

Date :
10/04/2001

Origine :
DDRI
DSI

Réf. :
DDRI n° 57/2001
DSI n 8/2001
 n /
 n /

Mesdames et Messieurs les Directeurs
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(Pour Attribution)

Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Régionaux
Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Chefs
de Service des Echelons Locaux

Mesdames et Messieurs les Directeurs
- des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

(Pour Information)

Plan de classement :

2	22	220				
---	----	-----	--	--	--	--

Titre :

Consignes en matière de remplissage des feuilles de soins utilisées
par les médecins et les auxiliaires médicaux

Résumé :

Harmonisation en matière de remplissage des imprimés S 3110 f et S 3129 b

Pièces jointes : 4

Liens :

Date d'effet :

Dossier suivi par :

Téléphone :

Date de Réponse :

DDRI : C.KERMARC (01.42.79.32.12) M.J. BATTAIS (01.42.79.34.39)

DSI : A. QUEAU (01.40.05.34.30)

10/04/2001

Mesdames et Messieurs les Directeurs
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Origine :

DDRI

DSI

(Pour Attribution)

Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Régionaux
Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Chefs
de Service des Echelons Locaux

Mesdames et Messieurs les Directeurs
- des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

(Pour Information)

N/Réf. : DDRI n° 57/2001 – DSI n° 8/2001

Objet : **Consignes en matière de remplissage des feuilles de soins utilisées par les médecins et les auxiliaires médicaux.**

Par circulaires référencées DDRI n° 109 du 29/08 et DSI n°15 du 27/09/2000, les caisses primaires d'assurance maladie ont été informées de la mise en place d'un dispositif de scannérisation de feuilles de soins émises par les médecins et les auxiliaires médicaux (imprimés référencés S3110 f et S3129 b afin de résorber les retards de paiements importants apparus depuis plus d'une année. A titre expérimental, ce système a été mis en place depuis avril 2000 dans 6 caisses primaires (Angers, Evreux, Lille, Lyon, Tours et Troyes). Depuis la fin de l'année 2000, le système s'est étendu à tous les organismes souhaitant s'équiper dans le courant de l'année 2001.

Cette expérimentation a montré que, faute de normes nationales précises, les caisses ont été amenées dans la pratique à diffuser leurs propres consignes de remplissage des imprimés.

Cette diversité des pratiques a conduit les sociétés de service proposant des logiciels d'édition automatique de feuilles de soins à gérer de multiples versions locales dont le coût est supporté par le professionnel de santé.

Les difficultés se posent dans les mêmes termes pour les logiciels de lecture automatique des feuilles de soins en cours de déploiement.

La première étape dans le sens d'une normalisation a été faite lors de la diffusion de la circulaire référencée n°109 du 29 août 2000 qui précisait notamment des règles communes d'édition du pavé de pré-identification et les emplacements réservés pour les éditions spécifiques utiles aux professionnels de santé.

La seconde étape est de fixer une méthodologie en matière de remplissage des feuilles de soins utilisées par les médecins et les auxiliaires médicaux pour les actes les plus couramment effectués, et ce avant la généralisation du dispositif de scannérisation.

Tel est l'objet de la présente circulaire qui traite spécifiquement de la notation :

- des actes selon les règles définies par les dispositions générales de la NGAP(I),
- du règlement des honoraires (II),
- des conditions de prise en charge du bénéficiaire de soins (III et IV)

et de deux autres points l'un relatif aux spécificités en matière de remplissage dactylographié (V) l'autre à des rappels en matière de préidentification et de facturation des actes effectués par des auxiliaires médicaux salariés (VI).

La CNAMTS adressera, pour information, cette circulaire aux syndicats nationaux représentatifs des professions de santé concernées et il vous appartiendra localement de l'envoyer aux médecins et auxiliaires médicaux de votre circonscription par tout moyen à votre convenance afin que ces derniers puissent adopter rapidement une pratique homogène de remplissage des imprimés.

Je vous informe aussi que ces consignes pourront être complétées par de nouveaux conseils de remplissage et ce dans le cadre de la poursuite d'un objectif d'harmonisation.

I) Notation des actes réalisés par les médecins et auxiliaires médicaux selon les règles définies par les dispositions générales de la NGAP.

Vous trouverez ci-joint les articles des dispositions générales de la NGAP pour lesquels il est nécessaire actuellement de trouver une harmonisation en matière de remplissage.

1) Notation d'un acte (article 3)

En cas de facturation d'un acte, le professionnel de santé devra indiquer sur chaque ligne:

- l'acte effectué,
- la date de réalisation,
- le coefficient de l'acte fixé par la Nomenclature
- le montant de l'acte.

2) Actes multiples au cours d'une même séance (article 11)

Lorsque le professionnel effectue au cours d'une même séance deux actes, il indiquera les coefficients correspondants à chacun des actes effectués (et non pas la somme totale du coefficient des deux actes):

Exemple : deux actes techniques cotés K20 et K10 : le professionnel notera K20+K10/2 et non K25.

3) Réalisation de plusieurs actes au cours d'une même journée

Lorsque le professionnel de santé réalise plusieurs actes au cours d'une même journée, il indiquera sur sa feuille de soins la facturation de chaque acte sur une ligne différente.

Exemple: deux actes infirmiers cotés AMI 3 effectués le matin et le soir: le professionnel notera chaque AMI 3 sur une ligne différente avec la même date.

4) Frais de déplacement pour les actes effectués au domicile du malade: notation des indemnités kilométriques (Article 13 C)

Dans le cas d'une facturation d'indemnités kilométriques à l'occasion d'un déplacement, le professionnel de santé indiquera sur la feuille de soins le nombre d'indemnités kilométriques remboursables.

Il devra donc au préalable déduire systématiquement les abattements kilométriques.

Exemple: un médecin lors d'un déplacement au domicile de son patient situé en zone plaine a effectué 25 kilomètres calculés à partir de l'adresse de son cabinet. Il indiquera sur sa feuille de soins 13 IK et non (25-12) IK.

Si ce déplacement est réalisé par une infirmière, celle-ci doit noter 21 IK et non (25-4) IK par séance de soins.

5) Actes effectués la nuit ou le dimanche (Article 14)

Le professionnel indiquera sur sa feuille de soins lorsqu'il facture une majoration de nuit la mention "N" et en cas de majoration un dimanche ou un jour férié la mention "F".

6) Cas particulier de la balnéothérapie

Le chapitre IV du titre XIV de la NGAP prévoit pour les actes de kinésithérapie, des suppléments de :

- 1,2 lorsqu'il s'agit d'un bassin
- 2,2 lorsqu'il s'agit d'une piscine

Afin de pouvoir les distinguer ces suppléments doivent être facturés de manière distincte par rapport à l'acte auquel ils se rapportent.

Exemple : bassin : AMK 8 + AMK 1,2 (et non AMK 9,2)

Piscine : AMK 7 + AMK 2,2 (et non AMK 9,2)

Je vous joins en annexe 1 un rappel de la syntaxe de quelques notations d'actes.

II) Notation du règlement des honoraires.

1) Montants relatifs aux actes, aux frais de déplacement et aux dépassements.

Le professionnel mentionnera le montant correspondant à la tarification de l'acte ainsi que du complément éventuel "F" et "N" dans la colonne intitulée "montant des honoraires" facturés sans additionner le montant correspondant aux frais de déplacement. Ces derniers devant être comptabilisés dans la colonne réservée à cet effet "frais de déplacement".

Le montant des dépassements autorisés (DE, DP, ...), doit être inclus dans celui des honoraires et comptabilisé dans la colonne "montant des honoraires facturés" en précisant dans la colonne suivante intitulée "dépassement" sa nature : DE pour dépassement pour exigence du patient.

2) Montant total

L'intitulé "montant total" mentionné sur la feuille de soins correspond au total:

- des honoraires facturés (1),
- des indemnités de déplacement (2)
- des indemnités kilométriques (3).

Le professionnel indiquera un montant total par feuille de soins qui doit correspondre à l'addition des colonnes 1,2,3.

Tous les montants doivent être indiqués en francs suivis systématiquement d'une virgule et de 2 chiffres après la virgule (éventuellement nuls).Le basculement en euros fera l'objet de nouvelle instruction.

III) Notation des conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

Le professionnel doit cocher la case correspondant à la situation de son patient. S'agissant de la case "autre", je vous demande de rappeler aux professionnels de santé les cas d'exonération du TM **et insister sur le fait que la CMU n'en est pas un**. Il conviendra de leur adresser la liste exhaustive de ces cas d'exonération qui figure dans le mode opératoire des imprimés S3110 f et S3129 b qui est fourni aux professionnels afin de faciliter le remplissage de ces deux nouveaux imprimés.

Je vous joins pour mémoire en annexe 2 la liste des cas d'exonération du TM et de dispense d'avance des frais.

S'agissant de la CMU, il faudra rappeler aux professionnels le mode de remplissage sur les nouvelles feuilles de soins, à savoir la nécessité d'y reporter les indications suivantes :

- le numéro de matricule du bénéficiaire,
- le nom et prénom,
- la date de naissance et le rang,
- le code de l'organisme d'assurance maladie obligatoire,
- dans le cadre des procédures de tiers payant, le professionnel qui :

- 1) souhaite obtenir un paiement unique (part obligatoire et part complémentaire) devra mettre une croix en bas de la feuille de soins S3110 f dans les cases suivantes : à gauche, "l'assuré n'a pas payé la part obligatoire" et à droite, "l'assuré n'a pas payé la part complémentaire".
- 2) ne souhaite pas bénéficier d'un paiement unique, mettra uniquement une croix dans la case de gauche intitulée "l'assuré n'a pas payé la part obligatoire".

IV) Cas particulier: procédure de tiers payant coordonné et médecin référent.

Dans le cadre des procédures de tiers payant coordonné lorsqu'elles ont été mises en place, le médecin généraliste référent qui:

- 1) souhaite obtenir un paiement unique (part obligatoire et part complémentaire) devra le préciser expressément sur sa feuille de soins.
Il devra mettre une croix en bas de la feuille de soins 3110 f dans les cases suivantes : à gauche, "l'assuré n'a pas payé la part obligatoire" à droite, "l'assuré n'a pas payé la part complémentaire".

Les caisses devront informer le médecin référent que pour les nouvelles feuilles de soins, il n'est plus tenu en cas d'option d'un paiement unique d'inscrire sur la feuille de soins la mention DAF+OP+RC.

- 2) ne souhaite pas bénéficier d'un paiement unique, il mettra uniquement une croix dans la case de gauche intitulée "l'assuré n'a pas payé la part obligatoire".

Je vous demande d'inviter les professionnels à respecter le contenu des modes opératoires concernant le remplissage des nouvelles feuilles de soins que vous avez dû leur communiquer lors de la mise en place de ces nouveaux imprimés.

V) Spécificités du remplissage dactylographié (ou par imprimante)

Les informations suivantes concernent les rubriques, bénéficiaires des soins, assuré, adresse, conditions de prise en charge des soins, actes effectués, règlement.

- Polices à utiliser : courrier New en taille 11.
- Les noms sont écrits en majuscule, les prénoms en minuscule sauf l'initiale en majuscule (ex:ROBERT Claude).
- Le numérique est cadré à droite, l'alphabétique est cadré à gauche, les dates sont centrées sur la zone.
- Les dates dactylographiées sont sous la forme JJ/MM/AAAA (le 3 octobre s'écrit 03/10/2000). Les séparateurs sont optionnels et peuvent être remplacés par des espaces.

- Les cases à cocher sont marquées en dactylographique par un pavé de quatre majuscules.
- En dactylographique, les identifiants structurés sont mis en évidence par un espace délimitant leur structure (ex. matricule).

