon accord
Zone réservée AMC	20-34	15		O	Zone réservée AMC	

La liste des « codes type de convention » fait l'objet d'une annexe à la norme DRE actualisée indépendamment de la norme (cf. Annexes DRE 2005-06 hors CP).

La valeur 'RO' du code type de convention indique que l'organisme complémentaire est en gestion unique AMO/AMC.

**Une structure spécifique « contexte conventionnel » norme DRE-CP sera définie dès que le contexte conventionnel entre les établissements de soins et les AMC sera établi.**

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC  DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	82
	Compati bilité	B2-juin 2005-D

#### 4.8 Numéro opérateur de règlement

*Rubrique(s) concernée(s) : T2P-8*

La liste des identifiants d'opérateur de règlement fait l'objet d'une annexe à la norme DRE actualisée indépendamment de la norme (cf. Annexes DRE 2005-06 hors CP).

#### 4.9 Codes prestations spécifiques aux organismes complémentaires

*Rubrique(s) concernée(s) : T3CP-12*

Aux codes prestations hospitalières de la norme B2 pour les organismes RO, nous devons ajouter les prestations spécifiques complémentaires :

- **CPC** : Chambre particulière,
- **FAE** : Frais d'accompagnant enfant,
- **LAE** : Lit d'accompagnant enfant,
- **RAE** : Repas d'accompagnant enfant,
- **XTR** : Extra hôtelier

Dans le cadre de la facturation sous T2A dans les cliniques privées, la base de la prestation forfait journalier est incluse dans la base de la prestation T2A **GHS**. Son montant, par contre, est isolé sous le code prestation **FJ** si le forfait journalier est à la charge du bénéficiaire des soins.

#### 4.10 Motif d'annulation ou de rectification d'une DRE

*Rubrique(s) concernée(s) : T2P-10*

Les motifs d'annulation ou de rectification d'une demande de remboursement sont :

- **01** : Requalification de la prise en charge AMO,
- **02** : Requalification de la prise en charge AMC,
- **03** : Facturation d'une ou plusieurs prestations erronées par rapport aux garanties du contrat AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC  DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	85
	Compati bilité	B2-juin 2005-D

**4.11 Modalités de constitution d'une DRE-CP en fonction du statut de l'établissement émetteur et du contexte de dispensation des prestations facturées**

La constitution d'une demande de remboursement par les établissements de soins dépend :

- ↳ d'une part des conditions particulières de la convention régissant les échanges entre un établissement de santé et un organisme d'assurance maladie complémentaire (ou leurs représentants),
- ↳ d'autre part, du statut de l'établissement de soins, et du contexte de dispensation des prestations à facturer (séjour hospitalier ou soins externes).

Sur ce dernier point, l'enchaînement des types d'enregistrement est représenté ci-après en fonction du contexte de dispensation des prestations facturées.

Il est précisé que les enregistrements de type 0 et 9 (début et fin de fichier), les enregistrements de type 1 et 6 (début et fin de lot) ne sont pas pris en compte dans ces schémas.

