

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
10/06/86

Origine :
DGR

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MMES et MM les Agents Comptables

M le Médecin-Conseil de la Reunion

MM les Médecins-Conseils Chefs de Service

Réf. :

DGR n° 1948/86

Plan de classement :

224	258				
-----	-----	--	--	--	--

Objet :

AVENANT A LA CONVENTION DE DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS PHARMACEUTIQUES
RELATIF AUX ECHANGES PAR TRANSCRIPTION MAGNETIQUE ET TELETRANSMISSION

La circulaire définit les modalités d'application de l'Avenant National du 11 mars 1986 conclu entre la
Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques
de France et l'Union Nationale des Pharmacies de France.

Pièces jointes :

0	2
---	---

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

10/06/86

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)

Origine :
DGR

MMES et MM les Agents Comptables
(pour attribution)

M le Médecin-Conseil de la Réunion
(pour information)

MM les Médecins-Conseils Chefs de Service
(pour information)

N/Réf. : DGR n° 1948/86

Objet : Avenant à la Convention de dispense d'avance des frais pharmaceutiques relatif aux échanges par transcription magnétique et télétransmission.

Par circulaire DGR n° 1916/86 je vous ai transmis une copie de l'avenant à la convention de dispense d'avance des frais pharmaceutiques du 30 septembre 1975 relatif aux échanges par transcription magnétique et télétransmission.

Je vous informe que l'Union Nationale des Pharmacies de France vient d'adhérer à cet Accord National conclu le 11 mars 1986 entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France.

Vous trouverez en annexe un exemplaire de ce texte signé par la Caisse Nationale et les deux organisations nationales syndicales représentatives des pharmaciens d'officine. Je vous signale qu'une rectification a été apportée à la page 4 de l'avenant paragraphe b) "Statut et Garantie" : il convient de lire "les organismes intermédiaires sont l'oeuvre de pharmaciens" au lieu de "les organismes intermédiaires sont l'oeuvre des pharmaciens".

La présente circulaire a pour objet de définir les modalités d'application de cet avenant. Vous voudrez bien nous tenir informé des difficultés que vous rencontrerez lors des négociations qui seront engagées avec les professionnels.

Cet avenant constitue un accord-cadre des procédures d'échanges informatiques qui s'établissent entre les pharmaciens d'officine, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie et leurs sections locales.

Au préalable, je souhaite répondre à deux catégories d'objections présentées par un certain nombre de directeurs à l'occasion du Comité Technique des directeurs.

La première portait sur la cohérence entre l'objectif de développement du tiers-payant et la politique de relance de la gestion des risques affichée par la Caisse Nationale.

L'extension du tiers-payant est inscrite dans une évolution générale qui pousse à la simplification des modes de paiement. Freiner le mouvement en ce sens, au motif au demeurant mal établi, qu'il pousse à la dépense présente l'inconvénient de nuire à la vocation première de l'assurance maladie qu'est la qualité du service rendu à l'assuré. Par ailleurs, le mouvement en faveur des procédures de tiers-payant se situe dans un contexte fortement concurrentiel où les promoteurs de couverture complémentaire utilisent la dispense d'avance des frais comme argument promotionnel. Dès lors, l'intérêt stratégique de la branche maladie est en jeu. Il justifie la politique de développement sélectif du tiers-payant que préconise la Caisse Nationale. Faut-il rappeler à cet égard que la Convention Nationale avec les médecins a donné un coup d'arrêt à la formule du "dû autorisation d'avance" ?

La seconde catégorie d'objections avait trait aux inconvénients qui résultent, pour certaines Caisses Primaires, d'un accord national aux modalités contraignantes.

Il est vrai que tout accord négocié au niveau national peut présenter des inconvénients pour ceux des organismes qui ont négocié des accords plus intéressants. Néanmoins, le protocole apporte, des avantages réels au regard de la situation actuelle dans la majorité des Caisses Primaires. En outre, l'accord est suffisamment souple dans sa formulation pour permettre à chacune des Caisses de l'adapter aux modalités qui leur paraissent les plus conformes à l'intérêt de leurs assurés.

L'instauration de ces échanges doit apporter un certain nombre d'avantages pour les caisses, et les pharmaciens : - réduction des délais de règlement des produits pharmaceutiques délivrés dans le cadre de la dispense d'avance des frais ; - réduction du volume des dossiers "tiers-payant pharmacie" traités en contentieux.

Au plan global, cet avenant s'inscrit dans le cadre du développement des techniques informatiques. Il permet aux organismes

de l'institution d'apporter aux pharmaciens un produit de qualité correspondant aux évolutions techniques.

CHAPITRE I - LE MODELE NATIONAL DE COMMUNICATION

A - LA TECHNIQUE DE TRANSMISSION :

La télétransmission et le support magnétique constituent aujourd'hui les deux modèles techniques de transmission des données aux organismes d'assurance maladie.

La modalité de transmission des informations doit être définie par l'ensemble des parties signataires. Elle doit être compatible avec les moyens informatiques existant dans le CETELIC et les Caisses. Elle s'impose à tous les pharmaciens qui adhèrent à l'avenant.

Comme le précise le texte, toute modification de la technique de transmission doit être entérinée par toutes les parties. Elle doit faire l'objet d'une négociation locale.

B - LA NATURE DES INFORMATIONS

Quel que soit le mode de transmission, les informations définies en annexe I doivent être adressées à la caisse ou au CETELIC.

Elles se composent de la manière suivante :

une tête de lot : qui identifie notamment le pharmacien, l'organisme intermédiaire et la caisse destinataire ;

l'en-tête de la facture : qui identifie l'assuré ou le bénéficiaire, son rang, son régime, (à l'avenir le système pourra être étendu aux assurés de la Mutualité Sociale Agricole et à ceux relevant de l'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs Non Salariés des Professions Non Agricoles), sa caisse d'affiliation.

La nature de l'assurance dont relève l'assuré doit obligatoirement être l'assurance maladie. Cependant, bien que les risques "Accident du Travail" et "Maternité" ne rentrent pas dans le cadre de la dispense d'avance des frais pharmaceutiques, les prestations relevant de ces risques pourraient bénéficier du traitement automatisé. Dans tous les cas, les codes risques devront être indiqués. Au cas particulier des "AT" il est indispensable de joindre le volet AT à la facture papier et de mentionner le numéro du sinistre.

les lignes actes :

qui correspondent à l'établissement de la facturation.

