

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

24/07/92

Origine :

DIRDEL

Mmes et MM les Directeurs
Mmes et MM les Agents Comptables
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des CETEL et CETELIC
(pour attribution)

Mme et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
Mmes et MM les Médecins Conseils Régionaux
Mmes et MM les Médecins Conseils Chefs de Service
(pour information)

Réf. :

DIRDEL n° 3/92

Plan de classement :

| | | | | | | |
|------|-----|--|--|--|--|--|
| 1131 | 118 | | | | | |
|------|-----|--|--|--|--|--|

Objet :

DEVELOPPEMENT DU PLAN IRIS INTER-REGIMES

- définition et champ d'application du plan d'action IRIS Inter-Régimes
- calendrier et objectifs prioritaires,
- dispositions pratiques à prendre par les Caisses Primaires et les CETEL-CETELIC,
- prolongements d'IRIS au niveau local à l'initiative du régime général.

Pièces jointes :



Liens :

Date d'effet :

Dossier suivi par :

Téléphone :

Date de Réponse :

DARDO/M. KIEUSSEIAN

42.79.33.31

Direction déléguée

| | |
|-----------------------------------|---|
| 24/07/92 | Mmes et MM les Directeurs Mmes et MM les Agents Comptables des Caisses Primaires d'Assurance Maladie des Caisses Générales de Sécurité Sociale des CETEL et CETELIC (pour attribution) |
| Origine : DIRDEL | Mme et MM les Directeurs des Caisses Régionales d'Assurance Maladie Mmes et MM les Médecins Conseils Régionaux Mmes et MM les Médecins Conseils Chefs de Service (pour information) |

N/Réf. : DIRDEL n° 3/92

Objet : Développement du plan IRIS Inter-Régimes.

Le schéma directeur stratégique informatique pour la période 1992/1997 s'est assigné pour objectif de favoriser la saisie à la source des informations par les professionnels de santé et leur télétransmission aux Caisses.

Déclinée en plusieurs étapes, cette opération va s'amorcer avec le plan IRIS Inter-Régime au cours des années 1992/1994.

On évoquera successivement :

- la définition et le champ d'application du plan d'action IRIS Inter-Régimes,
- son calendrier et ses objectifs prioritaires,
- les dispositions pratiques à prendre par les Caisses Primaires et les CETEL-CETELIC,

- les prolongements d'IRIS au niveau local à l'initiative du régime général.

1. - DEFINITION ET CHAMP D'APPLICATION DU PLAN D'ACTION IRIS INTER-REGIMES

Le plan IRI Inter-Régimes (Interface Réseau Informations Services) résulte d'un accord entre les trois Caisse Nationales (CNAMETS - CCMSA - CANAM) sur les objectifs communs :

- le désir partagé de développer les procédures de télétransmission avec les professions de santé,
- le constat qu'un tel développement passe par :
 - . des normes communes,
 - . une standardisation des logiciels des partenaires de santé minimisant le coût d'investissement à leur charge,
 - . une simplification des procédures de connexion, grâce à la création d'un Réseau unique de collecte.

1.1 - Le développement de normes communes

Trois normes doivent être développées dans le cadre du plan IRIS Inter-Régimes :

- **une norme de télétransmission de factures** entre professionnels de santé et organismes d'Assurance Maladie dénommée B2, dérivée de la norme B déjà utilisée par le régime général.

Cette norme vient d'être diffusée aux CPAM et CETEL - CETELIC.

Ses principales caractéristiques sont les suivantes :

- . elle est conçue pour véhiculer les informations nécessaires aux organismes complémentaires, en sus de celles qui sont exigées par les organismes d'Assurance Maladie,
- . elle reflète exactement la facturation sur papier, en évitant les regroupements : on disposera, par exemple, d'une ligne par acte en B et autant de lignes que de dates d'exécution des actes en AMM ou AMI.

Cette connaissance détaillée est indispensable à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

- . La norme B2 est prévue pour intégrer une codification affinée, tout en préservant le secret médical ;

- . enfin, elle est utilisable en dehors des relations de tiers-payant, sous certaines conditions définies par le cahier des charges.
- **une norme de retour d'informations** sur les paiements effectués aux partenaires de santé.

