

F.N.M.F.
Direction des Systèmes d'Information

**NORME RETOUR
UTILISEE SUR LE RESEAU
DE LA MUTUALITE FRANCAISE**

RM

Version janvier 2001

Historique des modifications opérées sur la norme depuis sa création

Version 2001 :

- Principes et modalités de basculement à l'Euro pour janvier 2002

Version 1998

- Introduction de l'unité monétaire en TYPE 1

Version 1995

- Valeur "PGMDES" dans la zone "programme destinataire" en TYPE 0 de Noe vers Centre de traitement.
- Valeur "AP" dans la zone "Application" en TYPE 0 de Noe vers Centre de traitement.

Création Novembre 1989

Basculement à l'Euro dans les 615M

Objectif janvier 2002

I. Les principes de base du basculement à l'Euro

I.1. A compter du 1^{er} janvier 2002

. Pour les soins réalisés à compter du 1/1/2002, les factures émises par les Professionnels de santé sont en Euro.

Cependant, les flux en francs sont acceptés pour des soins réalisés avant le 31/12/2001.

. Les prix unitaires des actes professionnels ainsi que les vignettes pharmacie sont publiés en Euro sur 2 décimales.

Cependant les vignettes en francs sont acceptés jusqu'à épuisement des stocks, avec l'obligation de convertir automatiquement les prix en Euro en flux électroniques (cf. II.3. règles des arrondis).

I.2. Dès le 1^{er} octobre 2001

. L'assurance maladie obligatoire bascule à l'Euro ses systèmes d'information.

. Afin d'assurer la cohérence avec la Sécurité Sociale, la coexistence du Franc / Euro en télé transmission devra respecter le principe :

Entre le 1/10/2001 et 31/12/2001, un professionnel de santé établissant une facture en Euro convertira et détaillera les prix unitaires, montants et totalisation en Euro (cf. II.3. règles des arrondis).

Ainsi, les flux 615M et B2 sont acceptés, sur NOE, en Euro seulement si le flux comporte un code monétaire "U".

I.3. Jusqu'au 31 septembre 2001

Les règles définies sur la période transitoire depuis 1^{er} janvier 1999 restent en vigueur, notamment :

. Afin de limiter les problèmes des écarts de + ou - 3 centimes liés aux conversions Euro/Franc, 2 principes sont édictés :

- le prix unitaire d'un acte ou soin reste en Francs jusqu'à nouvel ordre ministériel.
- Les opérations de conversions et d'arrondi doivent être réalisés sur les montants de synthèse exprimant des totaux et non sur les montants intermédiaires.

. Un professionnel de Santé établissant une facturation en Euro détaille chaque montant de ligne d'acte ou soin en Francs et seul le montant total facturé est converti et libellé en Euro.

II. Les adaptations sur les formats d'échanges électroniques

II.1. L'unité monétaire dans les normes

Rappel :

- **L'unité monétaire est un des critères de rupture de lot.**
- Dans les normes 615M "aller" (PH, LB, ER, CP, EH) : L'unité monétaire de facturation du professionnel de santé est indiqué au niveau du lot : **Type 1 - Position 90**
- Dans les normes 615M "retour" (RM, RMPGP) : L'unité monétaire de l'origine est indiquée au niveau du lot : **Type 1 - Position 103**

II.2. Extension de la liste des codes monétaires

Codes utilisés pour qualifier la zone "Unité monétaire de facturation du PS"

- **F ou Blanc** pour lot de factures en **Francs**
- **E** pour lot de factures en "**pseudo**" **Euro** lorsque les lignes détails (types 3 ou 4) exprimées en franc et totalisations (type 5) exprimées en Euro
- **U pour lot de factures tout Euro lorsque les lignes détails (types 3 ou 4) et totalisations (type 5) sont exprimées en Euro**

II.3. Prix unitaires et montants

Afin de minimiser les écarts financiers, les opérations de conversions de prix unitaires se font sur 5 décimales. La base de remboursement est calculée à partir du prix unitaire sur 5 décimales.