La tarification doit s'effectuer dans les conditions habituelles selon l'ordre de la prescription (facturation par produit, avec mention du taux de

remboursement, du prix unitaire du produit, du nombre d'unités délivrées ainsi que de la nature de l'acte). Les rubriques "dénombrement" et "base de remboursement" sont utilisées dans le cas de tarification des analyses biologiques prévues par les conventions antérieures à 1975. Afin de pallier certaines difficultés techniques liées à la mise en place des échanges informatiques, une facturation globalisée pourrait être acceptée provisoirement. Elle indiquerait le montant total réparti selon les taux de remboursement et les codes actes (conformément à l'annexe I). Il convient de saisir le numéro du prescripteur. Toutefois, l'attention des caisses est appelée sur le fait que dans certains cas (renouvellement d'ordonnance, prescription hospitalière, centres de soins, dispensaires, PMI) le numéro du prescripteur n'est pas mentionné. Or cette information est indispensable. Il m'apparaît souhaitable pour les caisses qu'une solution soit recherchée au niveau local pour éviter des rejets et des retards de paiement.

total facture :

qui détermine notamment le montant total de la facture, le montant remboursable par la caisse et le montant à la charge de l'assuré.

fin de lot : qui est le reflet du nombre de factures de pharmaciens et de lignes actes du lot.

C - LE CIRCUIT DES INFORMATIONS :

1 - RECUEIL DES INFORMATIONS : CONSTITUTION DU DOSSIER

Le pharmacien délivre et tarifie les produits. Il constitue le dossier de délégation de paiement (facture subrogatoire - ordonnance - feuille de soins). Il le remet à l'assuré ou l'envoie directement à sa caisse d'affiliation selon les accords conclus localement.

En effet, la gestion du dossier par l'assuré reste un des principes de la convention de dispense d'avance des frais. Toutefois, les caisses et les syndicats peuvent convenir d'un mode de transmission du dossier différent qui répondrait mieux aux intérêts des deux parties, compte tenu des particularités locales.

2 - SAISIE DES INFORMATIONS :

Le pharmacien saisit ou fait saisir les factures subrogatoires selon les indications exclusives données en annexe I. Elles sont ensuite transmises au CETELIC soit directement, soit par un organisme intermédiaire.

Le pharmacien qui a recours à l'organisme intermédiaire lui envoie le volet n° 2 de la facture subrogatoire. L'organisme intermédiaire, ou le pharmacien qui adresse directement les données au CETELIC, procède alors aux opérations suivantes :

constitution pour chaque dossier de délégation de

paiement de l'enregistrement des données conformément à l'annexe I ;

contrôle automatique de la validité et de la conformité de ces informations ;

3 - TRAITEMENT DES INFORMATIONS : REGLEMENT DES DOSSIERS

L'organisme intermédiaire ou le pharmacien adresse selon une périodicité déterminée par les parties signataires de l'accord local, ces informations au CETELIC. Elles sont regroupées par pharmacien. Le CETELIC accuse réception de cet envoi selon une procédure qui sera définie localement.

Simultanément à l'envoi au CETELIC, l'organisme intermédiaire ou le pharmacien adresse à la Caisse Primaire un état correspondant aux données transmises au CETELIC. Cet état doit indiquer l'identification du ou des pharmaciens, le nombre de factures subrogatoires, le montant total remboursable par la caisse.

LE CETELIC

procède au traitement de ces informations. Il s'assure de la validité des données suivantes :

présence de l'assuré au fichier

ouverture des droits

existence du ticket modérateur

Il procède alors au règlement des dossiers qui ne font pas l'objet de rejet, à l'issue du traitement. Le règlement des sommes dues est effectué au compte bancaire ou au compte courant postal du pharmacien.

Le CETELIC transmet périodiquement à l'organisme intermédiaire et au pharmacien un état des dossiers réglés et un état des dossiers qui doivent être recyclés, à l'aide d'un support technique négocié par les parties au plan local. Il adresse à la Caisse Primaire un listing des dossiers réglés par quantième et un listing des dossiers rejetés. A la réception des pièces justificatives, la Caisse Primaire procède à la liquidation des dossiers, à leur vérification et à leur contrôle. Elle dispose

de toute latitude pour organiser la liquidation des dossiers dans le respect de la réglementation et dans le cadre des procédures de contrôle en vigueur.

CHAPITRE II - RESPONSABILITE ET RECOURS

1 - GARANTIES RELATIVES A L'ORGANISME INTERMEDIAIRE :

Le pharmacien peut solliciter les services d'un tiers pour la saisie des informations. Ce tiers ou organisme intermédiaire effectue le traitement automatisé des factures subrogatoires ; il centralise et gère les dossiers pour le compte des pharmaciens.

L'organisme intermédiaire doit obligatoirement être une émanation de la profession pharmaceutique. A ce titre, ses membres sont tenus au secret professionnel en vertu de l'article 378 du Code Pénal. Le statut et les conditions de fonctionnement de cet organisme sont définis par les pharmaciens qui doivent se porter garant et caution en cas de faillite du système, ou en cas de fraude.

L'organisme intermédiaire constitue un interlocuteur exclusivement technique pour les Caisses Primaires. Toutes les infractions relatives à la tarification des produits, à leur délivrance relèvent de la responsabilité du pharmacien.

L'utilisation des informations détenues par cet organe est strictement réservée aux Caisses Primaires et aux pharmaciens.

2 - PROCEDURES D'ARBITRAGE EN CAS DE CONFLIT :

Tous les différends relevant de l'application de l'avenant peuvent être soumis pour règlement à la Commission Paritaire Locale et en cas d'appel, à la Commission Paritaire Nationale, selon les dispositions définies dans le Protocole d'Accord National de septembre 1975.

CHAPITRE 3 - MODALITES DE REGLEMENT DES FACTURES SUBROGRATOIRES LORS DES ECHANGES PAR TRANSCRIPTION MAGNETIQUE ET TELETRANSMISSION

L'instauration des échanges informatiques entre les pharmaciens et les Caisses Primaires doit entraîner une réduction sensible des délais de règlement.

Ainsi, l'avenant prévoit que le titre de paiement correspondant aux sommes dues au pharmacien doit être émis par le CETELIC dans un délai maximum de 2 jours ouvrés à compter de la date de réception par celui-ci des informations définies à l'annexe I.

Les directeurs de centre de traitement informatique que la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés a consultés sur ce point ont estimé que ce délai était tout à fait raisonnable.

Les conditions d'octroi des acomptes définies dans le Protocole d'Accord National de 1975 doivent être réexaminées et modulées en fonction du délai d'émission du titre de paiement. Dès que ce délai sera supérieur à deux jours ouvrés, la Caisse Primaire pourra verser un acompte aux pharmaciens qui en font la demande.

