



## ANNEXES

### DU MANUEL DE PRISE EN MAIN

### LOGICIEL TELEVITALE

### Agréé SESAM VITALE 1.40

TELEVITALE  
Le Gamma  
95 Avenue des Logissons  
13770 VENELLES  
Tél. 04.42.54.91.91  
Fax 04.42.54.91.84

Hot line 04 42 54 91 92 de 9H à 17H30  
E-mail [televitale@televitale.fr](mailto:televitale@televitale.fr)  
Site Internet <http://www.televitale.fr>

# Sommaire

1) INTRODUCTION.....	4
2) UTILISATION DES LISTES .....	5
3) UTILISATION DE LA MESSAGERIE INTERNE .....	7
4) ONGLET ALARME DE LA FICHE PATIENT .....	9
5) ONGLET COURRIER DE LA FICHE PATIENT .....	10
6) ONGLET CONSULTATION MEDECIN DE LA FICHE PATIENT.....	12
7) ONGLET ORDONNANCE INFIRMIERE / KINESITHERAPEUTE DE LA FICHE PATIENT .....	15
8) GESTION DES DOCUMENTS DU PATIENT OU DU PROFESSIONNEL .....	20
9) FACTURATION AIDE MEDICALE D'ETAT DE BASE .....	27
10) FACTURATION ACTE HORS NOMENCLATURE.....	30
11) FACTURATION CMU .....	31
12) FACTURATION MATERNITE.....	33
13) FACTURATION ALSACE MOSELLE.....	34
14) FACTURATION DE LA PART COMPLEMENTAIRE VIA LE REGIME OBLIGATOIRE.....	35
15) FACTURATION DE LA PART COMPLEMENTAIRE AVEC UNE DRE .....	37
16) FACTURATION EN MODE DESYNCHRONISE .....	39
17) LE TRAITEMENT DES REJETS DE FACTURES.....	42
18) LE TRAITEMENT DES REJETS DE DRE (DEMANDE DE REMBOURSEMENT ELECTRONIQUE) .....	44
19) INTERROGATION ET RELANCE DES COMPTES .....	45
20) STATISTIQUES .....	49
21) LES REQUETES.....	52

<b>22) MISE EN SOMMEIL.....</b>	<b>54</b>
<b>23) IMPRESSION DES BORDEREAUX POUR LES COMPLEMENTAIRES.....</b>	<b>55</b>
<b>24) L'ARCHIVAGE .....</b>	<b>56</b>
<b>25) ADMINISTRATION DES DROITS.....</b>	<b>59</b>
<b>26) LISTE DES SPECIALITES .....</b>	<b>62</b>
<b>27) LES SERVICES DE TARIFICATION SPECIFIQUES.....</b>	<b>64</b>
<b>28) RAPPORT D'ACTIVITE CENTRE DE SANTE INFIRMIERS .....</b>	<b>71</b>
<b>29) RAPPORT D'ACTIVITE CENTRES POLYVALENT – MEDICAUX - DENTAIRES .....</b>	<b>77</b>

## **1) INTRODUCTION**

Ce document contient les annexes à la documentation, qui vous permettront d'approfondir le fonctionnement du logiciel.

L'annexe 2) décrit la recherche dans les listes.

Les annexes 4) 5) 8) 6) 7) décrivent les différents onglets de la fiche du patient.

Les annexes 9) 10) 11) 12) 13) 14) 15) 16) détaillent la facturation de cas particuliers.

Les annexes 17) et 18) expliquent les procédures à mettre en œuvre pour traiter les rejets.

Les annexes 20) et 21) présentent les statistiques pour analyser votre activité.

Et enfin, les annexes 22) et 24) décrivent les traitements à réaliser sur les anciens dossiers.

## 2) UTILISATION DES LISTES

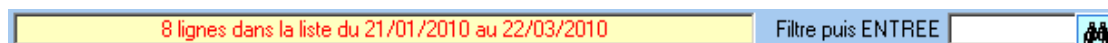
Dans les listes, Les en-têtes de colonnes permettent de repérer et trier les colonnes. Un clic sur un en-tête trie les valeurs de la colonne correspondante par ordre croissant. Un deuxième clic sur le même en-tête effectuera un tri par ordre décroissant. L'en-tête de la colonne triée est signalé par des caractères gras. Pour rechercher une information vous pouvez utiliser le filtre ou la recherche multicritère

### a) Le filtre

Il est possible rechercher rapidement une information dans une liste en saisissant les premières lettres de l'information à rechercher dans la zone Filtre (zone en bas des listes). Par exemple, dans la liste des patients, si vous saisissez dans la zone Filtre, les lettres DU, vous obtiendrez uniquement les patients dont le nom débute par DU. La recherche s'effectue sur la colonne triée (le nom de la colonne apparaît en gras). Si vous souhaitez effectuer une recherche sur une autre colonne cliquez sur le nom de la colonne et tapez ensuite dans la zone filtre l'information recherchée.

Dans les listes contenant des dates (par exemple journal des factures), par défaut le logiciel limite la recherche sur les 60 derniers jours. Si souhaitez poursuivre la recherche sans limitation dans le temps, vous devez cliquer sur l'icône en forme de jumelles

Remarque : la limite de la période de recherche par défaut peut être modifiée en utilisant l'onglet Divers de la rubrique Options du menu Outils. Plus la période est courte, plus l'ouverture de la liste sera rapide. L'image ci-dessous montre un exemple de la zone de recherche lorsqu'elle est limitée dans le temps.



### b) La recherche simple

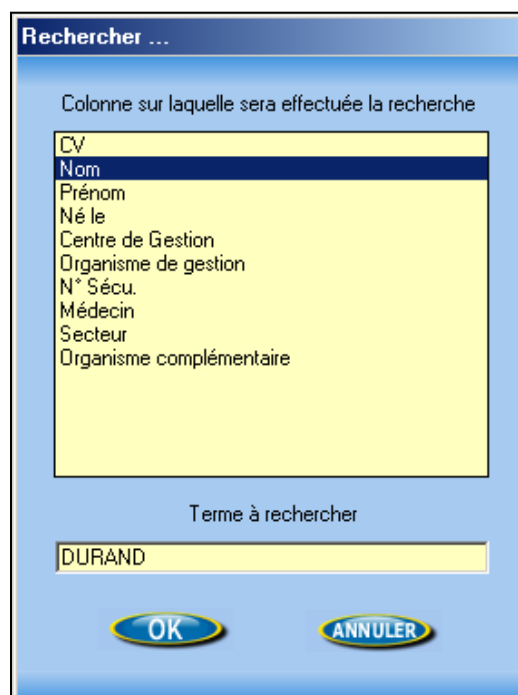
Pour utiliser la recherche simple il faut cliquer dans le bandeau de droite, sur le bouton *Rechercher* et choisir *simple*.

Dans la fenêtre « Rechercher », ci contre :

- sélectionnez la colonne sur laquelle porte votre recherche
- saisissez le mot (ou le début du mot) à rechercher dans la rubrique « terme à rechercher ».
- cliquez sur Ok pour lancer la recherche

Remarque : la recherche peut s'appliquer sur tout type de colonne :

- du texte (nom d'un patient par exemple)
- un montant
- une date



### c) La recherche multicritères

Pour utiliser la recherche multicritères il faut cliquer dans le bandeau de droite, sur le bouton *Rechercher* et choisir *Multicritères*.

La fenêtre Rechercher se décompose en 3 parties : la partie critères de recherche, la partie critères de tri, les boutons de validation (Charger, Sauver, OK, Annuler)

#### Utilisation de la partie critères de recherche

- Cliquez sur le bouton Ajouter, pour ajouter un critère de recherche, puis choisissez la donnée à rechercher et choisissez l'opérateur de recherche :

Opérateur	Signification
~	Début par
=	Egale
<>	Différent
>	Supérieur
<	Inférieur
>=	Supérieur ou égal
<=	Inférieur ou égal

- Tapez la valeur à rechercher
- Pour ajouter un second critère de recherche, cliquez à nouveau sur ajouter, choisissez la condition ET / OU et procédez de la même façon que le premier critère de recherche

#### Utilisation de la partie critères de tri

- Cliquez sur le bouton Ajouter, pour ajouter un critère de tri
- Choisissez la donnée à trier
- Choisissez l'ordre de tri (croissant et décroissant)
- Pour ajouter un second critère de tri, cliquez à nouveau sur ajouter, et procédez de la même façon que le premier critère de tri

#### Les boutons de validation

Le bouton sauver permet d'enregistrer la recherche, afin de la réutiliser ultérieurement. Donnez un nom à votre recherche et cliquez sur le bouton Enregistrer. Pour utiliser une recherche déjà enregistrée, choisissez le bouton charger.

Exemple : dans le journal des factures pour rechercher les factures du mois de mars 2010 il faut indiquer :

The screenshot shows a software interface for defining search and sort criteria. It is divided into two main sections: 'Critères de recherche' (Search criteria) and 'Critères de tri' (Sort criteria).  
In the 'Critères de recherche' section, there are two rows of criteria. The first row has 'Date facture' selected in the 'Donnée à rechercher' dropdown, '>=' in the operator dropdown, and '01/03/2010' in the 'Valeur à rechercher' text box. The second row has 'Date facture' in the dropdown, '<=' in the operator dropdown, and '31/03/2010' in the text box. A dropdown menu between the rows shows 'ET' selected. To the right of these rows are 'Ajouter' and 'Supprimer' buttons.  
In the 'Critères de tri' section, there is one row with 'Date facture' in the 'Donnée à trier' dropdown and 'Croissant' in the 'Ordre de tri' dropdown. To the right is another 'Ajouter' and 'Supprimer' button.  
At the bottom of the dialog, there are four buttons: 'Charger', 'Sauver', 'OK', and 'ANNULER'.

### 3) UTILISATION DE LA MESSAGERIE INTERNE



La messagerie intégrée dans le logiciel vous permet :

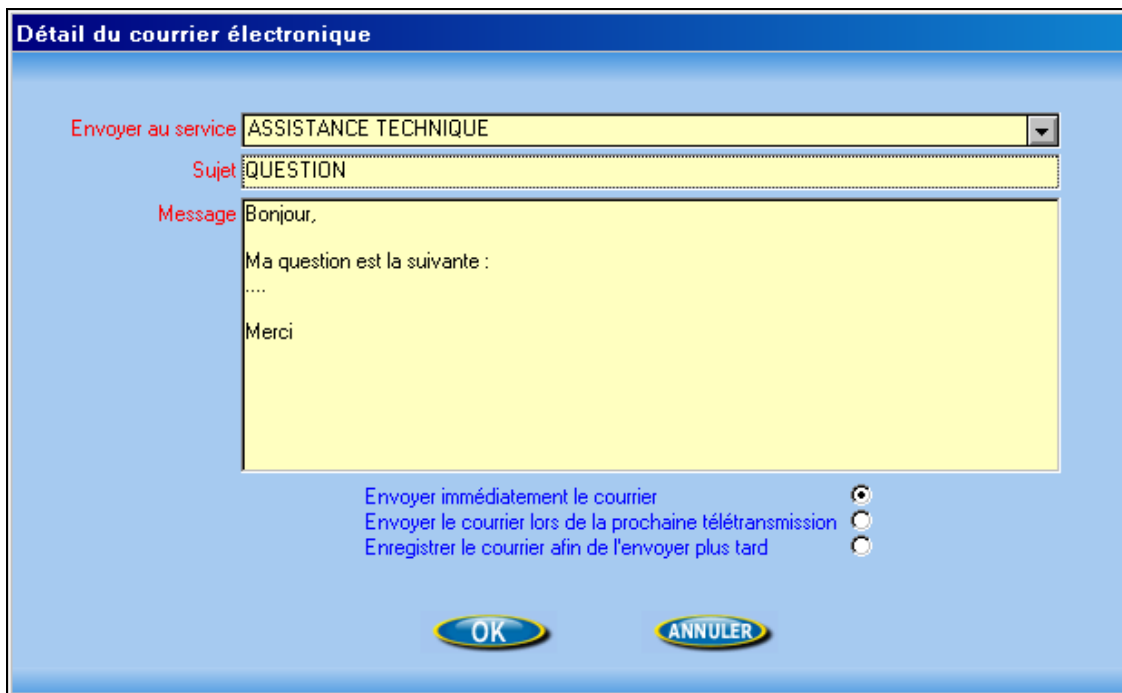
- de recevoir directement dans votre logiciel des bulletins électroniques envoyés par notre société concernant les évolutions réglementaire et techniques, la disponibilité d'une mise à jour du logiciel, la présentation de nouveaux matériels et l'envoi de fiches pratiques. Avec ce système, vous êtes assurés de ne pas recevoir des publicités, des spams ou des courriers en provenance d'autres sociétés.
- d'envoyer facilement un message à l'ensemble des services de notre société pour :
  - o poser vos questions ou soumettre vos remarques au service technique
  - o interroger votre conseiller commercial pour une proposition ou un renseignement
  - o solliciter le service administratif pour obtenir des informations ou des documents

Remarque : Cette messagerie n'a aucun lien avec votre boîte aux lettres destinée à l'envoi des FSE et à la réception des ARL. Vos télétransmissions continuent de fonctionner de la même manière. Ce service de messagerie ne se substitue pas à notre assistance téléphonique mais la prolonge.

#### a) Envoi d'un message

Pour envoyer un message, procédez de la façon suivante :

- Dans la barre d'outils, cliquez sur  (ou sur  pour les utilisateurs du tableau de bord)
- Dans la liste des messages envoyés, cliquez sur le bouton « créer », choisissez le destinataire et tapez votre texte
- Indiquez si le courrier doit être envoyé immédiatement ou à la prochaine télétransmission et cliquez sur le bouton OK. Le logiciel vous confirmera ensuite le nombre de messages envoyés.



**Détail du courrier électronique**

Envoyer au service ASSISTANCE TECHNIQUE

Sujet QUESTION

Message Bonjour,  
Ma question est la suivante :  
....  
Merci

Envoyer immédiatement le courrier

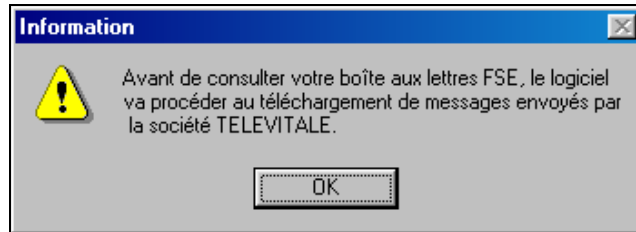
Envoyer le courrier lors de la prochaine télétransmission

Enregistrer le courrier afin de l'envoyer plus tard



OK ANNULER

#### b) Réception d'un message

La réception des messages envoyés par TELEVITALE et des réponses à vos questions, est effectuée automatiquement lors de la télétransmission ou de la consultation de la boîte aux lettres FSE. Si des messages vous sont destinés, le logiciel vous indiquera :




Toutefois si vous souhaitez réceptionner les messages, sans télétransmettre de factures, procédez de la façon suivante :

- Dans la barre d'outils, cliquez sur  (ou sur  pour les utilisateurs du tableau de bord)
- Dans la liste des messages envoyés, cliquez sur le bouton « Recevoir »,

Les messages reçus sont systématiquement stockés dans logiciel, vous pouvez les lire immédiatement ou de manière différée et également les consulter de nouveau en procédant de la façon suivante :

- Dans la barre d'outils, cliquez sur  (ou sur  pour les utilisateurs du tableau de bord)
- Dans la liste des messages reçus, sélectionnez le message, et cliquez sur le bouton « Consulter ».

Remarque :

Si certains messages reçus n'ont pas été lus, le logiciel vous le signalera par la présence de l'icône " lettre ouverte" dans la barre d'outils. 



## 4) ONGLET ALARME DE LA FICHE PATIENT

Un système de rappels et d'alarmes par feu tricolore est disponible dans la fiche patient et dans la facture. Pour un patient, l'absence de rappel et d'alarme est signalée par un feu vert.

The screenshot shows a software interface for patient records. At the top, there are several tabs: 'Assuré', 'Adresses', 'AMC', 'Bloc-Notes', 'Alarmes', 'Consultations', and 'Courriers'. The 'Assuré' tab is selected. Below the tabs, there is a section for 'Etat civil' (Civil Status) with a vertical column of three colored circles (white, yellow, green) on the left. The form contains the following fields: 'Civilité' (Madame), 'Sexe' (F), 'Nom Patronymique' (FACTICE), 'Nom de jeune fille' (empty), and 'Prénom' (CARTE).

En cliquant sur le feu tricolore vous accédez à la fenêtre de saisie des alarmes (onglet alarme)

The screenshot shows a window for managing alarms, divided into two panes. The left pane is titled 'Rappel' and contains a text area with the placeholder 'Notez ici votre rappel' and an 'Effacer' button. The right pane is titled 'Alarmes' and features a vertical column of three colored circles (red, yellow, white) on the left. It contains a table with two columns: 'Niveau' and 'Libellé'. The first row shows '1' in the 'Niveau' column and 'AIDE MEDICALE D'ETAT' in the 'Libellé' column. Below the table are three buttons: 'Ajouter', 'Retirer', and 'Gérer les libellés'.

Si vous saisissez uniquement un rappel, le feu tricolore sera orange (dans le premier onglet de la fiche patient et dans la facture). Pour ajouter une alarme à votre patient, cliquez sur le bouton « **ajouter** » et sélectionnez le libellé. Ainsi le feu passera au rouge. Il est possible d'affecter plusieurs alarmes à un patient avec des niveaux différents (allant de 1 à 3). Dans ce cas le logiciel affichera la liste par niveau croissant d'alarme.

Initialement, le logiciel est livré avec les 2 alarmes suivantes : « *pas de médecin traitant déclaré* » et « *Aide médicale d'état* », mais vous pouvez ajouter d'autres libellés, en cliquant sur le bouton « *Gérer les libellés* » :

- dans la liste des libellés, cliquez sur le bouton créer
- saisissez le libellé dans la fenêtre suivante

The screenshot shows a dialog box titled 'Detail du libellé de l'alarme'. It has a blue header and a light blue background. In the center, there is a large, empty yellow rectangular text input field. At the bottom of the dialog, there are two buttons: 'OK' and 'ANNULER'.

- dans la liste des libellés, cliquez sur le bouton fermer. Cette nouvelle alarme pourra être également affectée aux autres patients.

### Remarque :

- Le bouton « **Retirer** » permet de retirer l'alarme du patient. L'alarme est à titre indicatif, elle ne bloque aucune fonction du logiciel (facturation, télétransmission,...)
- Si vous souhaitez que l'onglet alarme s'active lors de l'ouverture de la fiche patient, cochez la case « afficher l'alarme à l'ouverture des fiches patients »

## 5) ONGLET COURRIER DE LA FICHE PATIENT

Pour accéder aux courriers, modifiez un patient et sélectionnez l'onglet courriers. Cet onglet contient la liste des courriers pour le patient sélectionné. Vous pouvez réaliser et imprimer des documents à partir de modèles. Vous pouvez également réaliser vos propres modèles ou bien modifier les modèles existants.

### a) Les courriers

#### Pour réaliser un courrier à partir d'un modèle existant

- Cliquez sur le bouton *Ajouter* dans la liste des courriers
- Faites un double clic, dans la colonne « modèles de document », sur le modèle choisi
- Modifiez éventuellement l'objet de votre courrier, dans la rubrique objet
- Cliquez avec le bouton droit de votre souris dans la zone « Contenu du document » pour agrandir le document
- Tapez votre texte dans le cadre « Contenu du document »
- Cliquez avec le bouton droit de votre souris dans la zone « Contenu du document » pour Annuler le zoom
- Cliquez sur le bouton *Imprimer* pour imprimer votre document
- Cliquez sur OK pour enregistrer votre courrier

#### Pour modifier un courrier existant

- Sélectionnez le courrier à modifier dans la liste des courriers
- Cliquez sur le bouton *modifier*
- Cliquez avec le bouton droit de votre souris dans la zone « Contenu du document » pour agrandir le document
- Tapez votre texte dans le cadre « Contenu du document »
- Cliquez avec le bouton droit de votre souris dans la zone « Contenu du document » pour Annuler le zoom
- Cliquez sur le bouton *Imprimer* pour imprimer votre document
- Cliquez sur OK pour enregistrer votre courrier

#### Pour suppression d'un courrier existant

- Sélectionnez le courrier à supprimer dans la liste des courriers
- Cliquez sur le bouton *supprimer*

### b) Les modèles de courrier

#### Pour réaliser un modèle de courrier

- Cliquez sur le bouton *Ajouter* dans la liste des courriers
- Cliquez sur le bouton *Ajouter* (en bas de la colonne « modèles de document ») pour ajouter un nouveau modèle
- Tapez le nom du modèle dans la rubrique « nom du modèle »
- Tapez votre texte dans le cadre « Contenu du document »
- Vous pouvez insérer, dans votre texte, les rubriques situées dans la colonne « Champ », en faisant un double clic sur la rubrique choisie. Lors de la réalisation d'un document basé sur ce modèle, les rubriques seront remplacées par leur valeur. Exemple : #date\_jour\_courte# sera remplacé par la date du jour. La signification des rubriques est indiquée en bas de la fenêtre dans le cadre « légende du champ »
- Cliquez sur OK, dans la fenêtre « Détails sur le modèle » pour enregistrer votre modèle
- Cliquez sur Annuler dans la fenêtre « Détails sur le courrier »

#### Pour modifier un modèle de courrier

- Cliquez sur le bouton *Ajouter* dans la liste des courriers
- Sélectionnez dans la colonne « modèles de document », le modèle à modifier.