Celle-ci s'appuiera sur les normes NOEMIE du régime général dont les fonctionnalités seront précisées. Un document commun sera diffusé en septembre 1992.

- **une norme de présentation des écrans télématiques** de consultation des fichiers "assurés" (application dite FEU VERT) et "archives de paiement", à définir en 1993.

1.2 - Une standardisation des logiciels des partenaires de santé minimisant les coûts d'investissement à leur charge

- L'adoption de normes communes constitue un premier pas en ce sens, en permettant à ces derniers de n'utiliser qu'un seul logiciel pour leurs relations avec les régimes obligatoires d'assurance maladie.
- Les normes B2 de télétransmission de factures ont, de plus, été conçues à partir d'éléments communs à plusieurs professions ; dans certains cas, l'ensemble de la structure est identique pour des professions différentes. Il en est ainsi des normes Infirmiers, Masseurs, Orthophonistes, Orthoptistes, Pédicures.

De la sorte, les investissements pour la réalisation de la norme seront amortis sur un marché d'utilisateurs plus large et les prix de revient s'en trouveront abaissés.

1.3 - Une simplification des procédures de connexion, grâce à la création d'un Réseau de collecte unique

La définition de normes communes ne pouvait à elle seule répondre aux besoins des partenaires de santé qui auraient été dans l'obligation de connecter quotidiennement leur ordinateur avec chaque organisme débiteur.

Cette opération (de courte durée lorsque les échanges se cantonnent à deux ou trois régimes) se serait révélée exagérément lourde dans la perspective d'une extension, à terme, à tous les régimes légaux d'Assurance Maladie et à l'ensemble des Sections Locales Mutualistes.

Aussi, les trois régimes ont-ils entendu jeter les bases du futur Réseau Santé Social, en s'appuyant, pour partie et de façon transitoire, sur le Réseau Privé du régime général.

Le régime retenu est synthétisé dans le schéma de l'annexe 1 :

- le professionnel de santé connectera son ordinateur sur le commutateur X25 du Réseau Privé du régime général le plus proche du lieu d'implantation de son cabinet (il existe un commutateur X25 dans chaque Caisse Primaire) ainsi que dans certains Centres de Paiement, en fonction des circonscriptions tarifaires téléphoniques).
- Le flux télétransmis sera acheminé par le Réseau Privé sur un "Centre de Sécurité des Appels" installé au CETEL ou CETELIC dont le seul rôle consistera à réorienter le lot vers son destinataire final en permettant la connexion automatique à celui-ci.
- Les retours d'informations concernant les paiements destinés au partenaire de santé emprunteront la même voie.

Les régimes Agricole et Travailleurs Non Salariés ont adhéré au principe d'un réseau unique de collecte, sous réserve que les flux qui leur sont destinés ne puissent être ni lus ni copiés lors du transfert.

Cette condition est satisfaite par les procédures décrites.

1.4 - IRIS Inter-Régimes facilitera, enfin, les premières expérimentations de SESAM

Les normes d'émission de factures définies conjointement contiennent une zone de certification qui permettra d'expérimenter localement certains échanges sans justificatif papier, lorsque le professionnel de santé et l'assuré seront dotés d'une carte d'identification.

IRIS ouvrira ainsi la voie aux étapes ultérieures SESAM/VITALE.

2. - CALENDRIER ET OBJECTIFS PRIORITAIRES D'IRIS INTER-REGIMES

2.1 - Une expérimentation préalable dans deux régions dès septembre 1992

Les régions BRETAGNE (circonscription du CETELIC de RENNES) et SEINE-MARITIME (circonscription du CETELIC de ROUEN) ont été choisies pour expérimenter dès septembre 1992 le transit par le Réseau Privé et le reroutage des flux.

L'expérimentation doit déboucher sur une mise à disposition de l'infrastructure réseau sur l'ensemble du territoire pour le 1er janvier 1993.

2.2 - Le fonctionnement sur l'ensemble du territoire est fixé au 1er janvier 1993 pour le traitement des factures télétransmises par les biologistes

A cette date, les CETEL - CETELIC devront être en mesure de réceptionner et de traiter les flux émanant des biologistes (sous la forme B2).