Le montant de l'acompte sera fonction du nombre de jours ouvrés de retard constaté dans l'émission du titre de paiement et du montant journalier moyen des sommes dues aux pharmaciens dans le mois qui précède.

CHAPITRE 4 - DISPOSITIONS DIVERSES

1- RATIFICATION :

Les caisses négocient au plan local un avenant conforme à l'Avenant-Cadre National du 11.03.1986.

Je vous rappelle que les Caisses Primaires doivent adresser à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés 2 exemplaires du projet d'avenant qu'elles vont conclure avec les syndicats de pharmaciens, pour examen technique.

2 - NOTIFICATION :

Les Caisses Primaires doivent adresser à chaque pharmacien, ayant adhéré à la convention de dispense d'avance des frais, le texte de l'avenant, par lettre recommandée, avec accusé de réception. Le pharmacien doit faire connaître aux représentants des parties signataires (Caisse Primaire et Syndicat) sa décision d'adhérer ou non à l'avenant. Il doit aussi déterminer le mode de transmission des données qu'il va utiliser (circuit direct - recours à l'organisme intermédiaire) dans la mesure où le texte de l'avenant prévoit ces deux possibilités.

3 - DUREE :

L'avenant est renouvelable par tacite reconduction selon les mêmes dispositions définies par le Protocole d'Accord National de 1975.

Toutefois, compte-tenu de l'importance des investissements, il peut-être modifié avec l'accord des deux parties sauf résiliation décidée par l'une d'entre elles.

4 - DISPOSITION TRANSITOIRE :

Les avenants relatifs aux échanges informatiques actuellement en vigueur ne sont pas remis en cause par le présent texte. Ils devront toutefois être adaptés dès que possible à cet avenant conclu au niveau national.

Dominique COUDREAU

ANNEXE 1

AVENANT A LA CONVENTION

**DE DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS AUX ASSURES SOCIAUX RELATIF AUX
ECHANGES PAR TRANSCRIPTION MAGNETIQUE ET TELETRANSMISSION**

Les résultats obtenus dans le cadre des dispositions relatives à la délégation de paiement, en matière de prestations pharmaceutiques énoncées dans le Protocole d'Accord National du 30 septembre 1975, et l'évolution des techniques de transmission des informations, ont conduit les parties ci-dessous désignées :

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
Union Nationale des Pharmacies de France
Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

a adjoindre à ce protocole d'accord l'avenant suivant relatif aux échanges par transcription magnétique et télétransmission.

Ce texte organise, dans un souci de simplification des procédures et de rapidité d'exécution, des modalités particulières de transmission des données nécessaires à l'application de la délégation de paiement.

Les parties signataires conviennent que les pharmaciens disposent du libre choix des techniques d'envoi des informations (support magnétique ou télétransmission) étant bien entendu qu'elles devront être compatibles, après concertation entre les parties, avec le système informatique commun aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie, sections locales et CETELIC.

Dans cette optique, les parties signataires ont souhaité définir dans les articles suivants :
le modèle national de communication ;

le recensement des informations, véhiculées par ces transcriptions qui seront identiques pour l'ensemble des Caisses Primaires et des pharmaciens d'officine ;

les méthodes d'échanges d'informations entre les Caisses Primaires, leur CETELIC et les pharmaciens ou les organismes intermédiaires, après concentration des informations par ces derniers s'il y a recours à un organisme intermédiaire.

les modalités particulières de règlement des dossiers.

Cet aménagement technique ne déroge en aucune façon au préambule et aux principes énoncés par le Protocole d'Accord National du 30 septembre 1975.

CHAPITRE I - LE MODELE NATIONAL DE COMMUNICATION

1 - Description du modèle

Quelle que soit la technique de transmission des informations retenue, les parties signataires conviennent :

a) que le modèle de liaison sera la norme définie en commun par la Caisse Nationale, par la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France, par l'Union Nationale des Pharmacies de France.

b) que les informations s'enchaîneront selon le schéma défini dans l'annexe, chaque lot de factures étant regroupé par Caisse Primaire et par pharmacie.

2 - Circuit des informations

Il est rappelé que le pharmacien établit la facture subrogatoire mentionnant les produits délivrés dans l'ordre de la prescription, conformément au texte initial du Protocole d'Accord de 1975 ; il vérifie la validité de l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré.

Le pharmacien :

Lorsque le pharmacien a recours à un organisme intermédiaire, il lui transmet le volet n° 2 de la facture subrogatoire. L'organisme intermédiaire doit effectuer les opérations décrites ci-dessous et doit en outre regrouper par pharmacien les factures subrogatoires.

Lorsque le pharmacien transmet directement, quel qu'en soit le mode (support magnétique ou télétransmission), au CETELIC, il doit effectuer les mêmes opérations ; à l'exclusion de la transmission du volet 2.

Ces opérations sont les suivantes :

vérification préalable de la conformité des informations à saisir et notamment du numéro d'immatriculation de l'assuré à partir du chiffre-clé ;

établissement pour chaque dossier d'un enregistrement destiné au CETELIC, conforme au paragraphe 1 du présent chapitre et à l'annexe ;

vérification par traitement automatique de la validité des informations retenues et de leur conformité avec le schéma d'enregistrement.

envoi au CETELIC de rattachement de la Caisse Primaire du regroupement des informations, selon une périodicité à définir localement par les représentants des parties signataires. Le CETELIC accuse réception de la transcription par un moyen accepté par les parties signataires.

envoi à la Caisse Primaire d'un bordereau des informations transmises par quantième et comprenant au moins : le numéro du pharmacien, le nombre de factures subrogatoires, le montant remboursable par la Caisse Primaire.

Le CETELIC :

intègre dans la chaîne quotidienne de traitement des dossiers, les enregistrements envoyés par l'organisme intermédiaire, ou par le pharmacien, jusqu'à l'édition des titres de paiement et procède au paiement des dossiers validés, qui ne font pas l'objet d'un rejet. Les motifs de rejet peuvent être constitués par :

l'absence de l'assuré au fichier ;

l'absence d'ouverture des droits ;

un taux de prise en charge erroné (exonération du ticket modérateur).

adresse à l'attention de l'organisme intermédiaire ou du pharmacien :

un état des dossiers réglés par quantième ;

un état des dossiers rejetés pour recyclage précisant le motif du rejet.

édite à l'attention de la Caisse Primaire un listing des dossiers réglés par quantième, un listing des dossiers rejetés quel qu'en soit le motif.

Le CETELIC adresse à l'organisme intermédiaire ces informations-retour en utilisant le même support technique que celui utilisé par l'organisme intermédiaire et selon une périodicité identique. En l'état actuel des équipements, le CETELIC ne peut appliquer systématiquement ces mêmes modalités à chaque pharmacien individuellement. Il doit s'efforcer d'y parvenir en fonction de l'évolution du matériel dont il dispose.

