



## 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  
E-mail [televitale@televitale.fr](mailto:televitale@televitale.fr)  
Site Internet [www.televitale.fr](http://www.televitale.fr)

Service assistance client 04 42 54 91 92 de 9H à 17H30

# 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 ..... | 14 |
| 8) GESTION DES DOCUMENTS DU PATIENT OU DU PROFESSIONNEL .....                | 19 |
| 9) FACTURATION AIDE MEDICALE D'ETAT DE BASE .....                            | 26 |
| 10) FACTURATION ACTE HORS NOMENCLATURE.....                                  | 29 |
| 11) FACTURATION CMU .....  | 30 |
| 12) FACTURATION ACS – AIDE A L'ACQUISITION D'UNE COMPLEMENTAIRE SANTE.....   | 32 |
| 13) FACTURATION MATERNITE.....   | 35 |
| 14) FACTURATION ALSACE MOSELLE.....  | 36 |
| 15) FACTURATION DE LA PART COMPLEMENTAIRE VIA LE REGIME OBLIGATOIRE .....    | 37 |
| 16) FACTURATION DE LA PART COMPLEMENTAIRE AVEC UNE DRE .....                 | 39 |
| 17) FACTURATION EN MODE DESYNCHRONISE .....                                  | 41 |
| 18) LE TRAITEMENT DES REJETS DE FACTURES.....                                | 44 |
| 19) LE TRAITEMENT DES REJETS DE DRE .....                                    | 45 |
| 20) INTERROGATION ET RELANCE DES COMPTES .....                               | 46 |
| 21) STATISTIQUES .....   | 50 |

|   |            |
|---|------------|
| <b>22) LES REQUETES.....</b>  | <b>53</b>  |
| <b>23) MISE EN SOMMEIL.....</b>   | <b>55</b>  |
| <b>24) IMPRESSION DES BORDEREAUX POUR LES COMPLEMENTAIRES.....</b>            | <b>56</b>  |
| <b>25) L'ARCHIVAGE .....</b>  | <b>57</b>  |
| <b>26) ADMINISTRATION DES DROITS.....</b>                                     | <b>60</b>  |
| <b>27) LISTE DES SPECIALITES .....</b>  | <b>63</b>  |
| <b>28) LES SERVICES DE TARIFICATION SPECIFIQUES.....</b>                      | <b>65</b>  |
| <b>29) RAPPORT D'ACTIVITE CENTRE DE SANTE INFIRMIERS .....</b>                | <b>71</b>  |
| <b>30) RAPPORT D'ACTIVITE CENTRES POLYVALENT – MEDICAUX - DENTAIRES .....</b> | <b>77</b>  |
| <b>31) DOSSIER MEDICAL PERSONNEL (DMP).....</b>                               | <b>78</b>  |
| <b>32) LA GESTION DES TOURNEES POUR LES CENTRES DE SANTE INFIRMIERS .....</b> | <b>98</b>  |
| <b>33) LES AVOIRS ET LA CLOTURE MENSUELLE.....</b>                            | <b>102</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) 13) 14) 15) 16) 17) détaillent la facturation de cas particuliers.

Les annexes 18) et 19) expliquent les procédures à mettre en œuvre pour traiter les rejets.

Les annexes 21) et 22) présentent les statistiques pour analyser votre activité.

Et enfin, les annexes 23) et 25) décrivent les traitements à réaliser sur les anciens dossiers.

## 2) UTILISATION DES LISTES

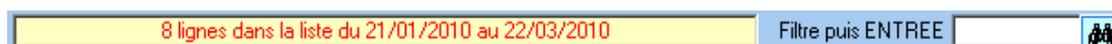
Dans les listes, Les en-têtes de colonnes permettent de repérer et trier les colonnes. Un clic sur un en-tête trie les valeurs de la colonne correspondante par ordre croissant. Un deuxième clic sur le même en-tête effectuera un tri par ordre décroissant. L'en-tête de la colonne triée est signalé par 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

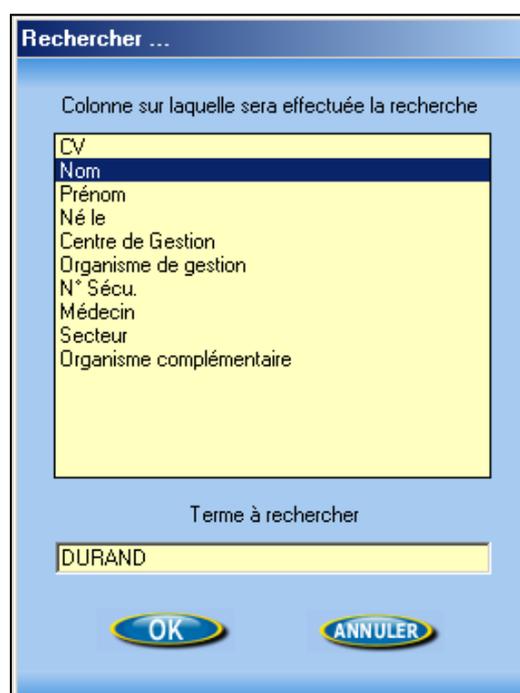
Pour utiliser la recherche simple il faut cliquer dans le bandeau de droite, sur le bouton *Rechercher* et choisir *simple*.

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 dialog box with two main sections: "Critères de recherche" and "Critères de tri".

**Critères de recherche:**

- Donnée à rechercher: Date facture
- Opérateur: >=
- Valeur à rechercher: 01/03/2010
- Opérateur: ET
- Donnée à rechercher: Date facture
- Opérateur: <=
- Valeur à rechercher: 31/03/2010

**Critères de tri:**

- Donnée à trier: Date facture
- Ordre de tri: Croissant

**Boutons de validation:**

- Ajouter (blue)
- Supprimer (blue)
- Charger (blue)
- Sauver (blue)
- OK (yellow)
- ANNULER (yellow)

### 3) UTILISATION DE LA MESSAGERIE INTERNE

La messagerie intégrée dans le logiciel vous permet :

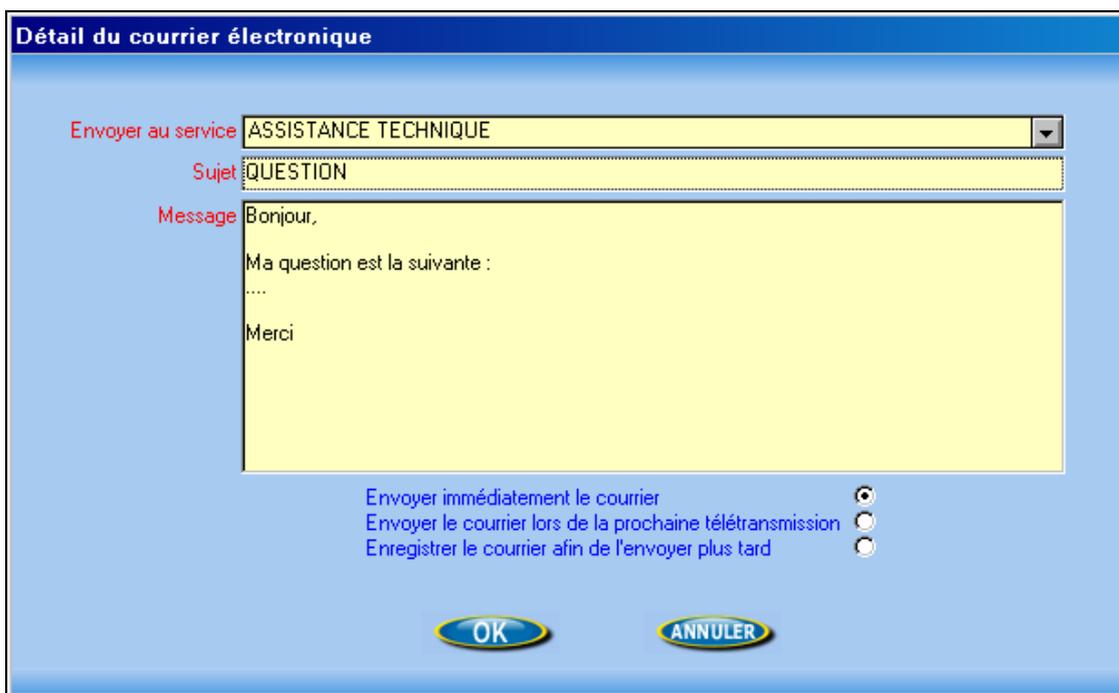
- de recevoir directement dans votre logiciel des bulletins électroniques envoyés par notre société concernant les évolutions réglementaire et techniques, la disponibilité d'une mise à jour du logiciel, la présentation de nouveaux matériels et l'envoi de fiches pratiques. Avec ce système, vous êtes assurés 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 :

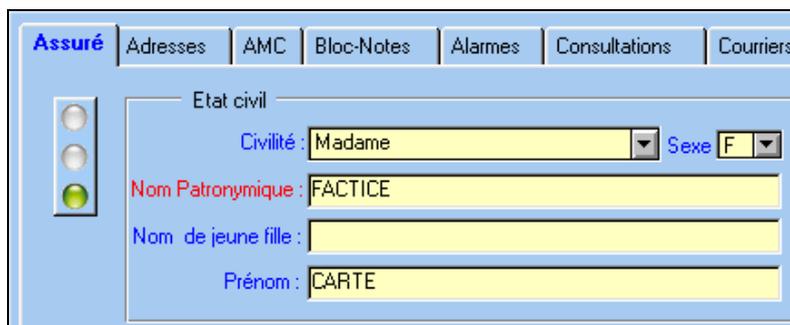
- Dans la barre d'outils, cliquez sur  (ou sur  pour les utilisateurs du tableau de bord)
- Dans la liste des messages reçus, sélectionnez le message, et cliquez sur le bouton « Consulter ».

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

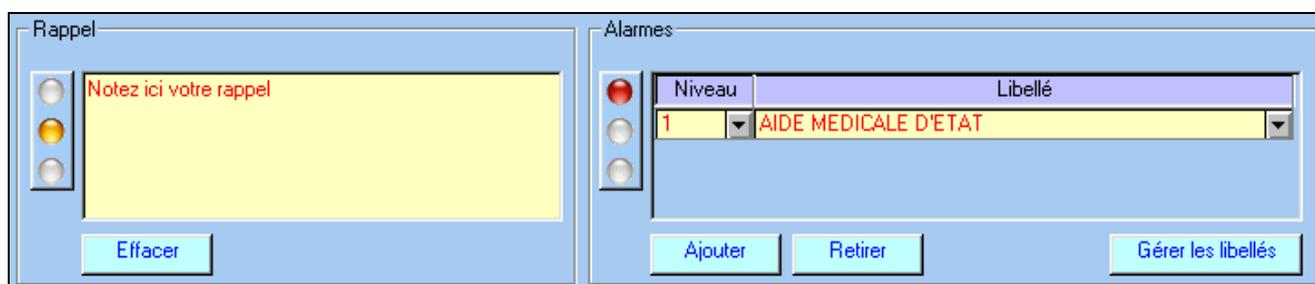
Un système de rappels et d'alarmes par feu tricolore est disponible dans la fiche patient et dans la facture. Pour un patient, l'absence de rappel et d'alarme est signalée par un feu vert.