2.3 - Au cours du 1er trimestre 1993, IRIS Inter-Régimes s'étendra aux flux transmis selon la norme B2 par les électroradiologistes puis à ceux qu'émettront les auxiliaires médicaux

2.4 - Enfin, au 2ème trimestre 1993, l'opération englobera les factures émises par les transporteurs sanitaires

Ces objectifs ne doivent en aucun cas freiner le développement des échanges actuellement en cours avec les pharmaciens et les établissements au moyen de la norme B.

Les CETEL - CETELIC seront, en effet, en mesure de traiter concomitamment les factures télétransmises sous les normes B ou B2. L'infrastructure-réseau permettra le reroutage automatique des flux transmis sous les normes B ou B2.

La date de démarrage du traitement des flux par les autres régimes sera fixée localement.

3. - DISPOSITIONS PRATIQUES A ADOPTER PAR LES CAISSES PRIMAIRES

3.1 - Détermination de l'aire géographique d'acceptation des flux

L'aire géographique est définie localement et portée à la connaissance des partenaires de santé. L'accord précise par régime la liste des Caisses ou Organismes en mesure de traiter les flux de factures concernant leurs ressortissants.

En conséquence, avant toute négociation avec les professions de santé, chaque Caisse prendra contact avec les autres Caisses de son régime, afin de définir l'aire géographique d'acceptation pour chaque profession de santé des factures de ces ressortissants.

De sorte, par exemple, que lorsqu'une clinique décide de transmettre ses factures, la Caisse Primaire, dans la circonscription de laquelle elle est installée, puisse lui indiquer la liste des Caisses Primaires, MSA, CMR qui acceptent ses flux.

Les tables de reroutage du Centre de Sécurité des Appels devront correspondre aux aires retenues par les trois régimes.

3.2 - Démarche concertée entre les directions des différents régimes pour le respect du calendrier de montée en charge

Une démarche concertée entre les directions des trois régimes doit être entreprise, dans le cadre **départemental ou local**.

Elle aura notamment pour objectif de veiller au respect de l'échéance cible du 1er janvier 1993 pour le traitement des flux télétransmis par les biologistes, et de définir lors de rencontres communes avec la profession certains aspects juridiques et pratiques : diffusion des normes, conclusion de conventions, organisation de lieux de dépôts communs des pièces justificatives, gestion de la montée en charge, etc.

3.3 - Désignation dans chaque Caisse Primaire d'un correspondant IRIS

Par courrier du 13 mai 1992 - Réf. DISI-DEMIO-EVA n° 537/92, vous avez été invité à désigner un correspondant IRIS. Celui-ci aura notamment pour tâche :

- de dresser trimestriellement un état de la situation en matière de télétransmission avec chaque profession de santé comportant :
 - . la liste des membres de chaque profession de santé qui recourent à la télétransmission,
 - . les volumes moyens journaliers de factures télétransmises par chacun d'eux, ainsi que le volume télétransmis, à rapprocher des volumes globaux remboursés pour la profession, en tiers-payant et hors tiers-payant ;
 - . l'identification de leurs fournisseurs de logiciels (avec vérification de la certification des protocoles de transmission XMODEM par OSITEL).

Ces indications permettront aux Caisses Nationales de suivre la montée en charge et de procéder à des comparaisons entre régimes.

- Le correspondant devra également centraliser les informations relatives à la qualité des transmissions des tiers (principaux types d'erreurs relevées) ;
- il nouera des contacts avec les Sociétés de Services Informatiques chargées de la vente et du développement des logiciels à chaque profession de santé, en leur fournissant toutes précisions techniques sur les cahiers des charges ;
- une coordination étroite s'établira entre les correspondants IRIS des Caisses Primaires et les informaticiens des CETEL-CETELIC ayant en charge la gestion des flux magnétiques, ainsi qu'entre correspondants IRIS des différents régimes.