La Caisse Primaire

procède à la vérification des dossiers selon les instructions en vigueur.

CHAPITRE 2 - RESPONSABILITE ET RECOURS

1 - Garanties relatives à l'organisme intermédiaire :

a) Définition succincte à l'organisme intermédiaire

Le pharmacien d'officine a la possibilité de recourir pour le traitement des informations de délégation de paiement sur bandes magnétiques, aux services d'un tiers.

Ce tiers ou organisme intermédiaire est chargé de rassembler, mémoriser, transmettre, les informations relatives aux délégations de paiement, et d'en assurer le suivi pour le compte des pharmaciens. L'adhésion du pharmacien y est facultative.

Un même organisme intermédiaire peut traiter les dossiers pharmaciens d'une même unité départementale.

Cet organisme constitue seulement un intermédiaire technique entre la Caisse Primaire et les pharmaciens d'officine pour la gestion des factures subrogatoires. Il ne peut en aucun cas, se substituer aux pharmaciens d'officine, qui effectuent sous leur seule responsabilité la facturation des produits délivrés conformément aux tarifs de responsabilité des Caisses, et vérifient en outre l'identification de l'assuré social et les droits de celui-ci aux prestations.

b) Statut et garanties :

La forme juridique de l'organisme intermédiaire relève de la seule volonté de ses membres. Les organismes intermédiaires sont l'oeuvre de pharmaciens. Ils appliquent les décisions prises par les responsables professionnels syndicaux après accord signé avec les organismes sociaux.

Les pharmaciens d'officine ayant adhéré au présent avenant et ayant recours à cet organisme intermédiaire s'en portent garant et caution, pour les montants éventuellement dus à la Caisse Primaire :

en cas de faillite du système ;

en cas de fraude dûment constatée, soit d'un agent de l'organisme, soit de l'un de ses adhérents ;

en cas d'utilisation des informations à d'autres fins.

Les membres de l'organisme intermédiaire sont tenus au secret professionnel, compte-tenu de la nature tant médicale, qu'administrative des documents qu'ils traitent (Article 378 du Code Pénal).

En aucun cas, la Caisse ne peut être tenue responsable de la perte de document, ou de malversation opérée au niveau de l'organisme intermédiaire.

2 - Procédure d'arbitrage en cas de conflit

Les conflits relatifs à l'application du présent Protocole, peuvent être soumis pour règlement à la Commission Paritaire Locale et en cas d'appel à la Commission Paritaire Nationale, tel que défini dans le Protocole d'Accord National de septembre 1975.

CHAPITRE 3 - MODALITES DE REGLEMENT DES FACTURESSUBROGATOIRES LORS DES ECHANGES PAR TRANSCRIPTION MAGNETIQUE ET TELETRANSMISSION

1 - Le règlement

La Caisse Primaire s'engage à ce que les montants des sommes dues à chaque pharmacien d'officine, pour l'ensemble des dossiers validés par le Centre de traitement informatique de la Caisse Primaire, au cours d'une même journée soient émis à leur destinataire, dans un délai maximum de deux jours ouvrés, à compter du jour de la réception des éléments de facturation sur support informatique ou par télétransmission au CETELIC.

2 - Les acomptes du règlement

Les procédures d'échanges sur support magnétique ou par télétransmission doivent contribuer à raccourcir les délais de règlement des factures subrogatoires aux pharmaciens, ce qui conduit à réviser le montant de l'acompte, tel que prévu dans le Protocole d'Accord du 30 septembre 1975.

Ces acomptes sont déterminés à partir du montant des factures subrogatoires établies pour chaque pharmacien, ainsi que le précise le Protocole d'Accord de septembre 1975.

Au-delà du délai de deux jours ouvrés impartis au CETELIC, dans les conditions définies au paragraphe 1 ci-dessus, la Caisse Primaire s'engagera à verser aux pharmaciens qui en feront la demande un acompte. Cet acompte sera calculé en fonction du nombre de jours de retard constaté et du montant journalier moyen des sommes dues aux pharmaciens dans le mois qui précède.

CHAPITRE 4 - DISPOSITIONS DIVERSES

1 - Notification

- a) Les Caisses Primaires adressent à chaque pharmacien ayant adhéré à la Convention, le texte du présent Avenant, par lettre recommandée avec accusé de réception.
- b) Après avoir pris connaissance des documents, le pharmacien fait connaître aux représentants des parties signataires (Caisse Primaire et Syndicats) son intention d'adhérer ou non à l'Avenant, ainsi que le choix de la méthode de traitement retenue (circuit direct ou organisme intermédiaire)
- c) La même procédure est retenue en cas de reprise ou de création d'officine.

2 - Durée

Le présent Avenant est renouvelable par tacite reconduction selon les mêmes modalités que la Convention de 1975, à laquelle il fait référence.

Toutefois, compte-tenu de l'importance de l'investissement réalisé par la profession et par les Caisses Primaires, les parties signataires s'engagent à n'apporter de modifications techniques qu'avec l'accord des autres parties, sauf résiliation décidée par l'une des parties signataires.

3 - Disposition transitoire

Les modalités de traitement des informations décrites dans le présent Avenant ne remettent pas en cause, les modèles existants antérieurement à son entrée en vigueur.

Cependant, les Caisses Primaires et la profession peuvent, au plan local, passer accord d'harmonisation des procédures, notamment à l'occasion de modifications techniques proposées par les parties.

Fait à Paris, le 11.03.86

Le Président
de la Fédération des Syndicats
Pharmaceutiques de FRANCE

Monsieur MARZIN

Le Président
de la Caisse Nationale
de l'Assurance Maladie
des Travailleurs Salariés

Monsieur M. DERLIN

Le Président
de l'Union Nationale
des Pharmacies de FRANCE

Monsieur ARBON

ANNEXE

DESCRIPTION DU SCHEMA D'ENREGISTREMENT PAR TRANSCRIPTION INFORMATIQUE

Il est précisé que la tarification devrait être établie dans les conditions habituelles : facturation par ligne, avec mention du taux de remboursement, du prix unitaire du produit, du nombre d'unités délivrées, ainsi que de la nature de l'acte.

Afin de ne pas retarder la mise en place des échanges informatiques, les parties sont convenues qu'en l'état une facturation plus globalisée indiquant les montants totaux par taux et par code acte sera mise en oeuvre.