The screenshot shows the 'Assuré' tab of a patient record. On the left, there is a vertical column of three colored circles: white, yellow, and green. The main area contains the following fields:

- Etat civil
- Civilité : Madame (dropdown)
- Sexe : F (dropdown)
- Nom Patronymique : FACTICE
- Nom de jeune fille : (empty)
- Prénom : CARTE

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



The screenshot shows the alarm management window. It is divided into two main sections:

- Rappel**: Contains a text area with the prompt 'Notez ici votre rappel' and an 'Effacer' button.
- Alarmes**: Contains a table with columns 'Niveau' and 'Libellé'. The first row shows '1' and 'AIDE MEDICALE D'ETAT'. Below the table are buttons for '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 'Détail du libellé de l'alarme'. It features a large text input field for entering the alarm label. At the bottom, 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<br>/ = Italique<br>U = Souligné<br>K = Barré | A gauche<br>Centré<br>A droite<br>Justifier | Simple<br>1,5 ligne<br>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

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   | ampoule          | le matin     | 1     | 1  | heure     | 1  |
| Avaler    | 2   | boite            | le midi      | 2     | 2  | jour      | 2  |
| Boire     | 3   | bouffée          | le soir      | 3     | 3  | semaine   | 3  |
| Faire     | 4   | capsule          | au lever     | 4     | 4  | mois      | 4  |
| Prendre   | 5   | comprimé         | au coucher   | 5     | 5  |           | 5  |
| Utiliser  | 6   | cuillère à café  |              | 6     | 6  |           | 6  |
|           | 7   | cuillère à soupe |              | 7     | 7  |           | 7  |
|           | 8   | gélule           |              | 8     | 8  |           | 8  |
|           | 9   | goutte           |              | 9     | 9  |           | 9  |
|           | 10  | la crème         |              | 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

a)

**Détails sur la consultation**

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

**Résumé**  
Date: 06/10/2015  
Résumé: Résumé de la consultation

**Objet**  
Objet de la consultation

**Ordonnance**  
Pharmacie | Examens paracliniques | Etablissements | Autre  
HELICIDINE 10 % Sirop F1/12.5ml  
Prendre 1 cuillère à café le matin, le midi, le soir pendant 5 jours

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

Zone de saisie de l'ordonnance.

Pour agrandir la zone, cliquez avec le bouton droit

Le bouton OK enregistre la consultation.

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

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

Imprimer | Posologie | Bi-Zone | Imprimer synthèse

## **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 péniens, 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 :

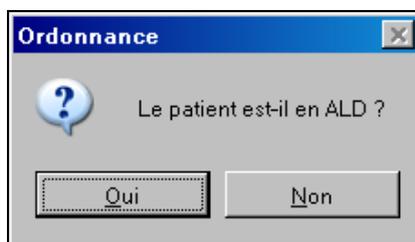
- le bouton *ajouter* permet la création d'une ordonnance
- le bouton *modifier* permet la modification ou la re-impression d'une ordonnance existante
- le bouton *supprimer* permet de supprimer définitivement une ordonnance existante
- le bouton *renouveler* permet de copier une ordonnance existante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

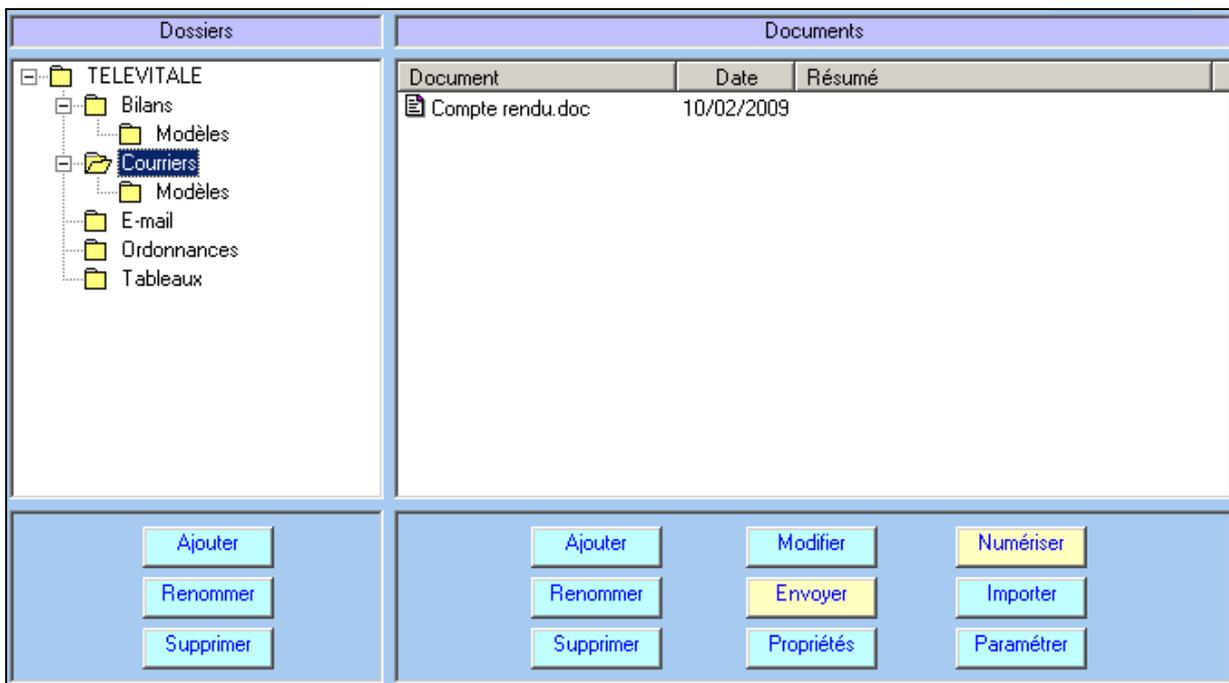
Le logiciel permet une gestion des documents rattachés à un patient ou un professionnel.

- 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 :

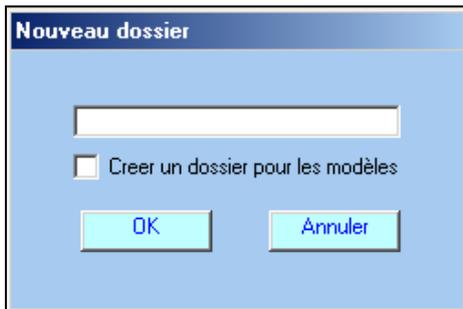
- La partie gauche permet de classer les documents à l'aide de dossiers. Par exemple vous pouvez avoir un dossier « courriers », « ordonnances », etc... Ils vous serviront de tiroirs pour y ranger vos documents. Pour sélectionner un dossier il suffit de cliquer dessus.  
**A noter :** dans la fiche du 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 »



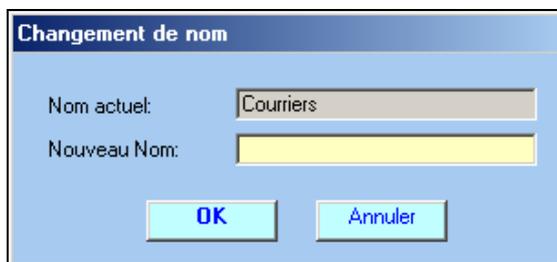
Pour un dossier à modèles : indiquez le nom du dossier et cochez la case « créer un dossier pour les modèles ». Ce type de dossier contiendra des modèles de documents. Les modèles de documents aident à la création de documents standards. Voir ajouter un document à partir d'un modèle ci après.

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 is titled "Nouveau document" and 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: Four radio buttons labeled "Texte", "Tableau", "Son", and "Autre". "Texte" is selected.
4. Sélectionnez le format à utiliser: A list box containing "Texte Universel Etendu", "Texte Universel Standard", "Microsoft Word", and "Lotus WordPro". "Microsoft Word" is selected.
5. Validez votre choix: Two buttons labeled "OK" and "Annuler".

### 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 is titled "Choix du modèle" and 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 containing "bilan.rtf".
4. Confirmez votre choix: Two buttons labeled "OK" and "Annuler".

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**

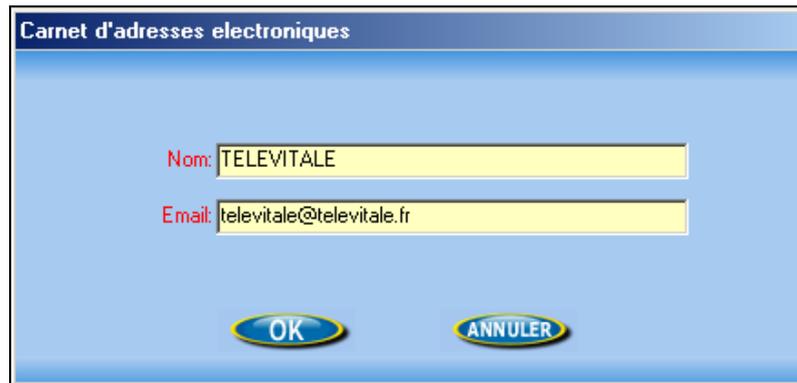
Envoyer le message à

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. Below the header, there are two text input fields. The first is labeled "Nom:" in red and contains the text "TELEVITALE". The second is labeled "Email:" in red and contains the text "televitale@televitale.fr". At the bottom of the window, there are two buttons: "OK" and "ANNULER", both with a blue gradient and a yellow border.

- 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 creating a complementary AME. It is organized into four main panels:

- Informations administratives:** Contains text input fields for 'Nom' (filled with 'AME'), 'Contact', 'Adresse', 'Localité', 'Tel 1', 'Tel 2', and 'Compte'. It also has a dropdown for 'Les informations sont issues' (set to 'd'une attestation'), a text field for 'Numéro' (0075500017), and checkboxes for 'Top Mutualiste' (unchecked) and 'A transmettre' (checked). A 'Type contrat' dropdown is set to '00'.
- Règles de calculs (hors STS):** Features a dropdown for 'Base de calcul: tarif conventionné', and input fields for 'Franchise', 'Plafond', 'Seuil', and '% Remboursement'. A checkbox for 'Prise en charge des actes HN' is checked.
- Règles de calculs (spécifiques aux STS):** Includes 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 <input type="text" value="AME"/> <input type="button" value="Choir"/>   |
|   | N° <input type="text" value="0075500017"/> Contrat <input type="text" value="00"/> Code routage <input type="text" value="RD"/> <input type="button" value="Retirer"/>  |
|   | Affilié à <input type="text"/>  |
|   | Convention signée <input type="checkbox"/> <input type="text" value="TP/ GIE SV DEMO"/> <input type="button" value="Convention"/>   |
|   | Date Début <input type="text" value="01/05/2009"/> Date Fin <input type="text" value="30/04/2010"/> N° adhérent <input type="text"/>  |
|   | Indicateur traitement <input type="text"/> ?  |
|   | 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 <input type="button" value="PEC"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> La caisse gère également la part complémentaire (paiement unique ou transmission de décomptes) <input type="button" value="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, cliquez sur le bouton "Aide médicale d'état", puis validez la facture par le bouton « Facturer en dégradé ».

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 :

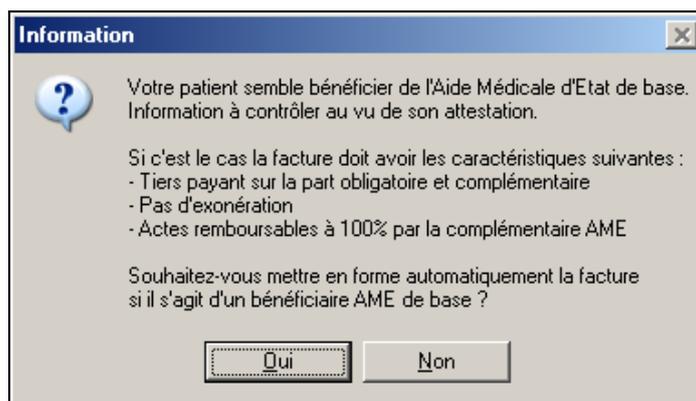
- choisir pas d'exonération
- saisir le(s) acte(s) NGAP et ou CCAM
- revenir sur le premier onglet de la facture et cliquer sur le bouton "*Aide médicale d'état*"
- valider la facture en cliquant sur le bouton « Facturer en dégradé ».