Des normes nationales détaillées de remplissage des feuilles de soins S 3110 et S 3129 ont déjà été élaborées et sont jointes en annexes 3 et 4. Elles seront mises en ligne sur le site de la CNAMTS www.cnamts.fr avec un lien sur celui du GIE –SESAM Vitale.

Elles sont destinées aux professionnels de santé et aux sociétés de services éditeurs de logiciels. Il vous appartient d'adresser ces documents par tout moyen à votre convenance.

VI) Rappels

1. Il est indiqué que les anciennes directives concernant les médecins ayant des compétences particulières sont toujours d'actualité. Les feuilles de soins sont préidentifiées selon les principes suivants :
 - édition obligatoire du code spécialité du médecin (omnipraticien ou nature de la spécialité),
 - possibilité de ne pas remplir la rubrique prévue pour la dénomination de la spécialité afin de permettre aux médecins d'y apposer un tampon sur lequel figure une compétence particulière à condition qu'elle soit compatible avec sa qualification.
2. La facturation des actes effectués par les auxiliaires médicaux sous la surveillance et la responsabilité d'un médecin doit être réalisée sur la feuille de soins référencée S 3129 b. L'employeur est identifié dans la partie gauche de la feuille de soins, l'auxiliaire médical salarié dans la partie droite. Pour ce qui est de l'acquit des honoraires, les dispositions de l'article R161-43 du code de la sécurité sociale s'étant substituées à celles de l'article R321-1 du code de la sécurité, cette information n'a pas été reprise sur les nouvelles feuilles de soins. Seule la signature de l'auxiliaire médical attestant la prestation des actes est dorénavant nécessaire.

Nous vous remercions de votre collaboration et nous vous demandons de nous informer des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de cette circulaire.

Le Directeur Délégué
Aux Risques

Le Directeur des Systèmes
d'Information

Pierre-Jean LANCERY
@NV

Alain BOUREZ

ANNEXE 1

SYNTAXE DE NOTATION DES ACTES

Principes généraux

La norme de syntaxe de notation des actes simples ou multiples accompagnés éventuellement de complément d'actes effectués la nuit (N) ou le dimanche et jours fériés (F) doit être inscrite par le médecin ou l'auxiliaire médical sur la feuille de soins de la manière suivante :

Actes simples

1. la lettre clé de l'acte pratiqué selon le type de l'acte et la qualité de celui qui l'exécute,
2. immédiatement après le coefficient si ce dernier est autorisé,
3. immédiatement après le complément de l'acte s'il a été effectué la nuit ou un dimanche/férié

Syntaxe :	[lettre clé][coefficient][complément]
Exemples :	V F => pour une visite un jour férié ou dimanche
	KC 15 => pour un acte de chirurgie
	AMI 1,50 N => pour un acte infirmier coefficient 1,50 de nuit

Actes multiples

1. le premier acte dont le coefficient est le plus important
2. suivi du signe + puis le deuxième acte est ensuite noté à 50% de son coefficient (/ 2)
3. immédiatement après le complément de l'acte s'il a été effectué la nuit ou un dimanche/férié

Syntaxe :	[lettre clé1][coefficient1] + [lettre clé2][coefficient2] / 2 [complément]
Exemples :	K 15 + K 10 / 2 F => pour deux actes techniques un dimanche
	KC 15 + KC 5 / 2 => pour deux actes techniques
	AMI 2,50 + AMI 2 / 2 N => pour deux actes infirmiers de nuit

ANNEXE 2

DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS			
SOINS EN RAPPORT	PART PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE	L'ASSURE N'A PAS PAYE LA PART	
		OBLIGATOIRE	COMPLEMENTAIRE
CMU Avec paiement unique	Obligatoire et complémentaire	X	X
CMU Sans paiement unique	obligatoire seule	X	
Tiers Payant coordonné avec paiement unique	obligatoire et complémentaire	X	X
Tiers Payant Sans paiement unique	obligatoire seule	X	
Médecin Référent Avec paiement unique	obligatoire et complémentaire	X	X
Médecin Référent sans paiement unique	obligatoire seule	X	
Actes de spécialités dont le coefficient est égal ou supérieur à : - 50 pour K, KC, KCC ou KE - 70 pour Z ou ZN	obligatoire seule	X	
Maladie Avec exonération du ticket modérateur = OUI	obligatoire seule	X	
Maternité Prise en charge à 100%	obligatoire seule	X	
Accident du Travail Pris en charge à 100%	obligatoire seule	X	
Maladie Professionnelle Prise en charge à 100%	obligatoire seule	X	

EXONERATION DU TICKET MODERATEUR			
EXONERATION UNIQUEMENT POUR LES SOINS EN RAPPORT	CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE	EXONERATION DU TICKET MODERATEUR	MOTIF DE L'EXONERATION
ALD liste	Maladie	OUI	ALD
ALD hors liste	Maladie	OUI	ALD
Poly-pathologies invalidantes	Maladie	OUI	ALD
Actes de spécialités affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 50	Maladie	OUI	K>=50
Campagne nationale de prévention	Maladie	OUI	PREVENTION
Affection pour laquelle le malade est pensionné de guerre	Maladie	OUI	Art. L115
Diagnostic ou traitement de la stérilité	Maladie	OUI	AUTRE

EXONERATION GLOBALE POUR TOUS TYPES DE SOINS	CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE	EXONERATION DU TICKET MODERATEUR	MOTIF DE L'EXONERATION
Pension d'invalidité	Maladie	OUI	AUTRE
Pension militaire	Maladie	OUI	AUTRE
Fonds de solidarité vieillesse (FNS)	Maladie	OUI	AUTRE
Rente AT ou MP pour une incapacité >= 66,66%	Maladie	OUI	AUTRE
Soins hors maternité à partir du 6° mois de grossesse	Maladie	OUI	AUTRE
Mineurs victimes de sévices sexuels	Maladie	OUI	AUTRE
Soins en établissement de santé dans les 30 premiers jours de la vie	Maladie	OUI	AUTRE
Traitement des enfants et adolescents handicapés en éducation spécialisée	Maladie	OUI	AUTRE

CAS PARTICULIERS D'EXONERATION DU TICKET MODERATEUR		
Maternité	Maternité	Date début de grossesse ou d'accouchement
Accident du travail	AT / MP	Numéro ou date de l'accident
Maladie Professionnelle	AT / MP	Date de la maladie



l'Assurance Maladie

ANNEXE 3

N O R M E

d e

R E M P L I S S A G E

F e u i l l e d e S o i n s

M É D E C I N

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 2/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

HISTORIQUES DES VERSIONS			
DATE	VERSION	AUTEUR	EVOLUTION DU DOCUMENT
29/12/00	01.00	A. QUEAU	Création
19/01/01	01.01	A. QUEAU	Compléments d'informations Les modifications sont signalées par un trait vertical en marge droite du texte.
05/02/01	01.02	A. QUEAU	Compléments d'informations Les modifications sont signalées par un trait vertical en marge droite du texte.
21/02/01	01.03	A. QUEAU	Compléments d'informations + modèles Les modifications sont signalées par un trait vertical en marge droite du texte.
26/02/01	01.04	A. QUEAU	Compléments d'informations n° d'AT Les modifications sont signalées par un trait vertical en marge droite du texte.
16/03/01	01.05	A. QUEAU	Mise à jour tableau d'exonération ticket modérateur

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 3/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

SOMMAIRE

OBJET	4
1. DESCRIPTION DE LA FEUILLE DE SOINS « MÉDECIN »	5
1.1 Les caractéristiques de la feuille	5
1.2 Le pavé d'identification	5
1.3 Modèle de feuille	5
2. DÉFINITION DÉTAILLÉE DES DIFFÉRENTS PAVÉS	7
2.1 Pavé « bénéficiaire des soins et assuré(e) (*) »	8
2.2 Pavé « médecin »	9
2.3 Pavé « conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins »	10
2.4 Pavé « actes effectués »	11
2.5 Pavé « règlement »	12
3. CONDITION DE REMPLISSAGE DES CHAMPS	13
3.0 Principes généraux	13
3.1 Pavé « bénéficiaire des soins et assuré(e) (*) »	16
3.2 Pavé « médecin »	20
3.3 Pavé « conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins »	23
3.4 Pavé « actes effectués »	28
3.5 Pavé « règlement »	34
4. ANNEXES	38
4.1 Exonération du ticket modérateur	38
4.2 Dispense d'avance des frais	Erreur! Signet non défini.
4.3 Modèles de feuilles en mode de remplissage dactylographié	38

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 4/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	MÉDECIN	Date: 16/03/2001

Objet

Le présent document a pour objectif de définir une norme nationale de remplissage de la feuille de soins "médecin".

Cette norme de remplissage est destinée aux professionnels de santé et aux sociétés de services éditeurs de logiciels.

Cette norme concerne le remplissage de la feuille de soins des deux manières suivantes :

- manuscrite par le professionnel de santé;
- dactylographiée par un logiciel fourni au professionnel de santé par une SSII.

Les feuilles de soins ne doivent en aucun être accrochées avec d'autres documents en particulier avec du collant, des trombones ou des agrafes.

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 5/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	MÉDECIN	Date: 16/03/2001

1. Description de la Feuille de soins « médecin »

1.1 Les caractéristiques de la feuille

Les caractéristiques de la feuille de soins sont les suivantes :

- Format A4 - 21x29,7 - recto/verso.
- Support couleur du fond de page blanc
- Encre référence PANTONE 167 U et 165 U
- Grammage 80 g.
- Référence S 3110f FM01-01

Le modèle présenté ci-après est le verso de la feuille de soins, seule face unique à devoir être renseignée. On y fait apparaître les références des champs contenant les informations à remplir.

1.2 Le pavé d'identification

La police utilisée est de l'ARIAL en corps 10 pour les petits caractères (identification du professionnel de santé) et en corps 14 pour le numéro d'identification du professionnel de santé sans précasage d'aucune sorte. Tous les éléments de cet identifiant numérique sont séparés par un espace, hormis devant le code « cabinet » où il y a deux espaces. Pour les mentions apparaissant sous le n° d'identification du professionnel de santé, il convient d'utiliser la police Arial, corps 7 et petites majuscules.

Le code CAB passe sur 2 caractères soit 00.

Une ligne blanche en corps 10 sépare l'adresse de l'identification numérique du professionnel de santé. Le signe « => » qui sert de repère pour une lecture automatique des feuilles doit être situé à 110 mm du haut de la feuille et à 10 mm du bord gauche de la feuille avec une marge de tolérance de ± 1 mm maximum.

● identification du médecin ou de l'établissement

Docteur Marc LEVEQUE
01- Généraliste Conventionné
Résidence Comtesse
24, rue de Lille
59800 Lille

=> 59 1 04372 4 00 1 23 1 01

CAB CONV ZID IK SPEC

1.3 Modèle de feuille

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 6/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 7/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

2. Définition détaillée des différents pavés

Les tableaux ci-après définissent, pour chaque pavé de la feuille de soins, les différents champs qui peuvent être renseignés par le professionnel de santé et l'assuré, ainsi que le type de remplissage de ces champs avec leurs valeurs possibles.

Les différents pavés qui constituent une feuille de soins sont les suivants :

- Bénéficiaire des soins et assuré(e)
- Médecin
- Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins
- Actes effectués
- Règlement

La définition de chaque champ est définie comme suit :

- Numéro
- Libellé
- Longueur et type (N=numérique, A=alphabétique, AN=alphanumérique, C=coche)
- Nom mnémonique
- Valeurs ou format des données

Zones réservées pour les SSII

Pour permettre aux SSII d'imprimer sur la feuille de soins leurs propres informations relatives à leur logiciel d'édition (n° de facture, référence dossier, ...), deux zones ont été réservées à cet effet en haut et en bas du document comme suit :

- Un rectangle délimité en haut à droite de la feuille à 10 mm du haut, commençant à 80 mm du bord droit et se terminant à 45 mm du bord droit;
- Un rectangle délimité en bas à gauche de la feuille à 10 mm du bas, commençant à 30 mm du bord gauche et se terminant à 140 mm du bord gauche.