ORIGINE		NORME 615 - PH				
CNAMTS						
DGA/SDI/ESP						
EPA N°			PAGE			
RM/NB		LA NORME D'ECHANGES	MISES A JOUR			
CREATION						
FEVRIER 1986		PHARMACIENS - CPAM/CETELIC				

TRANSMISSION DES FACTURES PHARMACIE

PAR LIAISON MAGNETIQUES

OU

TELETRANSMISSION

La transmission des factures par liaisons magnétiques ou télétransmission entre un pharmacien et une Caisse Primaire d'Assurance Maladie vise uniquement les factures relatives à des produits délivrés aux assurés affiliés à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie avec laquelle est instaurée ce type de liaison (la liaison peut être étendue à l'ensemble des Caisses Primaires faisant appel au même CETELIC).

Les factures relatives à des prestations fournies à des assurés affiliés en dehors de la caisse ou des CaissePrimaires du CETELIC seront adressées sur facture papier à la Caisse Primaire d'affiliation de l'assuré.

Le présent document présente des spécifications détaillées de la norme d'échange des factures par liaisons magnétiques ou télétransmission.

composition des envois,

tracés des enregistrements de la norme 615-PH,

consignes de codification des informations.

COMPOSITION DES ENVOIS

La transmission des factures par liaison magnétique ou télétransmission d'un pharmacien vers un centre informatique de la Caisse Primaire s'effectue dans le cadre défini par les tracés d'enregistrement joints en annexe.

Un envoi en provenance d'un pharmacien est ainsi composé :

un fichier des factures = Norme 615 - PH

constituer un lot de factures par Caisse Primaire destinataire, en attribuant un numéro de lot par caisse à chaque envoi.

un lot de factures comprend 5 types d'enregistrements déterminés par le 1er caractère de chaque enregistrement (valeurs de 1 à 6).

TYPE 1 : début de lot

TYPE 2 : début de facture

TYPE 3 : interdit en pharmacie

TYPE 4 : détail des prestations remboursables au pharmacien

TYPE 5 : fin de facture

TYPE 6 : fin de lot

l'enregistrement de type 6 du dernier lot indique le nombre de pharmaciens concernés par l'envoi.

Cette information est égale à 1 si le pharmacien effectue lui-même ses envois. Elle est différente de 1 si l'envoi est effectué par un façonnier regroupant plusieurs pharmaciens.

un bordereau récapitulatif indiquant le nombre de factures et le montant total du remboursement attendu par le pharmacien.

NORME 615 - PHARMACIENS
INFORMATIONS OBLIGATOIRES

TETE DE LOT

N° du pharmacien + clé	9 c
Origine du fichier (si adressé par un façonnier, à 000 sinon)	6 c
N° de caisse destinataire	3 c
N° de lot	3 c

EN-TETE DE FACTURE

N° matricule assuré + clé	15 c
Code bénéficiaire	3 c
N° de facture	9 c
Code opération (général à 1)	1 c
Grand régime	2 c
CPAM + centre de paiement	7 c
Nature d'assurance	2 c

LIGNES ACTES

1 ligne par acte ou type d'acte	
N° prescripteur + clé	9 c
Date des soins	6 c
Code acte	3 c
Quantité	2 c
Taux	3 c
Montant participation caisse	7 c
Montant payé par l'assuré	7 c

TOTAL FACTURE

Nombre de lignes actes	3 c
Total facture	8 c
Total participation caisse	8 c
Total part assuré	8 c

FIN DE LOT

Nombre de factures	3 c
Nombre de lignes actes	4 c
Nombre de pharmaciens (si envoi par un façonnier)	3 c

Le formatage obligatoire est décrit dans le dessin d'enregistrement qui suit.

Toutefois, comme indiqué en titre de l'annexe (page 8 - alinéa 2) afin de ne pas retarder la mise en place des échanges informatiques, les parties sont convenues qu'en l'état une facturation plus globalisée indiquant les montants totaux par taux et par code acte sera mise en oeuvre.

ORIGINE		NORME 615 - PH				
CNAMTS						
DGA/SDI/ESP						
			PAGE			
			MISES A JOUR			
CREATION						
FEVRIER 1986						

1 - TRACES D'ENREGISTREMENT

ORIGINE		NORME 615 - PH				
CNAMTS						
DGA/SDI/ESP						
			PAGE			
		CODIFICATIONS DES INFORMATIONS	MISES A			
CREATION						
FEVRIER 1986				JOUR		

2 - CODIFICATION DES INFORMATIONS

INFORMATIONS	POSITION	LONGUEUR		PRESENCE	CONSIGNES DE REMPLISSAGE DES RUBRIQUES
		A	N		
TYPE 1				Ø	1 fois par lot. En-tête de l'ensemble des factures transmises par un pharmacien pour une CPAM.
Code type	1		1	Ø	= 1
N° Pharmacien + Clé	2 - 10		9	Ø	Indiquer le n° du pharmacien et sa clé de contrôle. Voir <i>ANNEXE 2</i> .
Origine du fichier	11 - 16		6	Ø	Permet d'identifier le façonnier ou l'expéditeur en cas d'envois multiples. Codification laissée au choix de la CPAM.
N° de Caisse	17 - 19		3	Ø	Indiquer le n° de la Caisse à laquelle s'adresse le lot de factures (<i>Codification ANNEXE 4</i>).
N° de lot	20 - 22		3	Ø	N° d'ordre de l'envoi. Attribuer un n° de lot par Caisse. Un envoi pourra donc comporter plusieurs numéros de lots pour un même pharmacien.
Filler	23 - 28			Ø	Filler - b.
NOM ou Raison sociale	29 - 68	40		F	Nom ou Raison sociale du pharmacien à indiquer sans apostrophe, virgule ou tiret.
Filler	69 - 128				Filler - b.

INFORMATIONS	POSITION	LONGUEUR		PRESENCE	CONSIGNES DE REMPLISSAGE DES RUBRIQUES
		A	N		
TYPE 2				Ø	1 fois En-tête de chaque facture.
Code type	1		1	Ø	= 2
N° du Pharmacien + Clé	2 - 10		9	Ø	idem type 1.
N° matricule assuré	11 - 24		14	Ø	Cadrer à droite. Le 1er caractère doit toujours être = à 0.
Clé n° matricule	25 - 26		2	Ø	Clé du n° matricule. Voir calcul en ANNEXE.2
Rang bénéficiaire	27 - 29		3	Ø	Cadrer à droite, compléter par des zéros. A prendre sur la carte d'assuré social. (cf codification ANNEXE 3).
N° de facture	30 - 38		9	Ø	N° attribué par le pharmacien. Cadrer à droite et compléter par des zéros.
Code opération	39		1	Ø	Valeur = 1
FILLER	40 - 48			Ø	Blanc. b.
Code Grand régime	49 - 50		2	Ø	Voir codification en ANNEXE 7. Sera = 01 pour la CPAM.
Code Organisme	51 - 53		3	Ø	A prendre sur la C.A.S. (voir codification en ANNEXE 4).
Code Centre	54 - 57		4	Ø	A prendre sur la C.A.S., cadrer à droite et compléter par des zéros. La CPAM peut indiquer un code centre unique à faire figurer sur toutes les factures.
FILLER	58 - 76				Blanc. b.