**Etablissements de soins (catégorie CP) : Généralités**

Type d'enregistrements par niveau		Nbre occurrences (Min, Max)	Remarques	
DRE	Prestation			
<b>2CP</b>		1	Début de facture	
	2S	1	Suite début facture (Complément du N° facture pour les hôpitaux public, informations sur le parcours de soins)	
	2B	0, 1	Suite début facture complément d'information relatif au bénéficiaire de soins	
	2C	0, 1	Suite début facture complément d'information relatif au bénéficiaire de soins et de l'assuré (obligatoire si 2B présent)	
	2M	1	Informations complémentaires AMC. Notamment celles qui seront nécessaires pour l'intégration du secteur hospitalier dans SESAM VITALE.	
	2P	1	Complément entête facture pour les informations spécifiques aux organismes AMC, à l'opérateur de règlement.	
	2T	0,1	Informations relatives au moyen de règlement des prestations dues à l'établissement émetteur de la DRE. Prestations portées par les enregistrements de type 3CP.	
	<b>3CP</b>	0, N	Ligne Prestations – frais de structure et de soins, produits LPP et spécialités pharmaceutiques dispensés par l'établissement	
		3S	0, 1	Suite ligne Prestations – compléments d'information selon les actes (forfait technique, transfert, LPP, Spécialités pharmaceutiques)
		3E	0, 1	Suite ligne Prestations – permet de véhiculer des informations supplémentaires de niveau ligne, notamment les nouvelles identifications des PS et des structures.
		3F	0, 10	Détail des produits de la LPP facturés en sus des GHS
		3H	0, 10	Détail des médicaments facturés en sus des GHS
	<b>4CP</b>	0, N	Ligne d'actes de diagnostique et thérapeutiques + (Forfait technique, LPP, Spécialités pharmaceutiques dispensés dans le cadre d'un échange de plateau technique)	
		4S	0, 1	Suite ligne d'actes de diagnostique et thérapeutiques
		4E	0, 1	Suite ligne Actes de diagnostique et thérapeutiques – permet de véhiculer des informations supplémentaires de niveau ligne, notamment les nouvelles identifications des PS et des structures.
		4M	0, 26	Suite ligne d'acte dentaire (localisation) – actes CCAM (Codes modificateurs, association non prévue, remboursement exceptionnel).
		4B	0, 10	Détail acte biologie
		4D	0, 10	Détail soins dentaires

<b>FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC</b>		Auteur	CLRC
<b>DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES</b>		Ref.	00/0510
<i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>		Version	5.0
		Date	06/08/2009
		Ch/Page	87
		Compatibilité	B2-juin 2005-D

Type d'enregistrements par niveau		Nbre occurrences (Min, Max)		Remarques
DRE	Prestation			
		4H	0, 10	Détail des médicaments rétrocedés
<b>5CP</b>			1	Fin de facture
	5T		0-N	Fin de facture – Informations relatives au règlement des prestations dues aux tiers non émetteurs de la DRE. Règlement des prestations portées sur les enregistrements de type 4CP pour les prestations exécutées : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Par des PS en profession libérale (zone T4S-9 = « L ») – 1 par PS,</li> <li>➤ Dans le cadre d'un échange de plateau technique.</li> </ul>
	5U		0-N	Fin de facture – Informations relatives au règlement des prestations dues aux tiers non émetteurs de la DRE sur un compte mandataire. Règlement des prestations portées sur les enregistrements de type 4CP pour les prestations exécutées par des PS en profession libérale (zone T4S-9 = « L ») et type de règlement mandataire (zone T5T-14 = « M ») – il existe un enregistrement 5U par mandataire,

Les types 2B et 2C doivent être présents si le patient est hors région (voir B2 page 6).

Le type 2P véhicule les informations relatives aux opérateurs de règlement AMC et les informations spécifiques aux AMC.

Dans la norme DRE-CP, la facture est généralement émise suite à la délivrance d'une prise en charge. La liquidation des factures sera faite par l'AMC avec rapprochement du ou des contrats et de la prise en charge délivrée.

- Le type 2S était facultatif, il permettait de véhiculer le complément du numéro de titre des sommes à payer dans les hôpitaux publics (donc absent pour les cliniques privées).

La version « juin 2005 » de la B2 complète le type 2S des données relatives au parcours de soins et du médecin traitant. Dans le cadre de la dématérialisation des bordereaux AMC, les éléments du parcours de soins, de la réforme permettent la facturation de nouvelles majorations et de nouveaux dépassements. En conséquence, le type 2S devient obligatoire dans la DRE norme CP quelque soit le type d'établissement de soins concerné et le contexte de dispensation des actes médicaux.

Les types 2T, 5T, 5U peuvent être présents dans des DRE établies par les cliniques privées pour véhiculer les modalités de règlements des prestations selon convention entre l'établissement et l'AMC.