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 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. | I.D. | IK   |    |   | TOTAL |   |   |      |
|----|------|----------------|-------|--------------------------|-----|------|------|-----|-------------------|--------------|---------|------|------|----|---|-------|---|---|------|
|    |      |                |       | Dom                      | Qté | Acte | Coef | Maj |                   |              |         |      | Demi | EP | P |       | M | S |      |
| 1  | Mar  | 10/07/2007     | 17:09 | <input type="checkbox"/> | 1   | HN   | 1.00 |     |                   |              | 3.00    |      |      |    | N |       |   |   | 3.00 |

## **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<br><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

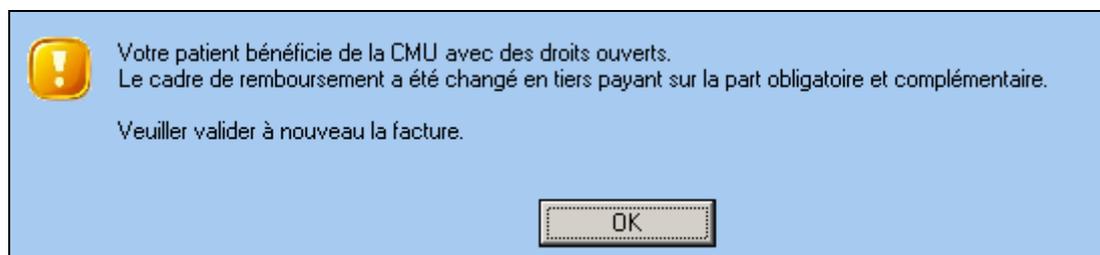
Convention Convention

| 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 :



En cliquant sur OK, le logiciel changera automatiquement le cadre de remboursement en « *tiers payant sur part obligatoire et complémentaire* ».

## **12) FACTURATION ACS – Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé**

### a) Définition

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) concerne toutes les personnes dont les ressources sont faibles mais légèrement supérieures au plafond fixé pour l'attribution de la CMU complémentaire.

L'attribution n'est pas systématique, le patient doit en faire la demande auprès de sa caisse d'assurance maladie. Après attribution, l'ACS donne droit :

- à une aide financière pour adhérer à une complémentaire du choix du patient (l'adhésion n'étant pas obligatoire)
- à l'application des tarifs sans dépassement d'honoraires (sauf exigence particulière, prothèses dentaires, traitements d'orthodontie)
- à l'application, par les médecins, du tiers payant sur la part obligatoire également appelé « *tiers payant social AMO* » si le patient n'a pas adhéré à une complémentaire.
- à l'application, par tous les professionnels de santé, du tiers payant sur la part obligatoire et complémentaire, également appelé « *tiers payant intégral ACS* » si le patient a adhéré à une complémentaire et un contrat encadré.

Trois types de contrats complémentaires spécifiques à l'ACS ont été définis par décret : Contrat A - Contrat B - Contrat C. Ces contrats proposent des garanties minimales, et des garanties différentes pour la prise en charge des dépassements pour les prothèses dentaires et l'orthodontie.

### b) Conditions d'application du tiers payant

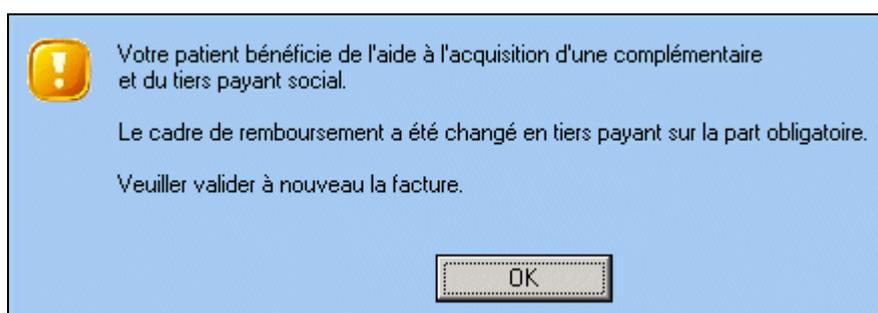
- Si le patient n'a pas adhéré à une complémentaire :
  - Le médecin doit appliquer le tiers payant sur la part obligatoire (« *tiers payant social AMO* »)
  - Les autres spécialités peuvent appliquer un tiers payant sur la part obligatoire mais ce n'est pas une obligation.
- Si le patient a adhéré à une complémentaire (et les droits sont à jour) : vous devez appliquer un tiers payant sur la part obligatoire ET complémentaire dit « *tiers payant intégral ACS* », quelque soit votre spécialité.

### c) Facturation avec la carte Vitale

- Si le patient n'a pas adhéré à une complémentaire : l'identification qu'il est bénéficiaire de l'ACS mais SANS complémentaire, est effectuée automatiquement par le logiciel. Cette information se trouve en bas à droite du premier onglet de la facture ou dans l'onglet divers fiche du patient.

Bénéficiaire ACS tiers payant social du 01/01/13 au 31/12/15

Lors de la validation de la facture, si le professionnel est un médecin et qu'il facture sans appliquer le tiers payant sur la part obligatoire, le logiciel indiquera :



- Si le patient a adhéré à une complémentaire : l'identification qu'il est bénéficiaire de l'ACS avec une complémentaire, est effectuée automatiquement par le logiciel. Cette information se trouve dans l'onglet complémentaire de la facture ou de la fiche du patient. C'est la présence sur la carte Vitale des informations ci-dessous qui permet de détecter que le patient est bénéficiaire du « *tiers payant intégral ACS* » :
  - complémentaire n° 11111119 (contrat A) ou 22222228 (contrat B) ou 33333337 (contrat C) en mode de gestion unique.
  - ou complémentaire en gestion séparé (DRE) avec un indicateur « ACS »

Lors de la validation de la facture, si vous n'appliquez pas un tiers payant sur la part obligatoire et complémentaire, le logiciel indiquera :



#### d) Facturation avec une attestation - Carte vitale non à jour ou absente

- Si le patient n'a pas adhéré à une complémentaire et présente une attestation ACS « *tiers payant social AMO* », le médecin doit choisir dans le premier onglet de la facture l'attestation « *ACS Tiers Payant Social AMO* » pour obtenir l'application des tarifs de convention (pas de dépassement) et un rappel en cas de non application du tiers payant sur la part obligatoire.

- Si le patient a adhéré à une complémentaire et présente une attestation à jour de « tiers payant intégral ACS », vous devez :
  - affecter dans la fiche du patient ou dans la facture une complémentaire « ACS » en utilisant le bouton Choisir de l'onglet complémentaire. Le choix de la complémentaire n° 001111119 (contrat A) ou 002222228 (contrat B) ou 003333337 (contrat C) se fait en fonction du contrat indiqué sur l'attestation.

| Liste des complémentaires |                          |                                     |         |                               |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---------|-------------------------------|
| Numéro                    | Top                      | Teletrans                           | Routage | Nom                           |
| 001111119                 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | RO      | ACS - CONTRAT A - ATTESTATION |
| 002222228                 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | RO      | ACS - CONTRAT B - ATTESTATION |
| 003333337                 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | RO      | ACS - CONTRAT C - ATTESTATION |

- saisir la période de droits

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

Nom: ACS - CONTRAT A - ATTESTATION Choisir

Bénéficiaire Aide acquisition Complémentaire Santé - Contrat A

N°: 001111119 Contrat: 91 Routage: RO Retirer

Affilié à:

Convention signée:  Convention

---

| Droits du  | Au         | N° adhérent          |
|------------|------------|----------------------|
| 01/01/2015 | 31/12/2015 | <input type="text"/> |

L'envoi d'une DRE est possible en :  TP  Hors TP PEC

- Lors de la validation de la facture, si vous n'appliquez pas un tiers payant sur la part obligatoire et complémentaire, le logiciel indiquera :



e) Prise en charge des dépassements pour les prothèses dentaires et les traitements d'orthodontie

Si le patient a adhéré à une complémentaire, en fonction du contrat choisi, celle-ci prend en charge en partie les dépassements pour les prothèses dentaires et l'orthodontie.

Le remboursement maximal que peut avoir le patient pour la part caisse ET la part complémentaire est :

- 125% du tarif de convention pour un contrat A
- 225% du tarif de convention pour un contrat B
- 300% du tarif de convention pour un contrat C

Le calcul du montant du dépassement pris en charge par la complémentaire en fonction du contrat et du type d'actes est effectué par le logiciel.

## **13) 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%.

## 14) 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.**

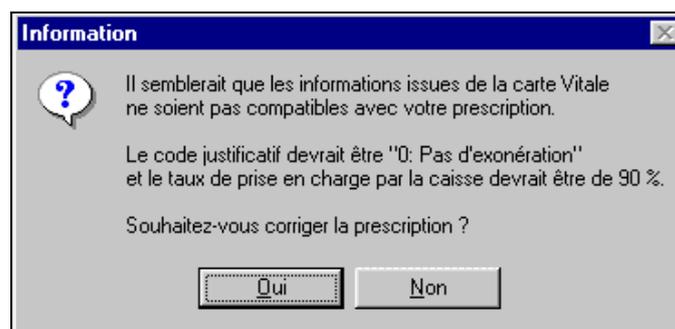
Pour déterminer si le patient bénéficie du régime local, on peut utiliser :

- 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.



## **15) 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 complémentaires, 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
- 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 39.

### b) Facturation en indiquant le numéro de la complémentaire

Il faut au préalable créer la mutuelle du patient. Pour cela :

- Cliquez sur le menu Fichiers – Complémentaires puis sur le bouton Créer
- Saisissez le nom et cochez uniquement la case « A transmettre »
- Saisissez RO dans la rubrique « code routage du flux »
- Saisissez le numéro de la complémentaire. Ce n° se trouve sur la carte d'adhérent de la mutuelle.

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

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.

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

Informations administratives

Nom : VIAMEDIS

Les informations sont issues d'une attestation

Numéro : 0075990010 Top Mutualiste

Type contrat : 00 A transmettre

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

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

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

Localité : \_\_\_\_\_

Tel 1 : ..... Tel 2 : .....

Fax : .....

Email : \_\_\_\_\_

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

---

Télétransmission

Code de routage du flux RO

Identifiant de l'hôte \_\_\_\_\_

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

N° AMC \_\_\_\_\_

### c) Facturation avec le top mutualiste

Il faut au préalable créer la mutuelle du patient. Pour cela :

- Cliquez sur le menu Fichiers – Complémentaires puis sur le bouton Créer
- Saisissez le nom et cochez les deux cases « Top Mutualiste » et « A transmettre »
- Saisissez RO dans la rubrique « code routage du flux »
- 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 Top Mutualiste

Type contrat : 00 A transmettre

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

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

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

Localité : \_\_\_\_\_

Tel 1 : ..... Tel 2 : .....

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

---

Télétransmission

Code de routage du flux RO 

Identifiant de l'hôte \_\_\_\_\_

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

N° AMC \_\_\_\_\_

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.