INFORMATIONS	POSITION	LONGUEUR		PRESENCE	CONSIGNES DE REMPLISSAGE DES RUBRIQUES
		A	N		
Nature assurance	77 - 78		2	Ø	10 - Maladie 13 - Maladie régime local 30 - Maternité 41 - Accident du Travail 42 - Maladie professionnelle 43 - Accident de trajet
FILLER	79 - 85				Blanc. b.
N° de Sinistre + Clé	86 - 94		9	F	Obligatoire avec nature d'assurance - 41 - 42 - 43. A défaut, indiquer la date de l'accident cadrée à gauche, sous le forme AA.MM.JJ.
FILLER	95				Blanc. b
Accident	96		1	F	En risque maladie, indiquer "1" s'il s'agit d'un accident.
Date de l'accident	97 - 102		6	F	Indiquer la date de l'accident si l'on a inscrit 1 dans la rubrique "accident". A indiquer sous la forme AA MM JJ
FILLER	103 - 128				Blanc. b

INFORMATIONS	POSITION	LONGUEUR		PRESENCE	CONSIGNES DE REMPLISSAGE DES RUBRIQUES
		A	N		
TYPE 4					Prestations remboursables au pharmacien. Autant de types "4" que de fournitures pharmaceutiques.
Code type	1		1	Ø	= 4
N° Pharmacien - Clé	2 - 10		9	Ø	idem type 1
N° matricule	11 - 24		14	Ø	idem type 2
Clé n° matricule	25 - 26		2	Ø	idem type 2
Rang bénéficiaire	27 - 29		3	Ø	idem type 2
N° de facture	30 - 38		9	Ø	idem type 2
FILLER	39 - 43			Ø	Blanc. b. sur 5 caractères
N° de Prescripteur	44 - 52		9	Ø	Indiquer le n° de prescripteur + la clé (Médecin, Dentiste, Etablissement ...) Voir calcul de clé en ANNEXE 2.
FILLER	53 - 69			Ø	Blanc. b. sur 17 caractères.
Date des soins	70 - 75		6	Ø	Date de la prescription sous la forme AA.MM.JJ.
Code prestation	76 - 78		3	Ø	Indiquer le code prestation. Voir codification en ANNEXE 6.
FILLER	79 - 80			Ø	b.
Quantité	81 - 82		2	Ø	Quantité d'actes : Pour pharmacie, analyses toujours = 1 Pour les autres actes : nombre d'actes réels. Sur support magnétique ou sur facture papier, constituer une ligne acte par type d'acte effectué et par taux pour la pharmacie.

INFORMATIONS	POSITION	LONGUEUR		PRESENCE	CONSIGNES DE REMPLISSAGE DES RUBRIQUES
		A	N		
FILLER	83			Ø	b.
Coefficient	84 - 88		5	F	Sur 5 caractères : 3 entiers, 2 décimales. Obligatoire pour les analyses (Code Acte 160) Interdit pour les autres types d'actes.
Dénombrement	89 - 90			F	Obligatoire en analyses (Code Acte 160). Nombre d'actes remboursés selon la nomenclature. Interdit pour les autres types d'actes.
Prix unitaire	91 - 97		7 (5 + 2)	Ø	Prix unitaire du produit délivré ou de l'acte.
Base de remboursement	98 - 104		7 (5 + 2)	Ø	Montant total de la ligne facturée.
Taux de participation de la Caisse	105 - 107		3	Ø	Le taux de participation est : soit celui indiqué sur la carte d'assuré soit celui applicable à la prestation Ex. : 40 % 70 % 100 % pour les copies d'ordonnance ou majoration pour achat en dehors des heures ouvrables. Indiquer : 040, 070 ou 100.
Montant participation Caisse	108 - 114		7 (5 + 2)	Ø	Indiquer le résultat de l'opération : base de remboursement x taux de participation.
Montant participation assuré	115 - 121		7 (5 + 2)	Ø	Somme <u>réellement</u> versée par l'assuré.
FILLER	122 - 128			Ø	b.

INFORMATIONS	POSITION	LONGUEUR		PRESENCE	CONSIGNES DE REMPLISSAGE DES RUBRIQUES
		A	N		
TYPE 5				Ø	Totalisation de la facture.
Code type	1		1	Ø	= 5
N° Pharmacien + Clé	2 - 10		9	Ø	idem type 2
N° matricule assuré	11 - 24		14	Ø	idem type 2
Clé n° matricule	25 - 26		2	Ø	idem type 2
Rang bénéficiaire	27 - 29		3	Ø	idem type 2
N° de facture	30 - 38		9	Ø	idem type 2
Nombre de lignes actes	39 - 41		3	Ø	Indiquer le nombre des enregistrements de type 4 pour la facture
FILLER	42 - 57			Ø	b.
Total facture	58 - 65		8 (6 + 2)	Ø	Indiquer le total des montants facturés dans les enregistrements de type 4
Total participation Caisse	66 - 73		8 (6 + 2)	Ø	Indiquer le total des montants "participation Caisse" des enregistrements de type 4.
Total participation assuré	74 - 81		8 (6 + 2)	Ø	Indiquer le total des montants "participation assuré" des enregistrements de type 4.
FILLER	82 - 128			Ø	b.

INFORMATIONS	POSITION	LONGUEUR		PRESENCE	CONSIGNES DE REMPLISSAGE DES RUBRIQUES
		A	N		
TYPE 6			Ø		Totalisation pour le pharmacien et la Caisse.
Code type	1		1	Ø	= 6
N° Pharmacien + Clé	2 - 10		9	Ø	idem type 1
Nombre de factures	11 - 13		3	Ø	Indiquer le nombre total des enregistrements de type 2 transmis sous un même numéro de pharmacien et une même Caisse.
Nombre de lignes actes	14 - 17		4	Ø	Indiquer le nombre des enregistrements de type 4 pour l'ensemble des factures transmises sous un même n° de pharmacien et un même n° de Caisse.
Nombre de pharmaciens expéditeurs	18 - 20		3	Ø	Positionné à 1 à la fin de chaque lot, il doit correspondre au nombre des pharmaciens différents dans l'enregistrement de type 6 de fin d'envoi.
FILLER	21 - 128			Ø	b.