- Cliquez sur le bouton *Modifier* (en bas de la colonne « modèles de document ») pour modifier le modèle
- Tapez votre texte dans le cadre « Contenu du document »
- Cliquez sur OK, dans la fenêtre « Détails sur le modèle » pour enregistrer votre modèle
- Cliquez sur Annuler dans la fenêtre « Détails sur le courrier »

#### Pour supprimer un modèle

- Cliquez sur le bouton *Ajouter* dans la liste des courriers (onglet courriers de la fiche du patient)
- Sélectionnez dans la colonne « modèles de document », le modèle à supprimer.
- Cliquez sur le bouton *supprimer* (en bas de la colonne « modèles de document »)
- Cliquez sur Annuler dans la fenêtre « Détails sur le courrier »

#### Remarque

- Les modèles sont communs à tous les membres du cabinet

#### c) Utilisation de la barre d'outils

Lorsque votre texte est en surbrillance vous pouvez lui appliquer des styles en utilisant la barre d'outils.



Type de caractère	Taille du caractère	Style des caractères	Alignement Dans l'ordre :	Interligne : Dans l'ordre :	Non utilisé	Couleur du texte
Cliquez sur le triangle pointe en bas pour choisir	Cliquez sur le triangle pointe en bas pour choisir	B = Gras / = Italique U = Souligné K = Barré	A gauche Centré A droite Justifier	Simple 1,5 ligne Double		

#### d) En-tête des documents

Lorsque vous imprimez un courrier, le logiciel va ajouter automatiquement un en-tête sur chaque page. Vous pouvez modifier l'en-tête, en allant dans le menu Outils- Options, onglet En-tête Doc. Le fonctionnement du traitement de texte est identique au traitement de texte de l'onglet courriers de la fiche du patient

Cliquez sur OK pour enregistrer votre en-tête

Remarque : Il faut répéter l'opération pour chaque membre du cabinet

## **6) ONGLET CONSULTATION MEDECIN DE LA FICHE PATIENT**

La saisie d'une consultation et la rédaction d'une ordonnance s'effectuent à partir de l'onglet consultation de la fiche du patient.

Cet onglet contient la liste des consultations déjà enregistrées et 4 boutons :

- le bouton *ajouter* permet l'ajout d'une consultation
- le bouton *modifier* permet la modification ou la re-impression d'une consultation existante
- le bouton *supprimer* permet de supprimer définitivement une consultation existante
- le bouton *renouveler* permet de copier une consultation existante puis de la modifier

La rédaction d'une ordonnance peut être manuelle ou guidée avec le dictionnaire Vidal sur. A partir du dictionnaire Vidal on peut obtenir les informations suivantes sur un médicament :

- Formes et présentations
- Compositions
- Indications
- Posologie et mode d'administration
- Mises en garde et précautions d'emploi
- Interactions
- Contre indications
- Grossesse et allaitement
- Conduite et utilisation de machines
- Effets indésirables
- Surdosage
- Pharmacodynamie
- Pharmacocinétique
- Conditions particulières de conservation
- Renseignement administratif

## a) Détail de la saisie d'une consultation

**Détails sur la consultation**

**1. Objet**  
Saisir dans ces rubriques, une date, un résumé et un objet. Seul la date est obligatoire.

**2. Recherche**  
Pour rechercher un médicament dans la base Vidal, taper son nom puis cliquer sur le bouton *rechercher*.

**3. Interrogation**  
Pour rechercher une information dans le Vidal, sélectionner une rubrique (contre indications par exemple), puis cliquer sur le ?. Voir résultat obtenu ci après.

**4. Rédaction ordonnance**  
Cliquer sur le bouton *copier*, pour ajouter le médicament sélectionné dans l'ordonnance. Puis saisissez la posologie manuellement ou l'aide de l'assistant.

**5. Le bouton *imprimer* lance l'impression au choix de l'utilisateur**

- de l'ordonnance et du duplicata
- de l'ordonnance seulement
- du duplicata seulement

**6. Le bouton OK** enregistre la consultation.

Ces onglets permettent de rédiger des documents concernant la consultation (hors médicaments)

Zone de saisie de l'ordonnance. La saisie peut être libre ou assister en utilisant la recherche et le bouton copier

**Détails sur la consultation**

Résumé de la consultation  
Date: 28/11/2005  
Résumé: [zone de saisie]

Objet de la consultation  
[zone de saisie]

Médicament à rechercher: toplexil [Rechercher]

Résultat (double clic pour obtenir conditionnement):  
TOPLEXIL 0,33 mg/ml sirop : FI/150ml av gob dos

Interrogation de MediaVidal®  
Rubrique(s) à afficher: 01: Contre-indications  
Fond documentaire: 2: Vidal

Ordonnance  
Pharmacie | Examens paracliniques | Etablissements | Autre

TOPLEXIL 0,33 mg/ml sirop : FI/150ml av gob dos  
Prendre 1 cuillère à café le matin, le midi, le soir pendant 5 jours tous les jours

>>> Copier | Imprimer | Dico VIDAL® | Posologie | Bi-Zone

b) Assistant posologie

Pour saisir la posologie, vous pouvez utiliser l'assistant en cliquant sur les colonnes ou saisir directement la posologie dans la rubrique en bas de la fenêtre

Action	Qté	Forme	Moment prise	Durée			Fréquence			
Appliquer	1	1	ampoule	le matin	1	1	heure	1	1	minute
Avaler	2	2	boite	le midi	2	2	jour	2	2	heure
Boire	3	3	bouffée	le soir	3	3	semaine	3	3	jour
Faire	4	4	capsule	au lever	4	4	mois	4	4	semaine
Prendre	5	5	comprimé	au coucher	5	5		5	5	mois
Utiliser	6	6	cuillère à café		6	6		6	6	
	7	7	cuillère à soupe		7	7		7	7	
	8	8	gélule		8	8		8	8	
	9	9	goutte		9	9		9	9	
	10	10	la crème		10	10		10	10	
	¼		la pommade							
	½		ovule							
¾		pulvérisation								
		sachet								
		suppositoire								

Prendre 1 cuillère à café le matin, le midi, le soir pendant 5 jours tous les jours

OK Annuler

c) Exemple de contre indication fournie par le Vidal

TOPLEXIL 0,33 mg/ml sirop : FI/150ml av gob dos - Vidal - 22/04/2005

**DC CONTRE-INDICATIONS** ([début page](#))

**Absolues :**

- Hypersensibilité à l'un des constituants, notamment aux antihistaminiques.

En raison de la présence d'oxomémazine :

- Antécédents d'agranulocytose.
- Risque de rétention urinaire liée à des troubles uréthrostatiques.
- Risque de glaucome par fermeture de l'angle.

**Relatives :**

- Pendant le premier trimestre de la grossesse et en cas d'allaitement.
- Sultopride : cf Interactions.

## **7) ONGLET ORDONNANCE INFIRMIERE / KINESITHERAPEUTE DE LA FICHE PATIENT**

### a) Dispositifs médicaux pouvant être prescrits par une infirmière

Les dispositifs médicaux pouvant être prescrits par un infirmier sont définis au journal officiel du 14 avril 2007. Voir [http://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?cidTexte=JORFTEXT000000461479](http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?cidTexte=JORFTEXT000000461479)

Le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) précise « Deux cas de prescription sont à distinguer :

#### Premier cas de prescription

*L'infirmière peut prescrire à son patient les dispositifs médicaux suivants, sous réserve de remplir les trois conditions suivantes :*

- 1 - L'infirmière agit pendant la durée d'une prescription médicale d'une série d'actes infirmières.*
- 2 - L'infirmière agit dans le cadre de sa compétence.*
- 3 - Il n'existe pas d'indication contraire du médecin.*

- *Articles pour pansement :*
  - *Compresses stériles ou non.*
  - *Filet tubulaire de maintien des pansements, élastique ou non.*
  - *Jersey tubulaire de maintien des pansements, élastique ou non.*
  - *Bandes de crêpe et de maintien : coton, laine, extensible.*
  - *Coton hydrophile, gaze et ouate.*
  - *Sparadraps élastique et non élastique.*
- *Cerceaux pour lit de malade.*
- *Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil urogénital :*
  - *Etui pénien, joint et raccord.*
  - *Plat bassin et urinal.*
  - *Dispositifs médicaux et accessoires communs pour incontinents urinaires, fécaux et stomisés : poches, raccord, filtre, tampon, supports avec ou sans anneau de gomme, ceinture, clamp, pâte pour protection péristomiale, ceinture, tampon absorbant, bouchon de matières fécales, ceinture, collecteur d'urines.*
  - *Dispositifs pour colostomisés pratiquant l'irrigation.*
  - *Nécessaire pour irrigation colique.*
  - *Sondes vésicales pour autosondage et hétérosondage.*
- *Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile :*
  - *Appareils et accessoires pour perfusion à domicile :*
    - *appareil à perfusion stérile non réutilisable ;*
    - *panier de perfusion ;*
    - *perfuseur de précision ;*
    - *accessoires à usage unique de remplissage du perfuseur ou du diffuseur portable ;*
    - *accessoires à usage unique pour pose de la perfusion au bras du malade en l'absence de cathéter implantable : aiguille épicroténienne, cathéter périphérique, prolongateur, robinet à trois voies, bouchon Luer Lock, adhésif transparent.*
  - *Accessoires nécessaires à l'utilisation d'une chambre à cathéter implantable ou d'un cathéter central tunnelisé :*
    - *aiguilles nécessaires à l'utilisation de la chambre à cathéter implantable ;*
    - *aiguille, adhésif transparent, prolongateur, robinet à trois voies.*
  - *Accessoires stériles, non réutilisables, pour hépariner : seringues ou aiguilles adaptées, prolongateur, robinet à 3 voies.*
  - *Pieds et potences à sérum à roulettes.*

#### Second cas de prescription

Si l'infirmière remplit les trois conditions prévues dans le 1er cas de prescription et qu'en outre elle a au préalable informé le médecin traitant, l'infirmière peut également prescrire les dispositifs médicaux suivants :

- *Matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres en mousse de haute résilience type gaufrier.*
- *Coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc.*
- *Pansements hydrocolloïde, hydrocellulaire, en polyuréthane, hydrofibre, hydrogel, siliconés.*
- *Pansements d'alginate, à base de charbon actif, vaselinés, à base d'acide hyaluronique.*
- *Sonde naso-gastrique ou naso-entérale pour nutrition entérale à domicile.*

*Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, bas de contention.*

*Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique, accessoires pour lecteur de glycémie et autopiqueurs : aiguilles, bandelettes, lancettes, aiguille adaptable au stylo injecteur non réutilisable et stérile. »*

## b) Dispositifs médicaux pouvant être prescrits par un masseur-kinésithérapeute

Les dispositifs médicaux pouvant être prescrits par un kinésithérapeute sont définis au journal officiel du 13 janvier 2006. Voir [http://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?cidTexte=JORFTEXT000000635168](http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?cidTexte=JORFTEXT000000635168)

Le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) précise « sous réserve de remplir les conditions suivantes :

1. *Le masseur-kinésithérapeute agit dans le cadre de sa compétence.*
2. *Il n'existe pas d'indication contraire du médecin.*

*Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire à leur patient les dispositifs médicaux suivants :*

- *Appareils destinés au soulèvement du malade : potences et soulève-malades.*
- *Matelas d'aide à la prévention d'escarres en mousse de haute résilience type gaufrier.*
- *Coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc.*
- *Barrières de lits et cerceaux.*
- *Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur.*
- *Fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe I, à la location pour des durées inférieures à 3 mois.*
- *Attelles souples de correction orthopédique de série.*
- *Ceintures de soutien lombaire de série et bandes ceintures de série.*
- *Bandes et orthèses de contention souple élastique des membres de série.*
- *Sonde ou électrode cutanée périnéale pour électrostimulation neuromusculaire pour le traitement de l'incontinence urinaire.*
- *Collecteurs d'urines, étuis péniliens, pessaires, urinal.*
- *Attelles souples de posture et/ou de repos de série.*
- *Embouts de cannes.*
- *Talonnettes avec évidement et amortissantes.*
- *Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe.*
- *Pansements secs ou étanches pour immersion en balnéothérapie. »*

## c) Fonctionnement

L'onglet « ordonnance » de la fiche du patient permet la rédaction et l'impression d'ordonnances.

Dans cet onglet :

- le bouton *ajouter* permet la création d'une ordonnance
- le bouton *modifier* permet la modification ou la re-impression d'une ordonnance existante
- le bouton *supprimer* permet de supprimer définitivement une ordonnance existante

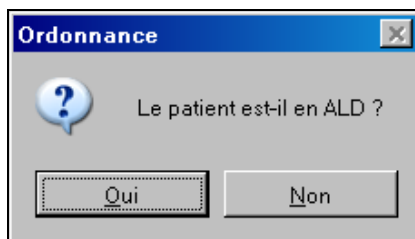


- le bouton *renouveler* permet de copier une ordonnance existante puis de la modifier

Deux modèles d'ordonnance sont disponibles :

- pour les patients sans ALD, l'ordonnance comporte une seule zone de saisie
- pour les patients en ALD, l'ordonnance est divisée en 2 zones « soins conformes au protocole ALD » et « soins non conformes au protocole ALD »

Lorsque vous cliquez sur le bouton *ajouter*, le logiciel détermine automatiquement par rapport à la carte vitale le modèle d'ordonnance à utiliser. Si le patient a été créé sans la carte vitale, le logiciel n'étant pas capable de déterminer l'exonération du patient, vous obtiendrez la question ci-dessous :



Dans l'écran « détail de l'ordonnance » (voir écran page suivante), pour saisir les dispositifs, procédez de la façon suivante

- cliquez sur le bouton *ajouter*
- choisissez avec l'assistant

Dans l'écran « choix du dispositif médical » (voir écran page suivante)

- sélectionnez la famille
- sélectionnez le dispositif médical
- indiquez la quantité et une éventuellement annotation et précisez si le dispositif est remboursable ou non par les caisses d'assurance maladie.

Lorsque vous avez terminé la saisie des dispositifs, cliquez sur le bouton *imprimer* et sélectionnez « ordonnance et duplicata », puis enregistrez votre ordonnance et cliquant sur OK

Remarque : les prix des dispositifs sont donnés à titre indicatif.

#### d) Réserves

Les dispositifs médicaux proposés dans l'assistant vous sont donnés à titre informatif. Chacun comprendra que la liste des produits et prestations remboursables fait l'objet d'une évolution quotidienne à la fois de la part de l'assurance maladie et des industriels. Le professionnel reste seul responsable de ses actes, de ses prescriptions, et de leurs conséquences.

Ne sont prescriptibles par les infirmières que les dispositifs listés dans l'arrêté ce qui exclut les dispositifs contenant de l'ibuprofène, des sels argentiques, ou toute autre molécule qui ne serait pas évoquée dans l'arrêté (anti-protéases par exemple). Il appartient à l'infirmière de vérifier que les dispositifs présents dans la liste sont conformes aux dernières données de la science (référence aux règles déontologiques - Article R.4312-10 du CSP relatif à la qualité des soins). Certains dispositifs peuvent faire l'objet d'un dépassement (compresses stériles ou non stériles, bandes de crêpes, bandes extensibles, sparadraps, coton, etc...)

Bien que la majorité des CPAM acceptent jusqu'à présent la prise en charge des sets de pansements, certains juristes pensent qu'une telle prescription, du fait de la présence dans ces sets de "petit matériel nécessaire aux soins" (pincettes, par exemple) ne relève pas du champ de l'article du 13 Avril 2007, même si un set n'est en définitive que la somme de plusieurs dispositifs remboursables prescriptibles "au détail".

Indiquez la date de l'ordonnance et un commentaire dans la rubrique résumé

Si cette case est cochée, l'ordonnance est divisée en 2 zones pour les patients ALD : « *soins conformes au protocole ALD* » et « *soins non conformes au protocole ALD* ». Si la case est décochée il y a une seule zone.

**Détail de l'ordonnance**

Informations générales

Date   Utiliser le modèle d'ordonnance ALD

Résumé  Montant de l'ordonnance  (à titre indicatif)

Ordonnance : Soins conformes au protocole ALD

NR	Qté	Nom du dispositif (Laboratoire)	Conditionnement	Mesure	
					<input type="button" value="Ajouter"/>
					<input type="button" value="Supprimer"/>

Ordonnance : Soins NON conformes au protocole ALD

NR	Qté	Nom du dispositif (Laboratoire)	Conditionnement	Mesure	
					<input type="button" value="Ajouter"/>
					<input type="button" value="Supprimer"/>

Le montant total de l'ordonnance est donné à titre indicatif

Ce bouton *ajouter* vous permet d'ajouter un dispositif (dans la zone ALD) :

- à partir d'un assistant (voir écran page suivante)
- ou bien en saisissant directement son nom.

Ce bouton *ajouter* vous permet d'ajouter un dispositif (dans la zone hors ALD) :

- à partir d'un assistant (voir écran page suivante)
- ou bien en saisissant directement son nom.

Le bouton *imprimer* lance l'impression au choix de l'utilisateur : de l'ordonnance et du duplicata, de l'ordonnance seulement, ou du duplicata seulement

Le bouton *Ok* enregistre votre ordonnance

## Choix du dispositif médical avec l'assistant

**Choix du dispositif médical**

**FAMILLE**

Nom de la famille	Soumis avis médecin traitant
PANSEMENTS / HYDROGEL	OUI
PANSEMENTS / HYDROCOLLOIDES	OUI
PANSEMENTS / ALGINATES PURS	OUI
PANSEMENTS / ALGINATES AVEC CMC	OUI
PANSEMENTS / HYDROFIBRES	OUI
PANSEMENTS / CHARBONS ADHESIFS	OUI

Saisir la famille recherchée puis ENTREE

**LISTE DES DISPOSITIFS MEDICAUX**

Dénomination	Conditionnement	Mesure
Askina gel (B Braun Biotrol)	5 Tubes de 15g	
Duoderm Hydrogel (Convatec)	10 Tubes de 15g	
Hydrosorb (Hartmann)	5 plaques	(5x7,5)
Hydrosorb (Hartmann)	10 plaques	(10x10)
Hydrosorb Gel (Hartmann)	10 Tubes de 15 g	
Hypergel (Molnlycke Health Care)	10 Tubes de 15g	

Saisir le dispositif de la famille sélectionnée puis ENTREE

Saisir le dispositif médical puis ENTREE

**DETAIL DU DISPOSITIF MEDICAL SELECTIONNE**

Produit Askina gel (B Braun Biotrol) [Consulter le détail du dispositif sur internet](#)

Conditionnement 5 Tubes de 15g Mesure

Quantité 1 Prix unitaire 15.24 Code ACL 7514995 Code LPP 1342062  Produit non remboursable

Annotations

Pour connaître les modalités de prescription et de prise en charge des dispositifs, reportez-vous au journal officiel. La prescription est établie sous la seule responsabilité du professionnel. [Cliquez ici pour consulter le Journal Officiel sur Internet](#)

OK ANNULER

1. Sélectionnez la famille dans la liste, en utilisant l'ascenseur ou en utilisant le filtre.

2. Choisissez le dispositif dans la famille sélectionnée en utilisant l'ascenseur ou en utilisant le filtre.

Ce filtre vous permet de rechercher un dispositif dans toutes les familles

Ce bouton permet d'interroger le site Internet [www.codage.ext.cnamts.fr](http://www.codage.ext.cnamts.fr) pour connaître les détails du dispositif et les modalités de prise en charge par les caisses.

3. indiquez la quantité, une éventuelle annotation et cochez « produit non remboursable » si le dispositif n'est pas pris en charge par la caisse du patient.

En cliquant sur la phrase soulignée, vous pouvez consulter le journal officiel.

4. Le bouton Ok, ferme la fenêtre et ajoute le dispositif sélectionné dans l'ordonnance

Le bouton Annuler, ferme la fenêtre sans ajouter de dispositif dans l'ordonnance

## 8) GESTION DES DOCUMENTS DU PATIENT OU DU PROFESSIONNEL

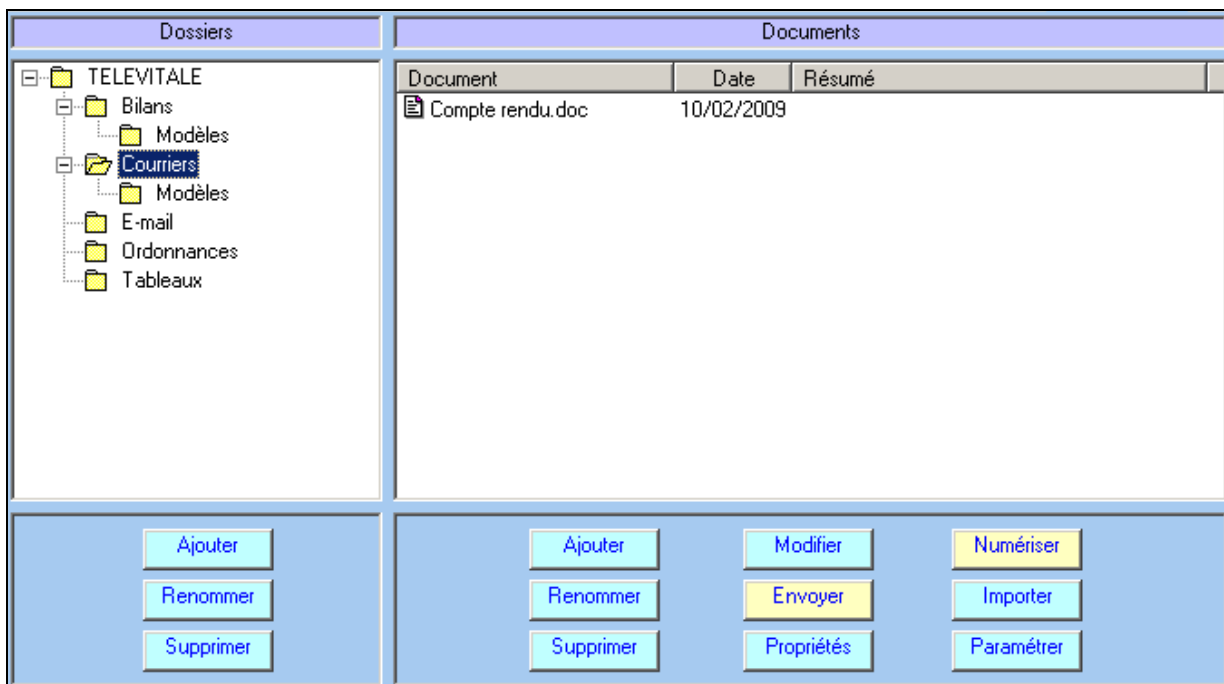
Le logiciel permet une gestion des documents rattachés à un patient ou un professionnel.