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 8/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	MÉDECIN	Date: 16/03/2001

2.1 Pavé « bénéficiaire des soins et assuré(e) (*) »

N° du champ	Libellé du champ	Long.	Mnémono	Valeur(s) ou format
11	Date d'élaboration	8 _N	ELB_DTJ	Format "jjmmaaaa" : • jj : 01...31 • mm : 01...12 • aaaa : 2000...année encours
20	Bénéficiaire des soins NOM Prénom	80 _A	BEN_MAL	+ mention "épouse" ou "veuve"
21	Numéro d'immatriculation du bénéficiaire: • sexe • année de naissance • mois de naissance • département de naissance • commune ou pays de naissance • numéro d'inscription INSEE	13 _{AN} 1 2 2 2 3 3	BEN_IMM	• 1, 2, 7, 8 • 00...99 • 01...12, 20...41, 50...67 • 01...99 + 2A, 2B (corse) • 000...999 • 000...999
22	Clé du n° d'immatriculation du bénéficiaire	2 _N	BEN_CLE	01...97
23	Code organisme de rattachement l'assuré	9 _N	NOE_ORG	" " (blanc) ou Format 01 751 1234
24	Date de naissance du malade	8 _N	BEN_NAI	Format "jjmmaaaa" : • jj : 01...31 • mm : 01...12, 20...41, 50...67 • aaaa : 1800...année en cours
25	Rang de naissance	1 _N	BEN_RNG	1...9
26	Numéro d'immatriculation de l'assuré • sexe • année de naissance • mois de naissance • département de naissance • commune ou pays de naissance • numéro d'inscription INSEE	13 _{AN} 1 2 2 2 3 3	ASS_NUM	• 1, 2, 7, 8 • 00...99 • 01...12, 20...41, 50...67 • 01...99 + 2A, 2B (corse) • 000...999 • 000...999
27	Clé du n° d'immatriculation de l'assuré	2 _N	ASS_CLE	01...97
28	Assuré NOM Prénom	80 _A	ASS_MAL	+ mention "épouse" ou "veuve"
29	Adresse de l'assuré	99 _{AN}	ASS_ADR	Voie+ complément + code postal + ville

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 9/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	MÉDECIN	Date: 16/03/2001

2.2 Pavé « médecin »

N° du champ	Libellé du champ	Long.	Mnémo	Valeur(s) ou format
31	Numéro du médecin - Département - Qualité professionnelle - N° d'identification	8 _N 2 1 5	EXE_NUM	01...95, 97, 99 1 00000...99999
32	Clé du numéro du médecin	1 _N	EXE_CLE	0...9
33	code cabinet (CAB)	2 _N	EXE_CAB	00, 01
34	Conventionnement du médecin (CONV)	1 _A	EXE_CNV	0, 1, 2, 3
35	Zone tarif (ZID)	2 _N	EXE_ISD	10, 11, 20, 22...25, 30...35, 40, 50, 60, 70, 80...85
36	Zone kilométriques (IK)	2 _N	EXE_ZIK	0, 1, 2
37	Spécialité du médecin (SPEC)	2 _N	EXE_SPE	01...18, 31...33, 35, 37, 38, 41...49, 70...78
38	Numéro du médecin salarié - Département - Qualité professionnelle - N° d'identification - Clé	9 _N 2 1 5 1	EXS_NUM	01...95, 97, 99 1, 6, 7, 8, 9 00000...99999 0...9
39	Spécialité du médecin salarié	2 _N	EXS_SPE	01...18, 31...33, 35, 37, 38, 41...49, 70...78
40	Date de l'entente préalable	8 _N	ETP_DTJ	Format " jjmmaaaa " : - jj : 01...31 - mm : 01...12 - aaaa : 1999...2099
41	Nom du médecin salarié	25 _A	EXS_NOM	NOM EN MAJUSCULES

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 10/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	MÉDECIN	Date: 16/03/2001

2.3 Pavé « conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins »

N° du champ	Libellé du champ	Long.	Mnémo	Valeur(s) ou format
51	Maladie	1 _C	MAL_EXI	" " (blanc) ou "X"
52	Exonération ticket modérateur non	1 _C	ETM_NON	" " (blanc) ou "X"
53	Exonération ticket modérateur oui	1 _C	ETM_OUI	" " (blanc) ou "X"
54	Soins en rapport avec ALD	1 _C	ALD_EXI	" " (blanc) ou "X"
55	Soins en rapport avec K>=50	1 _C	K50_EXI	" " (blanc) ou "X"
56	Soins en rapport avec action nationale de prévention	1 _C	APR_EXI	" " (blanc) ou "X"
57	Autre	1 _C	PAUT_EXI	" " (blanc) ou "X"
58	Accident causé par un tiers non	1 _C	ACT_NON	" " (blanc) ou "X"
59	Accident causé par un tiers oui	1 _C	ACT_OUI	" " (blanc) ou "X"
60	Date de l'accident	8 _N	ACC_DTJ	Format "jjmmaaaa" : • jj : 01...31 • mm : 01...12 • aaaa : 1900...année en cours
61	Soins en rapport avec art. L 115	1 _C	MIL_EXI	" " (blanc) ou "X"
62	Maternité	1 _C	MAT_EXI	" " (blanc) ou "X"
63	Date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement	8 _N	DPG_DTJ	Format "jjmmaaaa" : • jj : 01...31 • mm : 01...12 • aaaa : 1999...année en cours
64	AT/MP	1 _C	AAT_EXI	" " (blanc) ou "X"
65	Numéro (AT/MP) • Date de l'accident • Code CRAM • Clé	9 _N 6 2 1	SIN_NUM	Format Numérique • AAMMJJ • 01...99 • 0...9
66	Date (AT/MP)	8 _N	SIN_DTJ	Format "jjmmaaaa" : • jj : 01...31 • mm : 01...12 • aaaa : 1999...2099

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 11/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	MÉDECIN	Date: 16/03/2001

2.4 Pavé « actes effectués »

N° du champ	Libellé du champ	Long.	Mnémono	Valeur(s) ou format
71	Dates des actes	8 _N	PRS_DTJ	Format "jjmmaaaa" : • jj : 01...31 • mm : 01...12 • aaaa : 2000...année en cours
72	Codes des actes	6 _N	CAF_COD	" " blanc si non opérationnel ou 000001...999999 *
73	Eléments de tarification : Colonne C,CS V,VS CNPSY VNPSY Colonne autres actes (K, Z, CsC, P...)	24 _{AN}	TAR_ZON	Actes
74	Montant des honoraires facturés (francs et centimes)	6 _N	HON_MON	000000...999999
75	Dépassement	2 _A	DEP_NAT	" " (blanc) ou DE ou DP ou GR
76	Frais de déplacement I.D. (francs et centimes)	5 _N	IFD_MON	00000...99999
77	Frais de déplacement I.K. nbre	2 _N	ZIK_NBR	00...99
78	Frais de déplacement I.K. montant (francs et centimes)	5 _N	ZIK_MON	00000...99999

Attention : Les champs 71 à 78 de ce pavé peuvent être répétés au maximum sur 6 lignes actes.

* champ à ne pas renseigner tant que le codage des actes n'est pas encore en vigueur

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 12/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

2.5 Pavé « règlement »

N° du champ	Libellé du champ	Long.	Mnémono	Valeur(s) ou format
90	MONTANT TOTAL en francs (1+2+3)	7 _N	TOT_MNF	0000000...9999999
91	MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	6 _N	TOT_MNE	000000...999999
92	L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire	1 _C	PPO_EXI	" " (blanc) ou "X"
93	L'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire	1 _C	PPC_EXI	" " (blanc) ou "X"
12	Signature du médecin ayant effectué l'acte ou les actes	1 _C	EXE_SIG	Signature Obligatoire
13	Signature de l'assuré(e)	1 _C	ASS_SIG	Signature ou " " (blanc)
14	Absence de signature	1 _C	SIG_ABS	" " (blanc) ou "X"

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 14/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

En dactylographié, la croix peut être doublée dans les cases à cocher si leur positionnement n'est pas centré sur la case, avec une tolérance de débordement de ± 1 mm autour de la case.

La police d'écriture devant être utilisée par défaut sera de type "courrier" taille "11" ou toute autre police de taille équivalente.

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 15/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	MÉDECIN	Date: 16/03/2001

Règles spécifiques en mode remplissage dactylographié

- *la police de caractères à utiliser est au format "courrier new" en taille 11,*
- *Les noms sont écrits en majuscule,*
- *Les prénoms sont éventuellement en minuscule sauf l'initiale en majuscule,*
- *Les dates dactylographiées sont centrées dans le champ,*
- *Le format des dates est JJ MM AAAA avec un espace comme séparateur entre chaque identifiant,*
- *Les caractères numériques sont cadrés à droite dans le champ,*
- *Les caractères alphabétiques sont cadrés à gauche dans le champ,*
- *Les cases à cocher sont marquées en dactylographié par deux croix "XX",*
- *Les informations structurées sont mises en évidence par un espace délimitant chaque identifiant comme par exemple le numéro d'immatriculation.*

Les feuilles de soins ne doivent en aucun être accrochées avec d'autres documents en particulier avec du collant, des trombones ou des agrafes.

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 16/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	MÉDECIN	Date: 16/03/2001

3.1 Pavé « bénéficiaire des soins et assuré(e) (*) »

Nom prénom

OBLIGATOIRE

- format : voir § principes généraux
- données : nom d'usage : faire suivre le nom patronymique de la mention "épouse" ou "veuve" suivi du nom marital

Exemple : MARTIN épouse DURAND Jeanne

ne pas mentionner la notion " M., Mme ou Mle "

le prénom peut être imprimer en majuscules

Numéro d'immatriculation bénéficiaire

FACULTATIF

- condition : le bénéficiaire n'a pas de numéro d'immatriculation
- format : ne pas remplir ce champ

Clé du n° d'immatriculation bénéficiaire

FACULTATIF

- condition : le bénéficiaire n'a pas de numéro d'immatriculation
- format : ne pas remplir ce champ

Numéro d'immatriculation assuré

OBLIGATOIRE

- format : en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, imprimer à l'emplacement du champ
séparer chaque identifiant par un espace
exemple : 1 22 33 44 555 666 ou pour les Corses 1 22 33 2A 555 666

Clé du n° d'immatriculation assuré

OBLIGATOIRE

- format : en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, imprimer à l'emplacement du champ

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 17/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

exemple : 77

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 18/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

Code organisme de rattachement

FACULTATIF

- condition : pas de dispense d'avance des frais par le malade
- format : ne pas remplir ce champ

Code organisme de rattachement

OBLIGATOIRE

- condition : dispense d'avance des frais par le malade
- format : en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, imprimer à l'emplacement du champ
séparer chaque identifiant par un espace
exemple : 01 222 333 4
- données : information "organisme d'affiliation" sur l'attestation VITALE

Date de naissance du bénéficiaire des soins

OBLIGATOIRE

- données : information de la date de naissance du bénéficiaire sur l'attestation VITALE
- format : voir § principes généraux
en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, imprimer à l'emplacement du champ
séparer chaque identifiant par un espace
exemple : 11 12 1999

Rang de naissance

OBLIGATOIRE

- données : information après la date de naissance du bénéficiaire sur l'attestation VITALE
- format : toujours à la valeur "1" sauf pour les jumeaux