Le type 5T peut être présent dans les DRE établies dans les établissements publics en cas d'échange de plateau technique.

Les informations des types 3F, 3H, 4B, 4D, 4F, 4H sont véhiculées pour communiquer les données détaillées des actes dispensés vers les AMC. Pour l'heure les codifications détaillées seront renseignées de façon non significative.

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS  
DE SOINS - AMC

DEMANDES DE REMBOURSEMENT  
ELECTRONIQUES  
*COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES*

Auteur	CLRC
Ref.	00/0510
Version	5.0
Date	06/08/2009
Ch/Page	88
Compati bilité	B2-juin 2005-D

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

<b>FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC</b>		Auteur Ref.	CLRC 00/0510
<b>DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES</b>		Version	5.0
<i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>		Date	06/08/2009
		Ch/Page	89
		Compati bilité	B2-juin 2005-D

**Etablissements de soins (catégorie CP) : cas particulier : Facturation T2A en cliniques privées  
– Séjours Hospitaliers**

Type d'enregistrements par niveau		Nbre occurrences (Min, Max)	Remarques	
DRE	Prestations			
<b>2CP</b>		1	Début de facture	
	2S	1	Suite début facture (Complément du N° facture service public, informations sur le parcours de soins)	
	2B	0, 1	Suite début facture complément d'information relatif au bénéficiaire de soins	
	2C	0, 1	Suite début facture complément d'information relatif au bénéficiaire de soins et de l'assuré (obligatoire si 2B présent)	
	2M	1	Informations complémentaires AMC. Notamment celles qui seront nécessaires pour l'intégration du secteur hospitalier dans SESAM VITALE.	
	2P	1	Complément entête facture pour les informations spécifiques aux organismes AMC, à l'opérateur de règlement.	
	2T	0,1	Informations relatives au moyen de règlement des prestations dues à l'établissement émetteur de la DRE. Prestations portées par les enregistrements de type 3CP.	
	<b>3CP</b>	1, N	Ligne prestations – frais de structure et de soins, produits LPP et spécialités pharmaceutiques dispensés par l'établissement	
		3S	0, 1	Suite ligne prestations – compléments d'information selon les actes (forfait technique, transfert, LPP, Spécialités pharmaceutiques)
		3E	0, 1	Suite ligne prestations – permet de véhiculer des informations supplémentaires de niveau ligne, notamment les nouvelles identifications des PS et des structures.
		3F	0, 10	Détail des produits de la LPP facturés en sus des GHS
		3H	0, 10	Détail des médicaments facturés en sus des GHS
	<b>4CP</b>	0, N	Ligne d'actes de diagnostique et thérapeutiques + (Forfait technique, LPP, Spécialités pharmaceutiques dispensés dans le cadre d'un échange de plateau technique)	
		4S	0, 1	Suite de ligne d'actes de diagnostique et thérapeutiques
		4E	0, 1	Suite ligne Actes de diagnostique et thérapeutiques – permet de véhiculer des informations supplémentaires de niveau ligne, notamment les nouvelles identifications des PS et des structures.
		4M	0, 26	Suite ligne d'acte dentaire (localisation) – actes CCAM (Codes modificateurs, association non prévue, remboursement exceptionnel).
		4B	0, 10	Détail acte biologie

Type d'enregistrements par niveau		Nbre occurrences (Min, Max)	Remarques
DRE	Prestations		
	4D	0, 10	Détail soins dentaires
	4H	0, 10	Détail des médicaments rétrocedés
<b>5CP</b>		1	Fin de facture
	5T	0-N	Fin de facture – Informations relatives au règlement des prestations dues aux tiers non émetteurs de la DRE. Règlement des prestations portées sur les enregistrements de type 4CP pour les prestations exécutées : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Par des PS en profession libérale (zone T4S-9 = « L ») – 1 par PS,</li> <li>➤ Dans le cadre d'un échange de plateau technique.</li> </ul>
	5U	0-N	Fin de facture – Informations relatives au règlement des prestations dues aux tiers non émetteurs de la DRE sur un compte mandataire. Règlement des prestations portées sur les enregistrements de type 4CP pour les prestations exécutées par des PS en profession libérale (zone T4S-9 = « L ») et type de règlement mandataire (zone T5T-14 = « M ») – il existe un enregistrement 5U par mandataire,

Le type 2P véhicule les informations relatives aux opérateurs de règlement AMC et les informations spécifiques aux AMC.