- Pour accéder à la gestion des documents d'un patient, modifiez un patient et sélectionnez l'onglet documents.
- Pour accéder à la gestion des documents d'un professionnel, sélectionnez le professionnel, puis cliquez sur le menu fichiers, puis sur la rubrique « mes documents ».

### a) Organisation des dossiers

La fenêtre ci-dessous représente l'organisation des dossiers et des documents :

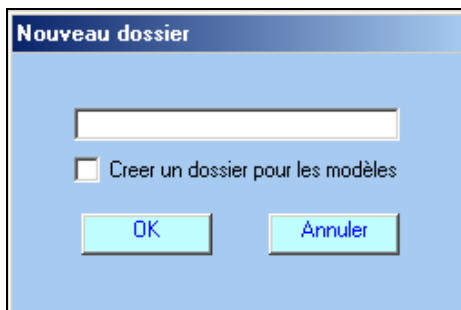
- La partie gauche permet de classer les documents à l'aide de dossiers. Par exemple vous pouvez avoir un dossier « courriers », « ordonnances », etc... Ils vous serviront de tiroirs pour y ranger vos documents. Pour sélectionner un dossier il suffit de cliquer dessus.  
**A noter :** dans la fiche du patient, l'organisation des dossiers est commune à l'ensemble des patients. Par contre, pour la gestion des documents du professionnel (menu fichiers – mes documents) l'organisation des dossiers est personnelle à chaque utilisateur.
- Dans la partie de droite se trouve la liste des documents contenus dans le dossier sélectionné.
- Dans la partie basse de la fenêtre se trouve des boutons permettant d'agir :
  - sur les dossiers : ajouter, supprimer ou renommer un dossier
  - sur les documents : ajouter, modifier, supprimer, renommer un document ; mais également scanner, importer ou envoyer par email un document.



### b) Le bouton Ajouter un dossier

Ce bouton permet de créer un dossier dans le dossier sélectionné. Lorsque vous cliquez sur ce bouton une fenêtre apparaît et propose de créer un « dossier standard » ou un « dossier à modèles ».

Pour un dossier standard : indiquez le nom du dossier sans cocher la case « créer un dossier pour les modèles »



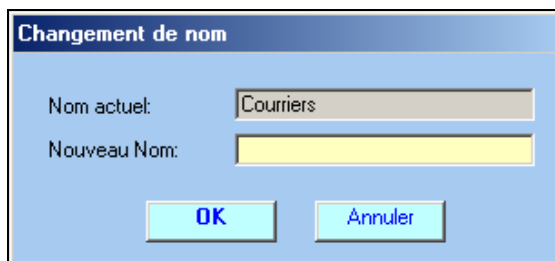
Pour un dossier à modèles : indiquez le nom du dossier et cochez la case « créer un dossier pour les modèles ». Ce type de dossier contiendra des modèles de documents. Les modèles de documents aident à la création de documents standards. Voir ajouter un document à partir d'un modèle ci après.

Attention :

- dans le cadre de la gestion des documents des patients, la création d'un dossier (standard ou à modèles) sera reportée pour l'ensemble des patients.
- dans le cadre de la gestion des documents du professionnel, l'ajout de « dossiers à modèle » n'est pas possible, seul l'ajout de dossier standard est permis.

c) Le bouton Renommer un dossier

Lorsque le nom d'un dossier ne vous convient plus, utilisez ce bouton pour changer son nom. Attention : dans le cadre de la gestion des documents des patients, le changement de nom sera reporté pour l'ensemble des patients. Saisissez le nouveau nom et validez en cliquant sur le bouton OK.

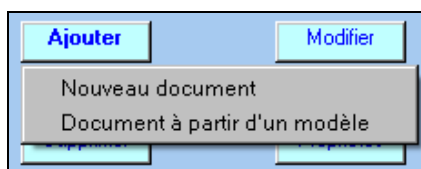


d) Le bouton Supprimer un dossier.

Si un dossier ne vous est plus nécessaire vous pouvez le supprimer à l'aide de ce bouton. Attention : dans le cadre de la gestion des documents des patients, ce dossier sera supprimé pour l'ensemble des patients. De même tous les documents contenus dans ce dossier pour l'ensemble des patients seront supprimés.

e) Le bouton Ajouter un document.

Après avoir sélectionné le dossier dans lequel le document doit être créé cliquez sur ce bouton. Deux choix s'offrent à vous : créer un **Nouveau document** ou créer un **Document à partir d'un modèle**.



### Nouveau document vierge (non basé sur un modèle)

Saisissez le nom du document et un éventuel résumé, puis indiquez un type de document (texte, tableau, son autre) et choisissez enfin le format. Si le format que vous souhaitez est absent de la liste des formats, reportez-vous au bouton paramétrer.

The dialog box titled "Nouveau document" contains five numbered steps:

1. Donnez un nom à votre document: A text input field containing "exemple" and a "doc" button.
2. Précisez éventuellement un résumé du document: A text input field containing "ceci est un exemple".
3. Choisissez le type de document à créer: Radio buttons for "Texte" (selected), "Tableau", "Son", and "Autre".
4. Sélectionnez le format à utiliser: A list box with four options: "Texte Universel Etendu", "Texte Universel Standard", "Microsoft Word" (highlighted), and "Lotus WordPro".
5. Validez votre choix: "OK" and "Annuler" buttons.

### Nouveau document à partir d'un modèle existant

Une fenêtre vous propose de choisir le nom du document, de mentionner un résumé (optionnel) et de choisir le modèle dont va dériver le document (si vous avez créé auparavant un modèle de document). A noter : dans le cadre de la gestion des documents du professionnel, l'ajout de documents à partir d'un modèle n'est pas possible, seul l'ajout d'un document vierge (non basé sur un modèle) est possible.

The dialog box titled "Choix du modèle" contains four numbered steps:

1. Donnez un nom à votre document: A text input field containing "exemple".
2. Associez éventuellement un résumé à votre document: A text input field containing "ceci est un exemple".
3. Choisissez le modèle à utiliser: A list box with one option: "bilan.rtf".
4. Confirmez votre choix: "OK" and "Annuler" buttons.

f) Ajouter un modèle de document

Un modèle est un document où l'on a remplacé certaines zones de textes par des variables (nom du patient, nom du praticien).

Pour créer un modèle procédez de la même manière que pour ajouter un nouveau document vierge, mais sélectionnez au préalable le dossier Modèles. Votre modèle de document pourra contenir les variables suivantes:

Variables	Valeurs
#date_jour_courte#	Date du jour (format court)
#date_jour_longue#	Date du jour (format long)
#patient_num_secu#	N° de sécurité sociale du patient
#patient_civilite#	civilité du patient (madame, monsieur, mademoiselle)
#patient_nom#	Nom du patient
#patient_prenom#	Prénom du patient
#patient_ne_le#	Date de naissance du patient
#patient_adresse#	Adresse du patient (y compris le code postal et la ville)
#patient_adr1#	Ligne d'adresse n° 1 du professionnel de santé
#patient_adr2#	Ligne d'adresse n° 2 du professionnel de santé
#patient_adr3#	Ligne d'adresse n° 3 du professionnel de santé
#patient_adr4#	Ligne d'adresse n° 4 du professionnel de santé
#patient_ville#	Code postal et ville du patient
#patient_tel#	Numéro de téléphone du patient
#patient_age#	Age du patient
#assure_nom#	Nom de l'assuré
#assure_prenom#	Prénom de l'assuré
#assure_num#	N° de sécurité sociale de l'assuré
#assure_ne_le#	Date de naissance de l'assuré
#patient_medecin_nom#	Nom du médecin associé à la fiche du patient
#patient_medecin_adr1#	Adresse du médecin traitant
#patient_medecin_adr2#	Suite de l'adresse du médecin traitant
#patient_medecin_ville#	Code postal et ville du médecin traitant
#patient_caisse_nom#	Nom de la caisse du patient
#patient_caisse_num#	N° de la caisse du patient
#patient_caisse_adr1#	Adresse de la caisse du patient
#patient_caisse_adr2#	Suite de l'adresse de la caisse du patient
#patient_caisse_ville#	Ville et code postal de la caisse du patient
#patient_mutuelle_nom#	Nom de la complémentaire du patient
#patient_mutuelle_num#	N° de la complémentaire du patient
#patient_mutuelle_adr1#	Adresse de la complémentaire du patient
#patient_mutuelle_adr2#	Suite de l'adresse de la complémentaire du patient
#patient_mutuelle_cp#	Code postal de la complémentaire du patient
#patient_mutuelle_ville#	Ville de la complémentaire du patient
#patient_num_adh_amc#	N° d'adhérent à la complémentaire du patient
#prescription_date#	Date de la prescription
#prescription_medecin_nom#	Nom du prescripteur à l'origine de la prescription
#prescription_medecin_num#	N° identification du prescripteur de la prescription
#prescription_actes#	Actes d'une prescription avec fréquence et lieu

#prescription_balneo#	Balnéothérapie (oui ou non)
#pro_num#	Numéro du professionnel de santé
#pro_civilite#	Titre du professionnel de santé
#pro_nom#	Nom du professionnel de santé
#pro_prenom#	Prénom du professionnel de santé
#pro_adresse#	Adresse du professionnel de santé (y compris la ville)
#pro_adr1#	Ligne d'adresse n° 1 du professionnel de santé
#pro_adr2#	Ligne d'adresse n° 2 du professionnel de santé
#pro_ville#	Code postal et ville du professionnel de santé
#pro_tel#	Numéro de téléphone du professionnel de santé

Attention : dans le cadre de la gestion des documents du professionnel, l'ajout de modèle de documents n'est pas possible.

#### g) Le bouton Renommer un document

Lorsque le nom d'un document ne vous convient plus utilisez ce bouton pour le changer. Saisissez le nouveau nom et validez en cliquant sur OK.

#### h) Le bouton Supprimer un document

Si un document ne vous est plus nécessaire vous pouvez le supprimer à l'aide de ce bouton. Attention la suppression est définitive.

#### i) Le bouton Propriétés d'un document

Ce bouton vous permet de changer le résumé d'un document et de connaître ses dates de création et de dernière modification.



j) Le bouton Importer

Ce bouton vous permet d'utiliser une fonction d'importation. Lorsque vous importez un document, celui-ci est déplacé depuis son emplacement initial vers le dossier que vous avez sélectionné.

k) Le bouton Modifier un document

Ce bouton lance le logiciel approprié pour vous permettre de modifier votre document. Vous pouvez également faire un double clic sur le document.

l) Le bouton Paramétrer

Ce bouton permet de gérer la liste des formats de documents proposés lors de l'ajout d'un document vierge.

m) Le bouton Numériser

Ce bouton permet de scanner un document, puis de l'enregistrer dans le dossier sélectionné. Au préalable votre scanner doit être correctement reconnu par Windows. Pour limiter le volume de vos sauvegardes et si par la suite vous souhaitez envoyer le document scanné par email, nous vous conseillons de scanner en format pdf ou en format niveau de gris.

La numérisation se déroule en 5 étapes :

- Choisissez le scanner à utiliser (à faire une seule fois ou lors d'un changement d'ordinateur)
- Numérisez le document
- Indiquez le nom du document
- Indiquez un éventuel commentaire
- Enregistrez le document

n) Le bouton Envoyer

Ce bouton vous permet d'envoyer par email un document isolé ou tous les documents contenus dans un dossier.

Procédez de la façon suivante :

- Sélectionnez le dossier à envoyer ou le document
- Cliquez sur le bouton Envoyer

**Envoi de document**

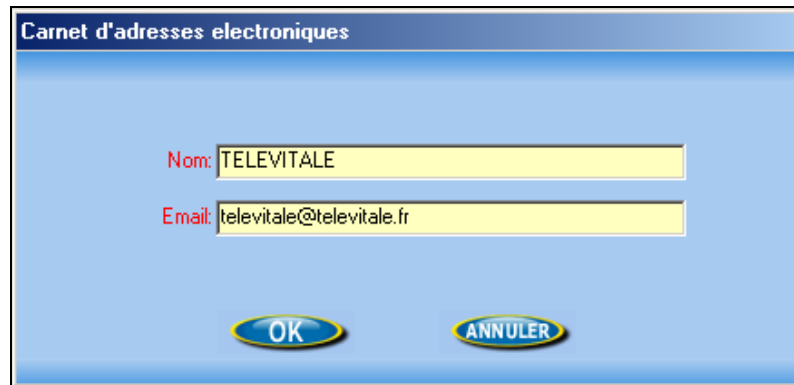
Envoyer le message à

Sujet

NOTES

FICHIER à envoyer : exemple.rtf

- Dans la fenêtre ci-dessus, sélectionnez le destinataire en utilisant le bouton choisir. Si le destinataire est absent de la liste, cliquez sur le bouton créer pour l'ajouter dans votre liste de destinataire.



The image shows a software window titled "Carnet d'adresses électroniques". It has a light blue background. At the top, there is a dark blue header bar with the title in white text. Below the header, there are two text input fields. The first is labeled "Nom:" in red text and contains the text "TELEVITALE". The second is labeled "Email:" in red text and contains the text "televitale@televitale.fr". At the bottom of the window, there are two buttons: "OK" and "ANNULER", both in blue ovals with white text.

- Saisissez le sujet du message et une note
- Cliquez sur ok pour envoyer l'email

A noter : le document à envoyer ou le dossier est compressé au format zip. Windows prenant en charge d'office le format zip (dossier compressé), le destinataire de votre message pourra ouvrir votre document compressé.

## 9) FACTURATION AIDE MEDICALE D'ETAT DE BASE

### a) Définition

L'Aide médicale de l'Etat (AME de base) est destinée à permettre l'accès aux soins médicaux des personnes de nationalité étrangère résidant en France, dépourvues de droits à l'assurance maladie et qui ne remplissent pas les conditions pour bénéficier de la CMU.

L'AME est accordée sous condition de ressources et ouvre droit à la prise en charge à 100 %, avec dispense d'avance des frais :

- des soins médicaux dispensés à l'hôpital et en médecine de ville
- des prescriptions médicales ;
- du forfait journalier, en cas d'hospitalisation.

Un patient en AME n'a pas de carte vitale, c'est donc une facturation en mode dégradé (son n° de sécurité sociale débute généralement par 7 ou 8, mais ce n'est pas systématique). Il faut créer au préalable une complémentaire AME. La création de la complémentaire s'effectue à partir du menu Fichier rubrique complémentaire. Le n° doit être 0075500017, la case « *top mutualiste* » ne doit pas être cochée, la case « *à transmettre* » doit être cochée. Le code routage est RO. Cette étape de création de la complémentaire AME doit être réalisée une seule fois : si la complémentaire existe déjà, il ne faut pas le recréer.

The screenshot shows a software interface for configuring an AME (Aide Médicale de l'Etat) complement. The form is organized into several panels:

- Informations administratives:** Contains fields for 'Nom' (set to AME), 'Numéro' (0075500017), 'Type contrat' (00), 'Contact', 'Adresse', 'Localité', 'Tel 1', 'Tel 2', and 'Compte'. It also has checkboxes for 'Top Mutualiste' (unchecked) and 'A transmettre' (checked).
- Règles de calculs (hors STS):** Includes a dropdown for 'Base de calcul: tarif conventionné', input fields for 'Franchise', 'Plafond', 'Seuil', and '% Remboursement', and a checked checkbox for 'Prise en charge des actes HN'.
- Règles de calculs (spécifiques aux STS):** Features a dropdown menu for 'La complémentaire est affiliée à'.
- Convention:** Contains dropdown menus for 'Type de convention' and 'Critères secondaires'.

At the bottom of the form, there are two buttons: 'OK' and 'ANNULER'.

Il faut ensuite affecter au patient cette complémentaire AME (onglet complémentaire de la fiche patient) et saisir la date de début et de fin des droits.

Informations sur la Carte Vitale	Informations issues d'une Attestation Papier ou autre support
Pas de complémentaire	Nom AME <input type="text"/> Choisir
	N° 0075500017 Contrat 00 Code routage RD <input type="text"/> Retirer
	Affilié à <input type="text"/>
	Convention signée <input type="checkbox"/> > TP/ GIE SV DEMO <input type="text"/> Convention
	Date Début Date Fin N° adhérent
	01/05/2009 30/04/2010 Indicateur traitement ?
	L'envoi d'une demande de remboursement à la complémentaire est autorisé pour : <input checked="" type="checkbox"/> Tiers-Payant <input type="checkbox"/> Hors Tiers-Payant PEC
<input checked="" type="checkbox"/> La caisse gère également la part complémentaire (paiement unique ou transmission de décomptes) Assistant DRE	

## b) Facturation pour un auxiliaire médical

Dans la fenêtre de la prescription, il faut cocher la case "aide médicale de base - AME", située en dessous du code exonération, et sélectionner pas d'exonération. Le logiciel détecte (par rapport au début du n° de sécurité sociale débutant par 7 ou 8) que votre patient est susceptible de bénéficier de l'AME et vous proposera également de cocher cette case.

**Attention : veuillez toujours à vous reporter à l'attestation fournie par le patient pour déterminer ses droits à l'AME de base. En effet, un n° de sécurité sociale débutant par 7 ou 8 n'implique pas systématiquement que le patient est bénéficiaire de l'AME de base. De même, il existe des patients bénéficiant de l'AME de base avec un n° de sécurité sociale débutant par 1 ou 2.**


Lors de la facturation de la prescription, la facture sera automatiquement mise en forme avec :

- pas d'exonération
- cadre de remboursement : tiers payant sur la part obligatoire ET complémentaire
- 0% pour la caisse
- 100 % pour la complémentaire "AME"
- Qualificatif de dépense à N (non remboursable) pour les actes

Remarque : si vous réalisez directement la facture sans saisir la prescription (à partir du menu Facturer), après avoir saisi les actes, revenez sur le premier onglet de la facture et cliquez sur le bouton "Aide médicale d'état", puis validez la facture par le bouton Imprimer.

Si vous avez oublié de cliquer sur le bouton "Aide médicale d'état" et que le n° de sécurité sociale du patient débute par 7 ou 8 le logiciel vous indiquera que votre patient est susceptible de bénéficier de l'AME et vous proposera la fenêtre ci-dessous. En répondant Oui, la facture sera automatiquement mise en forme avec les caractéristiques indiquées ci-dessus. Si votre patient n'est pas bénéficiaire de l'AME de base, répondez non à la question ci-dessous.

**Information** X

 Votre patient semble bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat de base. Information à contrôler au vu de son attestation.

Si c'est le cas la facture doit avoir les caractéristiques suivantes :

- Tiers payant sur la part obligatoire et complémentaire
- Pas d'exonération
- Actes remboursables à 100% par la complémentaire AME

Souhaitez-vous mettre en forme automatiquement la facture si il s'agit d'un bénéficiaire AME de base ?

### c) Facturation pour un médecin

Dans la fenêtre de facturation :

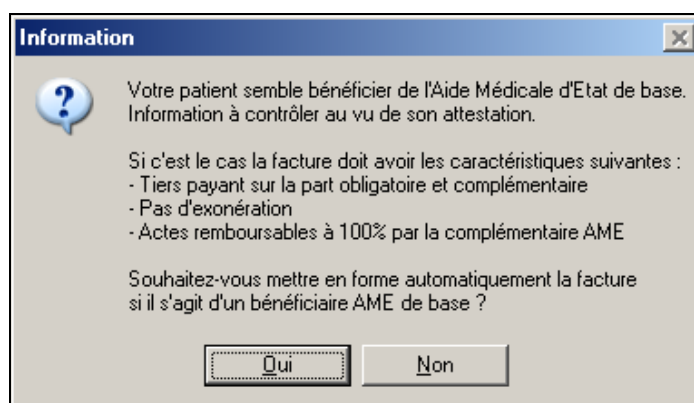
- choisir pas d'exonération
- saisir le(s) acte(s) NGAP et ou CCAM
- revenir sur le premier onglet de la facture et cliquer sur le bouton "*Aide médicale d'état*"
- valider la facture en cliquant sur le bouton Imprimer.

Le logiciel mettra en forme automatiquement la facture avec :

- cadre de remboursement : tiers payant sur la part obligatoire et complémentaire
- 100 % pour la complémentaire « AME »
- 0% pour la caisse
- Qualificatif de dépense à N (non remboursable) pour le(s) acte(s) NGAP et ou CCAM
- montant à la charge de la caisse : 0 euros
- montant à la charge de la complémentaire : la totalité de la facture.