L'affichage des prix et des montants dans les flux électroniques reste sur 2 décimales et respecte les règles d'arrondis suivantes :

- Si le 3^{ème} chiffre après la virgule est supérieur ou égal à 5, on arrondit par excès (exemple : 0,265226 est arrondi à 0,27).
- Si le 3^{ème} chiffre après la virgule est inférieur à 5, on arrondit par défaut (exemple : 0,26429 est arrondi à 0,26)

N O R M E R E T O U R (R M)

Le présent CAHIER TECHNIQUE définit les modalités d'envoi, par TELETRANSMISSION, des "factures retour" (information de liquidation) du centre de traitement de la mutuelle au Réseau N.O.E. et du Réseau N.O.E. jusqu'aux Professionnels de Santé.

Il traite successivement :

I	- La composition des envois	P. 3
II	- La structure de l'information	P. 10
III	- La présentation de l'information	P. 13
IV	- la codification de l'information	

I - COMPOSITION DES ENVOIS

La présente norme "retour" a pour fonction de véhiculer les informations de liquidation générées par les centres de traitement mutualistes tout en respectant les différents schémas organisationnels des échanges existant entre les Professionnels de Santé et les Mutuelles.

Rappelons que les centres de traitement reçoivent, de "l'ALLER", un fichier contenant des lots par P.S/débiteur, contenant chacun des exemplaires de factures.

1. TRAITEMENTS DES FACTURES

Pour chaque facture reçue, au jour J, la mutuelle peut soit :

CAS 1

PAYER EN TOTALITE LA FACTURE

Le montant payé est égal au montant facturé

CAS 2

PAYER "PARTIELLEMENT" LA FACTURE

Le montant, payé pour l'ensemble de la facture, est différent du montant facturé

CAS 3

REJETER LA FACTURE

La facture présente une anomalie (adhérent inconnu, droit non ouvert ...) et ne peut être payée

CAS 4

PRENDRE EN COMPTE LA FACTURE

En fonction de son système d'information, la mutuelle peut, dans certains cas, ne pas pouvoir prendre la décision, au jour J de réception de la facture, du paiement ou rejet de celle-ci (ex : procédure manuelle).

Par contre, elle renvoie, au même jour J, une information selon laquelle la facture a bien été reçue.

Remarque :

Cette même facture fera l'objet, à un jour J + n, d'un deuxième retour répondant à l'un des trois premiers cas.

CAS 5

NE RIEN GENERER AU JOUR J

Cette fois, comme dans le cas précédent, la mutuelle ne peut décider au jour J de réception de facture, du paiement ou rejet de la facture, mais elle ne génère pas d'information de prise en compte.

Au jour J + n, elle générera un retour pour cette facture, correspondant à l'un des trois premiers cas.

2. CATEGORIES DE LOTS RETOUR

Un centre de traitement génère, **pour le compte de chaque mutuelle**, des lots retour dont les modalités peuvent varier en fonction des conventions régissant la relation entre cette mutuelle et un professionnel de santé.

Chaque lot retour regroupe des informations de liquidation de factures émanant d'un même professionnel de santé; le centre de traitement génère donc des lots retour par couple Professionnel de Santé/Mutuelle concernée, soit Professionnel de Santé/Débiteur.

Des différents traitements de factures, explicités précédemment, vont naturellement apparaître différentes catégories de lots retour.

1. lot miroir

Un centre de traitement peut, pour chacune des factures constituant un LOT ALLER donné, générer en retour une information sur chacune d'elles (à l'exclusion de toute autre), que cette information relève du cas 1, 2, 3 ou 4 prévus ci-dessus.

Il génère donc un lot retour dit LOT MIROIR parce qu'il est le miroir d'un lot aller.

2. lot spécifique

Chaque facture qui, dans un lot miroir, a donné lieu à une information de prise en compte sans toutefois être payée (cas 4 ci-dessus), va faire l'objet ultérieurement d'une information de liquidation répondant à l'un des cas 1, 2 ou 3.

Chacune de ces factures et leur information de liquidation, qui auront fait l'objet d'une information de prise en compte dans un précédent lot miroir, vont être regroupées dans un lot dit LOT SPECIFIQUE.

Un LOT ALLER donné peut donc faire l'objet :

- d'un LOT MIROIR :

Chacune des factures fait l'objet d'une information de liquidation ou de prise en compte conforme à l'un des cas 1, 2, 3 ou 4 ci-dessus.