4. - LES PROLONGEMENTS D'IRIS AU NIVEAU LOCAL A L'INITIATIVE DU REGIME GENERAL

IRIS Inter-Régimes pourra être complété par des accords locaux-régionaux entre CPAM, CETEL-CETELIC et Organismes Complémentaires (cf schéma de l'annexe 1), prévoyant la transmission de décomptes à ces derniers et le retour éventuel des informations sur leur paiement au CETEL-CETELIC qui les tiendra à la disposition des partenaires de santé (une expérience en ce sens débutera au 4ème trimestre 1992 en Seine-Maritime).

Les partenaires de santé pourront ainsi au cours d'une seule connexion télétransmettre leurs factures, réceptionner les remboursements des organismes obligatoires correspondant aux flux J-2 ou J-3 et recevoir les remboursements des organismes complémentaires correspondant aux factures télétransmises à J-4 ou J-5, dans le respect des compétences et des attributions de chaque Institution.

Il est signalé que les normes NOEMIE de transmission de décomptes aux organismes complémentaires (groupe de travail de Monsieur Westheel, Directeur de la CPAM de LILLE) feront l'objet d'une diffusion prochaine (septembre 1992).

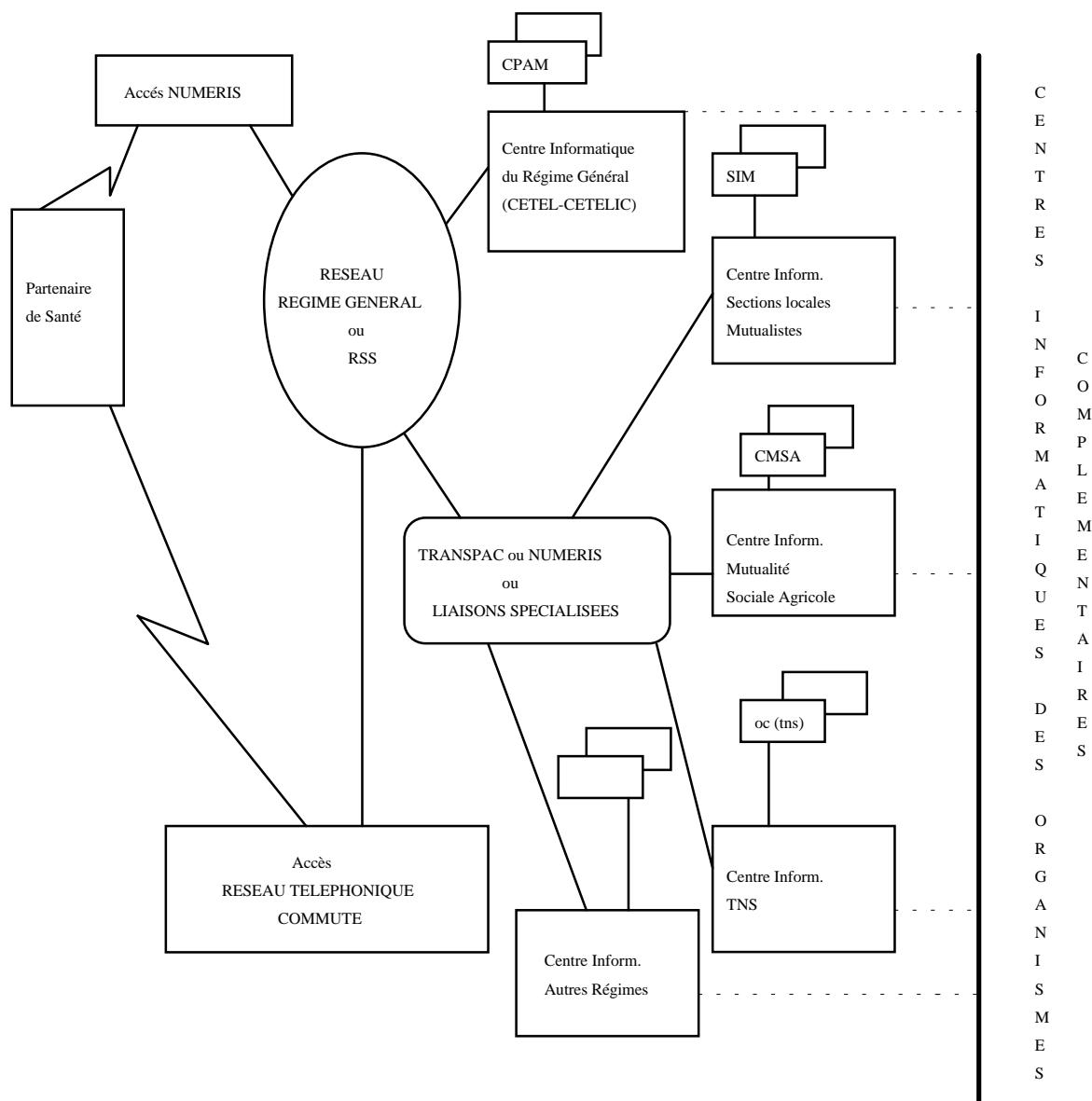
Les services de la Caisse Nationale se tiennent à votre disposition pour vous fournir des informations complémentaires ou pour recueillir vos observations concernant la mise en oeuvre de ce plan.