Remarque : si vous avez oublié de cliquer sur le bouton "*Aide médicale d'état*" et que le n° de sécurité sociale du patient débute par 7 ou 8 le logiciel vous indiquera que votre patient est susceptible de bénéficier de l'AME et vous proposera la fenêtre ci-dessous.

**Veillez toujours à vous reporter à l'attestation fournie par le patient pour déterminer ses droits à l'AME de base. En effet, un n° de sécurité sociale débutant par 7 ou 8 n'implique pas systématiquement que le patient est bénéficiaire de l'AME de base. De même, il existe des patients bénéficiant de l'AME de base avec un n° de sécurité sociale débutant par 1 ou 2.**



## 10) FACTURATION ACTE HORS NOMENCLATURE

### a) Définition

Les actes HN (Hors Nomenclature) ne sont jamais remboursés par la caisse du patient, éventuellement par sa complémentaire. Le coefficient de l'acte est toujours 1. Le qualificatif de la dépense est N (Non remboursable). Le taux de remboursement est 0 %. Le prix (unitaire) de l'acte est variable (indiqué par le professionnel de santé)

### b) Facturation à partir d'une prescription (pour un auxiliaire médical)

Dans la prescription il faut saisir un acte 1 HN 1 au cabinet et indiquer le montant (voir image ci-dessous). On peut saisir, dans la prescription, plusieurs actes, mais il faut mettre l'acte HN à **une heure différente** (pour ne pas comptabiliser l'acte HN en demi ou gratuit). Lors de la facturation de la prescription la facture sera correctement mise en forme.

### c) Facturation directe

Cette méthode peut être utilisée :

- par les médecins : bouton *Facturer* dans le cercle ou bouton *Ajouter* dans la fiche patient, onglet facture.
- par les auxiliaires médicaux, pour une facturation ponctuelle : menu *Facturation - Actes Avec ou Sans carte vitale*

Dans la facture, il faut choisir un acte HN, le logiciel demande le prix de l'acte et place automatiquement le qualificatif de l'acte à N.

N°	Jour	Date des actes	Heure	Désignation					Montant de l'acte	Dépas-sement	Qualif. Dépense	I.D.	IK			TOTAL
				Dom	Qté	Acte	Coef	Maj					Demi	EP	P	
1	Mar	10/07/2007	17:09	<input type="checkbox"/>	1	HN	1.00			3.00		N				3.00

**Tarification**

Veuillez saisir le montant des honoraires

## **11) FACTURATION CMU**

### a) Définition de la CMU de base

Depuis le 1er janvier 2000, la loi sur la couverture maladie universelle (CMU) permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière, et qui n'est pas déjà couverte à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'assurance maladie, de bénéficier de la sécurité sociale pour la prise en charge de ses dépenses de santé : **la CMU de base**.

**Les bénéficiaires de la CMU de base ne sont pas dispensés de faire l'avance des frais.** Ils sont remboursés selon les taux de remboursements habituels. Le ticket modérateur, c'est-à-dire la partie non prise en charge par l'assurance maladie reste à sa charge.

### b) Définition de la CMU complémentaire

Depuis le 1er janvier 2000, la loi sur la couverture maladie universelle (CMU) permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière, de bénéficier gratuitement d'une couverture maladie complémentaire : **la CMU complémentaire**. Elle est accordée sous condition de ressources. Elle permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des dépenses de santé, sans avoir à faire l'avance des frais.

Chaque bénéficiaire de la **CMU complémentaire choisit librement l'organisme qui assurera la gestion de sa CMU complémentaire** :

- un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurance ou institution de prévoyance) inscrit sur une liste agréée établie par le préfet de chaque département ;
- sa caisse d'assurance maladie.

#### Chez le médecin

Le bénéficiaire de la CMU complémentaire n'a rien à payer chez un médecin, généraliste ou spécialiste. Les médecins, notamment les médecins à honoraires libres (secteur 2) et ceux qui bénéficient du droit au dépassement permanent (DP), **sont tenus d'appliquer les tarifs conventionnels en vigueur (secteur 1) et de ne pas facturer de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU complémentaire**, sauf en cas d'exigence particulière de ceux-ci (par exemple, un rendez-vous en dehors des heures habituelles de consultation ou une visite à domicile non justifiée).

#### Chez l'auxiliaire médical

Le bénéficiaire de la CMU complémentaire n'a rien à payer pour des soins chez un auxiliaire médical sous réserve qu'ils soient prescrits par un médecin et remboursables par l'assurance maladie.

#### Chez le dentiste

Le bénéficiaire de la CMU complémentaire n'a rien à payer pour les soins conservateurs (caries, détartrage, examens de contrôle), ni pour les soins de prothèses dentaires et d'orthopédie dento-faciale (ODF) dans la limite des tarifs de la CMU complémentaire (forfaits dentaires)

Les dentistes, notamment les dentistes à honoraires libres (secteur 2) et ceux qui bénéficient du droit au dépassement permanent (DP), **sont tenus d'appliquer les tarifs conventionnels en vigueur (secteur 1) et de ne pas facturer de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU complémentaire**, sauf en cas d'exigence particulière de ceux-ci (par exemple, un rendez-vous en dehors des heures habituelles de consultation)

### c) Facturation de la CMU complémentaire

Le bénéficiaire de la CMU complémentaire doit présenter au professionnel de Santé :

- Soit sa carte vitale (à jour), dans laquelle figure la valeur "99999997", dans la rubrique "n° de mutuelle", lorsque l'assuré bénéficie de la **CMU complémentaire auprès de sa caisse**.

- Soit sa carte vitale (à jour), dans laquelle figure la valeur "88888888", dans la rubrique "n° de mutuelle",

lorsque l'assuré bénéficie de la **CMU complémentaire auprès d'un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurance ou institution de prévoyance)**

- Soit sa carte vitale, dans laquelle ne figure pas la valeur "99999997" ou "88888888" **ET une attestation papier** fournie par la caisse de l'assuré ou par l'organisme complémentaire.

Pour vérifier les droits du patient, consultez l'onglet complémentaire dans la fiche du patient

Assuré Adresses **Complémentaire** Bloc-Notes Alarmes Ordonnances Courriers Divers Factures Documents

**Informations sur la Carte Vitale**

Nom CMU CAISSE Copier >>>

CMU complémentaire caisse

N° 009999997 Contrat 89 Code routage RD

Affilié à

Convention > TP/ GIE SV DEMO Convention

Date Début	Date Fin	Garanties sur	N° Adhérent
01/01/2007	31/12/2007	<input checked="" type="checkbox"/> Honoraires <input checked="" type="checkbox"/> Prothèses	

L'envoi d'une demande de remboursement à la complémentaire est autorisé pour :  Tiers-Payant  Hors Tiers-Payant Pas de tarification automatique de disponible

**Informations issues d'une Attestation Papier ou autre support**

Nom Choisir

N° Contrat Code routage Retirer

Affilié à

Convention Convention

Date Début	Date Fin	N° adhérent
00/00/0000	00/00/0000	

L'envoi d'une demande de remboursement à la complémentaire est autorisé pour :  Tiers-Payant  Hors Tiers-Payant PEC

La caisse gère également la part complémentaire (paiement unique ou transmission de décomptes)

Pour la facturation, il faut choisir « tiers payant sur part obligatoire et complémentaire » dans la rubrique « cadre de remboursement ». Si vous n'indiquez pas « tiers payant sur part obligatoire et complémentaire » et que les droits du patients sont ouverts un message de rappel vous indiquera :

**Question**

?

Votre patient bénéficie de la CMU (avec des droits ouverts).  
Souhaitez-vous changer le cadre de remboursement pour faire un  
Tiers payant sur la part obligatoire et complémentaire ?

Oui Non

Si vous répondez Oui, le logiciel changera automatiquement le cadre de remboursement.



## **12) FACTURATION MATERNITE**

### a) Condition de prise en charge

#### Du premier au 5e mois de grossesse :

Les frais médicaux sont remboursés aux tarifs habituels de la Sécurité sociale. Seuls les examens prénataux obligatoires sont pris en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité.

#### A partir du premier jour de son 6e mois de grossesse et jusqu'à douze jours après l'accouchement :

Toute patiente enceinte bénéficie d'une prise en charge à 100 %, au titre de l'assurance maternité, à partir du premier jour de son 6e mois de grossesse et jusqu'à douze jours après l'accouchement. Ses frais médicaux remboursables, qu'ils soient ou non en lien avec la grossesse, sont donc intégralement remboursés.

### b) Facturation de la mère

#### Du 1er jour du 6ème mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement et quelque soit le type d'actes (en rapport ou non avec la maternité)

Choisir nature d'assurance maternité et exonération 0 puis indiquer :

- la date présumée de grossesse si les soins ont lieu avant l'accouchement
- la date d'accouchement pour les soins postnataux

Le taux de remboursement des actes sera de 100%.

#### Hors période ci-dessus et pour **les examens obligatoires**

Choisir nature d'assurance maternité et exonération 0 puis indiquer :

- la date présumée de grossesse si les soins ont lieu avant l'accouchement
- la date d'accouchement pour les soins postnataux

Le taux de remboursement des actes sera de 100%.

#### Hors période ci-dessus et pour **les examens NON obligatoires**

Choisir nature d'assurance maladie. Les actes ne sont pas pris en charge à 100 %.L'exonération est déterminée automatiquement par la carte vitale

### c) Facturation des examens obligatoires de surveillance de l'enfant (de 0 à 6 ans)

La facture doit être faite au nom de la mère (en tant qu'assurée sociale elle-même ou en tant qu'ayant droit) mais jamais au nom de l'enfant.

- Choisir nature d'assurance maternité et exonération 0
- indiquer la date d'accouchement (date de naissance de l'enfant)

Le taux de remboursement des actes sera de 100%.

### 13) FACTURATION ALSACE MOSELLE

Certains assurés sociaux bénéficient du régime local alsace moselle. Ce régime spécial porte les taux de remboursement à 90%. Les bénéficiaires sont par exemple les salariés d'une entreprise ayant son **siège social dans le département du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, et de la Moselle** quel que soit leur lieu de travail en France métropolitaine ou dans les DOM et les **salariés travaillant dans un des trois départements** pour une entreprise ayant son siège social hors de ces départements.

#### a) Facturation en mode sécurisé avec la carte vitale

Dans ce contexte, l'appartenance du patient au régime local, le taux et l'exonération sont **déterminés automatiquement par la carte vitale**

#### b) Facturation en mode dégradé ou en vue d'un chargement dans le lecteur

Dans ce contexte, l'appartenance du patient au régime local, le taux et l'exonération **ne sont pas déterminés automatiquement par la carte vitale mais doivent être déterminés par le professionnel.**

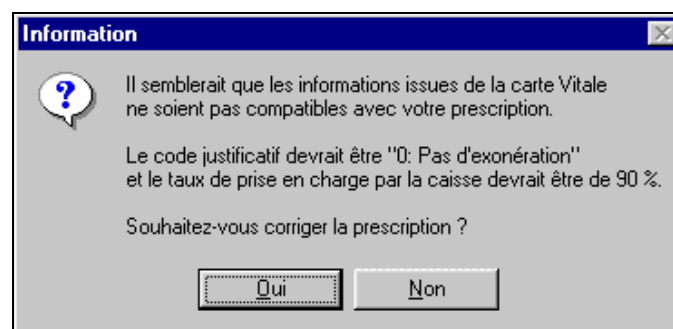
Pour déterminer si le patient bénéficie du régime local, on peut utiliser :

- L'onglet divers de la fiche patient (rubrique Droits du patient, colonne Libellé) : présence de la mention **\*\* REGIME ALSACE MOSELLE \*\*\***
- L'attestation papier de la carte vitale qui indique la mention "Régime local Frontalier" ou "Taux Alsace Moselle"

Dans ce contexte, dans la prescription ou dans la facture :

- La nature d'assurance devra être "13 - régime local"
- Le code exonération devra être "0 - pas d'exonération"
- Le taux de 90 % est proposé automatiquement par le logiciel à partir des 2 éléments ci-dessus

Remarque : lors de l'enregistrement d'une prescription, si le logiciel indique que le taux devrait être de 90 %, cela signifie qu'il y a présence du régime local et qu'il faut changer la nature d'assurance.



## **14) FACTURATION DE LA PART COMPLEMENTAIRE VIA LE REGIME OBLIGATOIRE**

### a) Fonctionnement général

Dans le cadre de la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux, le tiers payant peut être intégral : c'est à dire dispense d'avance des frais sur la part du régime obligatoire ET dispense d'avance des frais sur la part du régime complémentaire.

Les caisses ont développé des liaisons informatisées (conventions NOEMIE) avec les organismes complémentaires. Ce dispositif permet aux caisses de transmettre aux mutuelles, institutions de prévoyance et compagnies d'assurance, l'image du décompte de tous les règlements effectués par la caisse pour leurs adhérents.

Les informations relatives à chaque adhérent sont enregistrées dans le Fichier Assurés Central des caisses. Ces informations sont communiquées à la caisse par l'organisme complémentaire. Les organismes complémentaires sont ainsi en mesure de régler directement la part complémentaire, en fonction des conventions passées avec le professionnel.

Dans la pratique :

- vous transmettez une facture contenant l'information « Top mutualiste »
- la caisse réceptionne cette facture et consulte son fichier des assurés pour rechercher la complémentaire du patient
- si la facture n'est pas rejetée, la caisse fait suivre (par voie informatique), à la complémentaire, son décompte des règlements effectués pour cette facture
- la complémentaire réceptionne le décompte puis **calcule**, en fonction du contrat souscrit par le patient et du montant déjà remboursé par la caisse, le montant à payer au professionnel

Pour être sur que la caisse fasse bien suivre la FSE à la complémentaire, il faut s'assurer :

- qu'il y a bien un accord entre la caisse et la complémentaire
- que le cadre de remboursement soit « Tiers Payant sur part obligatoire et complémentaire »
- que le n° de sécu indiqué sur la carte vitale est bien identique au n° de sécu indiqué sur la carte d'adhérent de la mutuelle.

En l'absence de liaison informatique entre la caisse et la complémentaire, l'utilisation du Top mutualiste est impossible, voir alors la DRE en page 37.

### b) Facturation

Il faut au préalable créer la mutuelle « Top Mutualiste » du patient. Pour cela :

- Cliquez sur le menu Fichiers – Complémentaires puis sur le bouton Créer
- Saisissez le nom
- Cochez les cases « Top Mutualiste » et « A transmettre »
- Saisissez le numéro de la complémentaire. Ce n° se trouve sur la carte d'adhérent de la mutuelle. Si vous ne le connaissez pas, vous pouvez saisir 10 chiffres 0. En effet, étant donné que la case « Top Mutualiste » est cochée, à réception de votre facture, la CPAM recherchera automatiquement dans son fichier des assurés, la complémentaire du patient et fera suivre à la complémentaire le décompte.

Par la suite si d'autres patients disposent de la même mutuelle, cette étape de création est inutile.

Informations administratives

Nom: MUTUELLE X

Les informations sont issues d'une attestation

Numéro: 0000000000

Type contrat: 00

Contact: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Adresse (suite): \_\_\_\_\_

Localité: \_\_\_\_\_

Tel 1: \_\_\_\_\_ Tel 2: \_\_\_\_\_

Compte: \_\_\_\_\_

Télétransmission

Code de routage du flux: RO

Identifiant de flux: \_\_\_\_\_

Nom de domaine: \_\_\_\_\_

N° AMC: \_\_\_\_\_

Top Mutyaliste

A transmettre

Dans la fiche du patient, onglet complémentaire, affectez cette mutuelle, à votre patient (utilisez le bouton Choisir) et saisissez la date de début et de fin des droits.

Assuré Adresses **Complémentaire** Bloc-Notes Alarmes Consultations Courriers Divers Factures Documents

Informations sur la Carte Vitale

Pas de complémentaire

Informations issues d'une Attestation Papier ou autre support

Nom: MUTUELLE X

N°: 0000000000 Contrat: 00 Code routage: RO

Affilié à: \_\_\_\_\_

Convention: TP/ GIE SV DEMO

Date Début	Date Fin	N° adhérent
01/01/2007	10/10/2007	_____

Indicateur traitement: \_\_\_\_\_ ?

L'envoi d'une demande de remboursement à la complémentaire est autorisé pour :  Tiers-Payant  Hors Tiers-Payant

La caisse gère également la part complémentaire (paiement unique ou transmission de décomptes)

Pour la facturation, il suffit d'indiquer dans la rubrique cadre de remboursement « Tiers payant sur la part obligatoire et complémentaire ».

## 15) FACTURATION DE LA PART COMPLEMENTAIRE AVEC UNE DRE

### a) Fonctionnement

Lorsque la caisse du patient n'a pas d'accord avec sa complémentaire (c'est-à-dire pas de liaison informatique entre les 2 organismes pour faire suivre le décompte), il est alors envisageable d'utiliser la DRE (Demande de Remboursement Electronique). La DRE est le pendant de la FSE. Lors de la télétransmission, la FSE est transmise au régime obligatoire dont dépend le patient (par exemple CPAM) et la DRE est envoyée directement à la complémentaire à laquelle adhère le patient. Lorsque on télétransmet une DRE, il n'y a plus de documents papier à envoyer à la complémentaire pour obtenir le remboursement (même en mode dégradé).

De nombreuses complémentaires sont en mesure de recevoir des DRE. Attention : avant d'envoyer les premières DRE, vous devez signer une convention avec l'organisme (formalités administratives)

### b) Facturation

Il faut au préalable affecter la complémentaire à votre patient. Pour cela, dans la fiche du patient, onglet complémentaire, cliquez sur le bouton « *assistant DRE* ». Cet assistant vous guidera dans le choix de la complémentaire.

The screenshot shows a software interface with a top navigation bar containing tabs: 'Enfant', 'Adresses', 'Complémentaire' (selected), 'Bloc-Notes', 'Alarmes', 'Ordonnances', 'Courriers', 'Divers', 'Factures', and 'Documents'. The main area is divided into two panes. The left pane, titled 'Informations sur la Carte Vitale', contains the text 'Pas de complémentaire'. The right pane, titled 'Informations issues d'une Attestation Papier ou autre support', contains several input fields and buttons: 'Nom' with a 'Choisir' button, 'N°' with 'Contrat' and 'Code routage' checkboxes and a 'Retirer' button, 'Affilié à' (text field), 'Convention' (dropdown menu) with a 'Convention' button, a table with columns 'Date Début' and 'Date Fin' (both containing '00/00/0000'), 'N° adhérent' (text field), and 'Indicateur traitement' (dropdown menu with a '?' icon). Below the table, there is a label 'L'envoi d'une demande de remboursement à la complémentaire est autorisé pour :' followed by checkboxes for 'Tiers-Payant' and 'Hors Tiers-Payant', and a 'PEC' button. At the bottom of the interface, there is a checked checkbox: 'La caisse gère également la part complémentaire (paiement unique ou transmission de décomptes)'. A red rectangular box highlights a button labeled 'Assistant DRE' in the bottom right corner.

Ensuite, dans l'écran ci-dessous, saisissez la date de début et de fin des droits. Le logiciel gère automatiquement la case "La caisse gère également la part complémentaire". Dans le cas d'une DRE, cette case n'est pas cochée. La recherche de la convention est également automatique.

Enfant Adresses **Complémentaire** Bloc-Notes Alarmes Ordonnances Courriers Divers Factures Documents

Informations sur la Carte Vitale

Pas de complémentaire

Informations issues d'une Attestation Papier ou autre support

Nom VIAMEDIS -DRE Choisir

N° 0075990010 Contrat 00 Code routage VM Retirer

Affilié à

Convention > TP/VIAMEDIS Convention

Date Début	Date Fin	N° adhérent
01/01/2007	31/12/2007	

Indicateur traitement ?

L'envoi d'une demande de remboursement à la complémentaire est autorisé pour :  Tiers-Payant  Hors Tiers-Payant PEC

La caisse gère également la part complémentaire (paiement unique ou transmission de décomptes) Assistant DRE

Lors de la facturation en "Tiers payant sur la part obligatoire et complémentaire", répondez oui à la question ci-dessous.

**Question**

Confirmez-vous la création de :

- une FSE à destination de la caisse
- une DRE à destination de la complémentaire

Qui Non

Lors de la préparation des lots de factures, les DRE associées à ces factures sont automatiquement mises en lot. Les DRE sont transmises dans des lots allant de AAA à ZZZ.

Attention : tout lot de DRE qu'il soit dégradé ou sécurisé doit avoir un ARL (accusé de réception)

La gestion des ARL des lots de DRE est identique aux FSE.

