

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

04/12/97

Origine :

CABDIR

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

MMES et MM les Médecins-Conseils Régionaux

M. le Medécin Chef de Service de la Réunion

MMES et MM les Médecins Chefs de Services
des Echelons Locaux

MMES et MM les Agents Comptables

(Pour attribution)

Réf. :

CABDIR n° 15/97

Plan de classement :

22

Objet :

MISE EN PLACE DE L'OPTION CONVENTIONNELLE

ANNEXES 2,3 et 4 NON INTEGREES DANS LA BASE

Pièces jointes :

0 4

Liens :

Com.circ DGR 63/97 ENSM 29/97

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

ENSM : Dr Médina / Agent Comptable : Mme Piednoël / DGA : Mme Sadoul / DISI : Mr Masclaux / STAT : Mr Holla / DRPS : Mme Thiret Mme Larraneta

Téléphone :

01.42.79.33.13 01.42.79.32.57 01.42.79.33.92 01.40.05.34.13 01.42.79.34.72 01.42.79.33.40 01.42.79.33.42

@

Cabinet du Directeur

04/12/97

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

Origine :
CABDIR

MMES et MM les Médecins-Conseils Régionaux
M. le Médecin Chef de Service de la Réunion

MMES et MM les Médecins Chefs de Services
des Echelons Locaux

MMES et MM les Agents Comptables

(Pour attribution)

N/Réf. : CABDIR n°15/97

Objet : Mise en place de l'option conventionnelle

Les représentants des médecins généralistes signataires de la convention nationale et deux caisses nationales (CNAMTS, CCMSA) ont conclu le 11 juillet 1997 un avenant à la convention des médecins généralistes organisant les conditions de mise en application de l'option conventionnelle. Cet avenant est entré en vigueur le 20 octobre 1997. Ces dispositions doivent, selon la volonté des partenaires, entrer en application dans un délai de six semaines à compter de cette date.

Or elles nécessitent des modifications des systèmes informatiques ainsi que des imprimés, qui exigent un délai de réalisation incompressible.

C'est pourquoi, dans l'attente, des solutions transitoires ont été définies. Elles sont exposées dans la présente circulaire.

PLAN DE LA CIRCULAIRE

- I- Modalités de mise en oeuvre immédiate de l'option
- II- Gestion des prestations liées à l'option
- III- Outils mis à disposition des caisses :
informatique, imprimés, plan de communication
- IV - Données à recueillir dans la perspective de l'évaluation du dispositif.

I MODALITES DE MISE EN OEUVRE IMMEDIATE DE L'OPTION

Dans un délai de six semaines après son entrée en vigueur, les caisses doivent adresser l'avenant, aux médecins généralistes installés et exerçant sous champ conventionnel. La période d'envoi de l'avenant aux médecins expire donc le 1er décembre.

J'appelle votre attention sur la nécessité de prendre les dispositions utiles à garantir le respect du délai précité. C'est en effet, à partir de la réception de l'avenant que les médecins pourront formuler leur adhésion à l'option dans les conditions précisées infra.

Les caisses devront joindre à cet envoi deux exemplaires du document d'adhésion du médecin à l'option, intitulé " option conventionnelle - acte d'adhésion " tel qu'il a été validé par les partenaires conventionnels et ce, conformément à l'article 10 de l'avenant.

Ce document est annexé à la présente circulaire.

Par ailleurs, les caisses devront informer par tous moyens leurs assurés de la mise en place de l'option conventionnelle (plan de communication décrit ci-dessous).

1. Les médecins

1.1 Procédure d'adhésion du médecin

Tout médecin généraliste conventionné à la date d'entrée en vigueur du dispositif, peut adhérer à l'option et ce, à tout moment, pendant la durée de la convention. Pour ce faire, il transmet à la caisse primaire du lieu d'implantation de son cabinet principal les deux exemplaires du document

d'adhésion qui lui ont été communiqués par celle-ci en même temps que l'avenant.

L'adhésion du médecin est valable pour toute la durée de la convention.

1.2 Réponse de la caisse

a) Enregistrement de l'option par la caisse

La caisse gestionnaire, après vérification de la situation du médecin au regard de la convention, lui retourne, dans les délais les plus brefs, un exemplaire de l'acte d'adhésion valant accusé de réception.

La qualité de médecin référent est acquise au moment de l'adhésion du médecin soit à la date qu'il a mentionnée sur l'imprimé "acte d'adhésion". Cette date est reportée par la caisse dans le pavé "accusé de réception de l'imprimé".