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

## 16) 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'. Below the navigation bar, there are two main 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' field, 'Convention' dropdown with a 'Convention' button, a table with 'Date Début' and 'Date Fin' (both showing '00/00/0000'), 'N° adhérent' field, and 'Indicateur traitement' dropdown. Below these is a checkbox for 'L'envoi d'une demande de remboursement à la complémentaire est autorisé pour :' with options 'Tiers-Payant' and 'Hors Tiers-Payant', and a 'PEC' button. At the bottom of the right pane, there is a checkbox 'La caisse gère également la part complémentaire (paiement unique ou transmission de décomptes)' which is checked, and a red-bordered button labeled 'Assistant DRE'.

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

## **17) 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.

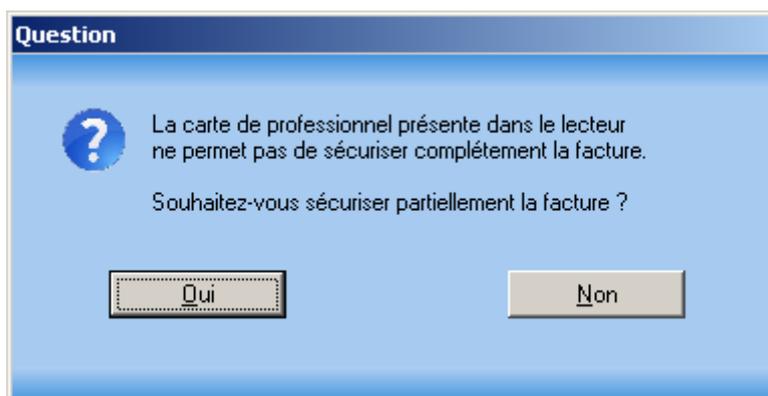
### **b) Facturation avec une carte CPE (carte de personnel d'établissement)**

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 en sécurisé »

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 en sécurisé »
- Répondez Oui à la question suivante (en fin de facturation)



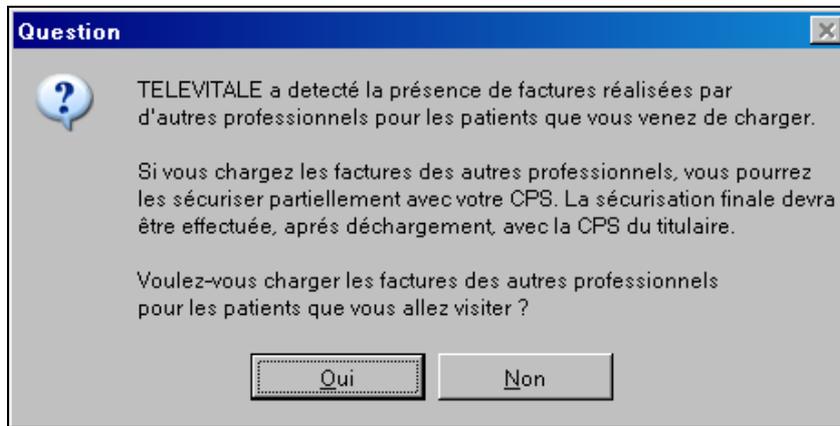
Pour procéder à la signature finale, reportez vous au paragraphe d) ci-dessous

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

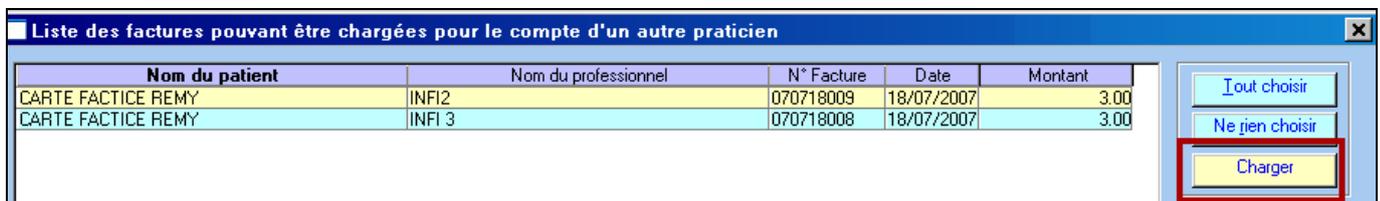
Ce fonctionnement permet de charger dans un lecteur des factures appartenant à différents professionnels de santé, puis de les certifier partiellement au domicile du patient avec une seule CPS. La signature finale se faisant en présence de la CPS du titulaire de la facture juste avant la télétransmission. 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 :

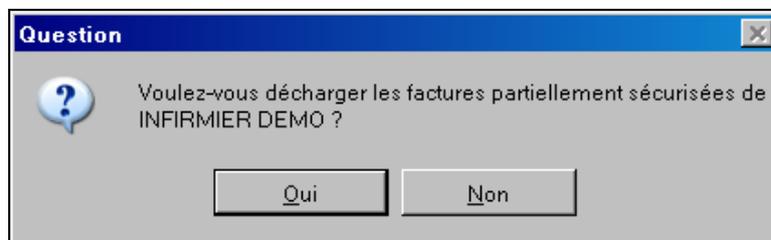
- préparez les factures en vue de leur chargement pour l'ensemble des professionnels
- procédez au chargement des factures pour un professionnel
- si votre lecteur est à jour le logiciel vous proposera de charger les factures des autres professionnels de santé et appartenant aux mêmes patients (voir 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)



- 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 :

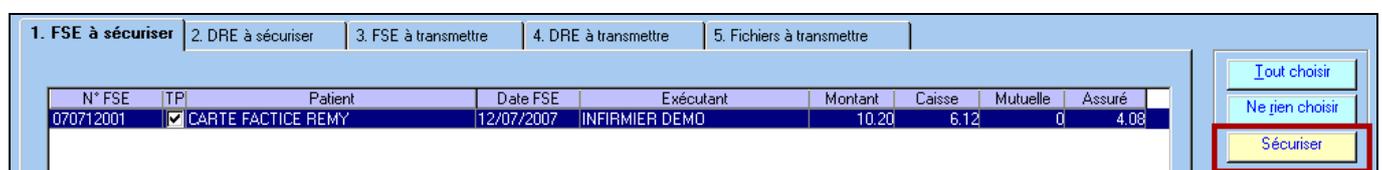


- Répondez oui à la question ci-dessus pour décharger ces factures
- Avant de télétransmettre les autres professionnels devront procéder à la sécurisation finale avec leur propre CPS. Reportez vous au paragraphe d) ci-dessous

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



- 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.

## **18) 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 ci-dessous.
- ou transférer la dette vers le patient (qui devra ensuite vous payer la facture). Voir paragraphe b)

### a) Correction de la facture

Ces manipulations doivent être faites 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 19)

| <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 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 factures non validées</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>Facturer en dégradé</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>Facturer en dégradé</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) 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*.

## 19) LE TRAITEMENT DES REJETS DE DRE

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 18)

**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 18), puis ensuite traitez le rejet de la dre en suivant les indications ci-dessous.

Si la gestion des avoirs est active et si la facture associée à la DRE rejetée a été exportée en comptabilité ou appartient à un mois clôturé, veuillez suivre les indications du paragraphe 33)f) au chapitre 33)

| 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 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>Facturer en dégradé</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>Facturer en dégradé</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> |

## **20) 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.

The screenshot shows a search interface with the following elements:

- Modèles d'interrogation prédéfinis - Vous souhaitez interroger :** A dropdown menu showing "Tous les organismes de gestion (Exemple : toutes les CPAM, MSA,...)".
- Cochez le(s) compte(s) à interroger:**
  - Centre de gestion
  - Organisme de gestion (dropdown: tous les organismes)
  - Complémentaire
  - Mes patients (dropdown)
- La sélection sera effectuée pour:** A dropdown menu showing "tous les organismes".
- Le solde du compte sera:** A dropdown menu showing ">:".
- Le montant dû pour chaque facture sera:** A text input field containing "1" and a currency dropdown set to "€".
- Le niveau de relance sera:** A dropdown menu.
- Critères de recherche:**
  - Prendre en compte les factures du [01/01/2010] au [31/01/2010]
  - et les règlements du [01/01/2010] au [26/03/2010]
  - Prendre en compte les factures non validées
  - Prendre en compte certaines catégories de factures
- Rechercher ...** button.

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

The screenshot shows a search interface similar to the previous one, but with the following changes:

- Cochez le(s) compte(s) à interroger:**
  - Centre de gestion
  - Organisme de gestion
  - Complémentaire (dropdown: toutes les complémentaires)
  - Mes patients (dropdown)
- Le solde du compte sera:** A dropdown menu showing ">:".
- Le montant dû pour chaque facture sera:** A text input field containing "50" and a currency dropdown set to "€".
- Le niveau de relance sera:** A dropdown menu.
- Critères de recherche:**
  - Prendre en compte les factures du [01/01/2010] au [31/01/2010]
  - et les règlements du [01/01/2010] au [26/03/2010]
  - Prendre en compte les factures non validées
  - Prendre en compte certaines catégories de factures
- Rechercher ...** button.

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.

The screenshot shows a dropdown menu titled "Modèles d'interrogation prédéfinis - Vous souhaitez interroger :" with the following options:

- Tous les centres de gestion
- Tous les organismes de gestion (Exemple : toutes les CPAM, MSA,...)
- Tous les organismes complémentaire
- Tous les patients
- Un patient (à choisir dans une liste)
- Une famille (à choisir dans une liste)

## 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 |

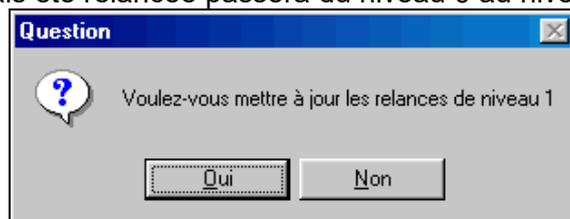
Remarque : lorsque vous imprimez un extrait de compte pour un patient choisi dans la liste le logiciel proposera d'imprimer en plus de l'extrait de compte la ou les factures apparaissant sur le relevé de compte.

### c) Les relances

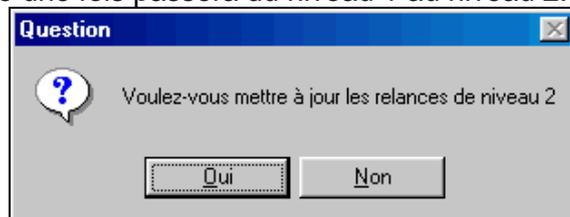
Le bouton « *lettres de relances* » permet d'imprimer une lettre de rappel à partir des factures et règlements apparaissant dans la liste.

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  Intitulé du document

Libellé du texte placé AVANT le tableau récapitulatif

Madame, Mademoiselle, Monsieur,  
Je vous prie de trouver ci-dessous le détail des sommes comptabilisées à ce jour :

Libellé du texte placé APRES le tableau récapitulatif

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.

Dans l'attente, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'assurance de nos meilleurs sentiments.

