

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

**NORME D'ECHANGES
D'INFORMATIONS ENTRE
LABORATOIRES ET LE RESEAU
DE LA MUTUALITE FRANCAISE**

**Norme 615 M Aller
LB = LABORATOIRES**

Version juin 2004

Version réservée à l'usage des Mutuelles

Historique des modifications opérées sur la norme depuis sa création

Version 2004 :

- Gestion des recours contre tiers
- La codification des actes utilise l'annexe 10 de la norme B2 iris (cf site de la CNAM)
- Les autres évolutions de cette version sont à prendre en compte dans le cadre des échanges du réseau NOE vers les centres de traitement des organismes mutualistes destinataires des 615M. Ces adaptations assurent à minima la compatibilité avec SESAM-Vitale dans le but de faciliter la migration des mutuelles sous les formats Cibles. **Les PS ne sont pas concernés par ces modifications**

Version 2001 :

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

Version 1998

- Introduction de l'unité monétaire en TYPE 1
- Mises à jours des codes actes en TYPE 4, annexe 111 du cahier des annexes des 615M

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.

Version 1992

- En TYPE 2 , la zone "N° matricule assuré + clé" est renseignée exclusivement par le n° assuré social pris sur la carte d'assuré social. Le n° adhérent est à renseigner dans la zone "N° adhérent" selon les consignes de la mutuelle.

Première parution en novembre 1989

Modifications opérées dans la version Juin 2004

1. La gestion du recours contre tiers

Le professionnel de santé doit renseigner si les prestations facturées auprès de l'organisme mutualiste sont en rapport avec un accident de droit commun ou accident du travail.

Donnée précisée en 615M

T2 – N° accident du travail ou date d'accident de droit commun au lieu de date d'accident
position 86-94 Gestion du recours contre tiers : évolution sur la donnée et

2. Codification des actes

Concernant l' Annexe 111 du cahier des annexes 615M: Codes actes

Afin de suivre au plus près les évolutions sur les prestations remboursables par le régime obligatoire, les normes 615M adoptent comme référent l'annexe 10 de la norme B2. Cette annexe est disponible sur le site de la cnam : www.ameli.fr.

3. Modifications pour SESAM-Vitale 140

Les adaptations suivantes s'imposent aux mutuelles qui rentrent dans Sesam-vitale au travers du format 615M. Ces modifications ne concernent pas les échanges de professionnels Santé à NOE

T1 - N° lot position 20-22	devient 3 caractères alphanumériques
T1 – filler position 91-128 au lieu de 90-128	devient 38 caractères alphanumérique au lieu de 39 caractères Alphanumériques
T2 – N° matricule assuré + clé position 12-24 position 25-26	devient 13 caractères alphanumériques devient 2 caractères numériques
T2 - N° lot position 40-42	devient 3 caractères alphanumériques
T2 – justificatif d'exonération position 79	devient 1 caractère alphanumérique
T2 - N° adhérent position 105-112	devient 8 caractères alphanumériques
T2 – destinataire de règlement au lieu de mode de règlement Position 115-116	ajout de la consigne 06 = TP intégral pour SNCF ou Mines
T4 – base de remboursement RO Position 98-104	précision sur consigne
T4 – Montant remboursable par le RO Position 108-114	précision sur consigne

NORME 615M – FLUX ALLER

Le présent CAHIER TECHNIQUE définit les modalités d'échanges de factures des Professionnels de Santé au Réseau N.O.E. et du Réseau N.O.E. au centre de traitement de l'organisme mutualiste.

Ce document s'articule de la façon suivante :

I – la composition des envois

II – la structure de l'information

III – la présentation de l'information

Pour la codification de l'information c'est à dire les annexes, se reporter au CAHIER DES ANNEXES

I - COMPOSITION DES ENVOIS

Les modalités des envois s'effectuent suivant quelques principes de base.