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 19/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

Adresse

FACULTATIF

- condition : pas de changement d'adresse ou d'organisme d'assurance maladie
- format : ne pas remplir ce champ

Adresse

OBLIGATOIRE

- condition : changement d'adresse ou d'organisme d'assurance maladie
- format : remplir ce champ
exemple : 7 rue Ampère 75007 PARIS

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 20/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	MÉDECIN	Date: 16/03/2001

3.2 Pavé « médecin »

Identification du médecin

OBLIGATOIRE

- condition : pré-identification effectuée par l'organisme d'assurance maladie
- format : voir § pavé d'identification

Identification du médecin

FACULTATIF

- condition : pré-identification non effectuée par l'organisme d'assurance maladie
- format : voir § pavé d'identification
en dactylographié, respecter le positionnement et la taille de la police pour
l'impression du numéro d'identification (voir § pavé d'identification)
exemple : => 59 1 04372 4 00 1 23 1 01

Identification du médecin remplaçant

OBLIGATOIRE

- condition : utilisation de la feuille de soins du médecin titulaire avec la pré-identification effectuée par l'organisme d'assurance maladie
- format : barrer d'un trait le nom du médecin titulaire,
ajouter sur la droite le nom du médecin remplaçant
en aucun cas, le numéro d'identification du médecin titulaire ne devra être barré

Médecin salarié

FACULTATIF

- condition : actes non effectués par un médecin salarié
- format : ne pas remplir les 3 champs n° d'identification, spécialité et nom

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 22/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 23/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	MÉDECIN	Date: 16/03/2001

3.3 Pavé « conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins »

VOIR LE TABLEAU "EXONERATION DU TICKET MODERATEUR" EN ANNEXES

Attention : la Couverture Maladie Universelle n'est pas une exonération du ticket modérateur

Maladie ou maternité ou AT/MP

OBLIGATOIRE

- condition : les soins doivent être en rapport avec 1 seul des 3 cas possibles
1 et 1 seul des 3 champs doit être rempli
par défaut le champ "maladie" est conseillé
- format : cocher un champ comme précisé au § principes généraux

Exonération du ticket modérateur "non" ou "oui"

OBLIGATOIRE

- condition : le champ "maladie" doit être coché
1 et 1 seul des 2 champs doit être rempli
voir tableau "exonération du ticket modérateur" en annexes :
cocher le champ "oui" si les soins sont en rapport avec un des cas du tableau
par défaut le champ "non" est conseillé
- format : cocher le champ comme précisé au § principes généraux
- données : information sur l'exonération à 100% du bénéficiaire sur l'attestation VITALE

Soins en rapport avec ALD ou K $\geq$ 50 ou prévention ou autre

FACULTATIF

- condition : le champ exonération ticket modérateur est coché "non"
- format : ne pas remplir ces champs

Soins en rapport avec ALD ou K $\geq$ 50 ou prévention ou autre

OBLIGATOIRE

- condition : le champ exonération ticket modérateur est coché "oui"
voir tableau "exonération du ticket modérateur" en annexes :
1 et 1 seul des 4 champs doit être coché
- format : cocher le champ comme précisé au § principes généraux

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 24/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

- données : information sur l'exonération à 100% du bénéficiaire sur l'attestation VITALE

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 25/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

Accident causé par un tiers "non" ou "oui"
OBLIGATOIRE

- condition : le champ maladie doit être coché
les soins ne doivent pas être en rapport avec un accident de la vie privée
1 et 1 seul des 2 champs doit être rempli
par défaut le champ "non" est conseillé
- format : cocher le champ comme précisé au § principes généraux

date d'accident causé par un tiers
FACULTATIF

- condition : le champ accident causé par un tiers est coché "oui"
les soins sont en rapport avec un accident de la vie privée
- format : voir § principes généraux
en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, séparer chaque identifiant par un espace
exemple : 11 12 1999

Soins en rapport avec art. L 115
FACULTATIF

- condition : le champ exonération ticket modérateur est coché "oui"
voir tableau "exonération du ticket modérateur" en annexes :
les soins sont en rapport avec l'affection dont le bénéficiaire est pensionné de guerre
les 4 champs "ALD", "K>=50", "prévention" et "autre" ne doivent pas être cochés
- format : cocher le champ comme précisé au § principes généraux
- données : information sur l'exonération à 100% du bénéficiaire sur l'attestation VITALE

Date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement
FACULTATIF

- condition : le champ maternité doit être coché
- format : voir § principes généraux
en manuscrit, respecter les cases,

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 26/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	MÉDECIN	Date: 16/03/2001

en dactylographié, séparer chaque identifiant par un espace

exemple : 11 12 1999

- données : information sur la prise en charge maternité du bénéficiaire sur l'attestation VITALE

Numéro (AT/MP)

FACULTATIF

- condition : le champ AT/MP doit être coché
le champ date (AT/MP) ne doit pas être rempli
- format : en manuscrit, respecter les cases, et les majuscules
en dactylographié, séparer chaque identifiant par un espace
exemple : 010226 75 3
- données : information prise sur la feuille d'accident du travail établie par l'employeur ou par l'organisme d'assurance maladie
le numéro d'AT est constitué de la date de l'accident à l'envers AAMMJJ + le code CRAM ou département + sa clé issue du calcul suivant :
exemple de n° d'AT du 26 février 2001 dans le département 75

8 premiers chiffres	0	1	0	2
2	6	7	5	
multiplié par				
		1	2	1
1	2	1	2	
égal				
4	2	12	7	10

le total = 37, le complément à la dizaine supérieur est 10 - 7 = 3
la clé est donc 3

ou date (AT/MP)

FACULTATIF

- condition : le champ maternité doit être coché
le champ numéro (AT/MP) ne doit pas être rempli
- format : voir § principes généraux
en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, séparer chaque identifiant par un espace

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 27/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

exemple : 11 12 1999

- données : information prise sur la feuille d'accident du travail établie par l'employeur ou par l'organisme d'assurance maladie

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 28/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	MÉDECIN	Date: 16/03/2001

3.4 Pavé « actes effectués »

Dates des actes

OBLIGATOIRE

- format : voir § principes généraux
en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, séparer chaque identifiant par un espace
exemple : 11 12 1999

Codes des actes

FACULTATIF

- condition : le codage des actes n'est pas mis en oeuvre
- format : ne pas remplir ce champ

Codes des actes

OBLIGATOIRE

- condition : la lettre de cotation de l'acte est "P", le codage est obligatoire
- format : remplir ce champ en numérique sur 4 ou 6 chiffres
exemples : 0015 ou 000015
dans les cas d'actes multiples, le nombre de codes ne doit pas être supérieur à 10 et pourra s'écrire sur une ou plusieurs lignes avec le signe + entre chaque code
exemples : 0015 + 0017
0004 + 0017

Eléments de tarification

OBLIGATOIRE

- données : ne plus porter la mention " R ou HR "
ne pas porter les mentions en clair suivantes :
 - "dom ou domicile" mais remplir les colonnes frais de déplacement avec les montants sans inscrire les lettres clé ID ou IK;
 - "Féié", "dim ou dimanche" ou "Nuit" mais porter les compléments d'actes F ou N à la suite de l'acte principal et additionner son prix avec celui de l'acte dans la colonne "montant des honoraires".

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 29/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	MÉDECIN	Date: 16/03/2001

Colonne C, CS, CNPSY et V, VS, VNPSY

- données : la lettre de cotation des actes correspondant à ceux définis par la colonne
les compléments d'actes N ou F ou MMD doivent être portés dans la colonne autres actes
- format : remplir ce champ en alphanumérique
en manuscrit, respecter les cases,
exemples :

C, CS CNPSY	V, VS VNPSY	Autres actes K, Z, CsC, P...)
C		F
C F		
C+		K6.5
	V +	MMD
CS		
	VS	N
CNP		
	VNP	

Colonne autres actes (K, Z, CsC, P...)

- données : la lettre de cotation des actes correspondant à ceux définis par la colonne
ces autres actes peuvent comporter des coefficients
les compléments d'actes N ou F doivent être portés immédiatement après l'acte
- format : remplir ce champ en alphanumérique
exemples :

C, CS CNPSY	V, VS VNPSY	Autres actes K, Z, CsC, P...)
		K15
		Z20
		CSC F
		P200

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 30/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

dans les cas d'actes multiples :

- le nombre d'actes ne doit pas être supérieur à 10
- chaque acte sera séparé par le signe +
- possibilité d'écrire une série d'actes sur plusieurs lignes avec une seule date des actes en première ligne

exemples :

Dates des actes	Codes des actes	C, CS CNPSY	V, VS VNPSY	Autres actes K, Z, CsC, P...)
11 12 1999				K15 + K10/2

11 12 1999				Z15 + Z120+ Z15
				Z120 + Z160

11 12 1999				CSC F
------------	--	--	--	-------

11 12 1999	0015 + 0017			P120 + P200
	0004 + 0017			P100 + P 200

Montant des honoraires facturés

OBLIGATOIRE

- données : le montant doit être la somme de tous les actes portés dans les 2 colonnes éléments de tarification, y compris ceux des autres lignes pour les actes multiples
- format : voir § principes généraux
ne pas mentionner les sigles F, Fr, Frs ou Euros
en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, séparer les identifiants francs et centimes par une virgule
exemple : 11500 ou 115,00
710200 ou 7102,00

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 31/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

Dépassement

FACULTATIF

- condition : pas de dépassement du montant des honoraires
- format : ne pas remplir ce champ

Dépassement

OBLIGATOIRE

- condition : dépassement du montant des honoraires
- format : remplir ce champ en alphabétique
exemples : DE ou DP ou GR

GR = gratuit, dans ce cas le montant des honoraires ne doit pas être rempli

Frais de déplacement

FACULTATIF

Colonne I.D.

- condition : pas de déplacement du médecin
- format : ne pas remplir ce champ

Colonne I.K. (nbre et montant)

- condition : pas de déplacement du médecin
- format : ne pas remplir les champs "nbre" et "montant"

Frais de déplacement

OBLIGATOIRE

Colonne I.D.