**Il n'est pas nécessaire d'envoyer des documents (duplicata de la feuille de soins,...) à la complémentaire pour obtenir le remboursement (même en mode dégradé). La DRE supprime totalement le papier.**

De la même manière que les caisses, les complémentaires vous feront parvenir des retours Noemie vous indiquant le paiement et/ou le rejet de vos DRE. Ces retours noemie sont consultables dans le menu télétransmission, rubrique :

- rapport NOEMIE par lot, onglet "Lot de DRE"
- paiement NOEMIE par journée comptable

## 16) FACTURATION EN MODE DESYNCHRONISE

### a) Fonctionnement

Le mode désynchronisé autorise la certification de la FSE en 2 étapes. La première signature de la facture se fait en présence de la carte vitale et d'une CPE ou de la CPS d'un autre professionnel. La signature finale se faisant en présence de la CPS du titulaire de la facture juste avant la télétransmission. En l'absence de cette sécurisation finale, les factures ne peuvent pas être télétransmises. Cette fonctionnalité nécessite un lecteur de cartes à jour en version 1.40. Si votre lecteur n'est pas à jour le logiciel vous le signalera par le message suivant :



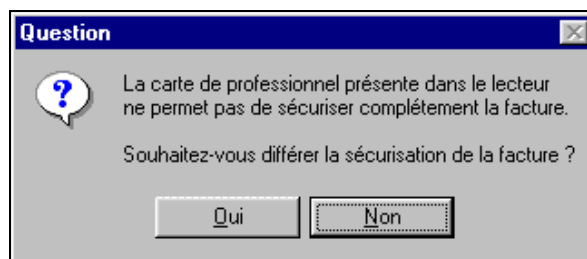
### b) Facturation avec une carte CPE (carte de personnel d'établissement)

Pour réaliser une facture en mode désynchronisé avec une CPE (cas d'une secrétaire d'un cabinet médical par exemple), procédez de la façon suivante :

- Insérez la CPE et la carte vitale dans le lecteur
- Cliquez sur le menu Facturation – puis sur « mode partiellement sécurisé »
- Saisissez la facture et cliquez sur le bouton « facturer »

Ou bien

- Insérez la CPE et la carte vitale dans le lecteur
- Cliquez sur le bouton facturer dans l'écran d'accueil
- Saisissez la facture et cliquez sur le bouton « facturer »
- Répondez Oui à la question suivante (en fin de facturation)



Pour procéder à la signature finale, reportez vous au paragraphe d) ci-dessous

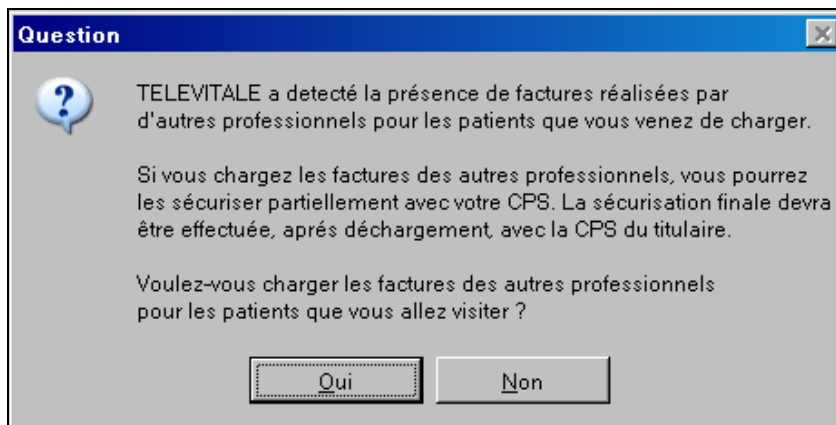
### c) Facturation avec CPS et un lecteur portable

Ce fonctionnement permet de charger dans un lecteur des factures appartenant à différents professionnels de santé, puis de les certifier partiellement au domicile du patient avec une seule CPS. La signature finale se faisant en présence de la CPS du titulaire de la facture juste avant la télétransmission. Cette méthode de facturation évite le changement de carte CPS (et la saisie du code associée) au domicile du patient.

Procédez de la façon suivante :

- préparez les factures en vue de leur chargement pour l'ensemble des professionnels
- procédez au chargement des factures pour un professionnel

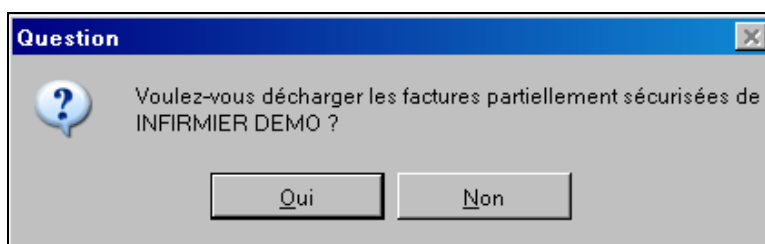
- si votre lecteur est à jour le logiciel vous proposera de charger les factures des autres professionnels de santé et appartenant aux mêmes patients (voir image ci-dessous)



- Répondez oui à la question ci-dessus
- Le logiciel vous propose la liste des factures appartenant aux autres professionnels et susceptibles d'être chargées, sélectionnez les et chargez les dans le lecteur (en cliquant sur le bouton charger)

Liste des factures pouvant être chargées pour le compte d'un autre praticien					
Nom du patient	Nom du professionnel	N° Facture	Date	Montant	
CARTE FACTICE REMY	INFI2	070718009	18/07/2007	3.00	<input type="button" value="Tout choisir"/> <input type="button" value="Ne rien choisir"/> <input type="button" value="Charger"/>
CARTE FACTICE REMY	INFI 3	070718008	18/07/2007	3.00	

- Au domicile des patients, le lecteur vous proposera de certifier intégralement vos factures avec votre CPS et de certifier partiellement les factures des autres professionnels (toujours avec votre CPS)
- Procédez au déchargement de vos propres factures, puis le logiciel vous proposera de décharger les factures partiellement sécurisées des autres professionnels :



- Répondez oui à la question ci-dessus pour décharger ces factures
- Avant de télétransmettre les autres professionnels devront procéder à la sécurisation finale avec leur propre CPS. Reportez vous au paragraphe d) ci-dessous

#### d) Sécurisation finale

Les factures étant partiellement sécurisées, pour procéder à la signature finale, procédez de la façon suivante :

- Assurez-vous que le lecteur est bien branché et introduisez la CPS
- cliquez sur le bouton transmettre
- le logiciel vous propose la liste des FSE à sécuriser dans le premier onglet



1. FSE à sécuriser		2. DRE à sécuriser	3. FSE à transmettre	4. DRE à transmettre	5. Fichiers à transmettre			
N° FSE	TP	Patient	Date FSE	Exécutant	Montant	Caisse	Mutuelle	Assuré
070712001	<input checked="" type="checkbox"/>	CARTE FACTICE REMY	12/07/2007	INFIRMIER DEMO	10.20	6.12	0	4.08

Tout choisir  
Ne rien choisir  
Sécuriser

- Cliquez sur le bouton « tout choisir », puis sur le bouton « Sécuriser »
- Après sécurisation, les factures sont automatiquement déplacées dans l'onglet n°3 : « FSE à transmettre ».
- Procédez à la mise en lot et à la télétransmission.

## 17) LE TRAITEMENT DES REJETS DE FACTURES

Après télétransmission, lorsqu'une facture en tiers payant est rejetée par la caisse, vous avez 2 possibilités :

- corriger et retransmettre la facture voir paragraphe a) et b) ci-dessous.
- ou transférer la dette vers le patient (qui devra ensuite vous payer la facture). Voir paragraphe c)

### a) Pour les factures dégradées

**Si votre facture contient également une DRE rejetée par la complémentaire, commencez par traiter en premier le rejet de la facture** en suivant les instructions ci dessous, puis ensuite traitez le rejet de la dre (voir chapitre 18)

Utilisateurs ayant comme écran d'accueil les boutons disposés en cercle	Utilisateurs du tableau de bord
<ul style="list-style-type: none"><li>- Cliquez sur le menu <i>télétransmission</i> puis sur la rubrique « <i>annuler factures transmises</i> ».</li><li>- Dans la liste, sélectionnez la facture, puis cliquez sur le bouton <i>annuler</i></li></ul> <p>La facture passe de l'état "<i>transmise</i>" à "<i>validé</i>". Si vous souhaitez la retransmettre sans changement : elle est prête à envoyer.</p> <p>Si vous souhaitez lui apporter des corrections :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cliquez sur le menu <i>Facturation</i>, puis sur la rubrique <i>défacturer</i></li><li>- Dans la liste, sélectionnez la facture, puis cliquez sur le bouton <i>défacturer</i></li></ul> <p>Pour modifier la facture :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- cliquez sur le menu <i>Télétransmission</i>, puis sur la rubrique <i>Vérifier</i>.</li><li>- Sélectionnez la facture et cliquez sur le bouton <i>modifier</i>.</li></ul> <p>Utilisez ensuite la méthode habituelle pour revalider votre facture :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- bouton <i>imprimer</i> pour faire une facture dégradée</li><li>- bouton « <i>certifier avec carte vitale</i> »</li><li>- ou chargement dans un lecteur de cartes</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cliquez sur le bouton <i>Noemie</i> dans la barre de commande et sélectionnez « <i>annuler factures ou dre transmises</i> »</li><li>- Dans la liste, sélectionnez la facture, puis cliquez sur le bouton <i>annuler</i></li></ul> <p>La facture passe de l'état "<i>transmise</i>" à "<i>validé</i>". Si vous souhaitez la retransmettre sans changement : elle est prête à envoyer.</p> <p>Si vous souhaitez lui apporter des corrections :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cliquez sur le bouton <i>Noemie</i> dans la barre de commande et sélectionnez « <i>défacturer</i> »</li><li>- Dans la liste, sélectionnez la facture, puis cliquez sur le bouton <i>défacturer</i></li></ul> <p>Pour modifier la facture :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- cliquez sur le bouton <i>Noemie</i> dans la barre de commande et sélectionnez « <i>revalider les factures</i> ».</li><li>- Sélectionnez la facture et cliquez sur le bouton <i>modifier</i>.</li></ul> <p>Utilisez ensuite la méthode habituelle pour revalider votre facture :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- bouton <i>imprimer</i> pour faire une facture dégradée</li><li>- bouton « <i>certifier avec carte vitale</i> »</li><li>- ou chargement dans un lecteur de cartes</li></ul>

### b) Pour les factures sécurisées

Cette manipulation doit être réservée lorsque la caisse n'a pas pu faire un recyclage de la facture (également appelé « traitement manuel » ou « traitement caisse » par la caisse d'assurance maladie)

**Si votre facture contient également une DRE rejetée par la complémentaire, commencez par traiter en premier le rejet de la facture** en suivant les instructions ci dessous, puis ensuite traitez le rejet de la dre (voir chapitre 18)

Utilisateurs ayant comme écran d'accueil les boutons disposés en cercle	Utilisateurs du tableau de bord
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliquez sur le menu <i>télétransmission</i> puis sur la rubrique « <i>annuler factures transmises</i> ».</li> <li>- Dans la liste, sélectionnez la facture, puis cliquez sur le bouton <i>annuler</i></li> </ul> <p>La facture passe de l'état "transmise" à "saisie" avec un nouveau numéro.</p> <p>Pour modifier la facture :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cliquez sur le menu <i>Télétransmission</i>, puis sur la rubrique <i>Vérifier</i>.</li> <li>- Sélectionnez la facture et cliquez sur le bouton <i>modifier</i>.</li> </ul> <p>Utilisez ensuite la méthode habituelle pour valider votre facture :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bouton <i>imprimer</i> pour faire une facture dégradée</li> <li>- bouton « <i>certifier avec carte vitale</i> »</li> <li>- ou chargement dans un lecteur de cartes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliquez sur le bouton <i>Noemie</i> dans la barre de commande et sélectionnez « <i>annuler factures ou dre transmises</i> »</li> <li>- Dans la liste, sélectionnez la facture, puis cliquez sur le bouton <i>annuler</i></li> </ul> <p>La facture passe de l'état "transmise" à "saisie" avec un nouveau numéro.</p> <p>Pour modifier la facture :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cliquez sur le bouton <i>Noemie</i> dans la barre de commande et sélectionnez « <i>revalider les factures</i> ».</li> <li>- Sélectionnez la facture et cliquez sur le bouton <i>modifier</i>.</li> </ul> <p>Utilisez ensuite la méthode habituelle pour valider votre facture :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bouton <i>imprimer</i> pour faire une facture dégradée</li> <li>- bouton « <i>certifier avec carte vitale</i> »</li> <li>- ou chargement dans un lecteur de cartes</li> </ul>

### c) Transfert de dettes

Cette fonctionnalité permet, en cas de rejet, de :

- transférer partiellement ou en totalité, vers le patient, la part à la charge de la caisse et/ou la part à la charge de la complémentaire. Le patient devra ensuite vous payer la facture et vous devrez lui remettre une feuille de soins.
- transférer vers la complémentaire la part du patient, par exemple lorsque la complémentaire n'a pas été prise en compte lors de la facturation.
- remplacer la complémentaire indiquée dans la facture par celle de la fiche patient, par exemple lorsque la complémentaire prise en compte lors de la facturation n'était pas correcte.

Cette fonctionnalité est accessible par le menu *Facturation*, rubrique *transfert de dettes*, ainsi que dans l'écran de saisie des règlements. Sélectionnez la facture et cliquez sur le bouton *Transférer*, puis choisissez la part à transférer et cliquez sur le bouton *OK*.

Détail de la facture

Facture n°  du

Patient:

Remboursement

---

Détail des parts

	Montant demandé	Montant payé
Caisse	193.51	193.51
Complémentaire	0	0
Patient	129.01	0
<b>Total</b>	<b>322.52</b>	<b>193.51</b>

---

Choisissez l'action à effectuer

Transférer vers le patient, la part de la caisse pour un montant de

Transférer vers le patient, la part de la complémentaire pour un montant de

Transférer vers le patient, la part de la caisse et de la complémentaire

Transférer vers la complémentaire, la part du patient pour un montant de

Remplacer la complémentaire de la facture par celle de la fiche patient

## **18) LE TRAITEMENT DES REJETS DE DRE (Demande de remboursement électronique)**

Après télétransmission, lorsqu'une DRE en tiers payant est rejetée par la complémentaire, vous avez 2 possibilités :

- corriger et retransmettre la DRE. Voir ci-dessous.
- ou transférer la dette vers le patient (qui devra ensuite vous payer la facture). Voir paragraphe c) au chapitre 17)

**Si la facture est également rejetée par la caisse, commencez par traiter en premier le rejet de la facture** en suivant les instructions du chapitre 17), puis ensuite traitez le rejet de la dre en suivant les indications ci-dessous :

<b>Utilisateurs ayant comme écran d'accueil les boutons disposés en cercle</b>	<b>Utilisateurs du tableau de bord</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliquez sur le menu <i>télétransmission</i> puis sur la rubrique « <i>annuler dre transmises</i> ».</li> <li>- Dans la liste, sélectionnez la dre, puis cliquez sur le bouton <i>annuler</i></li> </ul> <p>La dre passe de l'état "transmise" à "saisie" avec un nouveau numéro.</p> <p>Pour modifier la DRE :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cliquez sur le menu <i>Facturation</i>, puis sur la rubrique <i>Liste des DRE à valider</i>.</li> <li>- Dans la liste, sélectionnez la DRE et cliquez sur le bouton <i>modifier DRE</i>.</li> </ul> <p>Afin de garder une cohérence avec la facture associée à cette DRE, seul le taux de remboursement de la part complémentaire est modifiable dans l'onglet complémentaire.</p> <p>Remarque : les auxiliaires médicaux peuvent également modifier la DRE, en cliquant sur le bouton <i>facturer</i> dans l'écran d'accueil, puis en sélectionnant l'onglet <i>liste des DRE non validées</i>.</p> <p>Pour valider la DRE, dans l'écran de facturation, cliquez sur le bouton <i>Imprimer</i>. Le titre de la fenêtre indique que vous travaillez en mode <i>[Correction DRE]</i> et que seul une DRE sera générée par le logiciel.</p> <p>Remarque : La DRE ne nécessitant aucun papier, aucun document ne sera imprimé Elle sera validée en mode dégradé et acceptée en l'état par les complémentaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cliquez sur le bouton <i>Noemie</i> dans la barre de commande et sélectionnez « <i>annuler factures ou dre transmises</i> »</li> <li>- Sélectionnez l'onglet « <i>annuler DRE transmises</i> »</li> <li>- Dans la liste, sélectionnez la dre, puis cliquez sur le bouton <i>annuler</i></li> </ul> <p>La dre passe de l'état "transmise" à "saisie" avec un nouveau numéro.</p> <p>Pour modifier la DRE :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cliquez sur le bouton <i>Noemie</i> dans la barre de commande et sélectionnez « <i>revalider les dre</i> ».</li> <li>- Dans la liste, sélectionnez la DRE et cliquez sur le bouton <i>modifier DRE</i>.</li> </ul> <p>Afin de garder une cohérence avec la facture associée à cette DRE, seul le taux de remboursement de la part complémentaire est modifiable dans l'onglet complémentaire.</p> <p>Pour valider la DRE, dans l'écran de facturation, cliquez sur le bouton <i>Imprimer</i>. Le titre de la fenêtre indique que vous travaillez en mode <i>[Correction DRE]</i> et que seul une DRE sera générée par le logiciel.</p> <p>Remarque : La DRE ne nécessitant aucun papier, aucun document ne sera imprimé Elle sera validée en mode dégradé et acceptée en l'état par les complémentaires.</p>

## 19) INTERROGATION ET RELANCE DES COMPTES

Ce module est accessible à partir du menu Facturation, rubrique « interrogation et relances de comptes ».

Il permet (pour une période donnée) :

- la consultation du compte d'un patient, d'une caisse ou d'une complémentaire pour connaître les sommes dues
- l'impression d'un relevé de compte avec aperçu avant impression
- l'impression de lettres de rappel (relance) à deux niveaux avec aperçu avant impression
- la consultation de l'historique des relances.

Les modèles de lettres imprimés sont modifiables.

### a) La recherche

L'écran se divise en 3 parties :

- une zone de saisie des critères de recherche
- une zone d'affichage des résultats de la recherche (liste)
- une zone contenant les boutons d'actions sur le résultat de la recherche

#### Saisie des critères de recherche

Il faut tout d'abord cocher le type de compte à interroger. Les choix possibles sont :

- Centre de gestion
- Organisme de gestion
- Complémentaire
- Patient

Les choix « centre de gestion » et « organisme de gestions » sont exclusifs. Les autres choix peuvent être combinés entre eux.

Exemple : on peut interroger les comptes de type « centre de gestion » et « complémentaire » et « patient ».

Pour chaque type de compte à interroger il faut ensuite renseigner la colonne « *la sélection sera effectuée pour* ». Cette colonne permet de choisir si on interroge :

- un compte en particulier
- tous les comptes
- les comptes ayant un solde supérieur ou inférieur à une valeur donnée

Si on choisi un compte en particulier ou tous les comptes, il est possible de spécifier « *le montant dû pour chaque facture* » et le niveau de relance à l'aide des opérateurs  $\geq$  (supérieur ou égal) et  $\leq$  (inférieur ou égal)

#### Saisie de la période de recherche

Par défaut le logiciel propose de travailler sur les factures du mois précédent et en prenant en comptes les règlements jusqu'à aujourd'hui.

Il est possible de changer cette période de recherche en cliquant sur les icônes en forme de calendrier à coté des dates. Les choix disponibles sont :

date du jour
semaine courante
semaine précédente
mois courant
mois précédent
trimestre courant
trimestre précédent
semestre courant
semestre précédent
année courante
année précédente

Quelques exemples :

Recherche des factures ayant un montant dû de 1 euro pour tous les organismes de gestion pour le mois de janvier 2010.

Recherche des complémentaires devant au moins 50 euros sur le mois de janvier 2010

Lorsque les critères de recherche sont saisis il suffit de cliquer sur le bouton « Rechercher » pour afficher la liste des factures (et des règlements) répondant aux critères.

Remarque : pour accélérer la saisie des critères de recherche, il est possible d'utiliser les modèles d'interrogation prédéfinis.

## b) Les extraits de comptes

Le bouton « *relevés de compte* » permet d'imprimer un extrait de compte à partir des factures et règlements apparaissant dans la liste.

Si la liste contient plusieurs types de comptes, un regroupement est effectué par compte. Si une facture ne doit pas apparaître sur le relevé il est possible de la désélectionner en cliquant sur la case à cocher dans la première colonne.

Dans l'exemple ci-dessous, il y aura impression de 2 relevés de comptes puisque 2 patients sont présents dans la liste.

V	Date	Pièce	Libellé	Date relance	Niveau	Mode	Lot	HTP Demandé	Payé
<input checked="" type="checkbox"/>	27/02/2006	060227053	Facture CARTE ENFANT SEUL BENJAMIN					<input type="checkbox"/>	6.00
<input checked="" type="checkbox"/>	27/02/2006	060227056	Facture CARTE ENFANT SEUL BENJAMIN					<input type="checkbox"/>	5.80
<input checked="" type="checkbox"/>	27/02/2006	060227057	Facture TEST					<input type="checkbox"/>	6.00
<input checked="" type="checkbox"/>	28/02/2006	060228059	Facture CARTE ENFANT SEUL BENJAMIN					<input type="checkbox"/>	6.00

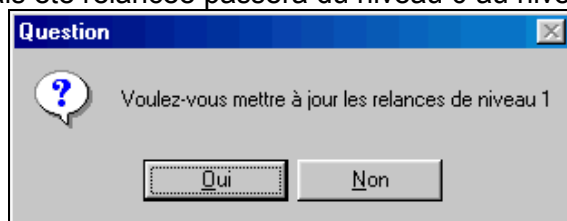
Remarque : lorsque on imprime un extrait de compte pour un patient choisi dans la liste le logiciel proposera d'imprimer en plus de l'extrait de compte la ou les factures apparaissant sur le relevé de compte.