- d'un LOT MIROIR puis d'un ou plusieurs LOTS SPECIFIQUES :

La facture qui a fait l'objet d'une seule information de prise en compte (cas 4) dans un précédent LOT MIROIR fait l'objet ultérieurement d'une information de liquidation (cas 1, 2 ou 3) dans un LOT SPECIFIQUE.

- de plusieurs LOTS SPECIFIQUES :

Au fur et à mesure de leur liquidation, les factures traitées d'un lot aller peuvent être regroupées ou éclatées au sein d'un ou plusieurs lots retour spécifiques.

Chaque lot retour spécifique véhicule alors des informations concernant les factures de différents lots aller.

Un Centre de Traitement donné peut donc, suivant le cas, générer :

- des LOTS MIROIR à l'exclusion de tout autre, (1, 2, 3)
- des LOTS MIROIR et des LOTS SPECIFIQUES, (1, 2, 3, 4)
- des LOTS SPECIFIQUES.

3. COMPOSITION DES FICHIERS

L'ensemble des lots retour générés, au jour J, par un centre de traitement, est regroupé dans un fichier (dans une enveloppe constituée d'un enregistrement de début de fichier - type 0 -, et d'un enregistrement de fin de fichier - type 9 -), pour l'envoi au Réseau N.O.E.

N.O.E. reçoit des fichiers de différents centres de traitement. Il "ouvre" les fichiers (détruit les enveloppes), et trie l'ensemble des lots contenus dans ceux-ci par professionnel de santé.

N.O.E. constitue, alors, un fichier par destinataire, dans lequel sont rangés les lots destinés à celui-ci. Ces fichiers seront transmis aux destinataires, qu'ils soient professionnels de santé ou organismes de traitement (organismes intermédiaires, C.R.I.H., etc).

Une enveloppe, et plus particulièrement l'enregistrement de début de fichier (type 0), identifie l'émetteur physique et le destinataire physique du fichier.

En conséquence :

- pour les échanges de traitement vers N.O.E., se référer au type 0 : "centre de traitement à N.O.E." ;
- pour les échanges N.O.E. vers les professionnels de santé, se référer au type 0 : "N.O.E. - professionnels de santé".

4. CAS PARTICULIERS

Le Réseau N.O.E. peut être amené à rejeter certains lots aller de factures, provenant des professionnels de santé, s'il ne peut router ceux-ci vers les centres de traitement (consignes de saisie non respectées sur les zones d'identification de la Mutuelle).

Dans ce cas, N.O.E. renvoie au Professionnel de santé, pour chaque lot "aller" rejeté, un lot miroir (sous le format de la norme retour), en précisant au niveau facture, à l'aide d'un code et d'un libellé spécifiques, le motif du rejet.

Le professionnel de santé reçoit donc un fichier contenant des lots retour générés soit par les centres de traitement, soit par N.O.E.