En même temps que cet accusé de réception, la caisse adresse au médecin des exemplaires de l'imprimé destiné à recueillir l'adhésion de chaque patient bénéficiaire (cf. paragraphe 21), qui comprend au verso les dispositions essentielles de l'option (le document est joint en annexe). Ceci permet au médecin de répondre dans les meilleurs délais à la demande des patients.

Il appartient aux caisses de veiller à ce que les médecins référents disposent en permanence d'un nombre suffisant de formulaires et ce, afin de pouvoir répondre à tout moment aux demandes des patients.

b) Refus d'enregistrement par la caisse

Sont exclus du dispositif, les médecins suivants :

- médecin spécialiste,
- médecin remplaçant non installé. Le médecin remplaçant n'a pas à formaliser son choix puisqu'il prend la situation de celui qu'il remplace. C'est seulement dans le cadre d'un remplacement d'un médecin référent qu'il est tenu de respecter les clauses de l'option conventionnelle,
- médecin en suspension temporaire d'activité (médecin frappé d'une interdiction d'exercice ou d'une sanction de déconventionnement, cessation temporaire pour raison de santé, congé parental,...). Dans cette situation, l'option prend effet à la date de reprise de l'activité; la demande d'adhésion à l'option doit être formulée à cette date,
- médecin ayant choisi d'exercer hors du champ conventionnel.

Dès lors que le médecin fait partie de l'une des catégories ci-dessus, la caisse doit lui notifier un refus motivé à l'aide du document d'adhésion (rubrique accusé de réception). Le médecin dispose d'un recours de droit commun.

1.3 Sortie de l'option du médecin

Si l'adhésion du médecin à l'option est valable pour la durée de la convention, il peut à tout moment sortir du champ de l'option. Il en informe la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal sur papier libre. Dans ce cas, il ne pourra adhérer à nouveau à l'option jusqu'à l'expiration de la convention.

En revanche, en cas de changement de lieu d'exercice ou d'interruption temporaire d'activité libérale pour quelque motif que ce soit, le médecin garde le bénéfice de l'option.

Il convient de rappeler que la caisse primaire est tenue d'informer les autres régimes de sa circonscription et les sections locales mutualistes de l'entrée et/ou de la sortie du médecin du dispositif optionnel.

2. Les bénéficiaires

2.1 Procédure d'adhésion du bénéficiaire

Seuls les assurés ou bénéficiaires de plus de 16 ans peuvent choisir un médecin référent.

La procédure d'adhésion est formalisée par le contrat d'adhésion figurant sur l'imprimé intitulé "option médecin référent". Ces imprimés sont mis à disposition des assurés par les caisses, dans les cabinets des médecins référents et dans les organismes d'assurance maladie. Ils sont transmis par le bénéficiaire à sa caisse d'affiliation, après avoir été complétés par les deux parties.

Le document doit être établi en trois exemplaires.

Toutefois, dans l'attente de la fabrication de documents autocopiant, et pour faciliter la mise en place immédiate du dispositif, le document peut être établi en un seul exemplaire par le bénéficiaire et son médecin référent; la caisse en assurant deux copies afin de procéder à ses accusés de réception.

2.2 Réponse de la caisse

a) Accord de la caisse

Les caisses devront s'assurer des droits du bénéficiaire avant l'enregistrement ou non de l'option.

En cas de réponse positive, la caisse détermine la date d'adhésion au contrat et l'inscrit dans le pavé accusé de réception de l'imprimé "option-médecin référent". Cette date d'effet sera le point de départ des obligations de chacune des parties. Elle retourne un exemplaire au bénéficiaire et un exemplaire au médecin.

b) Refus de la caisse

Si les droits de l'assuré ne sont pas ouverts, la caisse inscrit dans le pavé accusé de réception de l'imprimé "option-médecin référent", le motif du refus, la date d'effet et en retourne un exemplaire au bénéficiaire et au médecin.

En outre la caisse devra préciser les voies de recours (TASS).

L'adhésion est valable douze mois à compter de sa date d'effet.

2.3 Procédure de renouvellement de l'adhésion

a) Cas général

A l'issue des douze mois à compter de la date d'entrée en vigueur de l'adhésion individuelle du bénéficiaire, le bénéficiaire peut renouveler ou transférer son adhésion auprès d'un autre médecin. Cet acte doit être formulé expressément dans les mêmes conditions que l'adhésion initiale.