### c) Les relances

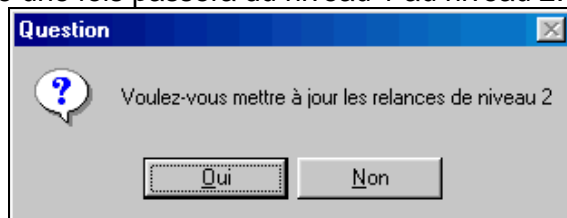
Le bouton « *lettres de relances* » permet d'imprimer une lettre de rappel à partir des factures et règlements apparaissant dans la liste.

Si la liste contient plusieurs types de comptes, un regroupement est effectué par compte. Si une facture ne doit pas apparaître sur la lettre de rappel il est possible de la désélectionner en cliquant sur la case à cocher dans la première colonne.

Lorsque la lettre de rappel a été imprimée le logiciel propose d'augmenter de un le niveau de relance. Ainsi une facture n'ayant jamais été relancée passera du niveau 0 au niveau 1.



Une facture ayant été relancée une fois passera du niveau 1 au niveau 2.



Si on sélectionne à la fois des factures relancées en niveau 1 et en niveau 2, le logiciel commencera par imprimer les lettres de rappel de niveau 2 puis les lettres de rappel de niveau 1.

### d) Les modèles de lettres

Le bouton modèle de lettres permet de modifier les lettres imprimées :

- l'extrait de compte
- la première relance
- la deuxième relance

Les éléments modifiables sont :

- le texte situé avant le tableau des factures
- le texte situé après le tableau des factures
- le titre de la lettre

Nature du modèle	Relevé de compte	Intitulé du document	Relevé de compte
Libellé du texte placé AVANT le tableau récapitulatif			
<p>Madame, Mademoiselle, Monsieur,</p> <p>Je vous prie de trouver ci-dessous le détail des sommes comptabilisées à ce jour :</p>			
Libellé du texte placé APRES le tableau récapitulatif			
<p>Si une ou plusieurs factures faisant partie de ce relevé ont fait l'objet d'un règlement, veuillez ne pas en tenir compte et nous couvrir le montant du solde dans les plus brefs délais.</p> <p>Dans l'attente, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'assurance de nos meilleurs sentiments.</p> <p>Service Comptabilité Client</p>			
<input type="button" value="OK"/>		<input type="button" value="Annuler"/>	

Vous pouvez par exemple indiquer l'ordre auquel doit être établi le règlement et les coordonnées bancaires en cas de virement.



## 20) STATISTIQUES

Les statistiques sont accessibles par le menu Outils, rubrique statistiques, puis :

- Chiffre d'affaires par caisse
- Chiffre d'affaires par organisme complémentaire
- Chiffre d'affaires par prescripteur
- Nombres d'actes par prescripteur
- Nombres d'actes par mois
- Nombres d'actes par organisme de gestion
- Nombres d'actes cumulés par mois
- Bilan d'activité

Les calculs sont effectués par rapport au professionnel courant indiqué dans la barre de menu. Ainsi, si le professionnel courant est un professionnel de santé (docteur, infirmier), le logiciel prend en compte uniquement les factures ou les actes du professionnel sélectionné. Par contre si le professionnel courant est un centre de santé, le logiciel prend en compte toutes les factures ou tous les actes des professionnels rattachés au centre de santé.

Il est possible de basculer rapidement d'un professionnel de santé à l'autre de la manière suivante :

- Choisir une statistique et saisir les paramètres
- Afficher la fenêtre de résultat
- Choisir un autre professionnel dans le menu professionnel courant (sans fermer la fenêtre de résultat)
- Cliquer sur le bouton « paramètre » puis « OK » (sans fermer la fenêtre de résultat)

### a) Chiffre d'affaires par caisse

Cette statistique utilise la date de la facture et la part "caisse" de la facture. Les factures à l'état "saisies" ne sont pas prises en compte.

Remarque : Seul le montant remboursable par la caisse intervient dans le calcul

Date d'élaboration des factures  
Du : 01/01/2010 au : 31/12/2010

Présentation  
 Graphique  
 Tableau  
 Les deux

01-349-9881	CPAM
01-999-9999	CPAM DEMO
03-311-1300	CMR
03-354-1300	CMR
10-349-0210	CRPCEN

Tout choisir Ne rien choisir

OK ANNULER

Sélectionnez les caisses que vous voulez voir apparaître dans les statistiques.

### b) Chiffre d'affaires par organisme complémentaire

Cette statistique utilise la date de la facture et la part "complémentaire" de la facture. Les factures à l'état "Saisies" ne sont pas prises en compte.

Remarque : Seul le montant remboursable par la complémentaire intervient dans le calcul

Date d'élaboration des factures  
Du : 01/01/2010 au : 31/12/2010

Présentation

Graphique  
 Tableau  
 Les deux

TOP MUTUALISTE  
0009940024 AXA ASSURANCE  
0077565712 GMF SANTE  
0099999997 CMU CAISSE ATTESTATION  
7272727272 CN-7272727272

Tout choisir Ne rien choisir

OK ANNULER

Sélectionnez les organismes complémentaires que vous voulez voir apparaître dans les statistiques.

### c) Chiffre d'affaires par prescripteur

Cette statistique utilise la date de la facture et le montant total de la facture. Les factures à l'état "Saisies" ne sont pas prises en compte. Cette statistique peut être utilisée uniquement pour les factures réalisées par les auxiliaires médicaux (factures nécessitant une prescription établie par un médecin)

Remarque : Seul le montant total des factures intervient dans le calcul

Date d'élaboration des factures  
Du : 01/01/2010 au : 31/12/2010

Présentation

Graphique  
 Tableau  
 Les deux

COEUR ALBERT  
DUNERF YAN  
GENE PIERRE  
IRIS JACQUES  
MOLAIRE ALBERT  
REEDUC JEAN  
ROULETTE PAUL

Tout choisir Ne rien choisir

OK ANNULER

Sélectionnez les prescripteurs que vous voulez voir apparaître dans les statistiques.

Remarque : pour une même période les 3 statistiques ci-dessus ne peuvent pas donner le même total car elles travaillent sur des parts différentes.

### d) Nombres d'actes par prescripteur

Cette statistique peut être utilisée uniquement pour les factures réalisées par les auxiliaires médicaux (factures nécessitant une prescription établie par un médecin). Elle fait la somme des coefficients des actes en se basant sur la date des actes et non pas sur la date des factures. La somme des coefficients est effectuée prescripteur par prescripteur

Exemple : 1 AMI 5 du 02/01/10 + 1 AMI 5 du 03/01/10 donneront 10 actes (coefficient 5 + coefficient 5)

Remarque : Cette statistique ne prend pas en compte les indemnités de déplacements forfaitaires, les indemnités kilométriques, les majorations de nuit ou jour férié.

e) Nombres d'actes par mois, par organisme de gestion et nombres d'actes cumulés par mois

Ces 3 statistiques travaillent sur les factures réalisées par des infirmières (actes en AMI ou AIS). Elles font la somme des coefficients des actes en se basant sur la date des actes et non pas sur la date des factures.

Suivant la statistique choisie, la somme des coefficients est effectuée

- mois par mois
- cumulés mois par mois
- organisme de gestion par organisme de gestion.

Exemple : 1 AMI 5 du 02/01/10 + 1 AMI 5 du 03/01/10 donneront 10 actes (coefficient 5 + coefficient 5)

Remarque : Cette statistique ne prend pas en compte les indemnités de déplacements forfaitaires, les indemnités kilométriques, les majorations de nuit ou jour férié.

f) Bilan d'activité

Cette statistique travaille sur la date des actes et non pas sur la date des factures. Elle permet d'obtenir le nombre d'actes regroupé par nature, coefficient et par prix.

Exemple : une facture datée du 10/01/10 et contenant des actes de décembre 2009 et janvier 2010. Si on interroge le bilan d'activité de janvier 2010, seul les actes de janvier 2010 seront pris en compte. Les actes de décembre 2009 n'apparaîtront dans le bilan d'activité bien que la facture soit datée du 10 janvier 2010.

Par défaut les factures à l'état "Saisies" ne sont pas prises en compte. Si vous souhaitez les prendre en compte il faut cocher la case « *Prendre en compte les actes non facturés* »

Vous pouvez afficher le bilan d'activité pour un ou plusieurs secteurs en utilisant le bouton choisir. Il faut au préalable affecter un secteur dans la fiche des patients. Par défaut le bilan est calculé pour tous les secteurs.

Pour les centres de santé, il est également possible de choisir une provenance (ville, hôpital, clinique, maison de retraite, HAD) ou une spécialité (dans le cas d'un centre polyvalent). La provenance du patient doit être au préalable enregistrée dans la prescription.

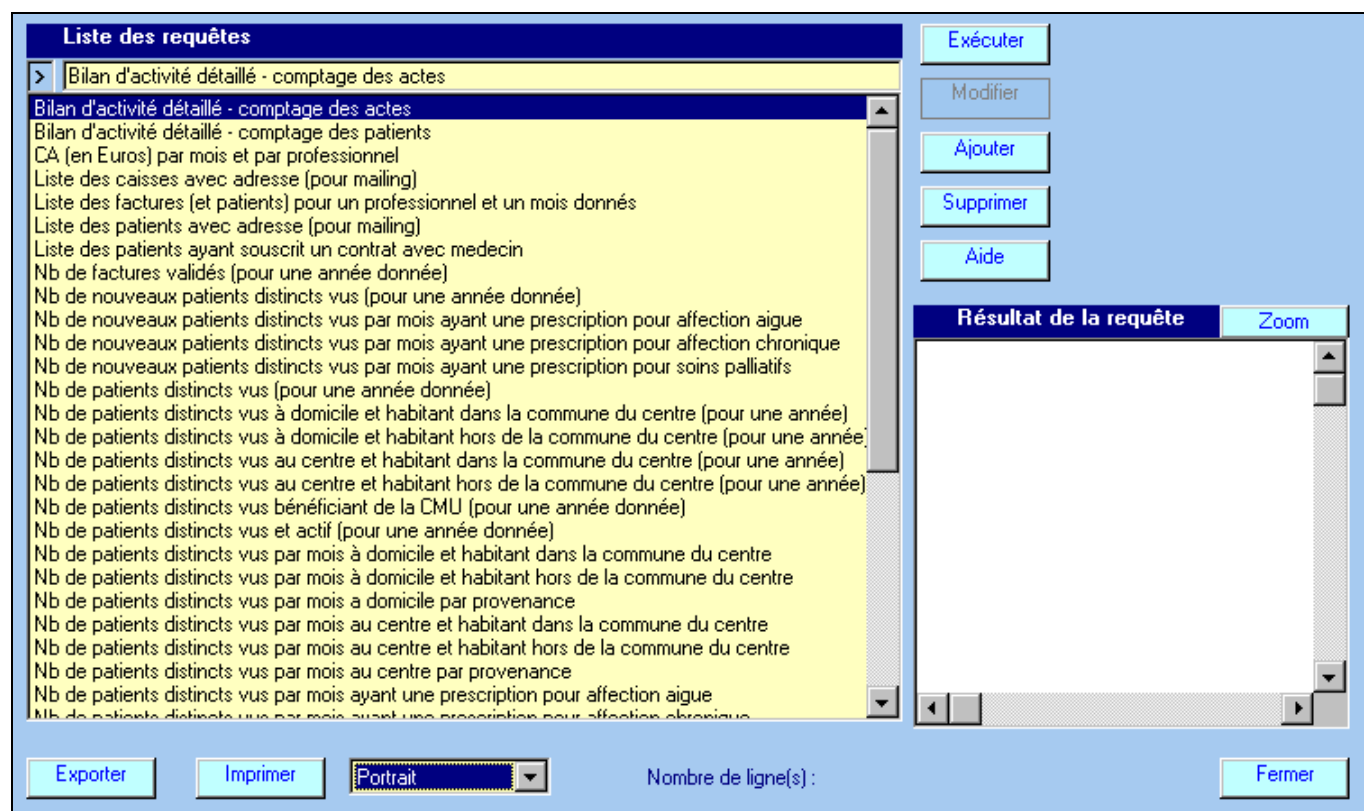
## 21) LES REQUETES

Le logiciel est fourni en standard avec une liste de requête. Ces requêtes accessibles par le menu Outils, rubrique Requête, ne peuvent pas être visualisées ou modifiées. L'utilisation des requêtes est la suivante :

- choisir une requête dans la liste
- cliquer sur le bouton exécuter
- saisir les paramètres demandés
- visualiser, imprimer ou exporter les résultats

Lorsque la requête demande une année, celle-ci doit être saisie sur 4 chiffres (2010 par exemple)

Si un n° de professionnel est demandé, il s'agit du n° dans la première colonne de la liste des membres du cabinet (menu Fichier – membre du cabinet).



Lorsque la fenêtre de résultat est ouverte pour revenir à la liste des requêtes il faut cliquer sur le bouton Zoom située en haut à droite

Résultat de la requête							Zoom
Liste des patients avec adresse (pour mailing)							
Nom	Prénom	N° Sécu	Clé	Date De Naissance	Tel		
ALBERT	MICHEL			//			
BEAUVAU	MARIE	2501903111307	50	25/01/1950	0442549191	PLACE CHAVA	
CAISSE	PASCALLE	2301962965231	83	01/19/1930	0442549191	BD FOCH	
CARUSO	ISABELLE			21/05/1965	0442549191	AVENUE MAR	
CARUSO	SIMON	1501903541304	07	25/01/1950	0442549191	RUE DU MARC	
DAUPHIN	EMILIE	2501903111306	51	25/01/1950	0442549191	PLACE DE LA	
DESMALUX	NATHALIE	2550699999999	34	15/06/1955			
DUFOUR	JEAN	1601975012046	24	01/02/1960	0442549191	ROUTE DE BC	
DUPONT	AGNES			17/10/1990	0442549191	RUE CONDOF	
DUPONT	ALEXANDRE			07/11/1991	0442549191	GRANDE RUE	
DUPONT	PAUL	1501903541301	10	25/01/1950	0442549191	BOULEVARD I	
DUPUIS	ALAIN	1601984157002	34	19/19/1960	0442549191	RUE DU 8 MAI	
DUPUIS	ALICE			21/01/1960	0442549191	AVENUE JOHN	
DUR	OLIVIER			//			
DURAND	DANIELLE			11/12/1952	0442549191	RUE FERRARI	
DURAND	DENIS	1491962965180	29	20/19/1949	0442549191	ROUTE DE ME	
DURAND	DIDIER			24/09/1992	0442549191	RUE NEUVE	
DURAND	DIMITRI			01/03/1995	0442549191	RUE CAMILLE	
DURAND	DOMINIQUE			02/06/1996	0442549191	PARKING DE I	
DURAND	DOROTHEE			10/11/1993	0442549191	ALLEE DES PI	
DURAND	FABIENNE			28/10/1983	0442549191	PLACE DE LA	

Portrait
Nombre de ligne(s) : 45

Le bouton Exporter permet d'enregistrer les résultats dans un fichier. Différents formats sont disponibles dont Excel, dbase, html,...Le bouton Imprimer permet l'impression du résultat (il faut sélectionner au préalable le format portrait au paysage)

Pour ajouter des requêtes il faut procéder de la façon suivante :

- Cliquer sur le bouton Ajouter
- Saisir un nom de requête, par défaut le logiciel propose « Nouvelle requête X »
- Saisir la requête
- Cliquer sur modifier pour enregistrer la requête.

Les requêtes doivent être saisies au format SQL.La base de données comportant plusieurs dizaines de tables et de champs, nous pouvons, en fonction de vos besoins, vous assister dans la rédaction des requêtes.

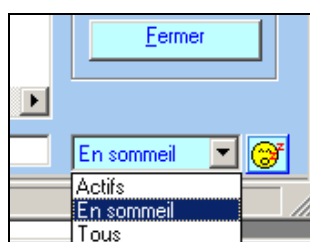
## 22) MISE EN SOMMEIL

La mise en sommeil permet de rendre invisible par exemple un patient sans pour autant le supprimer. Il pourra être réactivé par la suite.

Pour mettre en sommeil un professionnel de santé, il faut utiliser le menu Fichier – Membres du cabinet, modifier le professionnel et cocher la case « **en sommeil** ». Ce professionnel n'apparaîtra plus dans les listes mais ne sera pas supprimé.

Pour mettre en sommeil un patient, il faut utiliser le menu Fichier – patient, modifier le patient et cocher la case « **en sommeil** » qui se trouve dans l'onglet Divers. Ce patient n'apparaîtra plus dans les listes (exemple lors la facturation) mais ne sera pas supprimé.

Pour réactiver un patient il faut procéder de la manière suivante : dans le menu Fichier – Patients par défaut, seul les patients « actifs » sont affichés, en bas à droite de la liste, il faut sélectionner « en sommeil » pour afficher les patients inactifs



Puis modifier le patient et décocher la case « **en sommeil** » dans l'onglet Divers. Pour réactiver un membre du cabinet il faut procéder de la même manière.

Lors de la lecture de la carte vitale d'un patient en sommeil, celui-ci devient automatiquement actif. De même lors de la création d'un ayant droit (enfant par exemple) avec la carte vitale, l'assuré est également créé, mais placé automatiquement en sommeil.

Il est également possible de mettre en sommeil plusieurs patients d'un seul coup en les choisissant dans la liste ou de mettre en sommeil tous les patients n'ayant pas eu de facture depuis un an. Pour utiliser ces fonctionnalités cela il faut cliquer sur l'icône représentant une tête jaune en bas à droite dans la liste des patients. 🤡

Vous pouvez procéder de la même manière pour les médecins prescripteurs.

## 23) IMPRESSION DES BORDEREAUX POUR LES COMPLEMENTAIRES

Pour imprimer les bordereaux destinés aux complémentaires n'ayant pas d'accord de télétransmission avec la caisse du patient, veuillez procéder de la façon suivante :

- Sélectionnez le professionnel
- Cliquez sur le Menu Impression - bordereau complémentaire
- Cliquez sur le bouton *rechercher* puis *multicritères*. Pour sélectionner, par exemple, uniquement les factures de juin 06 et pour lesquelles le bordereau n'a pas été imprimé (et en éliminant les complémentaires en télétransmission), remplissez les rubriques de la façon suivante :

The screenshot shows a software interface for defining search and sorting criteria. It is divided into two main sections: 'Critères de recherche' (Search criteria) and 'Critères de tri' (Sorting criteria). The search section contains four rows of criteria, each with a dropdown menu for the field, a comparison operator, and a value. The sorting section contains two dropdown menus for the field and the sort order. At the bottom, there are buttons for 'Charger', 'Sauver', 'OK', and 'Annuler'.

Critères de recherche	
Donnée à rechercher	Valeur à rechercher
Date facturation	>= 01/06/2006
ET Date facturation	<= 30/06/2006
ET Imprimé	= N
ET Teletrans	= N

Critères de tri	
Donnée à trier	Ordre de tri
Nom Mutuelle	Croissant

Pour re-imprimer un bordereau, on indiquera « *ET Imprimé = 0* » à la place de « *ET Imprimé = N* ». Cette recherche peut être enregistrée pour utilisation future (en utilisant le bouton sauver)

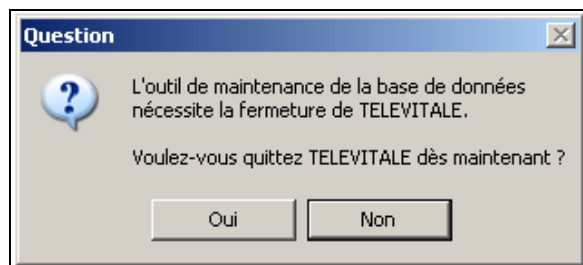
- Cliquez sur le Ok pour lancer la recherche
- Dans la liste des factures, cliquez sur le bouton « *Tout choisir* » pour sélectionner l'ensemble des factures correspondant à votre recherche
- Cliquez sur le bouton bordereau. Le logiciel procède au regroupement des factures par complémentaire, puis propose un aperçu avant impression.
- Dans l'aperçu avant impression, cliquez sur le bouton OK et indiquez le nombre d'exemplaire souhaité dans la fenêtre ci-dessous.

The screenshot shows a dialog box titled 'Paramètre d'impression'. It contains a text input field with the number '1' entered. Below the input field are two buttons: 'OK' and 'ANNULER'.

- Le logiciel imprime les bordereaux, puis propose l'impression des quittances détaillées associées aux factures.

## 24) L'ARCHIVAGE

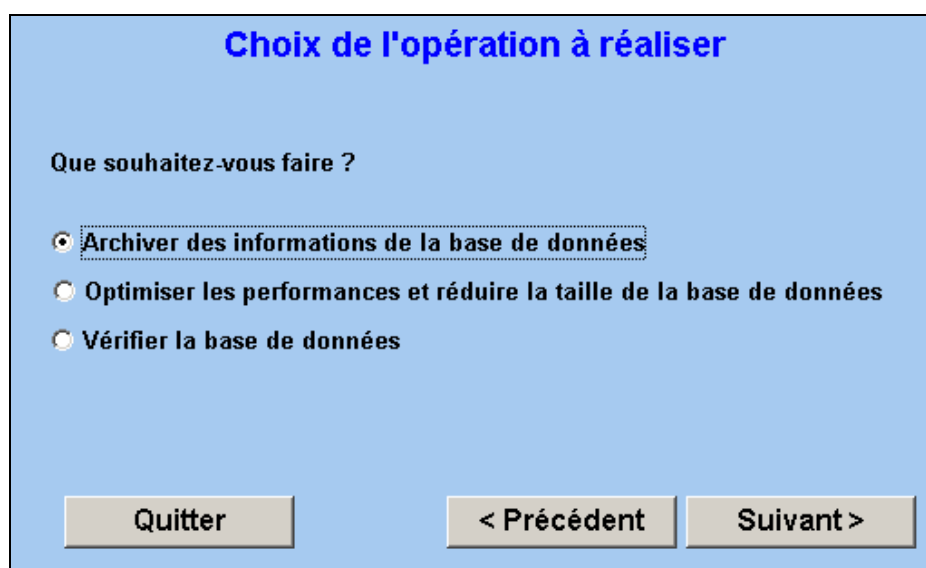
L'outil d'archivage vous permet de supprimer vos vieux dossiers. Avant d'utiliser cet outil la réalisation d'une sauvegarde est obligatoire. Suivant le volume de vos données l'archivage peut être long, prévoyez un heure. Pour accéder à l'archivage, cliquez sur le menu Outils, puis rubrique archivage et répondez Oui à la question suivante.