Service Comptabilité Client

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

## 21) 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.

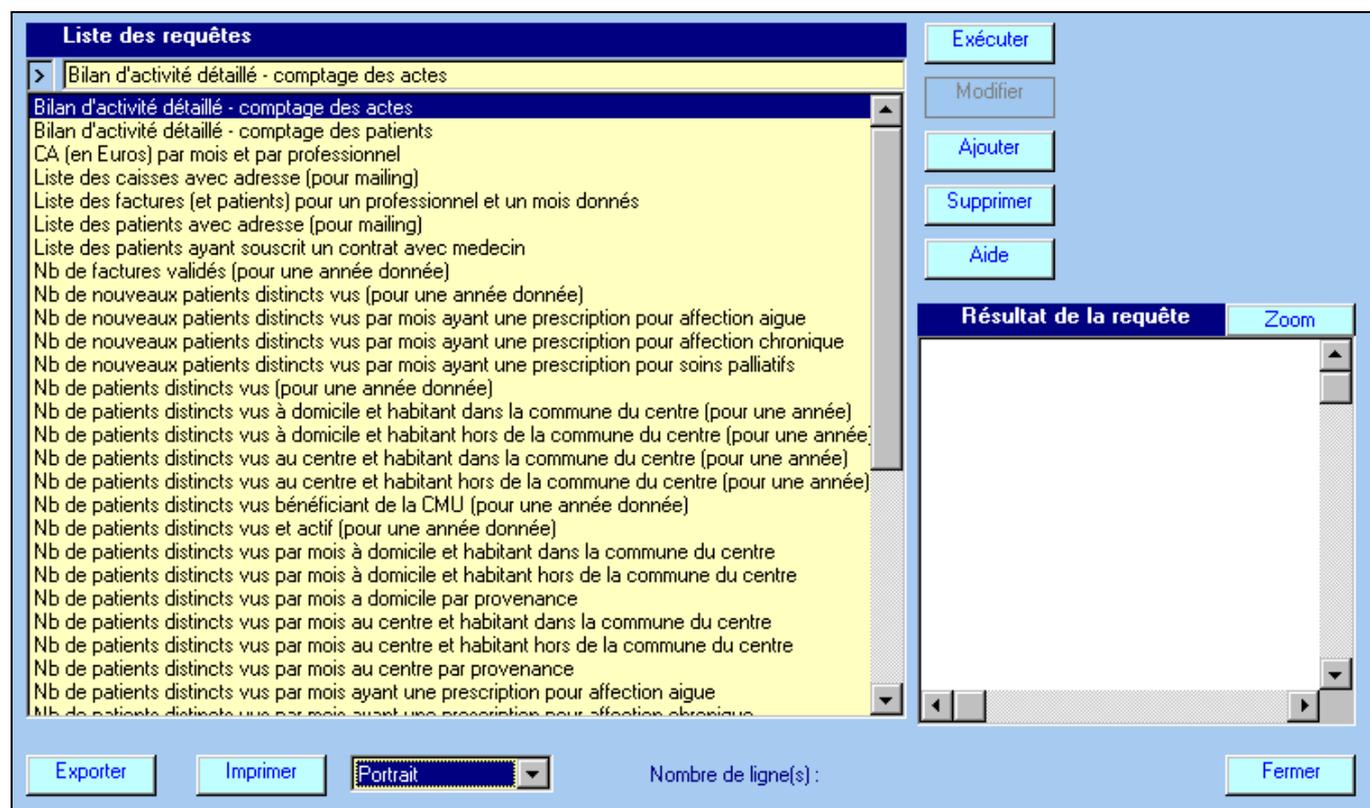
## 22) LES REQUETES

Le logiciel est fourni en standard avec une liste de requête. Ces requêtes accessibles par le menu Outils, rubrique Requetes, 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  |      |

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)

## 23) 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.

## 24) 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 with two main sections: 'Critères de recherche' (Search criteria) and 'Critères de tri' (Sorting criteria).  
**Critères de recherche:** This section contains a table with four rows. Each row has a dropdown menu for logical operators (ET, OU, etc.), a dropdown for the field name, a dropdown for the comparison operator, and a text input for the value.

- Row 1: ET, Date facturation, >=, 01/06/2006
- Row 2: ET, Date facturation, <=, 30/06/2006
- Row 3: ET, Imprimé, =, N
- Row 4: ET, Teletrans, =, N

Buttons 'Ajouter' and 'Supprimer' are on the right.  
**Critères de tri:** This section has two dropdown menus: 'Donnée à trier' (Nom Mutuelle) and 'Ordre de tri' (Croissant). Buttons 'Ajouter' and 'Supprimer' are on the right.  
At the bottom, there are buttons 'Charger', 'Sauver', 'OK', and 'Annuler'.

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

- 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 dialog box is titled 'Paramètre d'impression'. It contains the text 'Veuillez saisir le nombre d'exemplaires à imprimer' above a text input field containing the number '1'. At the bottom, there are two buttons: 'OK' and 'ANNULER'.

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

## 25) L'ARCHIVAGE

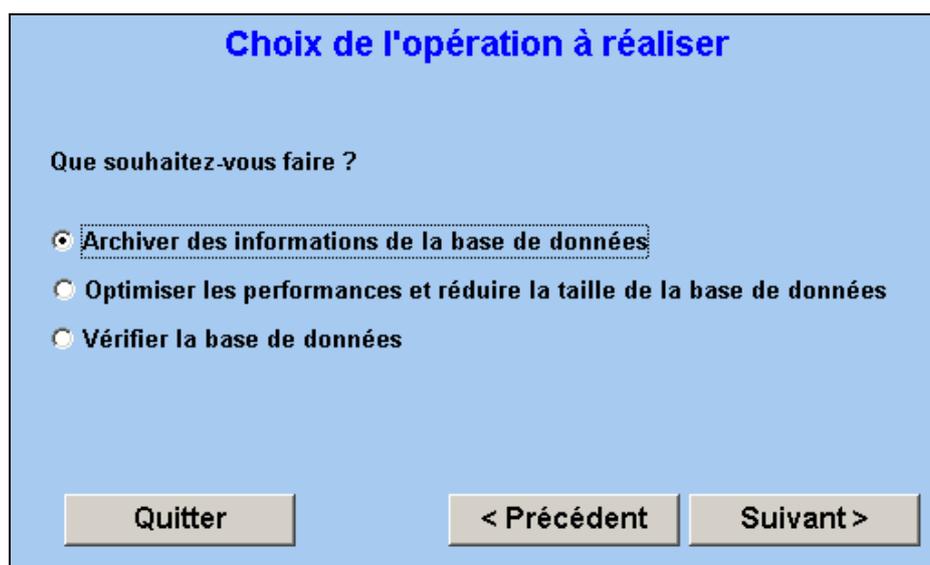
L'outil d'archivage vous permet de supprimer vos vieux dossiers. Avant d'utiliser cet outil la réalisation d'une sauvegarde est obligatoire. Suivant le volume de vos données l'archivage peut être long, prévoyez un heure. Pour accéder à l'archivage, cliquez sur le menu Outils, puis rubrique archivage 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 55

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 55

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

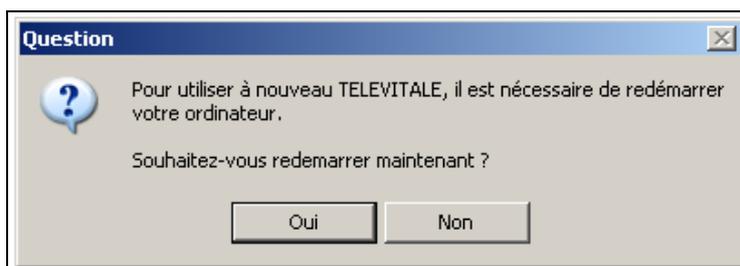
Sur la période DU 01/12/2001 AU 31/12/2002

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.

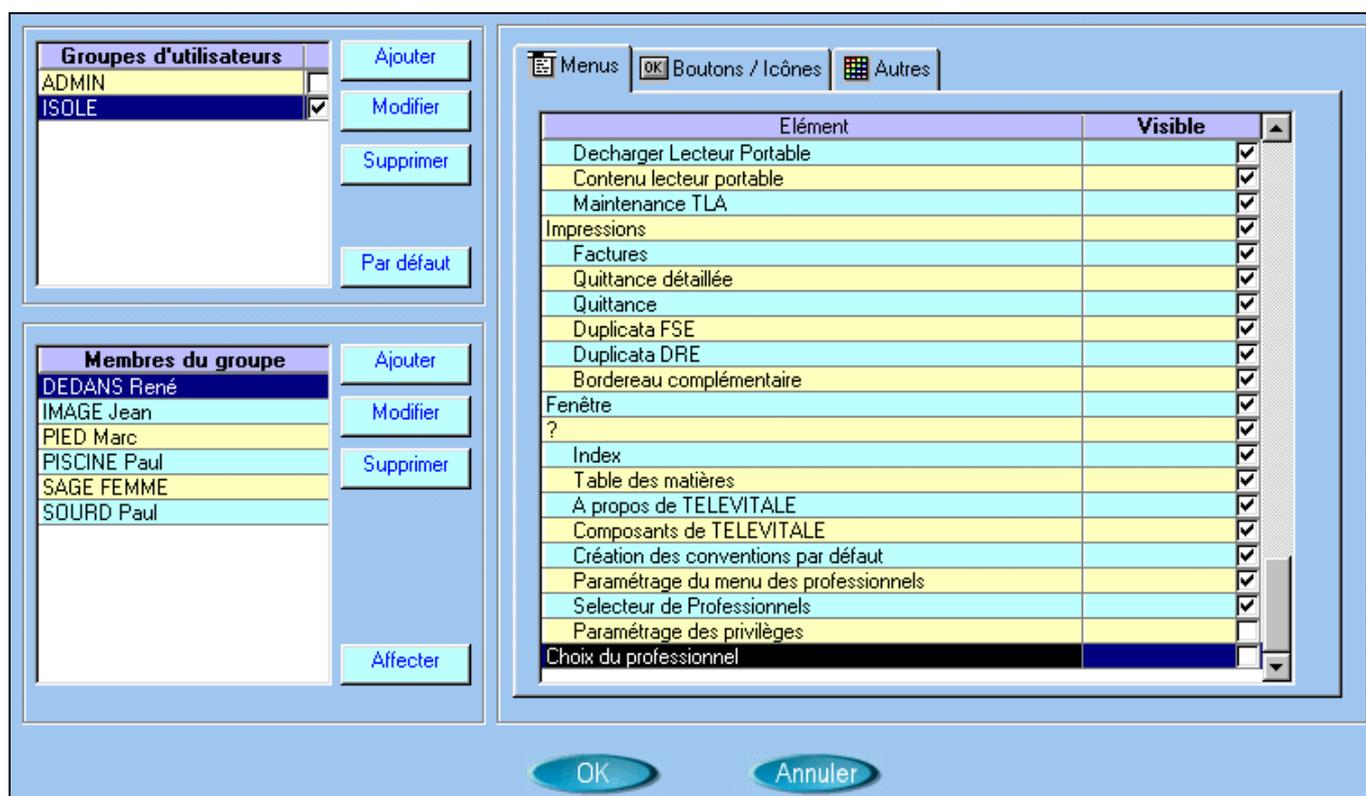
## 26) ADMINISTRATION DES DROITS

### 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 (dropdown menu)
- Session ouverte: GENE Alain (dropdown menu)

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.