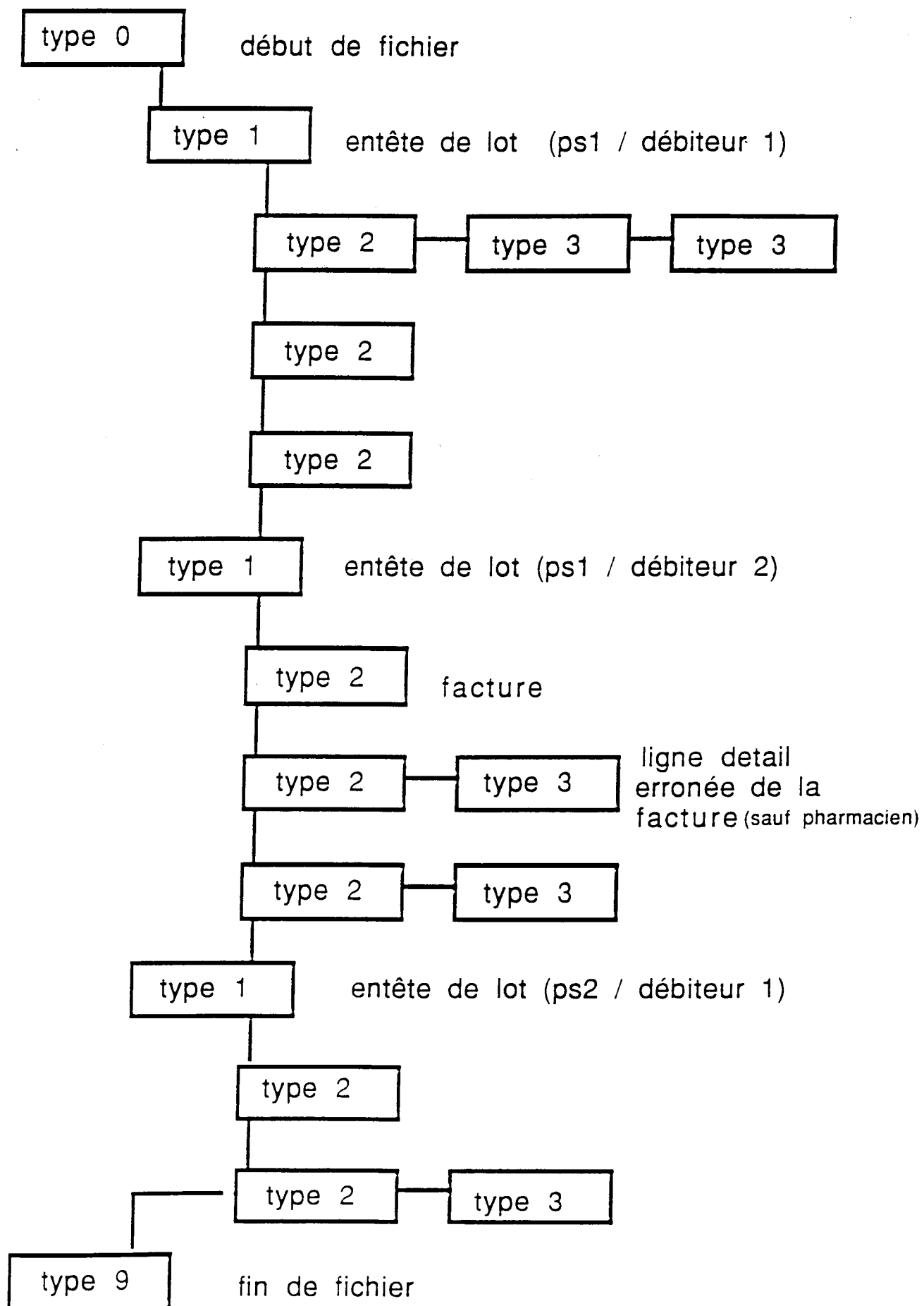
Le Réseau N.O.E. peut être amené à rejeter certains lots retour d'information de liquidation, provenant des centres de traitement, s'il ne peut router ceux-ci vers les professionnels de santé ou vers les "Organismes de Traitement" (consignes de saisie non respectées sur les zones d'identification du professionnel de santé ou de l'organisme de traitement).

Dans ce cas N.O.E. renvoie, au centre de traitement, l'ensemble des lots retour rejetés, dans leur intégralité, en précisant, au niveau lot, à l'aide d'un code rejet, le motif du rejet.

L'ensemble de ces lots retour rejetés, est transmis au centre de traitement dans une enveloppe (dans un fichier - type 0/type 9 : voir type 0 : de N.O.E. à Centre de Traitement).

II - STRUCTURE DE L'INFORMATION

structure du fichier retour (norme rm)



Chaque retour de facture fait l'objet d'un enregistrement de type 2 et d'autant d'enregistrements de type 3 que de lignes détail erronées.

REMARQUE

Pour les pharmaciens, les motifs de paiement "partiel" ou de rejet ne justifient pas une explication au niveau de la ligne détail.

Pour cette catégorie de professionnel de santé, aucun enregistrement de type 3 n'est à générer : il y a donc lieu de ne pas en tenir compte.

*

* *

Chaque type d'enregistrement correspond à des caractéristiques précises :

TYPE D'ENREGISTREMENT	CARACTERISTIQUES
0	DEBUT DE FICHER - unique par fichier Initialisation de l'envoi
1	ENTETE DE LOT - unique par lot Un (à deux) lot(s) par couple PS/débiteur
2	FACTURE - unique par facture Informations concernant l'ensemble de la facture et sa liquidation
3	LIGNE DE DETAIL ERRONEE - unique par ligne de détail erronée Autant de type 3 que de lignes de détail erronées de la facture
9	FIN DE FICHER - unique Totalisation de l'envoi

III - PRESENTATION DE L'INFORMATION

REGLES GENERALES

La présentation de l'information implique le respect de quelques règles générales :

- 1 - Les zones doivent être définies en caractères :
 - . alphanumérique, sans caractères spéciaux (apostrophes, virgules, tirets),
 - . numérique.
- 2 - Les zones alphanumériques sont cadrées à gauche, et sont complétées à droite par des blancs ; les zones numériques sont cadrées à droite, et sont complétées à gauche par des zéros.
- 3 - Les zones facultatives (voire obligatoires), non renseignées, doivent être :
 - pour les zones alphanumériques : à blanc (space),
 - pour les zones numériques : à 0 (zéro).