Dans la fenêtre d'accueil, cliquez sur SUIVANT. 3 choix sont disponibles :

- L'archivage : permettant de supprimer les anciennes factures et/ou les anciennes prescriptions
- L'optimisation : permettant de réorganiser et de réduire la taille de la base de données
- Vérifier la base de données : permettant de contrôler l'intégrité de vos données

**Les choix « optimiser » et « vérifier » doivent être fait uniquement à la demande d'un technicien de TELEVITALE**



Lorsque vous choisissez l'option « Archivage », l'écran ci-dessous vous apparaît. Vous êtes invité à faire une sauvegarde. Cette sauvegarde vous permettra de consulter ultérieurement vos anciennes données en cas de besoin. Elle se nomme « archive ...zip » et **doit être réalisée sur un support amovible et en aucun cas elle ne devra être supprimée.**



### Sauvegarde des données avant archivage

Que souhaitez-vous faire ?

Je ne souhaite pas sauvegarder les données supprimées  
 **Je souhaite sauvegarder les données à l'emplacement ci-dessous.  
 Je pourrais ainsi les consulter de nouveau.**

Nom de la sauvegarde

Emplacement de la sauvegarde

Après réalisation de la sauvegarde, l'assistant vous propose 3 choix d'archivage

### Choix des éléments à retirer

Quels éléments souhaitez-vous retirer de la base de données ?

Patients choisis parmi une liste  
 Patients pour lesquels il n'y a pas eu de factures depuis une période donnée  
 **Factures et/ou prescriptions pour une période donnée**

a) Archivage des patients choisis parmi une liste

Ce choix n'est pas conseillé, car un nouvel outil plus performant (la mise en sommeil des patients) est disponible. Voir en page 54

b) Archivage des patients pour lesquels il n'y a pas de facture depuis une période donnée

Ce choix n'est pas conseillé, car un nouvel outil plus performant (la mise en sommeil des patients) est disponible. Voir en page 54

c) Archivage des factures et/ou prescriptions pour une période donnée

Dans la fenêtre ci-dessous :

- Sélectionnez les éléments à supprimer (factures et ou prescription)
- Sélectionnez le professionnel à qui appartiennent les factures ou les prescriptions
- Saisissez la période à supprimer. Nous vous conseillons de conserver 2 années en plus de l'année courante. Exemple : pour un archivage effectué en juillet 2007, vous conservez l'année 2007, 2006 et 2005. La période de suppression sera du 01/01/2000 au 31/12/2004.
- Cliquez sur le bouton Suivant : le logiciel procède alors à la suppression des éléments sélectionnés.

## Choix des factures et des prescriptions à supprimer

Je souhaite supprimer les éléments suivants:

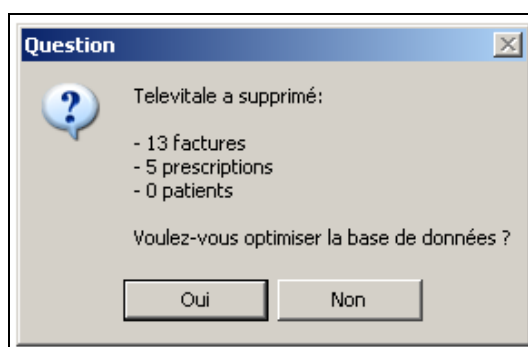
- Factures et les actes rattachés
- Prescriptions et les actes rattachés

Pour le professionnel TOUS LES PROFESSIONNELS

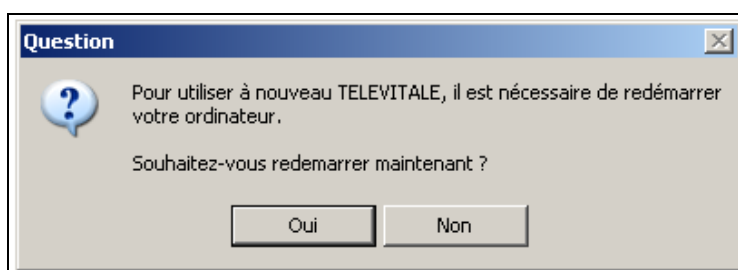
Sur la période DU 01/12/2001 AU 31/12/2002

Quitter
< Précédent
Suivant >

Lorsque le traitement est terminé, un compte rendu vous informe du nombre de factures et de prescriptions supprimées et vous propose d'optimiser la base de données. Il est conseillé de répondre Oui à cette question.



Cette opération d'optimisation est longue, des écrans noirs avec des messages en Anglais sont affichés. Vous devez laisser le logiciel travailler, sans intervenir jusqu'à l'affichage du message « *L'optimisation est terminée* » puis de la question « *Souhaitez-vous redémarrer maintenant ?* »



Répondez oui. L'ordinateur va s'arrêter et se remettre en marche, vous pouvez à nouveau utiliser le logiciel.

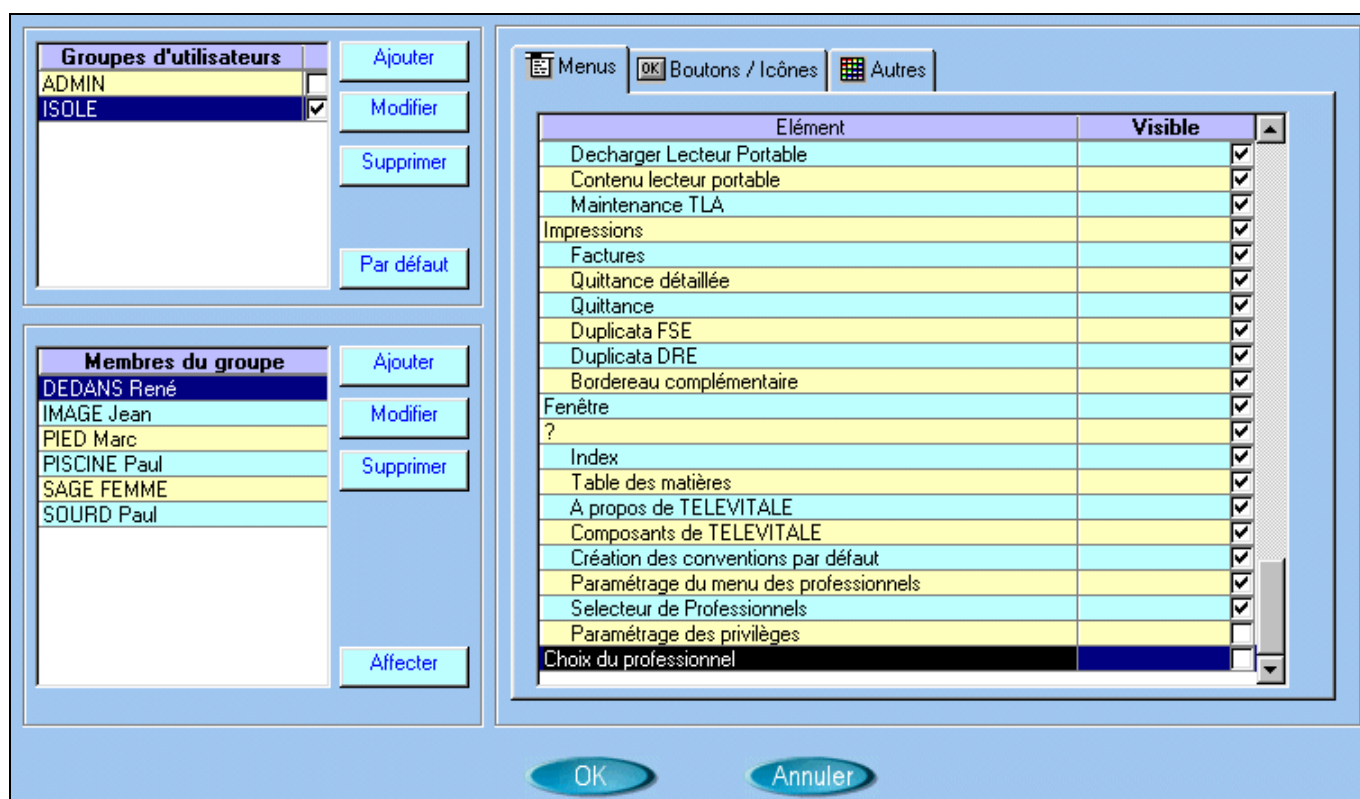
## 25) ADMINISTRATION DES DROITS

### a) Présentation

Un module, accessible depuis le menu ? rubrique *Paramétrage des privilèges*, permet de définir les droits de chaque utilisateur. Il est possible de paramétrer l'affichage :

- des menus et rubriques associées
- des boutons et icônes de l'écran principal
- des boutons dans les listes

Pour faciliter l'administration des droits, les utilisateurs bénéficiant des mêmes droits sont rattachés à un groupe. Lorsqu'un nouveau professionnel est créé, il est automatiquement rattaché à un groupe utilisé par défaut.



### b) Gestion des groupes

Le logiciel est livré avec 2 groupes prédéfinis le groupe ADMIN et le groupe ISOLE

Le groupe ADMIN (administrateur) donne tous les droits d'accès. Ce groupe possède les particularités suivantes : il ne peut pas être supprimé ou renommé. Il doit être constitué par au moins un membre. Le paramétrage des droits est impossible. Lors de la mise en place du module d'administration des droits : tous les utilisateurs déjà présents dans le logiciel sont rattachés à ce groupe. Sans paramétrage supplémentaire, les nouveaux professionnels de santé seront rattachés à ce groupe.

Le groupe "isolé" est un exemple de paramétrage. Il empêche les utilisateurs de changer de session. Contrairement au groupe ADMIN : il peut être supprimé ou renommé, il peut être vide, c'est-à-dire sans membre. Le paramétrage des droits est autorisé.

En haut à gauche de l'écran, 4 boutons permettent la gestion des groupes :

- Le bouton Ajouter crée un nouveau groupe d'utilisateurs. Tous les droits d'accès sont attribués lors de la création d'un nouveau groupe.
- Le bouton Modifier change le nom du groupe.
- Le bouton Supprimer est inactif lorsqu'on essaie de supprimer un groupe ayant des membres. Il faut au préalable supprimer les membres du groupe ou les affecter à un autre groupe.
- Le bouton Par défaut permet de définir le groupe auquel sera rattaché les nouveaux professionnels de santé créés manuellement ou à l'aide de leur CPS. Il doit toujours y avoir un groupe par défaut.
- Le bouton RAZ permet de revenir au réglage initial : tous les utilisateurs sont rattachés au groupe ADMIN

La coche présente à droite, dans la liste des groupes, indique le groupe utilisé par défaut pour la création des professionnels. Dans la moitié droite de l'écran, une boîte à onglets permet de visualiser les droits du groupe sélectionné :

- L'onglet **Menus**  
La liste indique les menus qui doivent être actifs ou grisés. Lorsqu'on clique sur un menu principal, l'état de la coche est recopié sur tous les sous-menus dépendant du menu principal.
- L'onglet **Boutons / Icônes**  
La liste précise si les éléments graphiques de l'écran d'accueil doivent être actifs.
- L'onglet **Autres**  
Cet onglet détermine les boutons à afficher dans les listes du logiciel.

Nota : Les changements des droits seront pris en compte au prochain démarrage du logiciel.

### c) Gestion des membres du groupe

En bas à gauche de l'écran, 4 boutons permettent la gestion des utilisateurs :

- Le bouton **Ajouter** crée un nouvel utilisateur appartenant au groupe sélectionné. Deux utilisateurs ne peuvent avoir le même identifiant et le même mot de passe. La dernière rubrique permet d'indiquer la session ouverte par défaut pour un utilisateur donné.

The image shows a user creation form with the following fields and values:

- Nom: GENE
- Prenom: Alain
- LOGIN: AGENE
- MOT DE PASSE: VALID
- Groupe d'utilisateur: DEFAULT
- Session ouverte: GENE Alain

At the bottom of the form are two buttons: OK and Annuler.

- Le bouton **Modifier** change les informations relatives à l'utilisateur notamment le groupe dont il dépend.

- Le bouton **Supprimer** retire l'utilisateur sélectionné du groupe
- Le bouton **Affecter** permet de faire basculer plusieurs utilisateurs du groupe courant vers un autre groupe. Il fonctionne en deux temps. Après avoir cliqué sur le bouton, il faut sélectionner dans la liste les utilisateurs impactés. Après avoir terminé la sélection en cliquant à nouveau sur le bouton (Terminer), il faut choisir dans une liste le groupe d'affectation.

## **26) LISTE DES SPECIALITES**

<b>CODE</b>	<b>LIBELLE</b>
01	GENERALISTE
02	ANESTHESIE
03	CARDIOLOGUE
04	CHIRURGIE GENERALE
05	DERMATO-VENEROLOGIE
06	RADIOLOGIE ET IMAGERIE
07	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
08	GASTRO ENTEROLOGUE
09	MEDECINE INTERNE
10	NEUROCHIRURGIE
11	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
12	PEDIATRIE
13	PNEUMOLOGIE
14	RHUMATOLOGIE
15	OPHTALMOLOGIE
16	UROLOGIE
17	NEUROPSYCHIATRIE
18	STOMATOLOGIE
19	CHIRURGIEN DENTISTE
20	REANIMATION MEDICALE
21	SAGE FEMME
24	INFIRMIER
26	MASSEUR-KINESITHERAPEUTE
27	PEDICURE-PODOLOGUE
28	ORTHOPHONISTE
29	ORTHOPTISTE
30	LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
31	REEDUCATION
32	NEUROLOGIE
33	PSYCHIATRIE
34	GERIATRIE
35	NEPHROLOGIE
36	CHIRURGIEN DENTISTE ODF
37	ANATO CYTO PATHOLOGIE
38	DIRECTEUR LABORATOIRE MEDECIN
39	LABORATOIRE POLYVALENT
40	LABO ANATO CYTO PATHOLOGIE
41	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
42	ENDOCRINOLOGIE
43	CHIRURGIE INFANTILE
44	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
45	CHIR. MAXILLO-FACIALE STOMATO
46	CHIRURGIE PLASTIQUE
47	CHIRURGIE THORACIQUE
48	CHIRURGIE VASCULAIRE
49	CHIRURGIE VISCERALE
70	GYNECOLOGIE MEDICALE
71	HEMATOLOGIE
72	MEDECINE NUCLEAIRE
73	ONCOLOGIE MEDICALE
74	ONCOLOGIE RADIOTHERAPIQUE
75	PSYCHIATRIE INFANTILE

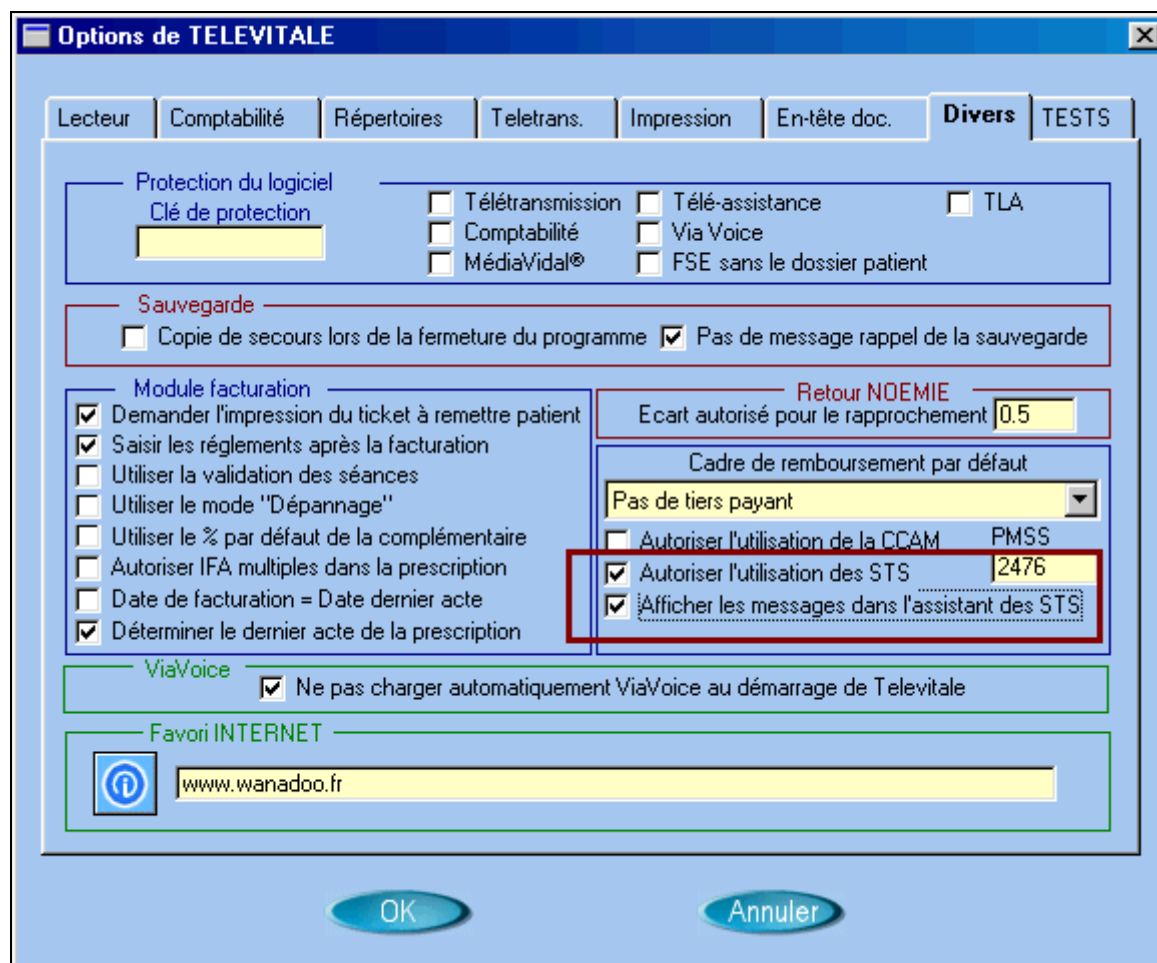
76	RADIOTHERAPIE
77	OBSTETRIQUE
78	GENETIQUE MEDICALE
79	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET MEDICALE
80	SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE

## 27) LES SERVICES DE TARIFICATION SPECIFIQUES

Les STS sont des outils fournis par les complémentaires pour calculer le montant à la charge de la complémentaire dans le cadre du Tiers payant. Il s'agit en fait de formules de calculs qui peuvent être appliquées globalement à tous les actes de la facture ou bien acte par acte.

### a) Activation des STS

Pour utiliser les STS, il faut activer au préalable le module correspondant. Allez dans le menu *Outils*, rubrique *Options* puis sélectionnez l'onglet *Divers*. Cochez les cases *Autoriser l'utilisation des STS* et *Afficher les messages dans l'assistant des STS*.