## **27) 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  |

## 28) 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<br>2 RUE VICTOR HUGO<br>75015 PARIS<br>01 01 01 01 01<br>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-VITALE M/11/OC/001/wanadoo.fr |   |

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

(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:

Les informations sont issues d'une attestation

Numéro:  Top Mutyaliste

Type contrat:   **A transmettre**

Contact:

Adresse:

Adresse (suite):

Localité:

Tel 1:  Tel 2:

Règles de calculs (hors STS)

Regle de calcul pour déterminer le remboursement

Base de calcul:

Franchise  Plafond

Seuil  % Remboursement

Prise en charge des actes HN

Règles de calculs (spécifiques aux STS)

La complémentaire est affiliée à

Télétransmission

Code de routage du flux

Identifiant de l'hôte

Nom de domaine

N° AMC

- 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:

N°:  Contrat:  Code routage:

Affilié à:

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

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

- Décocher la rubrique « Désactive services de tarification spécifique »

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 *I'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.

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   |  | Informations issues d'une Attestation Papier ou autre support   |  |
|--|--|---|--|
| Pas de complémentaire  |  | Nom   | MUTUELLE ABC <span>Choisir</span>                          |
|  |  | N°  | 0012345678 Contrat 00 Code routage RO <span>Retirer</span> |
|  |  | Affilié à   | M : Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)  |
|  |  | Convention  | > TP/ GIE SESAM VITALE <span>Convention</span>             |
|  |  | Date Début  | 01/09/2005   |
|  |  | Date Fin  | 30/06/2006   |
|  |  | N° adhérent   |  |
|  |  | Indicateur traitement   | <span>?</span>   |
|  |  | 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 <span>PEC</span> |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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   |  | 052 : 100% TM   | <span>Formules ...</span> <span>Calculs ...</span>         |

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     | <input type="checkbox"/> |      | 1   | C    | ▼    | 1.00  | ▼    | <input type="checkbox"/> | 20.00  |                 | ▼    | ▼  |   |   |       | 20.00  |
| 2       | Mar  | 22/11/2005     | <input type="checkbox"/> |      | 1   | SPR  | ▼    | 50.00 | ▼    | <input type="checkbox"/> | 307.50 | 200.00          | ED   | ▼  | ▼ |   |       | 307.50 |

|   |               |                           |
|---|---------------|---------------------------|
| Formule de calcul (part complémentaire) appliquée à la ligne d'acte n°1 | 052 : 100% TM | <span>Formules ...</span> |
|---|---------------|---------------------------|

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

## 29) 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 :<br><i>Nb de patients distincts vus (pour une année donnée)</i>  |
|  | Nombre total d'entrées   | Utiliser la requête :<br><i>Nb de passages (pour une année donnée)</i><br>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 :<br><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 :<br><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 :<br><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 :<br><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) :<br><i>Nb de passages pour les prescriptions en affection aigue (pour une année et un mois donné)</i><br>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 :<br><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) :<br><i>Nb de passages pour les prescriptions en affection chronique aigue (pour une année et un mois donné)</i><br>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 :<br><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) :<br><i>Nb de passages pour une prescription en soins aigue (pour une année et un mois donné)</i><br>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 :<br><i>Nb de patients distincts vus au centre et habitant dans la commune du centre (pour une année)</i><br>ou<br><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 :<br><i>Nb de patients distincts vus à domicile et habitant dans la commune du centre (pour une année)</i><br>ou<br><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 :<br><i>Nb de patients distincts vus au centre et habitant hors de la commune du centre (pour une année)</i><br>ou<br><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 :<br><i>Nb de patients distincts vus à domicile et habitant hors de la commune du centre (pour une année)</i><br>Ou<br><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 :<br><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 :<br><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 :<br><i>Nb de patients distincts vus, par provenance (pour une année donnée).</i><br>Prendre en compte uniquement la provenance Hôpital et la provenance Clinique.  |
|  | Etablissement d’origine                              | Saisir dans la prescription la provenance et l’établissement d’origine et utiliser la requête :<br>Nb de patients distincts vus, par établissement pour la provenance Hôpital ou Clinique  |
|  | Type de prise en charge                              | Saisir dans la prescription la provenance (Hôpital ou clinique) et le type de prise en charge utiliser la requête :<br>Nb de patients distincts vus, par type de prise en charge pour la provenance Hôpital ou Clinique  |
|  | Nombre d’actes AMI                                   | Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le bilan d’activité<br>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'actes AIS                              | Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le bilan d'activité<br>Menu Outils – Statistiques – Bilan d'activité :<br>- choisir la provenance Hôpital et retenir uniquement les AIS<br>- 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 :<br>- choisir la provenance Hôpital et nature AMI<br>- choisir la provenance Clinique et nature AMI<br>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 :<br>- choisir la provenance Hôpital et nature AMI<br>- choisir la provenance Clinique et nature AMI<br>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<br>Menu Outils – Statistiques – Bilan d'activité :<br>- choisir la provenance Hôpital et retenir uniquement les DI<br>- choisir la provenance Clinique et retenir uniquement les DI   |
| Nombre IFD et IK.                               | Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le bilan d'activité<br>Menu Outils – Statistiques – Bilan d'activité :<br>- choisir la provenance Hôpital et retenir uniquement les IFA et IK<br>- choisir la provenance Clinique et retenir uniquement les IFA et IK   |
| Nombre de majoration de nuit.                   | Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le bilan d'activité<br>Menu Outils – Statistiques – Bilan d'activité :<br>- choisir la provenance Hôpital et retenir uniquement la majoration N<br>- choisir la provenance Clinique et retenir uniquement la majoration N   |
| Nombre de majoration de dimanche et jour férié. | Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le bilan d'activité<br>Menu Outils – Statistiques – Bilan d'activité :<br>- choisir la provenance Hôpital et retenir uniquement la majoration F<br>- choisir la provenance Clinique et retenir uniquement la majoration F   |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | Nombre d'AMI ventilés par coefficients              | Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le bilan d'activité<br>Menu Outils – Statistiques – Bilan d'activité :<br>- choisir la provenance Hôpital et retenir uniquement les AMI<br>- choisir la provenance Clinique et retenir uniquement les AMI |
|  | Nombre d'AIS ventilés par coefficients              | Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le bilan d'activité<br>Menu Outils – Statistiques – Bilan d'activité :<br>- choisir la provenance Hôpital et retenir uniquement les AIS<br>- choisir la provenance Clinique et retenir uniquement les AIS |
|  | Nombre total de coefficient AMI ventilés par caisse | Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le menu Outils –<br>Statistiques – Nombre d'actes (coefficients) par organisme de gestion :<br>- choisir la provenance Hôpital et nature AMI<br>- choisir la provenance Clinique et nature AMI            |
|  | Nombre total de coefficient AIS ventilés par caisse | Saisir dans la prescription la provenance et utiliser le menu Outils –<br>Statistiques – Nombre d'actes (coefficients) par organisme de gestion :<br>- choisir la provenance Hôpital et nature AIS<br>- choisir la provenance Clinique et nature AIS            |

### **30) RAPPORT D'ACTIVITE CENTRES POLYVALENT – MEDICAUX - DENTAIRE**

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)

## 31) Dossier Médical Personnel (DMP)



# MANUEL UTILISATEUR

## Dossier Médical Personnel

# TABLE DES MATIERES

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. PRESENTATION DU DMP .....</b>                                  | <b>80</b> |
| 1.1. Définition du DMP .....   | 80        |
| 1.2. Types de documents présents dans le DMP .....                   | 80        |
| 1.3. Identification du patient par son INS-C .....                   | 80        |
| 1.4. Rôle des médecins traitants (administrateurs) dans le DMP ..... | 80        |
| 1.5. Autorisations d'accès au DMP .....                              | 81        |
| 1.6. Cycle de vie d'un DMP .....                                     | 81        |
| <b>2. CREATION OU REACTIVATION D'UN DMP .....</b>                    | <b>82</b> |
| <b>3. UTILISATION DU DMP .....</b>                                   | <b>83</b> |
| 3.1. Autorisation d'accès .....                                      | 83        |
| 3.2. Description de l'écran principal .....                          | 84        |
| <b>3.3. Gestion des documents .....</b>                              | <b>85</b> |
| 3.3.1. Recherche de documents .....                                  | 85        |
| 3.3.2. Lecture d'un document .....                                   | 86        |
| 3.3.3. Ajout d'un document .....                                     | 86        |
| 3.3.4. Modification du document .....                                | 89        |
| 3.3.5. Suppression d'un document .....                               | 91        |
| 3.3.6. Téléchargement d'un document .....                            | 92        |
| <b>3.4. Administration du DMP .....</b>                              | <b>92</b> |
| 3.4.1. Modifier les informations du patient .....                    | 92        |
| 3.4.2. Gérer les autorisations d'accès des praticiens .....          | 94        |
| 3.4.3. Fermer le DMP du patient .....                                | 95        |
| 3.5. Accès par un navigateur Internet .....                          | 96        |
| <b>4. AFFICHAGE DES DMP AUTORISES .....</b>                          | <b>96</b> |
| <b>A1. ANNEXE : REGLES D'ACCES AUX FONCTIONS DU DMP .....</b>        | <b>97</b> |

## 1. Présentation du DMP

### 1.1. Définition du DMP

Le DMP, dossier médical personnel, a été créé par la loi du 13 août 2004 pour favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins. C'est un dossier informatisé. Il est partagé entre les professionnels de santé qui prennent en charge le patient, sous le contrôle du patient qui en gère les droits d'accès. Le DMP ne se substitue pas au dossier métier du professionnel de santé. Chaque personne bénéficiaire de l'assurance maladie peut disposer d'un DMP. Le patient peut accéder à son DMP par Internet. Le DMP est facultatif pour le patient.

### 1.2. Types de documents présents dans le DMP

Le DMP contient des documents de santé à caractère personnel produits par les professionnels de santé à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins. C'est vous qui décidez de l'utilité et de la pertinence des informations à ajouter dans le DMP pour la bonne prise en charge coordonnée de votre patient. Vous pouvez trouver dans le DMP de votre patient :

- ▶ La synthèse et les informations médicales générales, dont les allergies et les antécédents ;
- ▶ Les traitements et soins en cours ;
- ▶ Les différents types de comptes-rendus comme le compte-rendu d'hospitalisation, la lettre de sortie ou le compte-rendu de consultation ;
- ▶ Les données d'imagerie médicale dont le compte-rendu de radiologie ;
- ▶ Les résultats d'analyse de laboratoires ;
- ▶ Les informations propres aux actes de prévention, tels que les vaccins ou les actes de dépistage,
- ▶ Les certificats et déclarations à caractère médical.

### 1.3. Identification du patient par son INS-C

Le patient est identifié par son Identifiant National de Santé (INS-C), calculé directement à partir des informations contenues dans sa carte Vitale. Cet identifiant permet l'accès au DMP du patient. Il peut être consulté dans TELEVITALE depuis l'onglet *Divers* de la fiche Patient.

**Attention** | Seuls les patients ayant un numéro de sécurité sociale peuvent avoir un INS-C. En l'absence de l'INS-C, l'accès au DMP est impossible.

### 1.4. Rôle des médecins traitants (administrateurs) dans le DMP

Les médecins traitants (administrateurs) participent à la mise en place et la gestion du DMP. Le patient peut déclarer plusieurs médecins traitants (administrateurs) dans son DMP. Le statut de médecin traitant (administrateur) dans le DMP confère au médecin concerné des fonctions spécifiques : bloquer l'accès d'un professionnel de santé au DMP d'un de ses patients ; accéder aux documents masqués dans le DMP de ses patients et, le cas échéant, être en capacité de les assister en cas d'éventuelle volonté de démasquage d'un document masqué ; consulter l'historique des actions menées dans le DMP de ses patients.