- condition : déplacement effectué par le médecin (en visite)
- format : voir § principes généraux
ne pas mentionner les sigles F, Fr, Frs ou Euros
possibilité de noter les montants soit en francs sans virgule,

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 32/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS- MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

soit en francs et centimes avec une virgule

exemple : 25 ou 25,00

35 ou 35,00

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 34/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

3.5 Pavé « règlement »

Montant total en francs

OBLIGATOIRE

- données : le montant doit être la somme de tous les montants portés dans les colonnes numéros 1, 2 et 3 du pavé "actes effectués" en francs
ne pas remplir le champ montant total en euros
- format : voir § principes généraux
ne pas mentionner les sigles F, Fr, Frs ou Francs
en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, séparer les identifiants francs et centimes par une virgule
ne pas mettre de séparateur pour les milliers (7.102,00 interdit)
exemple : 11500 ou 115,00
 710200 ou 7102,00

Montant total en euros

FACULTATIF

- condition : tous les montants doivent être portés en euros
la monnaie en euros est mise en service
ne pas remplir le champ montant total en francs
- données : le montant doit être la somme de tous les montants portés dans les colonnes numéros 1, 2 et 3 du pavé "actes effectués" en euros
- format : voir § principes généraux
ne pas mentionner les sigles E ou Euros
en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, séparer les identifiants euros et décimales par une virgule
ne pas mettre de séparateur pour les milliers (1.082,67 interdit)
exemple : 1753 ou 17,53
 108267 ou 1082,67

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 35/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	MÉDECIN	Date: 16/03/2001

VOIR LE TABLEAU "DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS" EN ANNEXES

**Information : la Couverture Maladie Universelle est un cas de dispense d'avance des frais,
tout comme le médecin référent ou le tiers payant coordonné**

**L'assuré n'a pas payé la part obligatoire
FACULTATIF**

- condition : l'assuré a payé la totalité des honoraires du médecin
- format : ne pas remplir ce champ

**L'assuré n'a pas payé la part obligatoire
OBLIGATOIRE**

- condition : l'assuré n'a pas payé la totalité des honoraires du médecin
le champ "code organisme de rattachement" doit être rempli obligatoirement
l'assuré a bénéficié de la dispense d'avance des frais pour les motifs suivants:
voir tableau "dispense d'avance des frais" en annexes
- format : cocher le champ comme précisé au § principes généraux

**L'assuré n'a pas payé la part complémentaire
FACULTATIF**

- condition : l'assuré a payé la totalité des honoraires du médecin
le champ "part obligatoire" ne doit pas être rempli
- format : ne pas remplir ce champ

**L'assuré n'a pas payé la part complémentaire
OBLIGATOIRE**

- condition : l'assuré n'a pas payé la totalité des honoraires du médecin
le champ "part obligatoire" doit être coché obligatoirement
le champ "code organisme de rattachement" doit être rempli obligatoirement
l'assuré a bénéficié de la dispense d'avance des frais pour les motifs suivants:
voir tableau "dispense d'avance des frais" en annexes
- format : cocher le champ comme précisé au § principes généraux

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 36/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

* de manière générale, ne plus mentionner les mentions CMU, DAF+OP+RC,

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 37/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

Signature de l'assuré

OBLIGATOIRE

- format : signature de l'assuré

Absence de signature

FACULTATIF

- condition : l'assuré a porté sa signature sur la feuille de soins
- format : ne pas remplir ce champ

Absence de signature

OBLIGATOIRE

- condition : l'assuré n'est pas en état d'exprimer sa volonté de signer la feuille de soins
- format : cocher le champ comme précisé au § principes généraux

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 38/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	MÉDECIN	Date: 16/03/2001

4. ANNEXES

4.1 Exonération du ticket modérateur

EXONERATION UNIQUEMENT POUR LES SOINS EN RAPPORT	CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE	EXONERATION DU TICKET MODERATEUR	MOTIF DE L'EXONERATION
ALD liste	Maladie	OUI	ALD
ALD hors liste	Maladie	OUI	ALD
Poly-pathologies invalidantes	Maladie	OUI	ALD
Actes de spécialités affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 50	Maladie	OUI	K>=50
Campagne nationale de prévention	Maladie	OUI	PREVENTION
Affection pour laquelle le malade est pensionné de guerre	Maladie	OUI	Art. L115
Diagnostic ou traitement de la stérilité	Maladie	OUI	AUTRE

EXONERATION GLOBALE POUR TOUS TYPES DE SOINS	CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE	EXONERATION DU TICKET MODERATEUR	MOTIF DE L'EXONERATION
Pension d'invalidité	Maladie	OUI	AUTRE
Pension militaire	Maladie	OUI	AUTRE
Fonds de solidarité vieillesse (FNS)	Maladie	OUI	AUTRE
Rente AT ou MP pour une incapacité >= 66,66%	Maladie	OUI	AUTRE
Soins hors maternité à partir du 6 ^o mois de grossesse	Maladie	OUI	AUTRE
Mineurs victimes de sévices sexuels	Maladie	OUI	AUTRE
Soins en établissement de santé dans les 30 premiers jours de la vie	Maladie	OUI	AUTRE
Traitement des enfants et adolescents handicapés en éducation spécialisée	Maladie	OUI	AUTRE

CAS PARTICULIERS D'EXONERATION DU TICKET MODERATEUR		
Maternité	Maternité	Date début de grossesse ou d'accouchement
Accident du travail	AT / MP	Numéro ou date de l'accident
Maladie Professionnelle	AT / MP	Date de la maladie

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 39/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	MÉDECIN	Date: 16/03/2001

DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS			
SOINS EN RAPPORT	PART PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE	L'ASSURE N'A PAS PAYE LA PART	
		OBLIGATOIRE	COMPLEMENTAIRE
CMU Avec paiement unique	Obligatoire et complémentaire	X	X
CMU Sans paiement unique	obligatoire seule	X	
Tiers Payant coordonné avec paiement unique	obligatoire et complémentaire	X	X
Tiers Payant Sans paiement unique	obligatoire seule	X	
Médecin Réfèrent Avec paiement unique	obligatoire et complémentaire	X	X
Médecin Réfèrent sans paiement unique	obligatoire seule	X	
Actes de spécialités dont le coefficient est égal ou supérieur à : - 50 pour K, KC, KCC ou KE - 70 pour Z ou ZN	obligatoire seule	X	
Maladie Avec exonération du ticket modérateur = OUI	obligatoire seule	X	
Maternité Prise en charge à 100%	obligatoire seule	X	
Accident du Travail Pris en charge à 100%	obligatoire seule	X	
Maladie Professionnelle Prise en charge à 100%	obligatoire seule	X	

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 40/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 41/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 42/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 43/36
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-MED-01-05.doc
	<i>MÉDECIN</i>	Date: 16/03/2001



l'Assurance Maladie

ANNEXE 4

N O R M E

d e

R E M P L I S S A G E

F e u i l l e d e S o i n s

AUXILIAIRE MÉDICAL (E)

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 2/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

HISTORIQUES DES VERSIONS			
DATE	VERSION	AUTEUR	EVOLUTION DU DOCUMENT
29/01/01	01.00	A. QUEAU	Création
05/02/01	01.01	A. QUEAU	Complément d'information Les modifications sont signalées par un trait vertical en marge droite du texte.
21/02/01	01.02	A. QUEAU	Complément d'information + modèles Les modifications sont signalées par un trait vertical en marge droite du texte.
26/02/01	01.03	A. QUEAU	Compléments d'informations n° d'AT + Feuilles multiples. Les modifications sont signalées par un trait vertical en marge droite du texte.
16/03/01	01.04	A. QUEAU	Mise à jour tableau d'exonération ticket modérateur

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 3/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS- AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

SOMMAIRE

OBJET	4
1. DESCRIPTION DE LA FEUILLE DE SOINS « AUXILIAIRE MÉDICAL(E) »	5
1.1 Les caractéristiques de la feuille	5
1.2 Le pavé d'identification	5
1.3 Modèle de feuille	5
2. DÉFINITION DÉTAILLÉE DES DIFFÉRENTS PAVÉS	7
2.1 Pavé « bénéficiaire des soins et assuré(e) (*) »	8
2.2 Pavé « auxiliaire médical(e) »	9
2.3 Pavé « conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins »	10
2.4 Pavé « actes effectués »	11
2.5 Pavé « règlement »	12
3. CONDITION DE REMPLISSAGE DES CHAMPS	13
3.0 Principes généraux	13
3.1 Pavé « bénéficiaire des soins et assuré(e) (*) »	16
3.2 Pavé « auxiliaire médical(e) »	20
3.3 Pavé « conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins »	23
3.4 Pavé « actes effectués »	28
3.5 Pavé « règlement »	34
4. ANNEXES	39
4.1 Exonération du ticket modérateur	39
4.2 Dispense d'avance des frais	40
4.3 Modèles de feuilles en mode de remplissage dactylographié	39

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 4/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

Objet

Le présent document a pour objectif de définir une norme nationale de remplissage de la feuille de soins "auxiliaire médical(e)".

Cette norme de remplissage est destinée aux professionnels de santé et aux sociétés de services éditeurs de logiciels.

Cette norme concerne le remplissage de la feuille de soins des deux manières suivantes :

- manuscrite par le professionnel de santé
=> de 1 à 6 lignes maximum en respectant les cases;
- dactylographiée par un logiciel fourni au professionnel de santé par une SSII
=> de 1 à 12 lignes maximum en respectant les colonnes.

Les feuilles de soins ne doivent en aucun être accrochées avec d'autres documents en particulier avec du collant, des trombones ou des agrafes.

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 5/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	AUXILIAIRE MÉDICAL(E)	Date: 16/03/2001

1. Description de la Feuille de soins « auxiliaire médical(e) »

1.1 Les caractéristiques de la feuille

Les caractéristiques de la feuille de soins sont les suivantes :

- Format A4 - 21x29,7 - recto/verso.
- Support couleur du fond de page blanc
- Encre référence PANTONE 165 U et 152 U
- Grammage 80 g.
- Référence S 3129b FA01-01

Le modèle présenté ci-après est le verso de la feuille de soins, seule face unique à devoir être renseignée. On y fait apparaître les références des champs contenant les informations à remplir.

1.2 Le pavé d'identification

La police utilisée est de l'ARIAL en corps 10 pour les petits caractères (identification du professionnel de santé) et en corps 14 pour le numéro d'identification du professionnel de santé sans précasage d'aucune sorte. Tous les éléments de cet identifiant numérique sont séparés par un espace, hormis devant le code « cabinet » où il y a deux espaces. Pour les mentions apparaissant sous le n° d'identification du professionnel de santé, il convient d'utiliser la police Arial, corps 7 et petites majuscules.

Le code CAB passe sur 2 caractères soit 00.

Une ligne blanche en corps 10 sépare l'adresse de l'identification numérique du professionnel de santé. Le signe « => » qui sert de repère pour une lecture automatique des feuilles doit être situé à 110 mm du haut de la feuille et à 10 mm du bord gauche de la feuille avec une marge de tolérance de ± 1 mm maximum.

● identification de l'auxiliaire médical(e) ou de l'employeur

Monsieur Henri DUPONT Tél: 01.02.03.04.05
 24- Infirmier Conventionné
 Résidence Princesse
 24, rue de Châteaudun
 59800 Lille

=> 59 6 31299 1 00 1 20 1 24

CAB CONV ZID IK SPEC

1.3 Modèle de feuille

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 6/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS- AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 7/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	AUXILIAIRE MÉDICAL(E)	Date: 16/03/2001

2. Définition détaillée des différents pavés

Les tableaux ci-après définissent, pour chaque pavé de la feuille de soins, les différents champs qui peuvent être renseignés par le professionnel de santé et l'assuré, ainsi que le type de remplissage de ces champs avec leurs valeurs possibles.

Les différents pavés qui constituent une feuille de soins sont les suivants :

- Bénéficiaire des soins et assuré(e)
- Auxiliaire médical(e)
- Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins
- Actes effectués
- Règlement

La définition de chaque champ est définie comme suit :

- Numéro
- Libellé
- Longueur et type (N=numérique, A=alphabétique, AN=alphanumérique, C=coche)
- Nom mnémonique
- Valeurs ou format des données

Zones réservées pour les SSII

Pour permettre aux SSII d'imprimer sur la feuille de soins leurs propres informations relatives à leur logiciel d'édition (n° de facture, référence dossier, ...), deux zones ont été réservées à cet effet en haut et en bas du document comme suit :

- Un rectangle délimité en haut à droite de la feuille à 10 mm du haut, commençant à 80 mm du bord droit et se terminant à 45 mm du bord droit;
- Un rectangle délimité en bas à gauche de la feuille à 10 mm du bas, commençant à 30 mm du bord gauche et se terminant à 140 mm du bord gauche.