### b) Choix de l'affiliation de la complémentaire

En fonction de l'organisme de rattachement de la complémentaire, les formules de calculs sont différentes, il faut donc préciser l'affiliation de la complémentaire. Les choix possibles sont :

- FFSA (Fédération Française des sociétés d'assurance) codifiée 4
- CTIP (Centre Technique des institutions de prévoyance) codifiée 8
- FNMF (Fédération Nationale de la mutualité Française) codifiée M
- Autres complémentaires gérées par la caisse du patient codifiée R

Cette indication peut être

- sur la carte vitale : dans ce cas le logiciel prendra en compte automatiquement l'information
- sur une attestation papier. Dans l'exemple ci-dessous la mutuelle appartient à la FNMF (code aiguillage STS à M)



**Identifiant mutuelle**  
(ou N° organisme complémentaire)  
Identifie la mutuelle pour les échanges

**Numéro d'Adhérent**

**Données SESAM-Vitale**

Code aiguillage STS/ Indicateur de traitement/  
Code routage/ Identifiant hôte/ nom de domaine

MUTUELLE DE LA SEINE 2 RUE VICTOR HUGO 75015 PARIS ☎ 01 01 01 01 01 Affiliée à la Fédération Mutualiste Parisienne		CODE PREF. 75M241550	PERIODE DE VALIDITE DU 01/01/04 AU 31/12/04
		N° ADHERENT 1520175036042 02	GESTION GROUPE 2565
		EDITEE LE 09-12-2003	
N° RNM 438904312		SESAM/VTALE M/11/OC/001/wasadoo.fr	

NOM - PRENOM	QUALITE - DATE DE NAISSANCE	OPTION MUT.	PHAR	LABO	DESO	DEPR	HOSP						
DURAND MICHEL	A 20/01/1952	AZUR	100	100	400	400	(1) (2)						
DURAND ANNIE	C 17/09/1959	VEGA	100	0404 100	400	400	(1) (2)						
DURAND JULIE	E 17/06/1986	VEGA	100	100	400	400	(1) (2)						
DURAND LAURIANE	E 10/12/1989	VEGA	100	100	400	400	(1) (2)						

(1) Plafonné à 350€ par an et par bénéficiaire  
(2) Forfait journalier limité à 10€ par jour

LES TAUX REGIME OBLIGATOIRE INCLUS S'APPLIQUENT AU TARIF DE RESPONSABILITE DE LA SECURITE SOCIALE

*Expression des garanties*

*Validité des droits*

Pour saisir l'affiliation de la complémentaire il faut procéder de la manière suivante :

- création du patient avec sa carte vitale
- ouverture de la fiche patient
- Dans l'onglet *AMC* cliquer sur le bouton choisir pour sélectionner la mutuelle. Si la mutuelle n'existe pas, il faut la créer en utilisant le bouton *ajouter* et renseigner la rubrique « *la complémentaire est affiliée à* ». Si la complémentaire existe déjà, en utilisant le bouton *modifier* il est possible de préciser la rubrique « *la complémentaire est affiliée à* ». Pour affecter cette complémentaire au patient, il faut cliquer sur le bouton *sélectionner*. Exemple :

**Détails sur la complémentaire**

Informations administratives

Nom : MUTUELLE ABC

Les informations sont issues d'une attestation

Número : 0012345678 Top Mutyaliste

Type contrat :  À transmettre

Contact :

Adresse : 2 RUE VICTOR HUGO

Adresse (suite) :

Localité : 75015 PARIS

Tel 1 : 01.01.01.01.01 Tel 2 :

Règles de calculs (hors STS)

Règle de calcul pour déterminer le remboursement  
Base de calcul: tarif conventionné

Franchise  Plafond


Seuil  % Remboursement

Prise en charge des actes HN

Règles de calculs (spécifiques aux STS)

La complémentaire est affiliée à  
M : Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)

Télétransmission

Code de routage du flux RO 

Identifiant de l'hôte

Nom de domaine

N° AMC


OK Annuler


- Dans la fiche du patient (onglet AMC) on obtient

Informations sur la Carte Vitale


Pas de complémentaire

Informations issues d'une Attestation Papier ou autre support

Nom MUTUELLE ABC  Choisir

N° 0012345678 Contrat 00 Code routage RO  Retirer

Affilié à M : Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)

Convention > TP/ GIE SESAM VITALE  Convention

Date Début  Date Fin  N° adhérent

Indicateur traitement  ?

L'envoi d'une demande de remboursement à la complémentaire est autorisé pour :  Tiers-Payant  Hors Tiers-Payant PEC


La caisse gère également la part complémentaire (paiement unique ou transmission de décomptes)


- La saisie des dates de début et de fin de droits est obligatoire. Ces dates seront contrôlées lors de la facturation.
- c) Choix des formules de calculs

Pour choisir les formules de calculs, il faut au préalable activer les STS pour la complémentaire sélectionnée. Pour cela il faut :


- cliquer sur la loupe située à coté du bouton convention

Informations issues d'une Attestation Papier ou autre support

Nom   Choisir

N°  Contrat  Code routage   Retirer

Affilié à

Convention   Convention

Date Début	Date Fin	N° adhérent
<input type="text" value="01/09/2005"/>	<input type="text" value="30/06/2006"/>	<input type="text"/>

Indicateur traitement  ?

L'envoi d'une demande de remboursement à la complémentaire est autorisé pour :  Tiers-Payant  Hors Tiers-Payant

- Décocher la rubrique « Désactive services de tarification spécifique »

Convention

Nom de la convention  Dans le cas où plusieurs conventions pourraient s'appliquer à la complémentaire, je souhaite utiliser cette convention par défaut

Accord signé avec  et  N°  


Envoyer une Demande de Remboursement Electronique (DRE) à la complémentaire :  Pour les factures en tiers-payant  Pour les factures sans tiers-payant

Confirmer l'élaboration de la DBF avec une question

Désactive Services de Tarification Spécifiques (STS)

Si on n'active pas les STS pour la complémentaire sélectionnée, le logiciel TELEVITALE utilisera ses propres outils de calculs

- Une nouvelle rubrique en bas de l'onglet l'AMC de la fiche patient permet de choisir les formules de calculs. Le choix des formules doit se faire en fonction du contrat choisi par le patient auprès de sa complémentaire. Les taux de prises en charge peuvent être différents suivant le type d'actes. De même la prise en charge des dépassements peut être variable d'un patient à l'autre pour une même complémentaire.

Formule de calcul (part complémentaire)  utilisée par défaut pour le patient  Formules ...

En cliquant sur le bouton *formules*, puis sur le bouton *ajouter*, on peut affecter au patient une ou plusieurs formules qui seront ensuite utilisées lors de la facturation. Dans la fenêtre d'ajout de formules le bouton *assistant* permet de choisir une formule.

### Détail de la formule de calcul

N° de Formule  Libellé  Formule par défaut

Calcul théorique appliqué

N° Paramètre	Libellé	Type	Valeur

**Assistant ...**

Signification des sigles des paramètres

DR = Dépense Réelle	TM = Ticket Modérateur (= TR - MRO)
MRO = Montant Remboursable AMD	TC = Tarif de Convention
TR = Tarif de Responsabilité	

### Choix de la formule à appliquer pour le calcul de la part complémentaire

Liste des formules de calcul

N°	Libellé de la formule	Calcul théorique appliqué
051	% TM plafonné	Min (DR - MRO, plafond, %TM)
052	100% TM	Min (DR - MRO, TM)
060	%TC	Min (DR - MRO, %TC théorique)
061	% TC plafonné	Min (DR - MRO, plafond, %TC théorique)
090	Formule générique	Min (DR-MRO, Plafond, %DR + %TR + %MRO + %PMSS + %TM + forfait + %TC théor
101	Forfait	Min(DR - MRO, forfait)
102	Prise en charge	Min(DR - MRO, forfait)

Liste des paramètres pour la formule sélectionnée

N° paramètre	Libellé du paramètre	Type	Valeur

Signification des sigles des paramètres

DR = Dépense Réelle	TM = Ticket Modérateur (= TR - MRO)
MRO = Montant Remboursable AMD	TC = Tarif de Convention
TR = Tarif de Responsabilité	

Certaines formules nécessitent la saisie d'un ou plusieurs paramètres (un taux, un forfait en euros,...)

#### d) Facturation

Lors de la facturation dans l'onglet *AMC*, le bouton *Formules* permet de choisir une formule qui sera appliquée à l'ensemble de la facture. Dans l'exemple ci-dessous la formule 100%TM sera appliquée à tous les actes de la facture. Mais une autre formule peut être appliquée ponctuellement à un acte. Dans ce cas, il faut utiliser le bouton *Formule* se trouvant dans l'onglet *NGAP* ou *CCAM*. Les formules choisies dans l'acte *NGAP* ou *CCAM* sont donc prioritaires par rapport à la formule de l'onglet *AMC*. Si pour un acte on n'indique pas de formule, c'est la formule de l'onglet *AMC* qui sera prise en compte.

Informations sur la Carte Vitale

Pas de complémentaire

Informations issues d'une Attestation Papier ou autre support

Nom  Choisir

N°  Contrat  Code routage  Retirer

Affilié à

Convention  Convention

---

Date Début  Date Fin  N° adhérent

Indicateur traitement

L'envoi d'une demande de remboursement à la complémentaire est autorisé pour :  Tiers-Payant  Hors Tiers-Payant PEC

La caisse gère également la part complémentaire (paiement unique ou transmission de décomptes)

Formule de calcul (part complémentaire) appliquée à l'ensemble de la facture  Formules ... Calculs ...

Exemple :


- Pour la consultation du 10/11/05 le logiciel utilisera la formule 100%TM
- Pour le SPR 50 le logiciel utilisera la formule Frais réels

Facture		Complémentaire		NGAP															
N°	Jour	Date des actes	Désignation									Montant de l'acte	DE	Qualif. Dépense	I.D.	IK			TOTAL
			Dom	Dent	Qté	Acte	Coef	Maj	Demi	EP	P					M	S		
1	Jeu	10/11/2005			1	C		1.00				20.00							20.00
2	Mar	22/11/2005			1	SPR		50.00				307.50	200.00	ED					307.50

Formule de calcul (part complémentaire) appliquée à la ligne d'acte n°1  Formules ...



Facture Complémentaire **NGAP**

N°	Jour	Date des actes	Désignation								Montant de l'acte	DE	Qualif. Dépense	I.D.	IK			TOTAL
			Dom	Dent	Qté	Acte	Coef	Maj	Demi	EP					P	M	S	
1	Jeu	10/11/2005	<input type="checkbox"/>		1	C	1.00				20.00							20.00
2	Mar	22/11/2005	<input type="checkbox"/>		1	SPR	50.00			307.50	200.00	ED						307.50

Formule de calcul (part complémentaire) appliquée à la ligne d'acte n°2: 010 : Frais Réels 

A la fin de la facturation un récapitulatif des montants calculés est affiché. Il est possible de modifier ces montants (dans la colonne « *souhaité* »). Remarque : la colonne plafond indique le montant à ne pas dépasser.

**Détail des montants calculés pour la part complémentaire**

?	Date Acte	Heure	Prestation	Montant Acte			Montant Déplacement			Montant IK		
				Souhaité	Calculé	Plafond	Souhaité	Calculé	Plafond	Souhaité	Calculé	Plafond
	22/11/2005	10:45	C	6.00	6.00	6.00						
	22/11/2005	10:45	SPR 50	232.25	232.25	232.25						

Récapitulatif des parts

Montant total de la facture	327.50	Montant prise en charge par la complémentaire	238.25
Montant prise en charge par la caisse	89.25	Montant total à la charge de l'assuré	0.00

Informations complémentaires

Code diagnostic  Libellé

OK Annuler Reprendre le montant calculé

## 28) RAPPORT D'ACTIVITE CENTRE DE SANTE INFIRMIERS

Ci-dessous le nombre d'entrées correspond au nombre de fois où le patient à recours aux services du centre. Cela correspond aux nombres de passages. Ci plusieurs actes sont effectués en même temps, à la même heure, il s'agit d'un seul passage et d'une seule entrée.

Paragraphe	Rubrique de l'accord national	Comment faire ?
<b>Informations relatives à la clientèle du centre. Informations quantitatives</b>	Nombre d'assurés pris en charge	Utiliser la requête : <i>Nb de patients distincts vus (pour une année donnée)</i>
	Nombre total d'entrées	Utiliser la requête : <i>Nb de passages (pour une année donnée)</i> Pour obtenir le résultat il faut lire en bas de l'écran le nombre de lignes retourné par la requête
	Nombre d'assurés âgés de plus de 75 ans	Saisir la date de naissance et utiliser la requête : <i>Nb de patients distincts vus, de plus de 75 ans (pour une année donnée)</i>
	Nombre d'assurés actifs (disposant d'une activité professionnelle).	Cocher « activité professionnelle dans la fiche patient / onglet divers » et utiliser la requête : <i>Nb de patients distincts vus et actif (pour une année donnée)</i>
	Nombre d'assurés mineurs.	Saisir la date de naissance et utiliser la requête : <i>Nb de patients distincts vus, de moins de 18 ans (pour une année donnée)</i>
<b>Informations mensuelles relatives à l'activité du centre de santé (mois par mois)</b>	Nombre d'assurés pris en charge pour une affection aiguë (hors maladie chronique).	Saisir dans la prescription la prise en charge et utiliser la requête : <i>Nb de patients distincts vus par mois ayant une prescription pour affection aigue</i>
	Nombre d'entrées prises en charge pour une affection aiguë (hors maladie chronique).	Saisir dans la prescription la prise en charge et utiliser 12 fois la requête (en faisant varier le mois de 1 à 12) : <i>Nb de passages pour les prescriptions en affection aigue (pour une année et un mois donné)</i> Pour obtenir le résultat il faut lire en bas de l'écran le nombre de lignes retourné par la requête

	Nombre d'assurés pris en charge pour une affection chronique	Saisir dans la prescription la prise en charge et utiliser la requête : <i>Nb de patients distincts vus par mois ayant une prescription pour affection chronique</i>
	Nombre d'entrées prises en charge pour une affection chronique	Saisir dans la prescription la prise en charge et utiliser 12 fois la requête (en faisant varier le mois de 1 à 12) : <i>Nb de passages pour les prescriptions en affection chronique aigue (pour une année et un mois donné)</i> Pour obtenir le résultat il faut lire en bas de l'écran le nombre de lignes retourné par la requête
	Nombre d'assurés en soins palliatifs.	Saisir dans la prescription la prise en charge et utiliser la requête : <i>Nb de patients distincts vus par mois ayant une prescription pour soins palliatifs</i>
	Nombre d'entrées en soins palliatifs.	Saisir dans la prescription la prise en charge et utiliser 12 fois la requête (en faisant varier le mois de 1 à 12) : <i>Nb de passages pour une prescription en soins aigue (pour une année et un mois donné)</i> Pour obtenir le résultat il faut lire en bas de l'écran le nombre de lignes retourné par la requête
<b>Origine des assurés traités</b>	Assurés traités dans le centre et domiciliés dans la commune du centre	Saisir l'adresse du patient et utiliser la requête : <i>Nb de patients distincts vus au centre et habitant dans la commune du centre (pour une année)</i> ou <i>Nb de patients distincts vus au centre et ayant le même code postal que le centre</i>
	Assurés soignés hors du centre et domiciliés dans la commune du centre	Saisir l'adresse du patient et utiliser la requête : <i>Nb de patients distincts vus à domicile et habitant dans la commune du centre (pour une année)</i> ou <i>Nb de patients distincts vus à domicile et ayant le même code postal que le centre</i>



	Assurés traités dans le centre et domiciliés hors de la commune du centre	Saisir l'adresse du patient et utiliser la requête : <i>Nb de patients distincts vus au centre et habitant hors de la commune du centre (pour une année)</i> ou <i>Nb de patients distincts vus au centre et n'ayant pas le même code postal que le centre</i>
	Assurés soignés hors du centre et domiciliés hors de la commune du centre	Saisir l'adresse du patient et utiliser la requête : <i>Nb de patients distincts vus à domicile et habitant hors de la commune du centre (pour une année)</i> Ou <i>Nb de patients distincts vus à domicile et n'ayant pas le même code postal que le centre</i>
	Provenance des assurés traités dans le centre (ville, hôpital, clinique, maison de retraite, HAD)	Saisir dans la prescription la provenance et utiliser la requête : <i>Nb de patients distincts vus par mois au centre par provenance</i>
	Provenance des assurés soignés hors du centre (ville, hôpital, clinique, maison de retraite, HAD)	Saisir dans la prescription la provenance et utiliser la requête : <i>nb de patients distincts vus par mois a domicile par provenance</i>
<b>Informations relatives aux actes effectués</b>	Nombre total de coefficients AMI	Utiliser le menu Outils – Statistiques – Nb d'actes (coefficients) par mois et sélectionner l'acte AMI
	Nombre total de coefficients AIS	Utiliser le menu Outils – Statistiques – Nb d'actes (coefficients) par mois et sélectionner l'acte AIS
	Nombre d'actes AMI	Utiliser le bilan d'activité (Menu Outils – Statistiques – Bilan d'activité) et retenir uniquement les actes AMI dans le résultat.
	Nombre d'actes AIS	Utiliser le bilan d'activité (Menu Outils – Statistiques – Bilan d'activité) et retenir uniquement les actes AIS dans le résultat.
	Nombre d'actes AMI ventilés par coefficients	Utiliser le bilan d'activité (Menu Outils – Statistiques – Bilan d'activité)
	Nombre d'actes AIS ventilés par coefficients	Utiliser le bilan d'activité (Menu Outils – Statistiques – Bilan d'activité)

	Nombre total de coefficients AMI ventilés par caisse	Utiliser le menu Outils – Statistiques – Nombre d’actes (coefficients) par organisme de gestion et sélectionner la nature d’actes AMI
	Nombre total de coefficients AIS ventilés par caisse	Utiliser le menu Outils – Statistiques – Nombre d’actes (coefficients) par organisme de gestion et sélectionner la nature d’actes AIS
	Nombre de DSI.	Utiliser le bilan d’activité (Menu Outils – Statistiques – Bilan d’activité) et retenir uniquement les actes DI dans le résultat.
	Nombre d’IFD et IK.	Utiliser le bilan d’activité (Menu Outils – Statistiques – Bilan d’activité) et retenir uniquement les IFA et IK dans le résultat.
	Nombre de majoration de nuit.	Utiliser le bilan d’activité (Menu Outils – Statistiques – Bilan d’activité) et retenir uniquement les majorations N dans le résultat.
	Nombre de majoration de dimanche et jour férié.	Utiliser le bilan d’activité (Menu Outils – Statistiques – Bilan d’activité) et retenir uniquement les majorations F dans le résultat.
<b>Informations relatives aux actes effectués dans le cadre d’une sortie d’hospitalisation</b>	Nombre d’assurés	Saisir dans la prescription la provenance et utiliser la requête : <i>Nb de patients distincts vus, par provenance (pour une année donnée).</i> Prendre en compte uniquement la provenance Hôpital et la provenance Clinique.
	Nombre d’actes AMI	Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le bilan d’activité Menu Outils – Statistiques – Bilan d’activité : - choisir la provenance Hôpital et retenir uniquement les AMI - choisir la provenance Clinique et retenir uniquement les AMI
	Nombre d’actes AIS	Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le bilan d’activité Menu Outils – Statistiques – Bilan d’activité : - choisir la provenance Hôpital et retenir uniquement les AIS - choisir la provenance Clinique et retenir uniquement les AIS
	Nombre total de coefficients AMI	Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le menu Outils – Statistiques – Nombre d’actes (coefficients) par organisme de gestion : - choisir la provenance Hôpital et nature AMI - choisir la provenance Clinique et nature AMI Remarque : la ventilation par organisme de gestion n’est pas utilisée.

Nombre total de coefficients AIS	Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le menu Outils – Statistiques – Nombre d’actes (coefficients) par organisme de gestion : <ul style="list-style-type: none"> <li>- choisir la provenance Hôpital et nature AMI</li> <li>- choisir la provenance Clinique et nature AMI</li> </ul> Remarque : la ventilation par organisme de gestion n’est pas utilisée.
Nombre de DSI.	Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le bilan d’activité Menu Outils – Statistiques – Bilan d’activité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- choisir la provenance Hôpital et retenir uniquement les DI</li> <li>- choisir la provenance Clinique et retenir uniquement les DI</li> </ul>
Nombre IFD et IK.	Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le bilan d’activité Menu Outils – Statistiques – Bilan d’activité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- choisir la provenance Hôpital et retenir uniquement les IFA et IK</li> <li>- choisir la provenance Clinique et retenir uniquement les IFA et IK</li> </ul>
Nombre de majoration de nuit.	Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le bilan d’activité Menu Outils – Statistiques – Bilan d’activité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- choisir la provenance Hôpital et retenir uniquement la majoration N</li> <li>- choisir la provenance Clinique et retenir uniquement la majoration N</li> </ul>
Nombre de majoration de dimanche et jour férié.	Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le bilan d’activité Menu Outils – Statistiques – Bilan d’activité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- choisir la provenance Hôpital et retenir uniquement la majoration F</li> <li>- choisir la provenance Clinique et retenir uniquement la majoration F</li> </ul>
Nombre d’AMI ventilés par coefficients	Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le bilan d’activité Menu Outils – Statistiques – Bilan d’activité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- choisir la provenance Hôpital et retenir uniquement les AMI</li> <li>- choisir la provenance Clinique et retenir uniquement les AMI</li> </ul>
Nombre d’AIS ventilés par coefficients	Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le bilan d’activité Menu Outils – Statistiques – Bilan d’activité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- choisir la provenance Hôpital et retenir uniquement les AIS</li> <li>- choisir la provenance Clinique et retenir uniquement les AIS</li> </ul>
Nombre total de coefficient AMI ventilés par caisse	Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le menu Outils – Statistiques – Nombre d’actes (coefficients) par organisme de gestion :

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- choisir la provenance Hôpital et nature AMI</li> <li>- choisir la provenance Clinique et nature AMI</li> </ul>
	Nombre total de coefficient AIS ventilés par caisse	<p>Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le menu Outils – Statistiques – Nombre d’actes (coefficients) par organisme de gestion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- choisir la provenance Hôpital et nature AIS</li> <li>- choisir la provenance Clinique et nature AIS</li> </ul>

## **29) RAPPORT D'ACTIVITE CENTRES POLYVALENT – MEDICAUX - DENTAIRES**

Pour réaliser le rapport il faut utiliser Le bilan d'activité (Menu Outils – Statistiques – Bilan d'activité) et les requêtes suivantes (menu Outils – Requêtes) :

Nb de patients distincts vus (pour une année donnée)

Nb de patients distincts vus, par mois (pour une année donnée)

Nb de patients distincts vus bénéficiant de la CMU (pour une année donnée)

Nb de patients distincts vus, en ALD (pour une année donnée)

Nb de patients distincts vus, en AME (pour une année donnée)

Nb de patients distincts vus, en invalidité (pour une année donnée)

Nb de patients distincts vus, de moins de 18 ans (pour une année donnée)

Nb de patients distincts vus, par tranche de 10 ans (pour une année donnée)

Nb de patients distincts vus, de plus de 75 ans (pour une année donnée)

Nb de patients distincts vus, domiciliés dans une ville (pour une année donnée)

Nb de patients distincts vus, domiciliés hors d'une ville (pour une année donnée)

Nb de patients distincts vus, par ville (pour une année donnée)

Nb de patients distincts vus, par régime (pour une année donnée)

Nb de patients distincts vus, par sexe (pour une année donnée)