**Attention** | La notion de "médecin traitant (administrateur)" pour le DMP ne doit pas être confondue avec la notion de "médecin traitant" dans le cadre de la télétransmission. Dans un cas, il s'agit d'un administrateur qui a des droits d'accès supplémentaires sur le DMP. Dans l'autre cas, il s'agit du médecin coordinateur dans le cadre du parcours coordonnés des soins. La notion de "médecin traitant (administrateur)" n'a aucune incidence sur le niveau de remboursement des soins.

## 1.5. Autorisations d'accès au DMP

---

L'accès aux documents du DMP varie selon :

- la nature de l'utilisateur (patient ou professionnel)
- la spécialité du professionnel (médecin ou auxiliaire médical)
- les droits accordés par le patient au professionnel (médecins traitants administrateurs ou non)
- l'auteur du document
- le mode d'accès (normal ou urgence)

Le tableau présent dans l'annexe A1 synthétise les différentes règles d'accès aux fonctions du DMP.

## 1.6. Cycle de vie d'un DMP

---

### CREATION

La création du DMP est toujours réalisée par un professionnel de santé avec l'accord du patient.

Au cours de cette étape, le patient peut préciser si le professionnel est éventuellement un médecin traitant administrateur. Il donne également l'autorisation ou le refus d'accès à son dossier aux services d'urgence (SAMU, centre 15) ainsi qu'à tout professionnel de santé si son état comportait un risque immédiat pour sa santé.

Enfin, le patient peut demander au praticien d'imprimer les codes d'accès Internet qui lui permettront d'utiliser son DMP depuis son domicile. Ses codes d'accès lui seront également adressés par email et/ou SMS. Sur demande du patient, le professionnel peut régénérer de nouveaux codes d'accès en cas d'oubli ou de vol des précédents.

### CONSULTATION

La recherche de documents est facilitée par l'utilisation de filtres par dates et par types de document.

Les documents consultés peuvent être éventuellement conservés dans un dossier de l'onglet *Documents* de la fiche du patient dans TELEVITALE.

Le format des documents consultables dépend de leur nature :

- Les **documents structurés** sont des documents normés comme par exemple les comptes-rendus des laboratoires d'analyse. Le format HTML permet de les consulter à l'aide d'un navigateur Internet.
- Les **documents non structurés** sont des documents qui n'imposent pas de normes de saisie des informations. Il peut s'agir d'images (au format JPG ou TIF), de textes (au format TXT ou RTF) ou d'un ensemble d'images et de textes (au format PDF). Des informations spécifiques associées aux documents non structurés (appelées métadonnées) peuvent être également consultées depuis TELEVITALE.

### ALIMENTATION

Le DMP peut être alimenté à l'aide des informations contenues dans l'onglet *Documents* de la fiche du patient de TELEVITALE. Il est également possible de numériser des documents ou de saisir des annotations directement dans le DMP à l'aide des outils présents dans TELEVITALE. Pour l'instant, il est seulement possible d'alimenter le DMP avec des documents non structurés. Les formats supportés sont JPG, TIF, TXT, RTF et PDF.

**Attention** | La taille des documents publiés sur le DMP ne doit pas excéder 5 Mo.

Lors de l'ajout d'un document, il est possible de préciser :

- si le document est visible par le patient lorsqu'il consulte son dossier depuis Internet
- si le document est masqué aux praticiens non habilités

Les propriétés des documents peuvent être changées à tout moment.

**Remarque** | Il ne faut pas confondre la notion de document invisible avec la notion de document masqué. Un document invisible n'est pas accessible par le patient. Un document masqué n'est pas accessible aux professionnels qui ne sont pas les auteurs du document et qui ne sont pas des médecins traitants administrateurs.

**Remarque** | Lors de la publication du document, il est possible de le rendre invisible pour le patient. Dès lors que l'on modifie les propriétés du document pour le rendre visible pour le patient, il n'est plus possible de le rendre à nouveau invisible.

Les documents qui ne sont plus d'actualité peuvent être archivés. Dans ce cas, ils n'apparaissent plus, par défaut, dans la liste des documents. Pour les consulter, il faut activer le filtre "Afficher les documents archivés".

Enfin, les praticiens autorisés peuvent supprimer des documents dans le DMP. Les documents ne sont alors plus accessibles mais sont conservés dans les serveurs d'ASIP-SANTE afin d'assurer leur traçabilité.

## FERMETURE

Dans le cas où le patient ne souhaite plus que son DMP soit utilisé, il peut demander sa fermeture auprès d'un praticien.

## 2. Création ou réactivation d'un DMP

Le bouton DMP présent dans la fiche patient de TELEVITALE permet d'afficher la liste des documents publiés. Dans le cas d'un nouveau patient (création) ou d'un patient qui souhaite ouvrir à nouveau son DMP (réactivation), un écran permet de recueillir le consentement du patient. Dans les 2 cas, les informations à renseigner sont identiques.

**Réactivation d'un ancien DMP**

**Votre patient a fermé son DMP le 01/05/2012 sans préciser de motif de fermeture.**

Afin de réactiver le DMP du patient, veuillez renseigner les informations suivantes :

Identification du patient

|                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| Nom usuel : MERMOZ | Né(e) le : 15/03/1950 |
| Nom de naissance : | Sexe : F              |
| Prénom : VERONIQUE |                       |

Autorisation d'accès au DMP par les praticiens

- Le patient vous autorise à REACTIVER son DMP
- Le patient vous autorise à accéder à son DMP
- Vous souhaitez être un médecin traitant (administrateur) du DMP

Un "médecin traitant (administrateur)" peut réaliser un nombre plus important d'actions qu'un autre médecin. Il peut en particulier consulter l'historique des accès et actions, lire les documents masqués, ou rendre de nouveau visible un document masqué.

Autorisations d'accès en urgence du DMP

- Le patient autorise, en cas d'appel au SAMU ou de tout centre 15, le médecin régulateur à accéder à son DMP
- Le patient autorise, s'il est dans un état comportant un risque immédiat pour sa santé, tout professionnel de santé à accéder à son DMP

Activation de l'accès Internet pour le patient

- Le patient souhaite recevoir ses codes d'accès provisoires pour accéder à son DMP depuis Internet :

par SMS : 0611223344

par EMAIL :

Rappel concernant la publication des documents dans le DMP

Les documents présents dans TELEVITALE pourront être ajoutés dans le DMP en utilisant le bouton AJOUTER.

OK ANNULER

3 rubriques doivent être complétées :

### ► Autorisation d'accès au DMP par les praticiens

Les cases "Le patient vous autorise à CREER (ou REACTIVER) son DMP" et "Le patient vous autorise à accéder à son DMP" sont cochées par défaut et ne peuvent être décochées. Si le patient ne souhaite pas que vous créez (ou réactivez) son DMP alors cliquez sur le bouton ANNULER.

La case "Vous souhaitez être un médecin traitant (administrateur) du DMP" doit être cochée si le patient vous accorde les droits d'administration de son dossier. Dans ce cas, vous pourrez notamment consulter des documents masqués ou rendre de nouveau visible des documents masqués. Cette case n'est pas cochée par défaut.

**Rappel** La notion de "médecin traitant (administrateur)" pour le DMP ne doit pas être confondue avec la notion de "médecin traitant" dans le cadre de la télétransmission. Dans un cas, il s'agit d'un administrateur qui a des droits d'accès supplémentaires sur le DMP. Dans l'autre cas, il s'agit d'un médecin coordinateur dans le cadre du parcours coordonnés des soins. La notion de "médecin traitant (administrateur)" n'a aucune incidence sur le niveau de remboursement des soins.

#### ► Autorisation d'accès en urgence du DMP

Le patient peut s'opposer à l'accès à son DMP par les services d'urgence (SAMU ou centre 15) ou à tout professionnel dans le cas où son état comporterait un risque immédiat pour sa santé. Dans ce cas, vous devez décocher les cases correspondantes de cette rubrique.

#### ► Activation de l'accès Internet pour le patient

Pour activer l'accès Internet du patient, il faut que la case "Le patient souhaite recevoir ses codes d'accès provisoires pour accéder à son DMP depuis Internet" soit cochée. Il faut ensuite préciser comment doivent être communiqués les codes d'accès provisoires :

- précisez un n° de téléphone pour l'envoi par SMS
- indiquez une adresse email valide pour l'envoi par courrier électronique

**Remarque** Cette rubrique est automatiquement complétée si un n° de téléphone portable ou une adresse de courrier électronique a été renseignée dans la fiche patient. Dans le cas contraire, il faudra renseigner manuellement cette rubrique.

Après avoir validé les informations de cet écran en pressant le bouton OK, TELEVITALE procède à l'impression des paramètres d'accès Internet. Ce document sur lequel figure également l'INS-C doit être remis au patient. Les codes d'accès peuvent être régénérés ultérieurement en cas d'oubli ou de vol.

**Remarque** A la demande du patient, les informations de ces 3 rubriques peuvent être changées.

## 3. Utilisation du DMP

### 3.1. Autorisation d'accès

Le bouton DMP présent dans la fiche patient de TELEVITALE permet d'accéder à son dossier informatisé. Si un DMP existe déjà pour le patient mais que vous y accédez pour la première fois, vous devrez alors recueillir le consentement du patient en sélectionnant l'option "Le patient (ou son représentant légal) m'a autorisé à accéder à son DMP". Dans le cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et nécessite des soins dans les meilleurs délais, vous devez alors utiliser l'option "J'accède en urgence" en précisant le motif de l'accès d'urgence. Lors des accès en urgence (appelé aussi accès en mode "bris de glace"), certaines fonctions ne sont pas accessibles. (Voir Annexe A1)

**Remarque** Si vous avez créé le DMP patient, vous avez déjà recueilli le consentement du patient. Vous n'avez plus besoin de recueillir son consentement lors des prochains accès, à moins que le patient vous retire les droits d'accès.

**Déclaration d'autorisation**

Vous n'êtes pas autorisé à accéder au DMP de :

**MERMOZ VERONIQUE né(e) le 15/03/1950**

Confirmez-vous que ce patient (ou son représentant légal) vous a autorisé à accéder à son DMP ?

Le patient (ou son représentant légal) m'a autorisé à accéder à son DMP

J'accède en urgence. Le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté.  
Certaines fonctionnalités du DMP seront alors inaccessibles.

J'accède en urgence au DMP pour le motif suivant :

### 3.2. Description de l'écran principal

L'écran principal permettant la gestion du DMP se présente comme suit :

Dossier Médical Personnel de MERMOZ VERONIQUE ( date du dernier accès : 02/05/2012 16:49:46 )

Critère de recherche des documents  
 Rechercher sans tenir compte des dates type de document TOUS

Affiche documents obsolètes  Affiche documents archivés  Affiche documents masqués

Liste des documents (2) Un seul document invisible pour le patient

| N | Type                   | Doc. créé le        | Auteur(s)              | Profession / Spécialité    | Titre [Version]             | Taille   |
|---|------------------------|---------------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------|
| N | Synthèse               | 02/05/2012 17:20:34 | SPECIALISTE4344 ROBERT | Médecin - Pneumologie (SM) | Compte-rendu consultation   | 4,8 Ko   |
| N | CR d'imagerie médicale | 02/05/2012 17:18:55 | SPECIALISTE4344 ROBERT | Médecin - Pneumologie (SM) | Radiographie la main droite | 155,5 Ko |

Recherche les documents du patients...

Vous accédez au DMP en urgence. Certaines fonctionnalités ne sont pas disponibles dans ce mode d'accès.