1. Une facture par débiteur

Une facture client est établie en autant d'exemplaires que de débiteurs

Différents cas :

	Mode de couverture	Nombre d'exemplaires de facture	
Cas 1	Client couvert par		
	- un organisme MSA au titre du Régime obligatoire	1 facture RO	
	- un organisme mutualiste au titre du Régime complémentaire	1 facture RC	soit 2 factures
Cas 2	Client couvert par		
	- une section locale mutualiste (ex : MNH, MGEN...) ou une mutuelle gérant le RO au titre du Régime obligatoire	1 facture RO+RC	
	- le même organisme au titre du Régime complémentaire		soit 1 facture
Cas 3	Client couvert par		
	- une section locale mutualiste (ex : MNH, MGEN...) ou une mutuelle gérant le RO au titre du Régime obligatoire	1 facture RO	
	- un autre organisme mutualiste au titre du Régime complémentaire	1 facture RC	soit 2 factures
Cas 4	Client couvert par		
	- uniquement par un des régimes d'obligation ou une section locale mutualiste (ex : MNH, MGEN...) au titre du Régime obligatoire	1 facture RO	soit 1 facture

Nota Bene : Dans le cas où le client est couvert par 2 mutuelles au titre de Régime complémentaire, il est établi un exemplaire de facture par mutuelle (ie par débiteur)

2. Un lot de factures par débiteur

Le ou les factures sont regroupées en LOT. Chaque lot est destiné à un même débiteur et est constitué pour un couple unique un et un seul Professionnel de santé et un et un seul organisme débiteur.

Un lot fait l'objet de 2 types d'enregistrement :

Type 1 – Début de lot

Type 6 – Fin de lot

3. Un fichier d'acheminement de lot

L'ensemble des lots est regroupé dans un FICHER qui fait l'objet d'un acheminement du Professionnel de Santé vers NOE à travers un premier fichier (voir type 000 PS-NR) puis de NOE vers le centre de traitement de la mutuelle dans un second fichier voir type 000 NR-CM).

Un fichier est borné par 2 types d'enregistrement :

Type 000 – Début de fichier

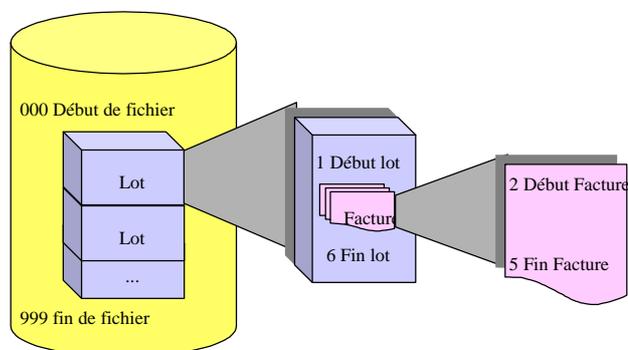
Type 999 – Fin de fichier

II - STRUCTURE DE L'INFORMATION

1. La structure d'un fichier

Le format 615M 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 facture(s),
chaque entité étant bornée par des types
d'enregistrement spécifiques (000,1, ..., 5,6,999).



2. Les types d'enregistrement

Chaque type d'enregistrement correspond à des caractéristiques précises

TYPE	PRESENCE	CONTENU
000	O	DEBUT DE FICHIER - unique par Fichier. Initialise l'envoi.
1	O	DEBUT DE LOT – unique par lot. Identification du PS et de la mutuelle destinatrice du lot
2	O	DEBUT DE FACTURE - unique par Facture. Identification du Adhérent/assuré. Informations concernant l'ensemble de la Facture.
4	O	LIGNE DE FACTURE- relative aux prestations remboursables au professionnel de santé ou à l'adhérent/assuré. Une ligne par prestation facturée.
4M	C	COMPLEMENT LIGNE DE FACTURE pour CODIFICATION CCAM – utilisé pour les Normes 615M ER et 615M EH Détail des actes codifiés CCAM
5	O	FIN DE FACTURE– unique par demande de remboursement. Totalisation de la facture.
6	O	FIN DE LOT– unique par lot. Totalisation du lot
999	O	FIN DE FICHIER – unique par fichier . Totalisation de l'envoi

3. Structure de niveau Facture : Laboratoire (catégorie LB)

Type d'enregistrements par niveau			Nombre occurrences (Min, Max)	Remarques
615M - LB	Acte	Détail		
2			1	Début de facture
	4		1,N	Ligne d'acte
5				Fin de facture

III – PRESENTATION DE L'INFORMATION

1. Règles générales

La présentation de l'information implique le respect de règles suivantes :

- 1- les zones doivent être définies en caractères
 - . A pour alphanumériques, sans caractères spéciaux (apostrophes, virgules, tirets, guillemets, etc...)
 - . N pour numériques
- 2- les dates doivent être sous la forme AAMMJJ
- 3- les prix unitaires sont indiqués en centimes d'euros