Le Directeur Délégué

F. POISNEUF

Pour consulter les pièces jointes à cette circulaire, vous pouvez télécharger celles-ci sur micro-ordinateur et lire ou éditer le document SOUS WORD POUR WINDOWS.

ANNEXE 1



PRESENTATION GENERALE

Le cahier des charges définit les normes qui permettent de traiter les flux magnétiques en provenance de l'une des professions suivantes :

Codes Normes

| | |
|---|----|
| - infirmiers | IF |
| - masseurs-kinésithérapeutes | MK |
| - orthophonistes | OO |
| - orthoptistes | OY |
| - pédicures | PE |
| - dispensaires centres de santé | DP |
| - laboratoires | LB |
| - centres thermaux | CT |
| - transports sanitaires | TA |
| - médecins (électro-radiologues, gastro-entérologues, ...) | ER |
| - pharmaciens | PH |
| - cliniques privées et hôpitaux hors Budget Global | CP |

à destination d'une CPAM, d'une CMSA, d'un organisme gestionnaire du régime d'Assurance Maladie des Travailleurs non Salariés.

Les normes répondent à cinq caractéristiques :

- 1) elles sont communes aux trois régimes
- 2) elles peuvent véhiculer l'identification d'un organisme de protection complémentaire (mutuelle-assurance) et les montants éventuellement à la charge de ce dernier
- 3) les informations télétransmises reflètent exactement la facturation des actes retracée sur le support papier (feuille de soins ou facture)
- 4) les normes sont conçues pour recevoir une codification affinée des actes ou des produits, dans le respect du secret médical. Elles sont utilisables sans cette codification affinée si celle-ci n'est pas obligatoire
- 5) elles permettent, sous réserve d'accords locaux, d'adresser le remboursement soit au professionnel de santé (tiers-payant), soit à l'assuré lorsque le professionnel a perçu le paiement mais souhaite faciliter le remboursement de son client au moyen de la télétransmission.

T000 (régime non salariés)

| | | | | | | | | | | |
|----|----|---|----|----|----|----|----------|-----|-----|------------------------|
| T1 | | | | | | | 1er LOT | 001 | 003 | 005 |
| | T2 | * | T4 | T4 | T4 | * | T5 | | | |
| | T2 | * | T4 | T4 | * | T5 | | | | Organisme conventionné |
| | T2 | * | T4 | T4 | T4 | * | T5 | | | |
| T6 | | | | | | | | | | |
| T1 | | | | | | | 2ème lot | 002 | 004 | 006 |
| | T2 | * | T4 | T4 | T4 | * | T5 | | | |
| | T2 | * | T4 | T4 | * | T5 | | | | Organisme conventionné |
| T6 | | | | | | | | | | |

T999

Dans l'hypothèse où la rediffusion par le centre collecteur vers un autre régime concernerait plusieurs centres informatiques, les articles de bornage (T000 - T999) seraient obligatoires pour chaque centre informatique destinataire.