Le bénéficiaire garde la possibilité de ne pas renouveler son adhésion à l'issue des 12 mois précités. Mais il peut formuler une nouvelle demande d'adhésion au-delà de ce délai dans les conditions précitées.

b) Cas particuliers

- ***Interruption de l'adhésion au cours des 12 mois à l'initiative du bénéficiaire***

Le bénéficiaire a toujours la possibilité d'interrompre à tout moment son adhésion. et ne peut s'ouvrir d'autres droits avant l'expiration du délai de douze mois.

Toutefois, par dérogation au principe énoncé à l'article 1 de l'avenant, et dans une situation exceptionnelle (déménagements du bénéficiaire), il pourra se réinscrire selon les modalités précitées auprès d'un nouveau référent.

dans le cas particulier d'un transfert d'option en cas de mutation avec changement de régime ou de caisse, et, dans l'attente du RNIAM, les caisses prenantes devront veiller auprès de la caisse cédante à recueillir les informations afférentes à ces mouvements.

- ***Interruption de l'adhésion au cours des 12 mois à l'initiative du médecin référent***

Conformément à l'article 2 de l'avenant, le référent peut dénoncer avant son échéance le contrat conclu avec le patient; il doit alors en informer le patient et la caisse selon des modalités qui seront arrêtées ultérieurement par la CCPN. Dans ce cas, le bénéficiaire concerné peut souscrire un nouveau contrat auprès d'un autre référent.

- *Sortie du médecin de l'option*

Dans ce cas, il doit toutefois assurer le suivi de ses malades ayant signé un contrat d'adhésion jusqu'à leur terme. Dans cette situation, il ne peut y avoir d'ouverture d'un nouveau contrat pour le bénéficiaire concerné avant l'échéance du précédent.

II GESTION DES PRESTATIONS LIEES A L'OPTION

1. Le versement des prestations

a) Tarifs pratiqués

Conformément à l'article 3.1 de l'avenant, le médecin référent s'engage dans le cadre de l'option à respecter les tarifs opposables pour les bénéficiaires de l'option.

Cependant, l'avenant n'interdit pas l'utilisation du DE tel que prévu à l'article 10 de la convention. En l'absence de signalement du DE, la caisse devra refuser le paiement et le retourner au médecin avec la mention " non conforme à l'option ".

b) La dispense d'avance des frais

Pour faciliter l'accès aux soins, la dispense d'avance des frais pour tous les actes exécutés par les référents est de droit. Cette procédure est indépendante de celle visée à l'article 9 de la convention des médecins généralistes. Il est à noter que cette dispense d'avance de frais s'applique aussi pour les actes exécutés par un médecin généraliste nommément désigné par un référent, qui intervient en son absence et sous réserve que le praticien réalisant l'acte soit lui-même référent.

La liquidation de ces feuilles de soins s'effectue dans les conditions habituelles de traitement de tiers payant. La consultation des enregistrements de "l'acte d'adhésion" et de "l'option médecin référent" (voir ci-dessous : outils informatiques) permet le contrôle éventuel de ces éléments.

Les conditions de gestion de la dispense d'avance des frais sont les suivantes :

- Les modalités pratiques de la dispense d'avance des frais, la périodicité de l'envoi des pièces et la périodicité des paiements, seront définies au plan local.
- Le délai de règlement (fixé à 8 jours à réception des pièces par la caisse) exige des caisses de mettre en place les moyens de repérage des feuilles de soins des médecins référents. Ces procédures devront être définies au niveau local.

- Dans l'attente de la modification de la feuille de soins, le médecin inscrit dans la colonne réservée au paiement (col 12) la mention "DAF" accompagnée de OP (option conventionnelle). Cette information permettra le paiement au médecin.
- La gestion de la dispense d'avance des frais de la part complémentaire est aujourd'hui en cours de discussion au niveau national. Dans l'attente, les accords locaux existants peuvent être maintenus voire étendus.

Cas particuliers des enfants de moins de 16 ans

Si la CAS du bénéficiaire de l'option comporte des ayants-droits de moins de 16 ans et que ces derniers sont suivis par le même médecin référent, le bénéfice de la DAF peut être étendu par ce médecin à ces ayants-droits.