2. Règles de présentation

Présentation	Règle de valorisation
valeur	La zone prend la valeur fixe mentionnée
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 ».
Selon accord	La valorisation de la zone est définie dans le cadre de l'accord régissant les échanges entre les professionnel de santé et l'organisme d'assurance maladie complémentaire.
PRES	Présence d'une valeur dans le champ. O = Obligatoire, F = Facultative, C = Conditionnelle
' '	A blanc

3. Abréviation

Abréviation	signification
CM	Centre de traitement de la mutuelle
LB	laboratoires
NR	Nœud de réseau identifiant du réseau NOE
OCT	Organisme concentrateur technique de professionnels de santé
PS	Professionnel de santé
RC	Régime d'assurance maladie Complémentaire
RO	Régime d'assurance maladie Obligatoire.
SV	Echanges sous SESAM-Vitale

615M - TYPE 000			TOUTES NORMES			
Début de fichier logique : de Professionnel de Santé ou son Organisme intermédiaire à NOE – 1 fois par envoi						
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	Valeur = 000
T0-2	Type d'émetteur	4-5	2		O	Code du type d'émetteur du fichier	Valeur = TE (si Professionnel de Santé) ou Valeur = SI (si Organisme intermédiaire)
T0-3	Numéro d'émetteur	6-19		14	O	En fonction du type d'émetteur : Identification Nationale du Professionnel de santé ou Numéro de l'organisme intermédiaire attribué par Noe	
T0-4	Programme émetteur	20-25	6		F	Identifiant attribué par l'émetteur	
T0-5	Type de destinataire	26-27	2		O	Code du type de destinataire du fichier	Valeur = NR (Nœud de réseau Noe)
T0-6	Numéro de destinataire	28-41	14		O	Numéro du point d'émission du fichier Valeur =751621- - Numéro suivi du suffixe de 2 chiffres incrémentés au fur et a mesure du développement du réseau : 8 caractères utiles.	Valeur =751621- -
T0-7	Programme destinataire	42-47	6		O	Identifiant attribué par Noe	Valeur = TPSMUT
T0-8	Application	48-49	2		O	Code nature d'application.	Valeur = RG
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	62-65	4		O	Code norme des lots du fichier	Valeur = LB
T0-13	Version de norme	66-67	2		O		Valeur = 'M'
T0-14	Compactage des données	68		1	O	Zéro pour non compactées 1 pour type 1 de compactage 2 pour type 2 de compactage 3 pour type 3 de compactage	
T0-15	Cryptage des données	69		1	O	0 pour données non cryptées 1 pour données cryptées	
T0-16	Filler	70-82	13		O		' '
T0-17	Longueur d'enregistrement	83-85		3	O	128 si données non compactées 128 à 488 si données compactées	Valeur par défaut = 128
T0-18	Mot de passe	86-91	6		O	Nom de fichier après substitution à l'aide de la table de trans-codification Cette table est évolutive et peut être modifiée après accord des parties	Cf. annexe 101
T0-19	Zone message	92-128	37		F	Zone de communication qui permet à l'expéditeur de communiquer un message (sans caractères spéciaux)	

615M - TYPE 000		TOUTES NORMES					
Début de fichier logique : de NOE à Centre de traitement – 1 fois par envoi							
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 Valeur = 000	
T0-2	Type d'émetteur	4-5	2		O	Code du type d'émetteur du fichier Valeur NR (Nœud de réseau)	
T0-3	Numéro d'émetteur	6-19		14	O	Numéro du point d'émission du fichier Valeur =751621- - Numéro suivi du suffixe de 2 chiffres incrémentés au fur et à mesure du développement du réseau : 8 caractères utiles.	Valeur = 751621- -
T0-4	Programme émetteur	20-25	6		F		Valeur = TPSMUT
T0-5	Type de destinataire	26-27	2		O	Code du type de destinataire du fichier	Valeur = CM ou CT (centre mutuelle ou cetelic)
T0-6	Numéro de destinataire	28-41	14		O	Numéro du point de réception du fichier. Numéro attribué par NOE au centre de traitement (8 caractères utiles)	
T0-7	Programme destinataire	42-47	6		O		Valeur = PGMDDES
T0-8	Application	48-49	2		O	Code nature d'application.	Valeur = AP
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	62-65	4		O	Code norme des lots du fichier	Valeur = LB
T0-13	Version de norme	66-67	2		O		Valeur = 'M'
T0-14	Compactage des données	68		1	O	Zéro pour non compactées 1 pour type 1 de compactage 2 pour type 2 de compactage 3 pour type 3 de compactage	
T0-15	Cryptage des données	69		1	O	0 pour données non cryptées 1 pour données cryptées	
T0-16	Filler	70-82	13		O		' '
T0-17	Longueur d'enregistrement	83-85		3	O	128 si données non compactées 128 à 488 si données compactées	Valeur par défaut = 128
T0-18	Mot de passe	86-91	6		O	Nom de fichier après substitution à l'aide de la table de trans-codification Cette table est évolutive et peut être modifiée après accord des parties	Cf. annexe 101
T0-19	Zone message	92-128	37		F	Zone de communication qui permet à l'expéditeur de communiquer un message (sans caractères spéciaux)	