Les cas particuliers sont, si nécessaires, précisés dans les instructions détaillées.
- 4 - Les dates doivent être fournies sous la forme AA.MM.JJ.
- 5 - Les prix unitaires doivent être indiqués en centimes.

I N F O R M A T I O N S	P O S I T I O N S	L O N G U E U R		P R E S E N C E	C O N S I G N E S D E S A I S I E - R M
		A	N		
TYPE 0 De CENTRE DE TRAITEMENT à NOE				0	1 FOIS PAR ENVOI. Permet de : . contrôler les références de l'expéditeur . prendre en compte les caractéristiques du fichier et les messages de l'expéditeur
Type d'enregistrement	1 - 3		3	0	= 0 (zéro) DEBUT DE FICHER
Type d'émetteur	4 - 5	2		0	CM = Centre de traitement mutuelle CT = Cetelic
Numéro d'émetteur	6 - 19		14	0	NUMERO ATTRIBUE PAR NOE quel que soit le type d'émetteur aux centres de traitement 8 caractères
Programme émetteur	20 - 25	6		F	IDENTIFIANT DU PROGRAMME INFORMATIQUE AYANT CREE LE FICHER Attribué par l'émetteur
Type de destinataire	26 - 27	2		0	NR = Valeur noeud de réseau NOE
Numéro du destinataire	28 - 41		14	0	NUMERO D'IDENTIFICATION DU POINT D'ACCES AU RESEAU DE LA MUTUALITE FRANCAISE 7 5 1 5 2 1 Numéro suivi du suffixe de 2 chiffres incrémentés au fur et à mesure du développement du réseau : 8 caractères
Programme destinataire	42 - 47	6		0	TPRMUT Tiers Payant Retour Mutuelle
Application	48 - 49	2		0	LI (Liquidation)
Identification du fichier	50 - 55	6		0	NOM DU FICHER TRANSMIS attribué par l'émetteur, alphabétique ou numérique, sans caractère spécial Cette information doit impérativement différer d'un fichier à l'autre
Date de création du fichier	56 - 61		6		AAMMJJ
Type de norme utilisée	62 - 65	4			RM pour les normes répondant au présent cahier des charges

I N F O R M A T I O N S	P O S I T I O N S	L O N G U E U R		P R E S E N C E	C O N S I G N E S D E S A I S I E - R M
		A	N		
Version de norme	66 - 67	2		0	01
Compactage des données	68	1		0	Zéro 0 pour non compactés * 1 pour type 1 de compactage 2 pour type 2 de compactage 3 pour type 3 de compactage
Cryptage des données	69	1		0	0 - si données non cryptées 1 - si données cryptées
FILLER	70 - 82	13		0	Blanc
Longueur d'enregistrement	83 - 85		3	0	128 : si les données sont non compactées 128 à 488 : si les données sont compactées
Mot de passe	86 - 91	6		0	NOM DU FICHIER après substitution à l'aide de la table de transcodification ANNEXE 1 Cette table est évolutive et peut être modifiée après accord des parties
Zone message	92 - 128	37		F	ZONE DE COMMUNICATION Permet à l'expéditeur de communiquer un message Elle est alphabétique Ne doit pas comporter de caractères spéciaux

* Les types mentionnés concernent des types de compactage (et non d'enregistrement), liés au protocole XMODEM.