Les procédures de liquidation sont identiques à celles retenues pour les bénéficiaires de l'option. Mais il s'agit dans ce cas d'une simple facilité de règlement des honoraires pour l'assuré, qui ne devrait pas entraîner de rejet de facture (sous réserve de l'ouverture des droits). Le contrôle de cette opération se fera a posteriori dans le cadre du suivi du dispositif.

c) Versement de la rémunération forfaitaire

- **Procédures**

En application de l'avenant, le médecin référent bénéficie d'une rémunération forfaitaire par bénéficiaire de l'option ; celle-ci est fixée à 150F jusqu'à la fin 1998.

En outre, comme indiqué précédemment, une rémunération supplémentaire de 30F sera versée dans les mêmes conditions, dès que les modalités d'attribution de cette rémunération auront été définies par les partenaires conventionnels.

La rémunération forfaitaire de 150F est versée en deux temps :

- la 1ère partie (50% du forfait) est versée dès l'enregistrement du contrat d'adhésion d'un bénéficiaire.
- la deuxième partie est due dans tous les cas après 12 mois, y compris dans le cas de changement par le bénéficiaire de caisse ou de régime sans changement de médecin référent, ou dans le cas où le bénéficiaire

n'a pas eu recours au médecin référent au cours des 12 mois. En revanche, la deuxième partie n'est pas due, s'il y a eu interruption expresse de l'option du fait du bénéficiaire ou du médecin pour quelque motif que ce soit (article 5 de l'avenant).

Cette rémunération forfaitaire est prise en charge en totalité par l'assurance maladie et est versée directement au médecin.

- **Modalités de paiement**

Pour payer le forfait, des codes spécifiques sont créés "MRD" pour la 1ère partie, "MRF" pour la seconde partie.

Dans l'attente de l'intégration de ces codes dans les chaînes informatiques, la caisse transmet à la comptabilité pour virement manuel un exemplaire du contrat d'adhésion du bénéficiaire en indiquant le régime de l'assuré, le compte de virement pour les médecins référents hors département (ce RIB se trouve sur le serveur 36 14 CNAM PRAT).

Les caisses doivent définir en concertation avec les médecins les modalités de versement de ces forfaits (versement au fur et à mesure de l'adhésion des bénéficiaires, versement effectué selon une périodicité, etc..).

- **Déclaration fiscale**

Après règlement, le service comptable transmet une copie du contrat d'adhésion du bénéficiaire au service chargé de la déclaration fiscale (SNIR).

- **Comptabilisation des forfaits**

Il convient également de comptabiliser le montant des forfaits versés. A cet effet, il est ouvert en comptabilité, un compte M.6563125 - Prestations Maladie - Forfait option conventionnelle. La gestion "M" à utiliser sera celle du régime de l'assuré. Les agences comptables se reporteront à la table des "régimes et des gestions" de l'application de ventilation comptable PRESTIJ (cf. : document joint en annexe).

III OUTILS MIS A LA DISPOSITION DES CAISSES

1. Outils informatiques

Dans l'attente de l'adaptation des systèmes informatiques, des applicatifs spécifiques permettront d'assurer le suivi régulier de la montée en charge du dispositif, puis la migration vers le système cible qui prévoit l'adaptation des fichiers " Assurés " et " Praticiens ".

La CNAMTS adressera à cet effet, courant décembre, aux caisses les applicatifs et modes opératoires permettant d'enregistrer par caisse le nombre de médecins référents, et le nombre de bénéficiaires. Ces données, qui alimenteront SIAM, seront transmises régulièrement au CENTI aux fins de consolidation; elles permettront de détecter les doubles enregistrements et de produire des statistiques nationales sur la montée en charge de l'option.

1.1 Saisie et gestion de l'adhésion d'un médecin référent

A réception des imprimés " option conventionnelle - acte d'adhésion ", la caisse gestionnaire du cabinet principal procède à l'enregistrement des données ci-dessous:

- numéro de praticien,
- type d'option (1 : référent ; 2 : référent avec utilisation de services informatiques),
- date d'adhésion à l'option,
- date de refus de l'option,
- motifs de refus : médecin spécialiste, médecin non conventionné, médecin non géré par la caisse, autre),
- date de fin,
- motifs de fin: rupture du fait du médecin, suspension temporaire , cessation définitive d'activité,
- caisse gestionnaire du professionnel (généré par le système)

1.2 Gestion de l'acte d'adhésion du bénéficiaire auprès d'un médecin référent

A réception des imprimés " option médecin référent " et validation par la caisse d'affiliation du bénéficiaire, cette dernière procède à l'enregistrement des données ci-dessous.