La liquidation des factures sera faite par l'AMC avec rapprochement du ou des contrats et de la prise en charge délivrée.

Les informations des types 3F, 3H, 4B, 4D, 4H sont véhiculées pour communiquer les données détaillées des actes dispensés vers les AMC. Pour l'heure les codifications détaillées seront renseignées de façon non significative.

Ce contexte de facturation correspond aux séjours hospitaliers avec ou sans hébergement, la principale prestation facturée en frais de structures et de soins à la clinique privée est :

- Séjour avec hébergement (GHS)
- Soins ambulatoires sans hébergement avec facturation d'un forfait matériel (FFM)
- Soins ambulatoires avec facturation d'un passage en pôle d'urgence autorisé par les ARH (ATU)
- Soins ambulatoires avec facturation d'un forfait sécurité environnementale (SE1, SE2, SE3)
- Hospitalisation à domicile (GHT).

L'enregistrement de type 5T est lié au turn-over important PS exerçant en profession libérale dans une clinique privée : il est difficile pour une AMC de tenir à jour une base des tiers correspondante.

▪ **Etablissements de soins (catégorie CP) : cas particulier : Cliniques privées : soins externes**

Dans l'éventualité d'une évolution du mode de gestion des soins externes dans les cliniques privées, nous prévoyons la structure de la DRE-CP correspondante : Soins externes réalisés par des PS en exercice libéral, facturés par l'ETS, réglés directement sur les comptes bancaires des PS ou sur des comptes mandataires (facturation d'honoraires sans frais de structures et de soins).

Type d'enregistrements par niveau		Nbre occurrences (Min, Max)	Remarques
DRE	Prestations		
<b>2CP</b>		1	Début de facture
	2S	1	Suite début facture (Complément du N° facture service public, informations sur le parcours de soins)
	2B	0,1	Suite début facture complément d'information relatif au bénéficiaire de soins
	2C	0,1	Suite début facture complément d'information relatif au bénéficiaire de soins et de l'assuré (obligatoire si 2B présent)
	2M	1	Informations complémentaires AMC. Notamment celles qui seront nécessaires pour l'intégration du secteur hospitalier dans SESAM VITALE.
	2P	1	Complément entête facture pour les informations spécifiques aux organismes AMC, à l'opérateur de règlement.
	<b>4CP</b>	1, N	Ligne d'actes de diagnostique et thérapeutiques
	4S	0, 1	Suite de ligne d'actes de diagnostique et thérapeutiques
	4E	0, 1	Suite ligne Actes de diagnostique et thérapeutiques – permet de véhiculer des informations supplémentaires de niveau ligne, notamment les nouvelles identifications des PS et des structures.
	4M	0, 26	Suite ligne d'acte dentaire (localisation) – actes CCAM (Codes modificateurs, association non prévue, remboursement exceptionnel).
	4B	0, 10	Détail acte biologie
	4D	0, 10	Détail soins dentaires
	4H	0, 10	Détail des médicaments rétrocedés
<b>5CP</b>		1	Fin de facture
	5T	0-N	Fin de facture – Informations relatives au règlement des prestations dues aux tiers non émetteurs de la DRE. Règlement des prestations portées sur les enregistrements de type 4CP pour les prestations exécutées : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Par des PS en profession libérale (zone T4S-9 = « L ») – 1 par PS,</li> <li>➤ Dans le cadre d'un échange de plateau technique.</li> </ul>
	5U	0-N	Fin de facture – Informations relatives au règlement des prestations dues aux tiers non émetteurs de la DRE sur un compte mandataire. Règlement des prestations portées sur