TYPE 4

TOUTES NORMES SAUF PH ET CP

| Informations | Positions | Longueur | | Présence | Consignes de saisie des rubriques |
|-----------------------------|-----------|----------|-----|----------|--|
| | | A | N | | |
| - code accord préalable | 50 | | 1 | 0 | 0 : pas de réponse de la caisse dans le délai de 10 jours 4 : réponse favorable dans le délai de 10 jours 5 : notion d'urgence 9 : acte non soumis à accord préalable |
| - FILLER | 51-54 | 4 | | 0 | Blanc |
| - N° exécutant + clé | 55-63 | | 9 | 0 | Laboratoires : N° d'identification du laboratoire ayant effectué l'acte Actes d'imagerie médicale : N° d'identification de l'exécutant de l'acte lorsqu'il s'agit d'un acte de radiologie ou numéro de la structure pour les forfaits techniques (scanner-IRMN) Centres thermaux : n° du médecin qui surveille la cure ou n° de l'établissement |
| - Zone tarif de l'exécutant | 64-65 | | 2 | F | Obligatoire s'il s'agit d'un exécutant hors région. |
| - Spécialité de l'exécutant | 66-67 | | 2 | F | Obligatoire s'il s'agit d'un exécutant hors région ou d'un salarié de l'exécutant (à prendre sur la feuille de soins). |
| - Date des soins | 68-73 | | 6 | 0 | AAMMJ : date de l'acte |
| - Code acte | 74-78 | 5 | | 0 | Voir codification annexe 10. |
| - Quantité d'actes | 79-80 | | 2 | 0 | Valeur 1. sauf pour IK |
| - Coefficient | 81-86 | | 4+2 | 0 | Coefficient de l'acte |
| - Dénombrement | 87-88 | | 2 | 0 | Transports : nombre de transports facturés. Autres cas : valeur 1. |

TYPE 4***NORME CP***

| Informations | Positions | Longueur | | Présence | Consignes de saisie des rubriques |
|-----------------------------------|-----------|----------|-----|----------|---|
| | | A | N | | |
| - Zone tarif exécutant | 66-67 | | 2 | F | Obligatoire s'il s'agit d'un exécutant hors région ou d'un salarié de l'exécutant (à prendre sur la feuille de soins) ou s'il s'agit de soins externes en établissement public. |
| - Spécialité exécutant | 68-69 | | 2 | F | |
| - Date des soins | 70-75 | | 6 | 0 | Date de l'acte |
| - Code acte | 76-80 | 4+1 | | 0 | Même consigne que pour la position 56-60 du type 3. |
| - Quantité | 81-82 | | 2 | 0 | Valeur 1. sauf pour IK |
| - FILLER | 83 | 1 | | 0 | Blanc |
| - Coefficient | 84-88 | | 3+2 | 0 | Coefficient de l'acte |
| - Dénombrement | 89-90 | | 2 | 0 | Valeur 1 |
| - Prix unitaire | 91-97 | | 5+2 | 0 | Indiquer le montant en centimes de l'unité tarifaire (lettre clé) au tarif conventionnel. |
| - Base de remboursement | 98-104 | | 5+2 | 0 | Idem type 3. |
| - Taux applicable à la prestation | 105-107 | | 3 | 0 | Idem type 3. |

TYPE 4**NORME PH**

| Informations | Positions | Longueur | | Présence | Consignes de saisie des rubriques |
|-----------------------------------|-----------|----------|----|----------|--|
| | | A | N | | |
| TYPE 4 | | | | F | Prestations réglées au pharmacien |
| - Type d'enregistrement | 1 | | 1 | 0 | = 4 LIGNE DE FACTURE |
| - N° partenaire de santé + clé | 2-10 | | 9 | 0 | Idem type 1 |
| - N° matricule | 11-24 | | 14 | 0 | Idem type 2 |
| - Clé matricule | 25-26 | | 2 | 0 | Idem type 2 |
| - Rang de bénéficiaire | 27-28 | | 2 | F | Idem type 2 |
| - Complément de type | 29 | 1 | | 0 | Valeur A si saisie des vignettes sinon blanc |
| - N° de facture | 30-38 | | 9 | 0 | Idem type 2 |
| - FILLER | 39-43 | 5 | | 0 | Blanc |
| - N° prescripteur + clé | 44-52 | | 9 | 0 | Indiquer le numéro du prescripteur (même s'il s'agit d'un établissement) Clé à contrôler - annexe 5 |
| - FILLER | 53-63 | 11 | | 0 | Blanc |
| - Date de délivrance des produits | 64-69 | | 6 | 0 | AAMMJJ |
| - Date de prescription | 70-75 | | 6 | 0 | Date de la prescription AAMMJJ |
| - Code acte | 76-78 | 3 | | 0 | Voir codification en annexe 10 |
| - Séquence de renouvellement | 79-80 | 2 | | F | S'il s'agit d'un renouvellement, indiquer son ordre. |
| - Quantité | 81-82 | | 2 | 0 | Valeur 1. sauf pour IK |
| - FILLER | 83 | 1 | | 0 | Blanc. |