I N F O R M A T I O N S	P O S I T I O N S	L O N G U E U R		P R E S E N C E	C O N S I G N E S D E S A I S I E - R M
		A	N		
TYPE 0 De NOE à P.S.				0	1 FOIS PAR ENVOI. Permet de : . contrôler les références de l'expéditeur . prendre en compte les caractéristiques du fichier et les messages de l'expéditeur
Type d'enregistrement	1 - 3		3	0	= 0 (zéro) DEBUT DE FICHIER
Type d'émetteur	4 - 5	2		0	NR = Valeur noeud de réseau NOE
Numéro d'émetteur	6 - 19		14	0	NUMERO D'IDENTIFICATION DU POINT D'ACCES AU RESEAU DE LA MUTUALITE FRANCAISE 7 5 1 6 2 1 Numéro suivi du suffixe de 2 chiffres incrémentés au fur et à mesure du développement du réseau : 8 caractères
Programme émetteur	20 - 25	6		F	= TPRMUT (Tiers Payant Retour Mutuelle)
Type de destinataire	26 - 27	2		0	Valeur TE = Tiers ou SI = Façonnier
Numéro du destinataire	28 - 41		14	0	. NUMERO NATIONAL DE FACONNIER attribué par la CNANTS si l'émetteur est un façonnier . NUMERO NATIONAL D'IDENTIFICATION DU TIERS si l'émetteur est un tiers
Programme destinataire	42 - 47	6		0	Valeur : PGMDES
Application	48 - 49	2		0	Valeur : AP
Identification du fichier	50 - 55	6		0	NOM DU FICHIER TRANSMIS attribué par l'émetteur, alphabétique ou numérique, sans caractère spécial Cette information doit impérativement différer d'un fichier à l'autre
Date de création du fichier	56 - 61		6		AAMMJJ
Type de norme utilisée	62 - 65	4			RM pour les normes répondant au présent cahier des charges

I N F O R M A T I O N S	P O S I T I O N S	L O N G U E U R		P R E S E N C E	C O N S I G N E S D E S A I S I E - R M
		A	N		
Version de norme	66 - 67	2		0	01
Compactage des données	68	1		0	Zéro 0 pour non compactés * 1 pour type 1 de compactage 2 pour type 2 de compactage 3 pour type 3 de compactage
Cryptage des données	69	1		0	0 - si données non cryptées 1 - si données cryptées
FILLER	70 - 82	13		0	Blanc
Longueur d'enregistrement	83 - 85		3	0	128 : si les données sont non compactées 128 à 488 : si les données sont compactées
Mot de passe	86 - 91	6		0	NOM DU FICHIER après substitution à l'aide de la table de transcodification ANNEXE 1 Cette table est évolutive et peut être modifiée après accord des parties
Zone message	92 - 128	37		F	ZONE DE COMMUNICATION Permet à l'expéditeur de communiquer un message Elle est alphanumérique Ne doit pas comporter de caractères spéciaux

* Les types mentionnés concernent des types de compactage (et non d'enregistrement), liés au protocole XMODEM.

INFORMATIONS	POSITIONS	LONGUEUR		PRESENCE	CONSIGNES DE SAISIE - RM
		A	N		
TYPE 0 De NOE à CENTRE DE TRAITEMENT				0	1 FOIS PAR ENVOI. Permet de : . contrôler les références de l'expéditeur . prendre en compte les caractéristiques du fichier et les messages de l'expéditeur
Type d'enregistrement	1 - 3		3	0	= 0 (zéro) DEBUT DE FICHER
Type d'émetteur	4 - 5	2		0	Valeur NR = Noeud de réseau
Numéro d'émetteur	6 - 19		14	0	NUMERO D'IDENTIFICATION DU POINT D'ACCES AU RESEAU DE LA MUTUALITE FRANCAISE 7 5 1 6 2 1 Numéro suivi du suffixe de 2 chiffres incrémentés au fur et à mesure du développement du réseau : 8 caractères
Programme émetteur	20 - 25	6		F	TPRMUT
Type de destinataire	26 - 27	2		0	CM ou CT Centre Mutuelle ou Cetelic
Numéro du destinataire	28 - 41		14	0	NUMERO ATTRIBUE PAR NOE AU CENTRE DE TRAITEMENT 8 caractères
Programme destinataire	42 - 47	6		0	Valeur : PGMDES
Application	48 - 49	2		0	Valeur : AP
Identification du fichier	50 - 55	6		0	NOM DU FICHER attribué par le Noeud de Réseau
Date de création du fichier	56 - 61		6	0	AAAMJJ
Type de norme utilisée	62 - 65	4		0	RM pour les normes répondant au présent cahier des charges