615M - TYPE 1			NORME LB				
Début de lot							
Regroupe l'ensemble des factures transmises par un professionnel de santé à un organisme d'assurance maladie complémentaire							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T1-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	Valeur = 1
T1-2	N° professionnel de santé + clé	02-10		9	O	Numéro national d'identification du P.S. ayant constitué le lot Valeur : ADELI ou FINESS	Cf. annexe 102
T1-3	Origine du fichier	11-16		6	O	Permet d'identifier l'organisme intermédiaire en cas d'envois groupés par plusieurs tiers	A zéro lorsque le lot est constitué au niveau du poste du PS N° OCT lorsque le lot est constitué au niveau d'un OCT PS
T1-4	N° code de la caisse destinataire	17-19		3	O	N° code de la caisse destinataire du RO, à relever sur le support de droits du RO	Cf. annexe 103
T1-5	Numéro de lot	20-22	3		O	Le lot caractérise un ensemble de factures. Identifiant géré par un couple EMETTEUR/DEBITEUR. Cet identifiant, alphanumérique, est incrémenté séquentiellement à chaque génération d'un lot pour le couple	
T1-6	Filler	23-29	7		O		' '
T1-7	Nom ou raison sociale du PS	30-69	40		O	Nom ou raison sociale du P.S.	
T1-8	Version de norme	70	1		O	Permet d'identifier la référence de la norme	Valeur = 'M'
T1-9	Numéro de la mutuelle +Clé	71-78		8	O	N° identification nationale à prendre sur le support de droits de la mutuelle 8 car. numériques = 7 car. Numériques+ 1 car. Numérique (clé). Le « M » n'est pas saisi dans cette zone	Clé à contrôler (cf. annexes 102+105)
T1-10	Code grand régime	79-80		2	O	Numéro d'identification du RO, à prendre sur le support de droits du RO	Cf. annexe 104
T1-11	Code centre gestionnaire	81-83		3	O	Numéro d'identification du centre gestionnaire du RO, à prendre sur le support de droits du RO	
T1-12	Référence du fichier d'origine	84-89	6		O	A l'usage de l' organisme intermédiaire	
T1-13	Unité monétaire de facturation du PS	90	1		O	Indique l'unité monétaire utilisée pour les factures composant le lot.	Valeur = 'U'
T1-14	Filler	91-128	38		O		' '

615M – TYPE 2				NORME LB			
Début de facture							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T2-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	Valeur = 2
T2-2	N° professionnel de santé + Clé	02-10		9	O	Idem type 1	
T2-3	Zone d'extension	11		1	O		Valeur = 0
T2-4	N° matricule assuré	12-24		13	O	L'identifiant de l'assuré au titre du RO, à prendre sur le support de droits RO	
T2-5	Clé du matricule assuré	25-26		2	O	Clé du numéro matricule de l'assuré, à prendre sur le support de droits RO	Clé à contrôler (cf. annexes 102)
T2-6	Rang du bénéficiaire	27-29		3	F	Information à prendre sur le support de droits du RO	
T2-7	Numéro de facture	30-38		9	O	Numéro attribué par le laboratoire. 7 caractères utiles	
T2-8	Code nature opération	39		1	O		Valeur par défaut = 1 (cf. annexe 106)
T2-9	Numéro de lot	40-42	3		O	Idem type 1	
T2-10	Filler	43-48	6		O		' '
T2-11	Code grand régime	49-50		2	O	A prendre sur le support de droit du RO	Cf. annexe 104
T2-12	Code caisse gestionnaire	51-53		3	O	A prendre sur le support de droit du RO	Cf. annexe 103 pour le régime général
T2-13	Code centre gestionnaire	54-57		4	O	A prendre sur le support de droit du RO	
T2-14	Origine des droit ou de facturation	58		1	O		Cf. annexe 107
T2-15	Filler	59-76	18		O		' '
T2-16	Nature d'assurance	77-78		2	O	Contexte d'assurance et risque	Cf. annexe 119
T2-17	Justification d'exonération ou de modulation du ticket modérateur	79	1		O	Précise et justifie l'exonération du ticket modérateur appliquée aux soins facturés	Cf. annexe 108
T2-18	Quantième de facturation	80-82		3	O	Quantième du jour de facturation	
T2-19	Filler	83-85	3		O		' '
T2-20	N° accident du travail ou date d'accident de droit commun	86-94		9	F	Renseigner en cas de sinistre la référence du sinistre : Si AT alors indiquer le numéro d'accident du travail Si accident de droit commun alors indiquer la date d'accident (aammjj)	
T2-21	Filler	95	1		O		' '
T2-22	Date de naissance du bénéficiaire	96-101		6	O	Sous la forme AAMMJJ	
T2-23	Rang de naissance	102		1	O	Indique le rang de naissance du bénéficiaire dans le cas de jumeaux, à prendre sur le support de droits du RO	
T2-24	Filler	103-104	2		O		' '
T2-25	N° adhérent	105-112	8		F	Identifiant de l'ouvrant droit au titre de à l'organisme complémentaire, à prendre sur le support de droit de la mutuelle	
T2-26	Incidence de télémise à jour	113-114	2		F		' '