TYPE 5

TOUTES NORMES SAUF CP ET PH

| Informations | Positions | Longueur | | Présence | Consignes de saisie des rubriques |
|--|------------------|-----------------|----------|-----------------|--|
| | | A | N | | |
| TYPE 5 | | | | 0 | TOTALISATION DE LA FACTURE |
| - Type d'enregistrement | 1 | | 1 | 0 | = 5 - TOTAL FACTURE |
| - N° partenaire de santé + clé | 2-10 | | 9 | 0 | Idem type 2 |
| - Numéro matricule assuré | 11-24 | | 14 | 0 | Idem type 2 |
| - Clé matricule assuré | 25-26 | | 2 | 0 | Idem type 2 |
| - N° de facture | 27-35 | | 9 | 0 | Idem type 2 |
| - FILLER | 36-38 | 3 | | 0 | Blanc |
| - Nombre d'enregistrements liés aux actes | 39-41 | | 3 | 0 | Indiquer le nombre d'enregistrements de type 4 quel que soit le complément de type. |
| - FILLER | 42-57 | 16 | | 0 | Blanc |
| - Total honoraires facturés | 58-65 | | 6+2 | 0 | Indiquer le total des montants facturés dans les enregistrements de type 4, 4A, dépassement compris. |
| - Total remboursable par la Caisse | 66-73 | | 6+2 | 0 | Indiquer le total des montants remboursables par la Caisse, des enregistrements de type 4, 4A. |
| - Total participation assuré avant participation de l'organisme complémentaire | 74-81 | | 6+2 | 0 | Résultat de l'opération : + total honoraires fournis - total remboursable par la Caisse |
| - Total remboursable par l'organisme complémentaire | 82-89 | | 6+2 | F | Indiquer le total de la part complémentaire. |
| - FILLER | 90-96 | 7 | | 0 | Blanc |

| | | | | | |
|------------------------------|--------|----|--|---|-----------------|
| - Zone de certifi- cation | 97-128 | 32 | | F | Réservée SESAM. |
|------------------------------|--------|----|--|---|-----------------|