I N F O R M A T I O N S	P O S I T I O N S	L O N G U E U R		P R E S E N C E	C O N S I G N E S D E S A I S I E - R M
		A	N		
Version de norme	66 - 67	2		0	01
Compactage des données	68	1		0	Zéro 0 pour non compactés * 1 pour type 1 de compactage 2 pour type 2 de compactage 3 pour type 3 de compactage
Cryptage des données	69	1		0	0 - si données non cryptées 1 - si données cryptées
FILLER	70 - 82	13		0	Blanc
Longueur d'enregistrement	83 - 85		3	0	128 : si les données sont non compactées 128 à 488 : si les données sont compactées
Mot de passe	86 - 91	6		0	NOM DU FICHIER après substitution à l'aide de la table de transcodification ANNEXE 1 Cette table est évolutive et peut être modifiée après accord des parties
Zone message	92 - 128	37		F	ZONE DE COMMUNICATION Permet à l'expéditeur de communiquer un message Elle est alphanumérique Ne doit pas comporter de caractères spéciaux

* Les types mentionnés concernent des types de compactage (et non d'enregistrement), liés au protocole XMODEM.

INFORMATIONS	POSITION	FORMAT		PRES.	CONSIGNES DE SAISIES
		A	N		
ENREGISTREMENT DE TYPE 1 : En-tête de lot - un lot par couple Débiteur/PS					
Type d'enregistrement	1		1	O	Valeur = 1 DEBUT DE LOT
Type de débiteur	2-3	2		O	RO = Régime Obligatoire avec ou sans régime complémentaire RC = Régime Complémentaire seulement
Identifiant débiteur	4-12		9	O	Référence du débiteur Si RO alors Identifiant Régime Obligatoire (code Gd régime + code caisse + centre gestionnaire) Si RC alors N° de Mutuelle (code préfectoral sans le "M" et comprenant la clé , ANNEXE 2)
N° identification du Professionnel de Santé	13-21		9	O	N° clé à contrôler (ANNEXE 2)
N° organisme intermédiaire	22-27		6	O	N° identification organisme intermédiaire , le cas échéant sinon à Zéro.
Numéro de lot	28-30	3		O	Si position 31 = "O" alors inscrire le n° lot ALLER Sinon la zone = "000"
Lot retour = lot aller	31	1		O	Soit "O" = oui Soit "N" = non
Total des montants facturés par le PS	32-40		9	O	Somme des montants des factures réclamées par le PS à la mutuelle constituant le lot RETOUR
Total des montants factures payées	41-49		9	O	Total des montants payés au titre des factures incluses dans ce lot pour lesquelles : montant payé = montant facturé
Total des montants factures "partiellement" payées	50-58		9	O	Total des montants payés au titre des factures incluses dans ce lot pour lesquelles : montant payé <> montant facturé
total des montants factures rejetées	59-67		9	O	Total des montants facturés au titre des factures incluses dans ce lot et ayant été rejetées.
Total des montants factures prises en compte	68-76		9	O	Total des montants facturés au titre des factures incluses dans ce lot pour lesquelles le Centre de traitement nous indique leurs prises en compte
Version de norme	77-78	2		O	Valeur =01
Date de traitement	79-84		6	O	Format = AAMMJJ Date de génération du lot "Retour"
Nombre d'enregistrements de type 2	85-89		5	O	Nombre total des enregistrements de type 2 de ce lot
Référence du fichier d'origine	90-95		6	F	à l'usage des organismes intermédiaires

INFORMATIONS	POSITION	FORMAT		PRES.	CONSIGNES DE SAISIES
		A	N		
Type de professionnels de santé	96-99	4		O	PH, LB, ...
Code rejet NOE	100-102		3	O	A zéro dans tous les cas sauf quand NOE : - retourne au centre de traitement mutualiste un lot RETOUR détecté en erreur - retourne sous la forme d'un lot RETOUR, un lot ALLER détecté en erreur (ANNEXE 24)
Unité monétaire de facturation du PS	103	1		O	unité monétaire de facturation dans laquelle s'est exprimé le PS à l'origine Zone codifiée par : Blanc ou F pour FRANCS E pour Euro U pour Euro (y compris lignes détails en Euro)
Filler	104-128	25		O	Blanc