615M – TYPE 2				NORME LB			
Début de facture							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T2-27	Destinataire du règlement	115-116		2	O	Indique le destinataire du règlement de l'organisme d'assurance maladie	05 = règlement au tiers 00 = règlement à l'assuré/adhérent 06 = TP intégral pour SNCF ou Mines
T2-38	N° d'organisme d'assurance maladie complémentaire + clé	117-128	12		O	Numéro et clé de l'organisme d'assurance maladie complémentaire tel que présenté par le support de droits de la mutuelle Dans le cas du code préfectoral de la mutuelle : 8 car numériques à prendre sur la carte mutualiste sans la lettre M. Cadré à gauche, complété par des blancs à droite	Cf. annexe 105

615M - TYPE 4				NORME LB			
Prestations réglées au professionnel de santé ou à l'assuré							
Ligne de facture							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T4-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	Valeur = 4
T4-2	N° du Professionnel de santé + clé	02-10		9	O	Idem type 1	
T4-3	Zone extension	11		1	O	Idem type 2	' '
T4-4	N° matricule assuré	12-24	13		O	Idem type 2	
T4-5	clé matricule assuré	25-26		2	O	Idem type 2	
T4-6	Rang du bénéficiaire	27-29	3		F	Idem type 2	
T4-7	N° de facture	30-38		9	O	Idem type 2	
T4-8	Filler	39-43	5		O		' '
T4-9	N° prescripteur	44-52		9	O	N° du prescripteur des examens de laboratoire	
T4-10	Filler	53-56	4		O		' '
T4-11	N° exécutant + clé ayant effectué l'acte ou fourni le produit	57-65		9	O	N° d'identification du P.S. ayant effectué l'acte Valeur : ADELI ou FINESS	Cf. annexe 102
T4-12	Zone tarif exécutant	66-67		2	F	Obligatoire s'il s'agit d'un exécutant hors région	
T4-14	Spécialité de l'exécutant	68-69		2	O	Spécialité du praticien ou salarié praticien exécutant	Cf. annexe 110
T4-15	Date de l'acte	70-75		6	O	Sous la forme AAMMJ dans le respect des règles de facturation du RO	
T4-16	Code acte	76-80	4+1		O	Valeur composée d'un code acte cadré à gauche et d'un code de majoration cadré à droite.	Cf. annexe 111 Annexe 10 –B2iris (sur site www.ameli.fr)
T4-17	Quantité d'actes	81-82		2	O	Nombre d'actes facturés. Respecte les règles de facturations du RO	
T4-18	Filler	83	1		O		' '
T4-19	Coefficient	84-88		3+2	F	Coefficient de l'acte tel que précisé par le RO.	
T4-20	Dénombrement	89-90		2	F	Permet de détailler la quantité d'acte dans le respect des règles du RO	
T4-21	Prix unitaire	91-97		5+2	O	Indiquer le montant en centimes (ou cents d'euro) de l'unité tarifaire (lettre clé) au tarif conventionnel	
T4-22	Base de remboursement RO	98-104		5+2	O	Base de remboursement RO. Résultat de l'opération : (quantité x coefficient x prix unitaire)+majoration de nuit ou férie	
T4-23	Taux RO applicable à la prestation	105-107		3	O	Taux RO applicable à la prestation compte tenu de l'exonération éventuelle.	
T4-24	Montant remboursable par l'organisme assurance maladie obligatoire	108-114		5+2	O	Remboursement RO. Résultat de l'opération : Base de remboursement RO x taux RO	
T4-25	Montant des honoraires (dépassement compris)	115-121		5+2	O	Indiquer le montant total des honoraires demandés par le P.S. dépassement compris	