ANNEXE 2

CALCUL DES CLES

1. - N° PHARMACIEN - N° PRESCRIPTEUR - N° SINISTRE

Clé type 1, 2

numéroter les chiffres de la droite vers la gauche,

multiplier les chiffres de rang pair par 1,

multiplier les chiffres de rang impair par 2,

additionner ces chiffres,

additionner à cette somme le chiffre nécessaire pour obtenir le multiple de 10 le plus proche,

Ce chiffre constitue la clé.

Exemple : calcul de la clé du n° pharmacien, prescripteur ou sinistre.

	76	03	12	08
pair x 1	7	0	1	0
impair x 2	12	6	4	16
$7+1+2+0+6+1+4+0+1+6 = 28$				

$$30 - 28 = 2$$

N° avec
sa clé

76	03	12	08	2
----	----	----	----	---

2. - N° MATRICULE ASSURE - CLE TYPE 97

Le premier caractère est toujours à zéro.

La clé est calculée sur les 13 caractères suivants.

diviser les 13 caractères par 97,

ajouter au reste le chiffre nécessaire pour obtenir 97,

Ce chiffre constitue la clé.

ANNEXE 3

CODE BENEFICIAIRESystème national V1

CODES	SIGNIFICATION EN CLAIR
01	ASSURE
02	CONJOINT
09	VIE MARITALE
11 à 49	ENFANTS
51 à 69	AUTRES AYANTS DROIT

Version refondue du système national

Année de naissance (2 caractères)
N° d'ordre (1 caractère)

N° D'ORDRE	SIGNIFICATION EN CLAIR
01	ASSURE
02	CONJOINT
03 à 09	AUTRES AYANTS DROIT, dans l'ordre de connaissance au fichier et dans l'année.

ANNEXE 4

CODE "CAISSES"

VILLES SIEGES DE CAISSE PRIMAIRE	CIRCONSCRIPTION	NUMERO CODE
<u>Métropole :</u>		
AGEN	Lot-et-Garonne	471
AJACCIO	Corse du Sud	201
ALBI	Tarn	811
ALENCON	Orne	611
AMIENS	Somme	801
ANGERS	Ensemble du département moins l'arrondissement de Cholet	491
ANGOULEME	Charente	161
ANNECY	Savoie (Haute)	741
ANNONAY	Arrondissements de Tournon, sauf les cantons de Saint-Agrève, Saint-Martin-de Valamas, le Cheylard	071
ARMENTIERES	Cantons d'Armentières, Bailleul, Hazebrouck Merville et commune de Pérenchies	591
ARRAS	Arrondissement d'Arras	621
AUCH	Gers	321
AURILLAC	Cantal	151
AVIGNON	Vaucluse	841
AUXERRE	Yonne	891
BAR-LE-DUC	Meuse	551
BASTIA	Haute-Corse	202
BAYONNE	Arrondissements de Bayonne et Canton de Saint-Martin-en-Seignaux (Landes)	641
BEAUVAIS	Arrondissements de Beauvais, Compiègne, Clermont, sauf les cantons de Liancourt, Mouy	601
BELFORT	Territoire de Belfort	901
BESANCON	Ensemble du département et cantons de Clerval, Maîche, le Russey moins l'arrondissement de Montbéliard	251
BEZIERS	Arrondissement de Béziers-St-Pons	341
BLOIS	Loir-et-Cher	411
BOBIGNY	Seine-St-Denis	931
BORDEAUX	Gironde	331
BOULOGNE-SUR-MER	Arrondissements de Boulogne, Montreuil, sauf le canton de Marquise	622
BOURG-EN-BRESSE	Ain	011
BOURGES	Cher	181
BREST	Arrondissement de Brest, Morlaix et canton de Crozon	291
CAEN	Calvados	141
CAHORS	Lot	461
CALAIS	Arrondissements de Calais, Saint-Omer et canton de Marquise	623
CAMBRAI	Cambrai et son arrondissement	592
CARCASSONNE	Aude	111
CHAMBERY	Savoie	731

CODE "CAISSES"

VILLES SIEGES DE CAISSE PRIMAIRE	CIRCONSCRIPTION	NUMERO CODE
CHARLEVILLE-MEZIERES	Ardennes	081
CHARTRES	Eure-et-Loir	281
CHATEAUROUX	Indre	361
CHAUMONT	Marne (Haute)	521
CHOLET	Arrondissements de Cholet	492
CLERMONT-FERRAND	Puy-de-Dôme	631
COLMAR	Arrondissements de Colmar, Guebwiller, Ribeauvillé	681
CREIL	Cantons de Mouy, Liancour, Creil, Pont- Ste-Maxence, Senlis, Nanteuil-le-Haudoin Crepigny-en-Valois, Betz, Neuilly-en-Thelle	602
CRETEIL	Val de Marne	941
DIEPPE	Arrondissement de Dieppe	761
DIGNE	Alpes-de-Haute-Provence	041
DIJON	Côte-d'Or	211
DOUAI	Douai et son arrondissement	593
DUNKERQUE	Dunkerque et son arrondissement moins les cantons de Bailleul, Hazebrouck, Merville	594
ELBEUF	Canton d'Elbeuf	762
EPINAL	Vosges	881
EVRY	Essonne	911
POIX	Ariège	091
GAP	Alpes (Hautes)	051
GRENOBLE	Département moins le canton de la Verpillière et l'arrondissement de Vienne	381
GUERET	Creuse	231
HAGUENAU	Arrondissements de Wissembourg, Saverne et Haguenau	671
LE HAVRE	Arrondissement du Havre	763
LAON	Arrondissements de Laon, Soissons, Château- Thierry, sauf les cantons de la Fère et de Tergnier	021
LAVAL	Mayenne	531
LENS	Arrondissements de Béthune et Lens	624
LILLE	Lille et son arrondissement moins les cantons de Marcq-en-Baroeul, Tourcoing Roubaix, Lenoy, Armentières et la commune de Pérenchies	595
LIMOGES	Haute-Vienne	871
LONGWY	Arrondissement de Briey	541
LONS-LE-SAUNIER	Jura	391
LYON	Ensemble du département moins l'arrondissement de Villefranche	691
MACON	Saône-et-Loire	711
LE MANS	Sarthe	721
MARSEILLE	Bouches-du-Rhône	131
MAUBEUGE	Arrondissement d'Avesnes-sur-Helpe	596
MELUN	Seine-et-Marne	771
MELUN EXPATRIES	Ensemble du Territoire	772

ANNEXE 4

CODE "CAISSES"