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

<b>FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC</b>  DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur Ref. Version Date Ch/Page Compatibilité	CLRC 00/0510 5.0 06/08/2009 92 B2-juin 2005-D
---	---	---

Type d'enregistrements par niveau		Nbre occurrences (Min, Max)	Remarques
DRE	Prestations		
			les enregistrements de type 4CP pour les prestations exécutées par des PS en profession libérale (zone T4S-9 = « L ») et type de règlement mandataire (zone T5P-14 = « M ») – il existe un enregistrement 5U par mandataire,

Le type 2P véhicule les informations relatives aux opérateurs de règlement AMC et les informations spécifiques aux AMC.

Les informations des types 4B, 4D, 4H sont véhiculées pour communiquer les données détaillées des actes dispensés vers les AMC. Pour l'heure les codifications détaillées seront renseignées de façon non significative.

L'enregistrement de type 5U sera rarement présent, les PS exercent en profession libérale dans le cadre des soins externes. La DRE soins externes en cliniques privées revient à un tiers payant en cabinet, toutefois la DRE sera constituée par l'établissement de soins où les prestations des soins ont été réalisées.

**Cliniques privées et hôpitaux (catégorie CP) : Hôpitaux du service public : Séjour hospitalier**

Type d'enregistrements par niveau			Nbre occurrences (Min, Max)	Remarques
DRE	Acte	Détail		
2CP			1	Début de facture
	2S		1	Suite début facture (Complément du N° facture service public, informations sur le parcours de soins)
	2B		0, 1	Suite début facture complément d'information relatif au bénéficiaire de soins
	2C		0, 1	Suite début facture complément d'information relatif au bénéficiaire de soins et de l'assuré (obligatoire si 2B présent)
	2M		0, 1	Informations complémentaires relatives à organisme AMC.
	2P		1	Informations relatives à l'opérateur de règlement.
	3CP		1, N	Ligne prestations – frais de structure et de soins, produits LPP et spécialités pharmaceutiques dispensés par l'établissement
		3S	0, 1	Suite ligne prestations – compléments d'information selon les actes (forfait technique, transfert, LPP, Spécialités pharmaceutiques)
		3E	0, 1	Suite ligne prestations – permet de véhiculer des informations supplémentaires de niveau ligne, notamment les nouvelles identifications des PS et des structures.
		3F	0, 10	
		3H	0, 10	
	4CP		0, N	Ligne Actes de diagnostique et thérapeutiques exécutés dans le cadre d'un échange de plateau technique – honoraires. Dans le cadre de l'application d'un TMF, les actes lourds déclencheurs du TMF font l'objet d'un enregistrement 4CP (seul le montant de la dépenses est renseigné pour les actes CCAM)
		4S	0, 1	Suite de ligne Actes de diagnostique et thérapeutiques
		4E	0, 1	Suite ligne Actes de diagnostique et thérapeutiques – permet de véhiculer des informations supplémentaires de niveau ligne, notamment les nouvelles identifications des PS et des structures.
		4M	0, 26	Suite ligne d'acte dentaire (localisation) – actes CCAM (Codes modificateurs, association non prévue, remboursement exceptionnel).
		4B	0, 10	
		4D	0, 10	
		4H	0, 10	
5CP			1	Fin de facture
	5T		0-N	Fin de facture – Informations relatives au règlement des prestations dues aux tiers non émetteurs de la DRE. Règlement des prestations portées sur les enregistrements de type 4CP pour les prestations exécutées : ➤ Dans le cadre d'un échange de plateau technique.

En séjour hospitalier dans un hôpital du secteur public les actes dispensés sont inclus dans le tarif du GHS.