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 8/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	AUXILIAIRE MÉDICAL(E)	Date: 16/03/2001

2.1 Pavé « bénéficiaire des soins et assuré(e) (*) »

N° du champ	Libellé du champ	Long.	Mnémo	Valeur(s) ou format
11	Date d'élaboration	8 _N	ELB_DTJ	Format "jjmmaaaa" : • jj : 01...31 • mm : 01...12 • aaaa : 2000...année encours
20	Bénéficiaire des soins NOM Prénom	80 _A	BEN_MAL	+ mention "épouse" ou "veuve"
21	Numéro d'immatriculation du bénéficiaire: • sexe • année de naissance • mois de naissance • département de naissance • commune ou pays de naissance • numéro d'inscription INSEE	13 _{AN} 1 2 2 2 3 3	BEN_IMM	• 1, 2, 7, 8 • 00...99 • 01...12, 20...41, 50...67 • 01...99 + 2A, 2B (corse) • 000...999 • 000...999
22	Clé du n° d'immatriculation du bénéficiaire	2 _N	BEN_CLE	01...97
23	Code organisme de rattachement l'assuré	9 _N	NOE_ORG	" " (blanc) ou Format 01 751 1234
24	Date de naissance du malade	8 _N	BEN_NAI	Format "jjmmaaaa" : • jj : 01...31 • mm : 01...12, 20...41, 50...67 • aaaa : 1800...année en cours
25	Rang de naissance	1 _N	BEN_RNG	1...9
26	Numéro d'immatriculation de l'assuré • sexe • année de naissance • mois de naissance • département de naissance • commune ou pays de naissance • numéro d'inscription INSEE	13 _{AN} 1 2 2 2 3 3	ASS_NUM	• 1, 2, 7, 8 • 00...99 • 01...12, 20...41, 50...67 • 01...99 + 2A, 2B (corse) • 000...999 • 000...999
27	Clé du n° d'immatriculation de l'assuré	2 _N	ASS_CLE	01...97
28	Assuré NOM Prénom	80 _A	ASS_MAL	+ mention "épouse" ou "veuve"
29	Adresse de l'assuré	99 _{AN}	ASS_ADR	Voie+ complément + code postal + ville

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 9/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

2.2 Pavé « auxiliaire médical(e) »

N° du champ	Libellé du champ	Long.	Mnémo	Valeur(s) ou format
31	Numéro de l'auxiliaire médical(e) • Département • Qualité professionnelle • N° d'identification	8 _N 2 1 5	EXE_NUM	• 01...95, 97, 99 • 6, 7, 8, 9 • 00000...99999
32	Clé du numéro de l'auxiliaire médical(e)	1 _N	EXE_CLE	• 0...9
33	code cabinet (CAB)	2 _N	EXE_CAB	• 00, 01
34	Conventionnement (CONV)	1 _A	EXE_CNV	• 1
35	Zone tarif (ZID)	2 _N	EXE_ISD	• 10, 11, 20, 22...25, 30...35, 40, 50, 60, 70, 80...85
36	Zone kilométriques (IK)	2 _N	EXE_ZIK	• 0, 1, 2
37	Spécialité (SPEC)	2 _N	EXE_SPE	24, 26, 27, 28, 29
38	Numéro de l'auxiliaire médical(e) salarié(e) • Département • Qualité professionnelle • N° d'identification • Clé	9 _N 2 1 5 1	EXS_NUM	• 01...95, 97, 99 • 6, 7, 8, 9 • 00000...99999 • 0...9
39	Spécialité de l'auxiliaire médical(e) salarié(e)	2 _N	EXS_SPE	24, 26, 27, 28, 29
40	Date de l'entente préalable	8 _N	ETP_DTJ	Format "jjmmaaaa" : • jj : 01...31 • mm : 01...12 • aaaa : 1999...2099
41	Nom Auxiliaire médical(e) salarié(e)	25 _A	EXS_NOM	NOM seul
42	Numéro du prescripteur • Département • Qualité professionnelle • N° d'identification • Clé	9 _N 2 1 5 1	PRE_NUM	• 01...95, 97, 99 • TOUJOURS 1 • 00000...99999 • 0...9
43	Spécialité du prescripteur	2 _N	PRE_SPE	01...18, 31...33, 35, 37, 41...49, 70...78
44	Nom du prescripteur	25 _A	PRE_NOM	NOM seul
45	Date de la prescription	8 _N	PRE_DTJ	Format "jjmmaaaa" : • jj : 01...31 • mm : 01...12 • aaaa : 1999...2099

Les champs en gras sont obligatoires

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 10/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	AUXILIAIRE MÉDICAL(E)	Date: 16/03/2001

2.3 Pavé « conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins »

N° du champ	Libellé du champ	Long.	Mnémo	Valeur(s) ou format
51	Maladie	1 _C	MAL_EXI	" " (blanc) ou "X"
52	Exonération ticket modérateur non	1 _C	ETM_NON	" " (blanc) ou "X"
53	Exonération ticket modérateur oui	1 _C	ETM_OUI	" " (blanc) ou "X"
54	Soins en rapport avec ALD	1 _C	ALD_EXI	" " (blanc) ou "X"
55	Soins en rapport avec K>=50	1 _C	K50_EXI	" " (blanc) ou "X"
56	Soins en rapport action prévention	1 _C	APR_EXI	" " (blanc) ou "X"
57	Autre	1 _C	PAUT_EXI	" " (blanc) ou "X"
58	Accident causé par un tiers non	1 _C	ACT_NON	" " (blanc) ou "X"
59	Accident causé par un tiers oui	1 _C	ACT_OUI	" " (blanc) ou "X"
60	Date de l'accident	8 _N	ACC_DTJ	Format "jjmmaaaa" : • jj : 01...31 • mm : 01...12 • aaaa : 1900...année en cours
61	Soins en rapport avec art. L 115	1 _C	MIL_EXI	" " (blanc) ou "X"
62	Maternité	1 _C	MAT_EXI	" " (blanc) ou "X"
63	Date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement	8 _N	DPG_DTJ	Format "jjmmaaaa" : • jj : 01...31 • mm : 01...12 • aaaa : 1999...année en cours
64	AT/MP	1 _C	AAT_EXI	" " (blanc) ou "X"
65	Numéro (AT/MP) • Date de l'accident • Code CRAM • Clé	9 _N 6 2 1	SIN_NUM	Numérique • AAMMJJ • 01...99 • 0...9
66	Date (AT/MP)	8 _N	SIN_DTJ	Format "jjmmaaaa" : • jj : 01...31 • mm : 01...12 • aaaa : 1900...2099

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 11/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	AUXILIAIRE MÉDICAL(E)	Date: 16/03/2001

2.4 Pavé « actes effectués »

N° du champ	Libellé du champ	Long.	Mnémo	Valeur(s) ou format
71	Dates des actes	8 _N	PRS_DTJ	Format "jjmmaaaa" : • jj : 01...31 • mm : 01...12 • aaaa : 2000...année en cours
72	Codes des actes	6 _N	CAF_COD	" " blanc si non opérationnel ou 000001...999999 *
73	Tarification :	24 _{AN}	TAR_ZON	Actes
74	Montant des honoraires facturés (francs et centimes)	6 _N	HON_MON	000000...999999
75	Dépassement	2 _A	DEP_NAT	" " (blanc) ou DE ou DP ou GR
76	Frais de déplacement I.D. (francs et centimes)	5 _N	IFD_MON	00000...99999
77	Frais de déplacement I.K. nbre	2 _N	ZIK_NBR	00...99
78	Frais de déplacement I.K. montant (francs et centimes)	5 _N	ZIK_MON	00000...99999
79	Frais de déplacement DD	2 _A	ZDD_NAT	DD ou "X"

Attention : Les champs 71 à 79 de ce pavé peuvent être répétés au maximum:
+ en manuscrits sur 6 lignes actes
+ en dactylographiés sur 12 lignes actes.

* champ à ne pas renseigner tant que le codage des actes n'est pas encore en vigueur

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 12/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

2.5 Pavé « règlement »

N° du champ	Libellé du champ	Long.	Mnémono	Valeur(s) ou format
90	MONTANT TOTAL en francs (1+2+3)	7 _N	TOT_MNF	0000000...9999999
91	MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	6 _N	TOT_MNE	000000...999999
92	L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire	1 _C	PPO_EXI	" " (blanc) ou "X"
93	L'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire	1 _C	PPC_EXI	" " (blanc) ou "X"
12	Signature du auxiliaire médical(e) ayant effectué l'acte ou les actes	1 _C	EXE_SIG	Signature Obligatoire
13	Signature de l'assuré(e)	1 _C	ASS_SIG	Signature ou " " (blanc)
14	Absence de signature	1 _C	SIG_ABS	" " (blanc) ou "X"

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 13/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

3. Condition de remplissage des champs

3.0 Principes généraux

Les règles de concordance s'appliquant aux champs doivent permettre de déterminer si le remplissage du champ est :

- obligatoire
- facultatif conditionné par la présence ou l'absence d'un ou plusieurs autres champs

La présentation des informations sur certains champs de type standard ou identique permet de définir un remplissage avec un format manuscrit ou dactylographié indiqué comme suit :

Manuscrit en respectant les cases

- | | | | |
|-----------------------------------|------------|-----------|--------|
| • format DATE | jjmmaaaa | exemple : | |
| 20122000 | | | |
| • format NOM | MAJUSCULES | exemple : | MARTIN |
| • format Prénom | Minuscules | exemple : | Claude |
| • format CASE à cocher
maladie | X | exemple : | X |
| • format MONTANT | FFFcc | exemple : | 15000 |

Dactylographié en respectant le début des champs sans tenir compte des cases

- | | | | |
|--------------------------------|------------|-----------|-----------|
| • format DATE | jj mm aaaa | exemple : | 2012 2000 |
| • format NOM | MAJUSCULES | exemple : | MARTIN |
| • format Prénom | Minuscules | exemple : | Claude |
| • format CASE à cocher maladie | XX | exemple : | XX |
| • format MONTANT | FFF,cc | exemple : | 150,00 |

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 14/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

En dactylographié, la croix peut être doublée dans les cases à cocher si leur positionnement n'est pas centré sur la case, avec une tolérance de débordement de ± 1 mm autour de la case.

La police d'écriture devant être utilisée par défaut sera de type "courrier" taille "11" ou toute autre police de taille équivalente.

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 15/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	AUXILIAIRE MÉDICAL(E)	Date: 16/03/2001

Règles spécifiques en mode remplissage dactylographié

- la police de caractères à utiliser est au format "courrier new" en taille 11,
- Les noms sont écrits en majuscule,
- Les prénoms sont éventuellement en minuscule sauf l'initiale en majuscule,
- Les dates dactylographiées sont centrées dans le champ,
- Le format des dates est JJ MM AAAA avec un espace comme séparateur entre chaque identifiant,
- Les caractères numériques sont cadrés à droite dans le champ,
- Les caractères alphabétiques sont cadrés à gauche dans le champ,
- Les cases à cocher sont marquées en dactylographié par deux croix "XX",
- Les informations structurées sont mises en évidence par un espace délimitant chaque identifiant comme par exemple le numéro d'immatriculation.

Les feuilles de soins ne doivent en aucun être accrochées avec d'autres documents en particulier avec du collant, des trombones ou des agrafes.