- numéro d'assuré social,

- identifiant du bénéficiaire (date de naissance et rang),
- caisse d'affiliation du bénéficiaire (généralisé par le système)
- date d'effet de l'option,
- date de fin de l'option,
- motifs de fin : rupture du fait de l'une ou l'autre des parties, déménagement, changement de régime d'assurance maladie, transfert, autre,
- numéro du praticien référent.

Dans la mesure du possible, il est demandé aux caisses de comptabiliser les bénéficiaires de l'option relevant des sections locales mutualistes.

2. Imprimés

Les deux formulaires mentionnés ci-dessus viennent de recevoir l'aval des services ministériels et du Cerfa sous les références suivantes :

- **“ option conventionnelle - acte d'adhésion ”**
S 3701 Cerfa n° 10630 01
- **“ option médecin référent - document d'adhésion à remplir par le médecin référent et le bénéficiaire ”**
S 3702 Cerfa n° 1063101
Cerfa de la notice n°50285#01

Les maquettes de ces deux documents sont jointes en annexe ainsi que les fiches techniques.

Les caisses se chargeront de la réalisation du formulaire S3701.

L'UCANSS est chargée de la réalisation du formulaire S3702. Il convient donc de que les caisses fassent commande auprès de :

UCANSS
Service “ Marché - Imprimés ”
BP 45
33 avenue du Maine
75755 PARIS CEDEX 15

Les caisses souhaitant faire réaliser ce document localement peuvent se procurer les fiches nécessaires à sa fabrication auprès de :

GRAPHILABEL (ex-GRAPHIFORM)
6 boulevard Victor Lambert
BP 2767
51670 REIMS CEDEX

3. Plan de communication

La CNAMTS met en place une campagne de communication qui poursuit les trois objectifs suivants :

- faire connaître l’option conventionnelle aux médecins généralistes et les convaincre d’y adhérer,
- faire connaître l’option aux assurés et les inciter à s’engager auprès d’un médecin référent,
- faciliter le dialogue entre le référent et le patient.

Le choix stratégique de la campagne est celui d’une montée en charge progressive de la communication en s’adressant aux médecins généralistes et aux assurés.

La communication va se développer en plusieurs phases :

- la phase de lancement sera nationale : elle s’appuiera sur une conférence de presse destinée à la presse grand public et à la presse médicale. Par ailleurs, la CNAMTS adressera à chaque médecin généraliste un dépliant présentant l’option.
- la seconde phase sera menée au plan local par les CPAM : elle reposera sur une communication de proximité, à partir des supports de communication fournis par la CNAMTS.

En outre, il est recommandé de sensibiliser les professionnels libéraux (médecins et autres catégories de professionnels) au travers de réunions

organisées conjointement avec l'échelon médical et le syndicat MG France : instances conventionnelles, conférences,

- la troisième phase aura pour cible les médecins ayant choisi l'option conventionnelle. La communication aura pour objectif de fournir aux médecins référents de la circonscription les outils qui vont les aider à aborder le sujet avec leurs patients à savoir :
 - un stock de dépliants à donner aux malades,
 - une affiche à apposer dans leur cabinet : “ je suis médecin référent, je m'engage à... ”,
 - des dossiers explicatifs à remettre aux patients à l'issue de la consultation, une pochette comportant une notice et un document reprenant les engagements du patient et du médecin.

IV DONNEES A RECUEILLIR DANS LA PERSPECTIVE DE L'EVALUATION DU DISPOSITIF

1. L'évaluation

L'évaluation, effectuée en collaboration avec le CREDES, a pour objectif essentiel d'appréhender l'impact organisationnel et médical du dispositif, notamment les modifications de comportement des praticiens, l'évolution du mode de consommation des soins

(ce qui suppose d'avoir un état des lieux au moment de l'entrée en vigueur de l'option), l'appréciation que portent les assurés et les praticiens sur cette nouvelle relation entre généraliste et patient.

La répartition des tâches respectives entre les caisses et les échelons locaux du service médical et le CREDES n'est pas encore définitivement arrêtée. Les caisses et les échelons locaux du service médical seront informés des procédures qui seront mises en place.