VILLES SIEGES DE CAISSE PRIMAIRE	CIRCONSCRIPTION	NUMERO CODE
MENDE	Lozère	481
METZ	Arrondissements de Metz-Ville, Metz-Campagne, Boulay-Moselle, Château-Salins	571
MONTAUBAN	Tarn-et-Garonne	821
MONTBELIARD	Arrondissement de Montbéliard, sauf les cantons de Clerval, Maîche, Le Russey	252
MONT-DE-MARSAN	Département des Landes sauf le canton de Saint-Martin-de-Seignaux	401
MONTPELLIER	Arrondissements de Montpellier, Lodève	342
MOULINS	Allier	031
MULHOUSE	Arrondissements de Mulhouse, Altkirch, Thann	682
NANCY	Ensemble du département moins l'arrondissement de Briey	542
NANTERRE	Hauts-de-Seine	921
NANTES	Ensemble du département moins l'arrondissement de Saint-Nazaire	441
NEVERS	Nièvre	581
NICE	Alpes-Maritimes	061
NIMES	Gard	301
NIORT	Sèvres (Deux)	791
ORLEANS	Loiret	451
PARIS	Départements de Seine-Paris. Zone de stationnement des Forces Françaises en Allemagne	751
PARIS-BATELLERIE	Ensemble du Territoire	752
PAU	Ensemble du département moins l'arrondissement de Bayonne	642
PERIGUEUX	Dordogne	241
PERPIGNAN	Pyrénées Orientales	661
POITIERS	Vienne	861
PONTOISE	Val d'Oise	951
PRIVAS	Arrondissements de Privas, Largentière et cantons de Saint-Agrève, Saint-Martin-de-Valamas, le Cheylard	072
LE PUY	Loire (Haute)	431
QUIMPER	Arrondissements de Quimper, Châteaulin, sauf le canton de Crozon	292
REIMS	Marne	511
RENNES	Ille-et-Vilaine	351
ROANNE	Arrondissement de Roanne	421
LA ROCHELLE	Charente-Maritime	171
LA ROCHE-SUR-YON	Vendée	851
RODEZ	Aveyron	121
ROUBAIX	Cantons de Roubaix, Lannoy	597
ROUEN	Arrondissements de Rouen, sauf de canton d'Elbeuf	764
SAINT-BRIEUC	Côtes-du-Nord	221
SAINT-ETIENNE	Ensemble du département moins l'arrondissement de Roanne	422

ANNEXE 4

CODE "CAISSES"

VILLES SIEGES DE CAISSE PRIMAIRE	CIRCONSCRIPTION	NUMERO CODE
SAINT-LO	Manche	501
SAINT-NAZAIRE	Arrondissement de Saint-Nazaire	442
SAINT-QUENTIN	Arrondissements de Saint-Quentin, Vervins et les cantons de la Fère et de Tergnier	022
SARREGUEMINES	Sarreguemines et arrondissements de Sarreguemines, Sarrebourg et Forbach	572
SELESTAT	Arrondissements de Sélestat, Mosheim, Erstein ainsi que les cantons de Geispolsheim et Illkirch- Graffenstaden	672
STRASBOURG	Arrondissement de Strasbourg-Ville, Strasbourg-campagne à l'exception des cantons de Geispolsheim et d'Illkirch-Graffenstaden	673
TARBES	Pyrénées (Hautes)	651
THIONVILLE	Thionville et les arrondissements de Thionville- Est, Thionville-Ouest	573
TOULON	Var	831
TOULOUSE	Garonne (Haute)	311
TOURCOING	Cantons de Tourcoing et de Marcq-en-Baroeul	598
TOURS	Indre-et Loire	371
TROYES	Aube	101
TULLE	Corrèze	191
VALENCE	Drôme	261
VALENCIENNES	Valenciennes et son arrondissement	599
VANNES	Morbihan	561
VERSAILLES	Yvelines	781
VESOUL	Saône (Haute)	701
VIENNE	Arrondissement de Vienne et canton de la Verpillière	382
VILLEFRANCHE	Arrondissement de Villefranche-sur-Saône	692
<u>Départements d'Outre-mer :</u>		
CAYENNE	Guyanne	973
FORT-DE-FRANCE	Martinique	972
POINTE-A-PITRE	Guadeloupe	971
SAINT-DENIS	Réunion	974

ANNEXE 5

NATURE D'ASSURANCE

10. - MALADIE

13. - MALADIE REGIME LOCAL

30. - MATERNITE

41. - ACCIDENT DU TRAVAIL

42. - MALADIE PROFESSIONNELLE

43. - ACCIDENT DU TRAJET

CODIFICATION DES PRESTATIONS

160 - ACTES EN B (ANALYSES)

300 - PHARMACIE

320 - FORFAIT PHARMACIE MATERNITE

330 - SANG ET DERIVES

360 - OPTIQUE

370 - PETIT APPAREILLAGE

371 - AUDIO-PROTHESE

372 - APPAREIL D'ASSISTANCE RESPIRATOIRE

373 - ACCESSOIRE POUR TRAITEMENT A DOMICILE

374 - PRODUITS POUR DIABETIQUES

375 - PRODUITS POUR STOMISES

376 - AUTRES ACCESSOIRES

377 - PANSEMENTS

382 - CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES

400 - COPIE D'ORDONNANCE OU MAJORATION POUR ACHAT EN DEHORS
DES HEURES OUVRABLES

NB : Cette liste est exhaustive et ne rend pas compte des incompatibilités code
prestation/nature d'assurance (maladie/maternité/AT).

CODE "GRANDE REGIME"

- 01 Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S)
- 02 Caisse National de Secours Mutuels Agricoles (C.C.M.S.A)
- 03 Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs non salariés des professions non agricoles (C.A.N.A.M.)
- 04 Caisse de Prévoyance de la Société Nationale des Chemins de Fer Français (S.N.C.F.)
- 05 Caisse de Coordination aux Assurances Sociales de la Régie autonome des Transports Parisiens (R.A.T.P.)
- 06 Marins et inscrits maritimes
- 07 Mineurs et assimilés
- 08 Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale
- 09 Caisse de Prévoyance de la Banque de France
- 10 Caisse de Retraite et de Prévoyance des clers et employés de notaires
- 11 Société Mutualiste de Prévoyance "LA NEPTUNE" (Compagnie générale des eaux)
- 12 Chambre de commerce et d'Industrie de Paris
- 13 Caisse Autonome Nationale de Sécurité Sociale dans les mines
- 14 Assemblée Nationale
- 15 Caisse Autonome de Sécurité Sociale du Sénat
- 16 Etablissement National des Invalides de la Marine (E.N.I.M.)
- 17 Fonds de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale
- 90 C A M A C (Cultes)