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 16/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	AUXILIAIRE MÉDICAL(E)	Date: 16/03/2001

3.1 Pavé « bénéficiaire des soins et assuré(e) (*) »

Nom prénom

OBLIGATOIRE

- format : voir § principes généraux
- données : nom d'usage : faire suivre le nom patronymique de la mention "épouse" ou "veuve" suivi du nom marital

Exemple : MARTIN épouse DURAND Jeanne

ne pas mentionner la notion " M., Mme ou Mle "

le prénom peut être imprimer en majuscules

Numéro d'immatriculation bénéficiaire

FACULTATIF

- condition : le bénéficiaire n'a pas de numéro d'immatriculation
- format : ne pas remplir ce champ

Clé du n° d'immatriculation bénéficiaire

FACULTATIF

- condition : le bénéficiaire n'a pas de numéro d'immatriculation
- format : ne pas remplir ce champ

Numéro d'immatriculation assuré

OBLIGATOIRE

- format : en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, imprimer à l'emplacement du champ
séparer chaque identifiant par un espace
exemple : 1 22 33 44 555 666 ou pour les Corses 1 22 33 2A 555 666

Clé du n° d'immatriculation assuré

OBLIGATOIRE

- format : en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, imprimer à l'emplacement du champ

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 17/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

exemple : 77

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 18/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

Code organisme de rattachement

FACULTATIF

- condition : pas de dispense d'avance des frais par le malade
- format : ne pas remplir ce champ

Code organisme de rattachement

OBLIGATOIRE

- condition : dispense d'avance des frais par le malade
- format : en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, imprimer à l'emplacement du champ
séparer chaque identifiant par un espace
exemple : 01 222 333 4
- données : information "organisme d'affiliation" sur l'attestation VITALE

Date de naissance du bénéficiaire des soins

OBLIGATOIRE

- données : information de la date de naissance du bénéficiaire sur l'attestation VITALE
- format : voir § principes généraux
en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, imprimer à l'emplacement du champ
séparer chaque identifiant par un espace
exemple : 11 12 1999

Rang de naissance

OBLIGATOIRE

- données : information après la date de naissance du bénéficiaire sur l'attestation VITALE
- format : toujours à la valeur "1" sauf pour les jumeaux

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 19/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

Adresse

FACULTATIF

- condition : pas de changement d'adresse ou d'organisme d'assurance maladie
- format : ne pas remplir ce champ

Adresse

OBLIGATOIRE

- condition : changement d'adresse ou d'organisme d'assurance maladie
- format : remplir ce champ
exemple : 7 rue Ampère 75007 PARIS

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 20/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	AUXILIAIRE MÉDICAL(E)	Date: 16/03/2001

3.2 Pavé « *auxiliaire médical(e)* »

Identification de l'**auxiliaire médical(e)**

OBLIGATOIRE

- condition : pré-identification effectuée par l'organisme d'assurance maladie
- format : voir § pavé d'identification

Identification de l'**auxiliaire médical(e)**

FACULTATIF

- condition : pré-identification non effectuée par l'organisme d'assurance maladie
- format : voir § pavé d'identification
en dactylographié, respecter le positionnement et la taille de la police pour
l'impression du numéro d'identification (voir § pavé d'identification)
exemple : => 59 6 31299 1 00 1 20 1 24

Identification de l'**auxiliaire médical(e) remplaçant(e)**

OBLIGATOIRE

- condition : utilisation de la feuille de soins de l'**auxiliaire médical(e)** titulaire avec la pré-identification effectuée par l'organisme d'assurance maladie
- format : barrer d'un trait le nom de l'**auxiliaire médical(e)** titulaire,
ajouter sur la droite le nom de l'**auxiliaire médical(e)** remplaçant(e)
en aucun cas, le numéro d'identification de l'**auxiliaire médical(e)** titulaire ne devra être barré

Auxiliaire médical(e) salarié(e)

FACULTATIF

- condition : actes non effectués par un **auxiliaire médical(e) salarié(e)**
- format : ne pas remplir les 3 champs n° d'identification, spécialité et nom

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 21/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	AUXILIAIRE MÉDICAL(E)	Date: 16/03/2001

Auxiliaire médical(e) salarié(e)

OBLIGATOIRE

- condition : actes effectués par un auxiliaire médical(e) salarié(e) pour le compte d'un employeur
le pavé d'identification comportant le numéro de l'employeur est obligatoire
- données : remplir les 3 champs n° d'identification, spécialité et nom
- format : en manuscrit, respecter les cases, et les majuscules
en dactylographié, imprimer à l'emplacement du champ
séparer chaque identifiant par un espace
exemples : n° d'identification spécialité
59 6 31299 1 24
nom DUPONT

*** ATTENTION : lorsque des actes sont effectués sur un malade pour le compte d'un établissement par plusieurs auxiliaires médicaux salariés, l'établissement doit impérativement établir une feuille de soins par auxiliaire médical(e) salarié(e) en mentionnant son numéro d'identification, sa spécialité et son nom comme définis ci-dessus.**

Prescripteur

OBLIGATOIRE

- condition : tout acte effectué par un auxiliaire médical(e) doit faire l'objet d'une prescription établie par un médecin prescripteur
- données : remplir les 3 champs n° d'identification, spécialité et nom obligatoirement
- format : en manuscrit, respecter les cases, et les majuscules
en dactylographié, imprimer à l'emplacement du champ
séparer chaque identifiant par un espace
exemple : n° d'identification spécialité
59 1 04372 4 01
nom LEVEQUE

 L'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 22/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

Prescription du

OBLIGATOIRE

- condition : l'acte effectué est soumis à une prescription par un médecin
la date de la prescription est obligatoire
- format : voir § principes généraux
en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, imprimer à l'emplacement du champ
séparer chaque identifiant par un espace
exemple : 11 12 1999

Entente préalable du

FACULTATIF

- condition : si l'acte effectué n'est pas soumis à un accord de l'organisme d'assurance maladie
- format : ne pas remplir ce champ

Entente préalable du

OBLIGATOIRE

- condition : si l'acte effectué est soumis à un accord de l'organisme d'assurance maladie
- format : voir § principes généraux
en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, imprimer à l'emplacement du champ
séparer chaque identifiant par un espace
exemple : 11 12 1999

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 23/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	AUXILIAIRE MÉDICAL(E)	Date: 16/03/2001

3.3 Pavé « conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins »

VOIR LE TABLEAU "EXONERATION DU TICKET MODERATEUR" EN ANNEXES

Attention : la Couverture Maladie Universelle n'est pas une exonération du ticket modérateur

Maladie ou maternité ou AT/MP

OBLIGATOIRE

- condition : les soins doivent être en rapport avec 1 seul des 3 cas possibles
1 et 1 seul des 3 champs doit être rempli
par défaut le champ "maladie" est conseillé
- format : cocher un champ comme précisé au § principes généraux

Exonération du ticket modérateur "non" ou "oui"

OBLIGATOIRE

- condition : le champ "maladie" doit être coché
1 et 1 seul des 2 champs doit être rempli
voir tableau "exonération du ticket modérateur" en annexes :
cocher le champ "oui" si les soins sont en rapport avec un des cas du tableau
par défaut le champ "non" est conseillé
- format : cocher le champ comme précisé au § principes généraux
- données : information sur l'exonération à 100% du bénéficiaire sur l'attestation VITALE

Soins en rapport avec ALD ou K $\geq$ 50 ou prévention ou autre FACULTATIF

- condition : le champ exonération ticket modérateur est coché "non"
- format : ne pas remplir ces champs

Soins en rapport avec ALD ou K $\geq$ 50 ou prévention ou autre OBLIGATOIRE

- condition : le champ exonération ticket modérateur est coché "oui"
voir tableau "exonération du ticket modérateur" en annexes :
1 et 1 seul des 4 champs doit être coché

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 24/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

- format : cocher le champ comme précisé au § principes généraux
- données : information sur l'exonération à 100% du bénéficiaire sur l'attestation VITALE

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 25/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

Accident causé par un tiers "non" ou "oui"
OBLIGATOIRE

- condition : le champ maladie doit être coché
les soins ne doivent pas être en rapport avec un accident de la vie privée
1 et 1 seul des 2 champs doit être rempli
par défaut le champ "non" est conseillé
- format : cocher le champ comme précisé au § principes généraux

date d'accident causé par un tiers
FACULTATIF

- condition : le champ accident causé par un tiers est coché "oui"
les soins sont en rapport avec un accident de la vie privée
- format : voir § principes généraux
en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, séparer chaque identifiant par un espace
exemple : 11 12 1999

Soins en rapport avec art. L 115
FACULTATIF

- condition : le champ exonération ticket modérateur est coché "oui"
voir tableau "exonération du ticket modérateur" en annexes :
les soins sont en rapport avec l'affection dont le bénéficiaire est pensionné de guerre
les 4 champs "ALD", "K>=50", "prévention" et "autre" ne doivent pas être cochés
- format : cocher le champ comme précisé au § principes généraux
- données : information sur l'exonération à 100% du bénéficiaire sur l'attestation VITALE

Date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement
FACULTATIF

- condition : le champ maternité doit être coché
- format : voir § principes généraux
en manuscrit, respecter les cases,

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 26/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

en dactylographié, séparer chaque identifiant par un espace

exemple : 11 12 1999

- données : information sur la prise en charge maternité du bénéficiaire sur l'attestation VITALE

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 27/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	AUXILIAIRE MÉDICAL(E)	Date: 16/03/2001

Numéro (AT/MP)

FACULTATIF

- condition : le champ AT/MP doit être coché
le champ date (AT/MP) ne doit pas être rempli
- format : en manuscrit, respecter les cases, et les majuscules
en dactylographié, séparer chaque identifiant par un espace
exemple : 010226 75 3
- données : information prise sur la feuille d'accident du travail établie par l'employeur ou par l'organisme d'assurance maladie
le numéro d'AT est constitué de la date de l'accident à l'envers AAMMJJ + le code CRAM ou département + sa clé issue du calcul suivant :
exemple de n° d'AT du 26 février 2001 dans le département 75

8 premiers chiffres	0	1	0	2
2	6	7	5	
multiplié par				
		1	2	1
1	2	1	2	
égal				
4	2	12	7	10

le total = 37, le complément à la dizaine supérieur est 10 - 7 = 3
la clé est donc 3

ou date (AT/MP)

FACULTATIF

- condition : le champ maternité doit être coché
le champ numéro (AT/MP) ne doit pas être rempli
- format : voir § principes généraux
en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, séparer chaque identifiant par un espace
exemple : 11 12 1999
- données : information prise sur la feuille d'accident du travail établie par l'employeur ou par l'organisme d'assurance maladie

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 28/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

3.4 Pavé « actes effectués »

Dates des actes

OBLIGATOIRE

- format : voir § principes généraux
en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, séparer chaque identifiant par un espace
exemple : 11 12 1999

Codes des actes

FACULTATIF

- condition : le codage des actes n'est pas mis en œuvre
- format : ne pas remplir ce champ

Codes des actes

OBLIGATOIRE

- condition : le codage est mis en œuvre pour chaque lettre clé des actes
- format : remplir ce champ en numérique sur 4 ou 6 chiffres
exemples : 0015 ou 000015

dans les cas d'actes multiples :

- chaque code des actes doit être associé à un acte
- les codes des actes seront séparés avec le signe + entre chaque code

exemples : 0015 + 0017

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 29/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	AUXILIAIRE MÉDICAL(E)	Date: 16/03/2001

Eléments de tarification

OBLIGATOIRE

ne plus porter la mention " R ou HR "

ne pas porter les mentions en clair suivantes :

- "dom ou domicile" mais remplir les colonnes frais de déplacement avec les montants sans inscrire les lettres clé IF ou IK;
- "Férié", "dim ou dimanche" ou "Nuit" mais porter les compléments d'actes F ou N à la suite de l'acte principal et additionner son prix avec celui de l'acte dans la colonne "montant des honoraires".