INFORMATIONS	POSITIONS	LONGUEUR		PRESENCE	CONSIGNES DE SAISIE - RM
		A	N		
TYPE 2				0	1 FOIS PAR FACTURE
Type d'enregistrement	1		1	0	= 2 Facture retour
Type de débiteur	2 - 3	2		0	RO = Régime Obligatoire avec ou sans Régime Complémentaire RC = Régime Complémentaire seulement
Identification du débiteur	4 - 12		9	0	Idem type 1
Numéro de Profession de santé + clé	13 - 21		9	0	Idem type 1
Numéro d'organisme intermédiaire	22 - 27		6	0	Idem type 1
Numéro de lot aller	28 - 30		3	0	NUMERO DE LOT ALLER ayant véhiculé la facture
Numéro de facture	31 - 39		9	0	NUMERO DE LA FACTURE concernée
Zone d'extension	40		1	0	A zéro obligatoirement
Numéro d'assuré social + clé ou numéro d'adhérent	41 - 55	15		0	A reprendre sur la facture aller
Date de traitement de la facture	56 - 61		6	0	AA MM JJ
Montant facturé	62 - 69		3	0	MONTANT FACTURE au titre de cette facture
Montant payé	70 - 77		3	0	MONTANT PAYE au titre de la facture
Code règlement	78		1	0	= 1 si montant payé = montant facturé = 2 si montant payé différent montant facturé = 3 si facture rejetée = 4 si facture prise en compte
Codification du libellé de règlement	79 - 81		3	0	Voir libellé standard ANNEXE 4
Libellé de règlement	82 - 121	40		0	Voir libellé standard ANNEXE 4
Nombre d'enregistrements de type 3	122 - 123		2	0	NOMBRE D'ENREGISTREMENTS de type 3 attachés à cette facture
FILLER	124 - 128	5		0	Blanc

I N F O R M A T I O N S	P O S I T I O N S	L O N G U E U R		P R E S E N C E	C O N S I G N E S D E S A I S I E - R M
		A	N		
TYPE 3				0	1 FOIS PAR LIGNE DETAIL ERRONEE
Type d'enregistrement	1		1	0	3 = ligne détail erronée
Numéro de facture	2 - 10		9	0	NUMERO DE FACTURE
Numéro de lot	11 - 13		3	0	NUMERO DU LOT auquel appartenait la facture à aller
Code acte	14 - 18	5		0	CODE ACTE figurant sur la ligne détail erronée
Date des soins	19 - 24		6	0	AA MM JJ
Montant facturé	25 - 32		8	0	MONTANT FACTURE au titre de la ligne détail erronée
Montant régié	33 - 40		8	0	MONTANT DU REMBOURSEMENT déterminé par l'organisme payeur
Codification du libellé	41 - 43		3	0	ANNEXE 4
Libellé	44 - 103	60		0	JUSTIFICATION DU REJET OU DU PAIEMENT PARTIEL ANNEXE 4
FILLER	104 - 128	25		0	Blanc

I N F O R M A T I O N S	P O S I T I O N S	L O N G U E U R		P R E S E N C E	C O N S I G N E S D E S A I S I E - R M
		A	N		
TYPE 9				0	1 FOIS PAR ENVOI Permet : . de délimiter la fin du fichier . de donner un bilan des enregistrements transmis
Type d'enregistrement	1 - 3		3	0	= 999 FIN DU FICHER
Type d'émetteur	4 - 5	2		0	Idem au type 0
Numéro d'émetteur	6 - 19		14	0	Idem au type 0
Programme émetteur	20 - 25		6	F	Idem au type 0
Type de destinataire	26 - 27	2		0	Idem au type 0
Numéro du destinataire	28 - 41		14	0	Idem au type 0
Programme destinataire	42 - 47	6		0	Idem au type 0
Application	48 - 49	2		0	Idem au type 0
Identification du fichier	50 - 55	6		0	Idem au type 0
Volume du fichier	56 - 63		3	0	TOTALISATION DE L'ENVOI. Nombre d'enregistrements à transmettre (type 0 à 9 compris)
FILLER	64 - 82	19		0	Blanc
Nombre de lots	83 - 85		3	0	NOMBRE DE LOTS contenu dans le fichier
FILLER	86 - 128	43		0	Blanc

CODIFICATION DE L'INFORMATION

conférer le cahier des annexes version 08/1994