2. Informations à stocker dans l'attente des procédures

D'ores et déjà, et dans l'attente des dispositions qui seront arrêtées pour évaluer le dispositif, il est indispensable que les caisses conservent un certain nombre d'informations selon des modalités qui leur seront précisées prochainement

a) Etat des lieux au moment de l'entrée en vigueur de l'option

Il sera demandé aux caisses de stocker d'une part, les données de consommation de soins des bénéficiaires ayant opté pour l'option et, d'autre part, les données d'activité des médecins référents et ce, sur les 12 mois précédant l'entrée dans le dispositif de chacun.

b) Suivi des dépenses

Dans le cadre des procédures et systèmes existants (SIAM et SNIR), les données afférentes d'une part aux dépenses prises en charge dans le cadre de l'option et, d'autre part aux dépenses générées en dehors du cadre de l'option (activité et prescriptions), seront stockées aux fins d'analyse, sur les deux axes " praticiens " et " bénéficiaires ".

c) Suivi de la prescription des médicaments génériques et assimilés

Il s'effectuera grâce au code CIP par rapprochement avec le fichier des médicaments qui permettra de distinguer les médicaments essentiellement similaires et parmi eux les génériques.

Un mode opératoire vous sera adressé prochainement.

3. Le suivi

Le suivi de l'option, confié aux instances conventionnelles, permettra d'effectuer à intervalles réguliers un point de situation sur la montée en charge du dispositif. Cette analyse portera notamment sur la population des bénéficiaires et des médecins concernée par l'option, l'évolution des dépenses de soins générées par les médecins généralistes dans le cadre de l'option.

S'agissant particulièrement des informations destinées à établir des bilans au niveau national et, dans un souci d'harmonisation, la nature des données à

recueillir et les modes opératoires correspondants vous seront adressés prochainement dès que la CCPN se sera prononcée sur ce point.

J'attacherai du prix à ce que cette opération se déroule dans les meilleures conditions pour les assurés et pour les médecins. Je vous remercie de me faire part des difficultés éventuelles que vous rencontreriez dans l'application de ce dispositif.

Le Directeur

Bertrand FRAGONARD

L'agent Comptable

A.BOUREZ

ANNEXE

I- Rappel des informations à venir

- Diffusion des applicatifs et modes opératoires destinés au suivi de la montée en charge de l'option : *courant décembre 1998,*
- Diffusion d'un " INFO - COM " sur la campagne de communication : *15 décembre 1998,*
- Diffusion d'une circulaire précisant les modalités de suivi statistique de l'option : *fin janvier 1998,*
- Diffusion d'une circulaire définissant les modalités de contrôle de l'option (suivi du respect des engagements des médecins référents) : *mars 1998,*
- Diffusion d'une circulaire décrivant les objectifs et la méthodologie d'évaluation : *fin janvier 1998.*

II - Documents joints à la présente circulaire

- . Table des " régimes et des gestions " de l'application de ventilation comptable PRESTIJ,
- . Imprimé relatif à l'acte d'adhésion du médecin,
- . Imprimé relatif au contrat d'adhésion du bénéficiaire,
- . Fiches signalétiques relatives à la fabrication des imprimés.

**DETERMINATION DU CODE GESTION COMPTABLE
SELON LE REGIME CONCERNE**

REGIME (1)	GESTION (2)	REGIME (1)	GESTION (2)	REGIME (1)	GESTION (2)
001		290	08	810	18
002		291	08	815	19
003		300	08	820	18
004		310	06	825	20
005		312	06	826	20
006		320	08	827	20
007		330	03	830	18
008		340	01	832	18
009		350	11	840	18
010	33	360	06	850	18
020	33	370	07	860	18
030	33	390	03	870	18
040	33	400	17	880	18
050	03	405	17	890	18
060	03	410		900	15
080	01	415		910	15
090	03	420		920	15
100	01	425		930	15
101	01	430		940	15
102	01	435		950	15
103	03	440	17	960	15
104	01	445	17	970	15
105	01	480	17	980	15
106	01	485	17	990	15
107	01	490	17		
110	02	495	17		
120	03	530	02		
130	13	540	13		
140	03	550	02		
150	03	560	02		
160	24	600	24		

(suite)

170	24	610	24		
180	26	620	24		
181	26	630	24		
189	26	650	03		
191		656	03		
200	01	660	01		
201	01	669	03		
205	01	670	01		
210	01	701	28		
211	01	710	28		
220		720	29		
224		721	29		
230	06	730	29		
243	07	740	28		
250	11	741	28		
260	06	742	28		
270	07	750	29		
280	02	800	18		