- données : la lettre clé de l'acte selon le type d'acte et la qualité de celui qui l'exécute
le coefficient de l'acte
les compléments d'actes N (nuit) ou F (fériel ou dimanche) doivent être portés immédiatement à la suite de l'acte
- format : remplir ce champ en alphanumérique
en manuscrit, respecter les cases,
exemples : AIS3 ou AIS3 F ou AMK7 F

➤ cas d'actes multiples

les actes multiples effectués au cours d'une même séance doivent être notés comme suit :

- le premier acte dont le coefficient est le plus important
- suivi du signe + puis le 2^{ème} acte noté à 50% de son coefficient
- immédiatement après le complément de l'acte N ou F

exemples :

AMI4 + AIS3/2 ou AMI4 + AIS3/2 F

Sauf exception, pour certains soins particuliers, les actes multiples sont cumulables et ne donnent pas lieu à réduction :

exemples :

AMI4 + AIS3 ou AMI4 + AMI0,5 + AIS3 F

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 30/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

➤ **cas d'actes en plusieurs temps**

les actes effectués en plusieurs temps au cours d'une même journée (matin et soir) doivent être notés individuellement sur une ligne différente :

exemples :

➤ deux actes infirmiers effectués le matin et le soir ou un dimanche

11/12/1999 AMI4 ou AMI4 F

11/12/1999 AMI4 ou AMI4 F

➤ deux actes infirmiers multiples effectués le matin et le soir

11/12/1999 AMI4 + AIS3/2

11/12/1999 AMI4 + AIS3/2

➤ **cas d'actes en série**

les actes en série effectués sur plusieurs jours doivent être notés individuellement sur une ligne différente :

exemples :

➤ actes infirmiers simples ou multiples effectués sur 5 jours dont un dimanche

10/12/1999 AMI4 F ou AMI4 + AIS3/2 F

11/12/1999 AMI4 ou AMI4 + AIS3/2

12/12/1999 AMI4 ou AMI4 + AIS3/2

13/12/1999 AMI4 ou AMI4 + AIS3/2

14/12/1999 AMI4 ou AMI4 + AIS3/2

➤ actes masseurs simples ou multiples effectués sur 3 jours dont un dimanche

10/12/1999 AMK8 F ou AMK8 + AMK7/2 F

11/12/1999 AMK8 ou AMK8 + AMK7/2

12/12/1999 AMK8 ou AMK8 + AMK7/2

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 31/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	AUXILIAIRE MÉDICAL(E)	Date: 16/03/2001

Montant des honoraires facturés

OBLIGATOIRE

- données : le montant doit être la somme de tous les actes portés dans la colonne "éléments de tarification", y compris les compléments d'actes N ou F
- format : voir § principes généraux
ne pas mentionner les sigles F, Fr, Frs ou Euros
en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, séparer les identifiants francs et centimes par une virgule
exemple :

AMI1 = 1750 ou 17,50
AMI1 N = 6750 ou 67,50

Dépassement

FACULTATIF

- condition : pas de dépassement du montant des honoraires
- format : ne pas remplir ce champ

Dépassement

OBLIGATOIRE

- condition : dépassement du montant des honoraires
- format : remplir ce champ en alphabétique

exemples : DE ou DP ou GR

GR = gratuit, dans ce cas le montant des honoraires ne doit pas être rempli

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 32/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	AUXILIAIRE MÉDICAL(E)	Date: 16/03/2001

Frais de déplacement

FACULTATIF

Colonne I.F.

- condition : pas de déplacement de l'auxiliaire médical(e)
- format : ne pas remplir ce champ

Colonne I.K. (nbre et montant)

- condition : pas de déplacement de l'auxiliaire médical(e)
- format : ne pas remplir les champs "nbre" et "montant"

Colonne DD

- condition : pas de déplacement de l'auxiliaire médical(e)
- format : ne pas remplir ce champ

Frais de déplacement

OBLIGATOIRE

Colonne I.F.

- condition : déplacement effectué par l'auxiliaire médical(e) (en visite)
- format : voir § principes généraux,
ne pas mentionner les sigles F, Fr, Frs ou Euros
possibilité de noter les montants soit en francs sans virgule,
soit en francs et centimes avec une virgule
exemple : 9 ou 9,00
 12 ou 12,00

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 33/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	AUXILIAIRE MÉDICAL(E)	Date: 16/03/2001

Colonne I.K. (nbre et montant)

- condition : déplacement effectué par l'auxiliaire médical(e) (en visite)
- données : le nombre d'indemnités kilométriques sera indiqué après déduction de l'abattement réglementaire
- format : voir § principes généraux
ne pas mentionner les sigles F, Fr, Frs ou Euros
en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, séparer les identifiants francs et centimes par une virgule
exemple : nbre montant
 10 1600 ou 16,00

Colonne DD

- condition : Dépassement pour Déplacement
déplacement effectué par l'auxiliaire médical(e) et non prescrit par le médecin
frais de déplacement facturé au malade mais non pris en charge par l'assurance maladie
- format : remplir ce champ en alphabétique avec la valeur "DD" ou une croix "X"

Cette définition des champs d'une ligne du pavé "actes effectués" est valable également sur la feuille de soins :

- de 1 à 6 lignes maximum en mode de remplissage manuscrit;
- de 1 à 12 lignes maximum en mode de remplissage dactylographié.

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 34/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

3.5 Pavé « règlement »

ATTENTION : lorsque le nombre des actes effectués sur un malade par un(e) auxiliaire médical(e) est supérieur à 12 lignes de tarification, l'auxiliaire doit impérativement établir plusieurs feuilles de soins et ne doit surtout pas effectuer de report de montant avec les feuilles suivantes en mentionnant des libellés "montant partiel", "total général", "sous-total" etc...

Chaque feuille de soins est individuelle et doit posséder son propre montant total correspondant à la somme des honoraires et frais de déplacement éventuels inscrits dans les lignes situées dans le pavé "actes effectués" de cette même feuille.

Montant total en francs

OBLIGATOIRE

- données : le montant doit être la somme de tous les montants portés dans les colonnes numéros 1, 2 et 3 du pavé "actes effectués" en francs
ne pas remplir le champ montant total en euros
- format : voir § principes généraux
ne pas mentionner les sigles F, Fr, Frs ou Francs
ne pas mentionner de "TOTAL GENERAL" ou "REPORT TOTAL" etc...
en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, séparer les identifiants francs et centimes par une virgule
ne pas mettre de séparateur pour les milliers (7.102,00 interdit)
exemples :

11500 ou 115,00
 710200 ou 7102,00

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 35/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

Montant total en euros

FACULTATIF

- condition : tous les montants doivent être portés en euros
la monnaie en euros est mise en service
ne pas remplir le champ montant total en francs
- données : le montant doit être la somme de tous les montants portés dans les colonnes numéros 1, 2 et 3 du pavé "actes effectués" en euros
- format : voir § principes généraux
ne pas mentionner les sigles E ou Euros
ne pas mentionner de "TOTAL GENERAL" ou "REPORT TOTAL" etc...
en manuscrit, respecter les cases,
en dactylographié, séparer les identifiants euros et décimales par une virgule
ne pas mettre de séparateur pour les milliers (1.082,67 interdit)
exemples :

1753 ou 17,53
 108267 ou 1082,67

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 36/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

VOIR LE TABLEAU "DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS" EN ANNEXES

***Information : la Couverture Maladie Universelle est un cas de dispense d'avance des frais,
tout comme le médecin référent ou le tiers payant coordonné***

**L'assuré n'a pas payé la part obligatoire
FACULTATIF**

- condition : l'assuré a payé la totalité des honoraires de l'auxiliaire médical(e)
- format : ne pas remplir ce champ

**L'assuré n'a pas payé la part obligatoire
OBLIGATOIRE**

- condition : l'assuré n'a pas payé la totalité des honoraires de l'auxiliaire médical(e)
le champ "code organisme de rattachement" doit être rempli obligatoirement
l'assuré a bénéficié de la dispense d'avance des frais pour les motifs suivants:
voir tableau "dispense d'avance des frais" en annexes
- format : cocher le champ comme précisé au § principes généraux

**L'assuré n'a pas payé la part complémentaire
FACULTATIF**

- condition : l'assuré a payé la totalité des honoraires de l'auxiliaire médical(e)
le champ "part obligatoire" ne doit pas être rempli
- format : ne pas remplir ce champ

**L'assuré n'a pas payé la part complémentaire
OBLIGATOIRE**

- condition : l'assuré n'a pas payé la totalité des honoraires de l'auxiliaire médical(e)
le champ "part obligatoire" doit être coché obligatoirement
le champ "code organisme de rattachement" doit être rempli obligatoirement
l'assuré a bénéficié de la dispense d'avance des frais pour les motifs suivants:
voir tableau "dispense d'avance des frais" en annexes
- format : cocher le champ comme précisé au § principes généraux

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 37/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

* de manière générale, ne plus mentionner les mentions CMU, DAF+OP+RC,

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 38/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

Signature de l'assuré

OBLIGATOIRE

- format : signature de l'assuré

Absence de signature

FACULTATIF

- condition : l'assuré a porté sa signature sur la feuille de soins
- format : ne pas remplir ce champ

Absence de signature

OBLIGATOIRE

- condition : l'assuré n'est pas en état d'exprimer sa volonté de signer la feuille de soins
- format : cocher le champ comme précisé au § principes généraux

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 39/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

4. ANNEXES

4.1 Exonération du ticket modérateur

EXONERATION UNIQUEMENT POUR LES SOINS EN RAPPORT	CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE	EXONERATION DU TICKET MODERATEUR	MOTIF DE L'EXONERATION
ALD liste	Maladie	OUI	ALD
ALD hors liste	Maladie	OUI	ALD
Poly-pathologies invalidantes	Maladie	OUI	ALD
Actes de spécialités affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 50	Maladie	OUI	K>=50
Campagne nationale de prévention	Maladie	OUI	PREVENTION
Affection pour laquelle le malade est pensionné de guerre	Maladie	OUI	Art. L115
Diagnostic ou traitement de la stérilité	Maladie	OUI	AUTRE

EXONERATION GLOBALE POUR TOUS TYPES DE SOINS	CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE	EXONERATION DU TICKET MODERATEUR	MOTIF DE L'EXONERATION
Pension d'invalidité	Maladie	OUI	AUTRE
Pension militaire	Maladie	OUI	AUTRE
Fonds de solidarité vieillesse (FNS)	Maladie	OUI	AUTRE
Rente AT ou MP pour une incapacité >= 66,66%	Maladie	OUI	AUTRE
Soins hors maternité à partir du 6° mois de grossesse	Maladie	OUI	AUTRE
Mineurs victimes de sévices sexuels	Maladie	OUI	AUTRE
Soins en établissement de santé dans les 30 premiers jours de la vie	Maladie	OUI	AUTRE
Traitement des enfants et adolescents handicapés en éducation spécialisée	Maladie	OUI	AUTRE

CAS PARTICULIERS D'EXONERATION DU TICKET MODERATEUR		
Maternité	Maternité	Date début de grossesse ou d'accouchement
Accident du travail	AT / MP	Numéro ou date de l'accident
Maladie Professionnelle	AT / MP	Date de la maladie

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 40/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS-AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

4.2 Dispense d'avance des frais

SOINS EN RAPPORT	PART PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE	L'ASSURE N'A PAS PAYE LA PART	
		OBLIGATOIRE	COMPLEMENTAIRE
CMU Avec paiement unique	Obligatoire et complémentaire	X	X
CMU Sans paiement unique	obligatoire seule	X	
Tiers Payant coordonné avec paiement unique	obligatoire et complémentaire	X	X
Tiers Payant Sans paiement unique	obligatoire seule	X	
Maladie Avec exonération du ticket modérateur = OUI	obligatoire seule	X	
Maternité Prise en charge à 100%	obligatoire seule	X	
Accident du Travail Pris en charge à 100%	obligatoire seule	X	
Maladie Professionnelle Prise en charge à 100%	obligatoire seule	X	

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 41/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS- AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 42/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS- AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 43/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS- AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 44/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS- AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001

 l'Assurance Maladie	NORME DE REMPLISSAGE	Page : 45/39
	<i>Feuille de soins</i>	Réf.: NORME-FS- AUX-01-04.doc
	<i>AUXILIAIRE MÉDICAL(E)</i>	Date: 16/03/2001