ANNEXE 2
TOUTES NORMES

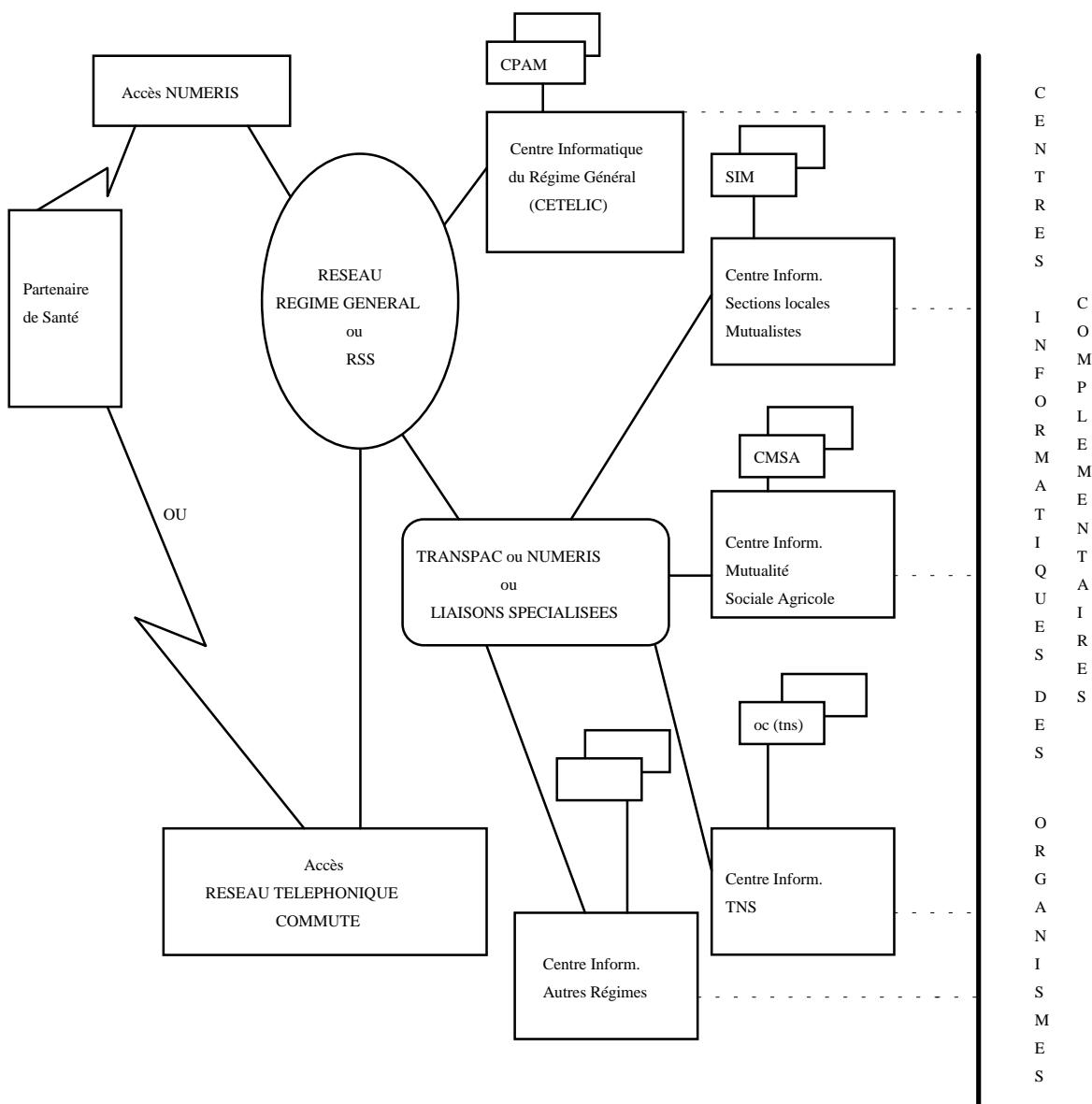
GRANDS REGIMES

- 01 REGIME GENERAL
- 02 REGIME AGRICOLE
- 03 Régime des Travailleurs non Salariés non agricoles (TNS)
- 04 SNCF
- 05 RATP
- 06 Marins et inscrits maritimes, établissements national des Invalides de la marine (ENIM)
- 07 MINEURS ET ASSIMILES
- 08 MILITAIRES DE CARRIERE
- 09 PERSONNEL DE LA BANQUE DE FRANCE
- 10 CLERCS ET EMPLOYES DE NOTAIRE
- 12 PERSONNEL DE LA CHAMBRE DE COMMERCE
- 13 PERSONNEL DE LA CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE DES MINES
- 14 ASSEMBLEE NATIONALE
- 15 SENAT
- 16 PORT AUTONOME DE BORDEAUX
- 17 CAISSE DES FRANCAIS DE L'ETRANGER
- 90 CAISSE ASSURANCE MALADIE DES CULTES

MUTUELLES DECOMPTEUSES

- 91 Mutuelle générale de l'Education Nationale
- 92 Mutuelle des PTT
- 93 Mutuelle générale de la Police
- 94 Fédération Fonctionnaires SLI
- 95 Mutuelle Nationale des Hospitaliers
- 96 Mutuelle de la Marine
- 99 Autres mutuelles.

ANNEXE 17
TOUTES NORMES



Le mode de raccordement des Centres Informatiques des autres régimes au réseau du régime général, n'a pas d'impact pour le Partenaire de Santé.

3. - RECOMMANDATIONS TECHNIQUES

3.1 - Eclatement des flux

Le critère d'éclatement est le numéro de destinataire figurant dans l'enregistrement de type 000.