615M - TYPE 4			NORME LB			
Prestations réglées au professionnel de santé ou à l'assuré						
Ligne de facture						
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION
			A	N		
T4-26	Qualificatif de la dépense	122	1		F	Obligatoire si dépassement (sauf honoraires libres) ou actes gratuits ou non remboursables ou forfaits complémentaires dans le cadre de la CMU
T4-27	Montant remboursable par l'organisme d'assurance maladie complémentaire	123-128		4+2	O	Résultat de la règle de calcul fournie par l'organisme d'assurance maladie complémentaire

615 M - TYPE 5

NORME LB

Fin de facture

Totalisation

N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T5-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	Valeur = 5
T5-2	N° du professionnel de santé + clé	02-10		9	O	Idem type 1	
T5-3	Zone extension	11		1	O	Idem type 2	' '
T5-4	N° matricule assuré	12-24	13		O	Idem type 2	
T5-5	clé matricule assuré	25-26		2	O	Idem type 2	
T5-6	Rang du bénéficiaire	27-29		3	F	Idem type 2	' '
T5-7	N° de facture	30-38		9	O	Idem type 2	
T5-8	Nombre enregistrements liés aux actes	39-41		3	O	Nombre d'enregistrements de type 4 'ligne acte', quel que soit le complément de type	
T5-9	Filler	42-57	16		O		' '
T5-10	Total des montants facturés (dépassement compris)	58-65		6+2	O	Cumul des montants facturés dans les enregistrements de type 4 dépassements compris (positions 115-121)	
T5-11	Total remboursable par la caisse	66-73		6+2	O	Cumul des remboursements RO des enregistrements de type 4 (positions 108-114)	
T5-12	Total participation de l'assuré avant participation AMC	74-81		6+2	O	Total des montants facturés - Total remboursable par la caisse	
T5-13	Total remboursable par l'organisme d'assurance maladie complémentaire	82-89		6+2	O	Cumul des remboursements de l'organisme d'assurance maladie complémentaire des enregistrements de type 4 (positions 123-128)	
T5-14	Filler	90-128	39		O		' '

615M - TYPE 6				NORME LB			
Fin de lot							
Totalisation							
N° zone	INFORMATIONS	POS.	FORMAT		PRES	DEFINITION ET VALORISATION	
			A	N			
T6-1	Type d'enregistrement	1		1	O	Code du type d'enregistrement	Valeur = 6
T6-2	N° du professionnel de santé + clé	02-10		9	O	Idem type 1	
T6-3	Nombre de factures	11-13		3	O	Nombre d'enregistrement de type 2 'début de factures transmis sous le même numéro de lot.	
T6-4	Nombre de lignes actes	14-17		4	O	Nombre d'enregistrement de type 4 pour l'ensemble des factures transmises sous le même numéro de lot .	
T6-5	Filler	18-128	111		O		' '

Fin de fichier**Bilan des enregistrements transmis**

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	Valeur = 999
T9-2	Type de partenaire émetteur	04-05	2		O	Identique du type 0	
T9-3	Numéro d'émetteur	06-19		14	O	Identique du type 0	
T9-4	Programme émetteur	20-25	6		F	Identique du type 0	
T9-5	Type de partenaire destinataire	26-27	2		O	Identique du type 0	
T9-6	Numéro de destinataire	28-41		14	O	Identique du type 0	
T9-7	Programme destinataire	42-47	6		O	Identique du type 0	
T9-8	Application	48-49	2		O	Identique du type 0	
T9-9	Identification du fichier	50-55	6		O	Identique du type 0	
T9-10	Volume du fichier	56-63		8	O	Nombre total d'enregistrements à transmettre. (de types 0 à 9 compris).	
T9-11	Filler	64-82	19		O		' '
T9-12	Nombre de lots	83-85		3	O	Nombre total de lots contenus dans le fichier	
T9-13	Filler	86-128	43		O		' '