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC	Auteur	CLRC
DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES	Ref.	00/0510
COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	94
	Compati bilité	B2-juin 2005-D

Le type 2P véhicule les informations relatives aux opérateurs de règlement AMC et les informations spécifiques aux AMC.

Les informations des types 3F, 3H, 4B, 4D, 4H sont véhiculées pour communiquer les données détaillées des actes dispensés vers les AMC. Pour l'heure les codifications détaillées seront renseignées de façon non significative.

Les enregistrements de type 4CP, 4S, 4E, 4M, 5T seront exceptionnellement présents pour la facturation de forfait technique, de produits LLP, de spécialités pharmaceutiques, d'honoraires dispensés dans le cadre d'un échange de plateau technique.

Application du Ticket Modérateur Forfaitaire :

L'enregistrement de type 4CP sera présent pour information (non facturé) relative au niveau de l'activité médicale :

Justification d'un acte lourd qui déclenche l'application d'une participation Assuré.

**Cliniques privées et hôpitaux (catégorie CP) : Hôpitaux du service public : soins externes**

Type d'enregistrements par niveau		Nbre occurrences (Min, Max)	Remarques
DRE	Prestations		
<b>2CP</b>		1	Début de facture
	2S	0, 1	Suite début facture (Complément du N° facture service public, informations sur le parcours de soins)
	2B	0, 1	Suite début facture complément d'information relatif au bénéficiaire de soins
	2C	0, 1	Suite début facture complément d'information relatif au bénéficiaire de soins et de l'assuré (obligatoire si 2B présent)
	2M	1	Informations complémentaires AMC. Notamment celles qui seront nécessaires pour l'intégration du secteur hospitalier dans SESAM VITALE.
	2P	1	Complément entête facture pour les informations spécifiques aux organismes AMC, à l'opérateur de règlement.
	<b>3CP</b>	0, N	Ligne prestations – produits LPP et spécialités pharmaceutiques dispensés par l'établissement ?
		3S	Suite ligne prestations – compléments d'information selon les actes (forfait technique, transfert, LPP, Spécialités pharmaceutiques)
		3E	Suite ligne Prestations – permet de véhiculer des informations supplémentaires de niveau ligne, notamment les nouvelles identifications des PS et des structures.
		3F	Détail des produits de la LPP facturés en sus des GHS
		3H	Détail des médicaments facturés en sus des GHS
	<b>4CP</b>	1, N	Ligne Actes de diagnostique et thérapeutiques
		4S	Suite de ligne Actes de diagnostique et thérapeutiques
		4E	Suite ligne Actes de diagnostique et thérapeutiques – permet de véhiculer des informations supplémentaires de niveau ligne, notamment les nouvelles identifications des PS et des structures.
		4M	Suite ligne d'acte – acte dentaire (localisation) – actes CCAM (Codes modificateurs, association non prévue, remboursement exceptionnel).
		4B	Détail acte biologie
		4D	Détail soins dentaires
		4H	Détail des médicaments rétrocedés
<b>5CP</b>		1	Fin de facture

Les types 2P véhiculent les informations relatives aux opérateurs de règlement AMC.

Les enregistrements de type 3 ne seront présents qu'en cas de facturation de forfait technique, de produits de la LPP et de spécialités pharmaceutiques dispensés par l'établissement émetteur de la DRE.

Echanges  
électroniques  
CP / Org.AMC

FORMAT D'ECHANGES ETABLISSEMENTS DE SOINS - AMC  DEMANDES DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUES <i>COMPATIBLE B2 06-2005-D IRIS INTER REGIMES</i>	Auteur	CLRC
	Ref.	00/0510
	Version	5.0
	Date	06/08/2009
	Ch/Page	96
	Compati bilité	B2-juin 2005-D

Les informations des types 3F, 3H, 4B, 4D, 4H sont véhiculées pour communiquer les données détaillées des actes dispensés vers les AMC. Pour l'heure, les codifications détaillées seront renseignées de façon non significative.