Légende :  Nouveau  Archivé  Doc. patient  Issu d'un établissement de santé  Visible uniquement par son auteur, les médecins traitants (administrateurs) et le patient

L'écran est divisé en 4 zones :

- les critères de recherche des documents sont situés en haut
- la liste des documents apparaît en partie centrale
- les boutons de gestion du DMP sont situés à droite de la liste des documents
- la légende des icônes utilisées dans liste des documents est indiquée en bas

Le titre de la fenêtre contient le nom du patient et l'horodatage de votre dernier accès à son DMP. Lorsqu'une opération est en cours, elle est indiquée dans un encart au centre de l'écran. Enfin, un message de rappel s'affiche dans le cas où l'accès serait réalisé en urgence.

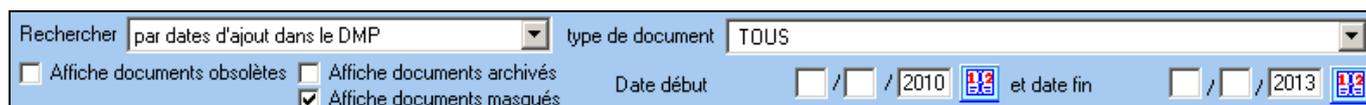
### 3.3. Gestion des documents

#### 3.3.1. Recherche de documents

La liste des documents peut être affinée en utilisant différents critères de recherche.

La liste déroulante *Rechercher* permet de définir une période de recherche en fonction :

- des dates d'ajout dans le DMP (c'est-à-dire la date de publication des documents)
- des dates d'actes associés aux documents



Les dates de début et de fin peuvent être renseignées en utilisant :

- Jour / Mois / Année
- Mois / Année
- Année

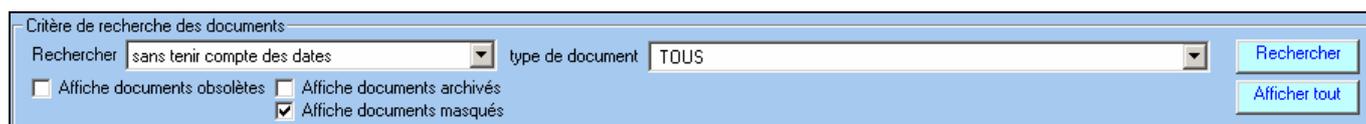
Une icône située près de la date permet de choisir une date à l'aide d'un calendrier.

Le type de document peut être précisé depuis une liste déroulante.

Les cases à cocher permettent d'étendre la recherche sur :

- les documents masqués (documents visibles par son auteur, les administrateurs et le patient)
- les documents obsolètes (documents modifiés ou dont les propriétés auraient été changées)
- les documents archivés

La recherche par défaut porte sur tous les types de documents sans tenir compte des dates en faisant apparaître aussi les documents masqués. Le bouton *Rechercher* permet de relancer une recherche en tenant compte des nouveaux critères. Le bouton *Afficher tout* permet le rétablissement des critères de recherche par défaut.



Le bouton situé en haut à droite de la liste des documents permet d'accéder aux documents invisibles pour le patient. L'absence de ce bouton indique que tous les documents sont visibles par le patient.

| Liste des documents (2) |                        |                        |                        |                            |                             | Un seul document invisible pour le patient |
|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|
| N                       | Type                   | Doc. créé le           | Auteur(s)              | Profession / Spécialité    | Titre [Version]             | Taille                                     |
| N                       | Synthèse               | 02/05/2012<br>17:20:34 | SPECIALISTE4344 ROBERT | Médecin - Pneumologie (SM) | Compte-rendu consultation   | 4.8 Ko                                     |
| N                       | CR d'imagerie médicale | 02/05/2012<br>17:18:55 | SPECIALISTE4344 ROBERT | Médecin - Pneumologie (SM) | Radiographie la main droite | 155.5 Ko                                   |

La liste des documents comprend les informations suivantes :

- N : Une icône apparaît dans le cas où le document serait nouveau depuis votre précédent accès
- Type : Il s'agit de la nature du document
- Doc. créé le : C'est la date de création du document
- Auteur(s) : Praticien(s) à l'origine du document
- Profession / Spécialité : Concerne l'auteur du document

- Titre [Version] : Dans le cas où les propriétés du document auraient été modifiées, le titre serait suivi entre crochet du n° de version du document.
- Taille : Il s'agit de la taille des données du document occupées dans le DMP. Il ne s'agit pas de la taille réelle du document. Au dessous de la taille figure parfois des icônes dont la légende peut être trouvée en bas de l'écran principal.

**Légende :** Nouveau Archivé Doc. patient Issu d'un établissement de santé Visible uniquement par son auteur, les médecins traitants (administrateurs) et le patient

### 3.3.2. Lecture d'un document

La consultation d'un document peut être réalisée de 2 manières :

- soit par un double-clic sur la ligne du document concerné
- soit en sélectionnant la ligne du document concerné puis en cliquant sur le bouton *Consulter*

Le bouton *Consulter* fait apparaître un menu permettant d'afficher le document ou les données associées au document (métadonnées) dans le cas où le document ne serait pas structuré.

### 3.3.3. Ajout d'un document

Le bouton *Ajouter* fait apparaître un menu permettant de préciser comment sera alimenté le DMP.

**Remarque** | La durée de téléchargement d'un document sur le DMP est fonction de la taille du document et de la bande passante de votre ligne Internet. Dans tous les cas, la taille de chaque document publié ne pourra excéder 5 Mo.

#### ► Ajout depuis l'onglet document

Les données présentes dans l'onglet *Documents* de la fiche du patient peuvent être publiées dans le DMP en suivant l'ordre indiqué dans les rubriques :

- 1) Choisissez le dossier qui contient le fichier à envoyer
- 2) Sélectionnez le fichier à publier puis pressez le bouton *Ajouter*
- 3) Complétez les informations relatives au fichier à publier

Après avoir complété les informations du fichier, il est possible d'ajouter jusqu'à 5 fichiers en reprenant depuis le début les étapes évoquées précédemment. En cas d'erreur, il est possible de retirer le fichier de la liste des fichiers à publier en cliquant sur le bouton *Supprimer* du document concerné.

|                 |       |  |  |
|-----------------|-------|--|--|
| <b>DOC</b><br>2 | Titre | Ordonnance du 02-02-2012                                     | <a href="#">Supprimer</a>  |
|                 | Type  | Prescription de soins  |  |
| Commentaires    |       | Première ordonnance  | Cadre exercice Ambulatoire   |
|                 |       | <input type="checkbox"/> Masquer le document pour le patient | <input type="checkbox"/> Masquer pour les praticiens qui ne sont pas médecin traitant (admin.) |

Les informations à préciser pour le fichier à publier sont les suivantes :

- Titre : Le titre par défaut est celui du fichier mais il peut être changé
- Type : A choisir à l'aide de la liste déroulante
- Commentaires (facultatifs) : Par défaut, on reprend les commentaires présents dans TELEVITALE
- Cadre d'exercice : Le cadre par défaut peut être modifié dans la fiche des membres du cabinet
- Masquer le document pour le patient : Cette case rend invisible le document pour votre patient
- Masquer pour les praticiens qui ne sont pas médecin traitant (admin.) : Seuls l'auteur du document, les médecins traitants administrateurs et le patient pourront voir ce document.

**Remarque** | Seule l'une des deux cases de masquage peut être cochée.

Après avoir appuyé sur *OK* et patienté quelques instants, un message de confirmation doit vous informer de la publication effective dans le DMP.

#### ► Ajout depuis un scanner

La numérisation s'effectue de la même façon que dans l'onglet *Documents* du dossier patient.

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>Docteur TELEVITALE<br/>Immeuble le GAMMA<br/>R.N. 96<br/>13770 VENELLES</p> <p><i>ceci est un exemple de document.</i></p>  |  | <p>Nom du patient: MERMOZ VERONIQUE</p> <p>Nom du dossier: .</p> <p>1. Choisissez le périphérique à utiliser pour la numérisation<br/>Périphérique d'acquisition par défaut: TWAIN_32 Sample Source</p> <p>Pour changer de périphérique, cliquez sur: <a href="#">Choisir un périphérique</a></p> <p>2. Procédez à l'acquisition de l'image: <a href="#">Numériser</a></p> <p>3. Affichez le détail de l'image: <a href="#">Voir l'image</a></p> <p>4. Modifiez éventuellement le nom du fichier: Document DMP</p> <p>5. Ajoutez éventuellement une annotation pour cette image: _____</p> <p>6. Enregistrez l'image ou annulez la numérisation: <a href="#">Enregistrer</a> <a href="#">Annuler</a></p> |
|---|--|--|

**Remarque** | Veuillez limiter le nombre de couleurs et la résolution des documents numérisés pour éviter de créer des images ayant une taille trop importante pour être publiées.

Après avoir cliqué sur le bouton *Enregistrer*, une nouvelle fenêtre apparaît. Elle permet de saisir des informations relatives à la publication du document numérisé sur le DMP. Les informations à compléter sont les mêmes que celles utilisées lors de l'ajout depuis l'onglet document.

The screenshot shows a dialog box titled "Publication d'un document numérisé". It contains the following fields and controls:

- Titre:** Document numérisé
- Type:** Lettre de sortie
- Commentaires:** Document de test
- Cadre exercice:** Ambulatoire
- Two checkboxes:  Masquer le document pour le patient and  Masquer pour les praticiens qui ne sont pas médecin traitant [admin.]
- Buttons: OK and ANNULER

Après avoir appuyé sur *OK* et patienté quelques instants, un message de confirmation doit vous informer de la publication effective dans le DMP.

#### ► Ajout d'un fichier

Le bouton *Choisir le fichier...* ouvre un explorateur permettant de sélectionner le fichier à publier sur le DMP. Les informations à compléter sont les mêmes que celles utilisées lors de l'ajout depuis l'onglet document. Les fichiers ayant une taille trop importante ne pourront pas être publiés.

**Remarque** | Les formats de fichiers supportés sont :

- JPG ou TIF pour les images
- TXT ou RTF pour les textes
- PDF pour les ensembles d'images et de textes

The screenshot shows a dialog box titled "Publication d'un fichier dans le DMP". It contains the following fields and controls:

- Fichier à publier:** C:\Documents and Settings\ \Bureau\Mon document.txt
- Titre:** Mon document
- Type:** Synthèse
- Commentaires:** (empty)
- Cadre exercice:** Ambulatoire
- Two checkboxes:  Masquer le document pour le patient and  Masquer pour les praticiens qui ne sont pas médecin traitant [admin.]
- Buttons: OK and ANNULER
- A button labeled "Choisir le fichier..." is located to the right of the file path field.

Après avoir appuyé sur *OK* et patienté quelques instants, un message de confirmation doit vous informer de la publication effective dans le DMP.

#### ► Ajout d'une note

L'écran permettant d'ajouter une note dans le DMP est composé en 2 parties :

- en haut : un traitement de texte permet de mettre en forme la note. Il est ainsi possible de changer le style de caractères, la couleur et la justification du texte.

- en bas : des informations nécessaires pour la publication de la note doivent être complétées. Ces informations sont les mêmes que celles utilisées lors de l'ajout depuis l'onglet document

Publication d'une note dans le DMP

Arial 10 B I U K

Bonjour,  
Cette fenêtre me permet de saisir une note dans le DMP.  
Bien cordialement,  
**TELEVITALE**  
□

Titre Note du 03/05/2012 à 14:02:50  
Type CR ou fiche de suivi de soins par auxiliaire médical  
Commentaires Cadre exercice Ambulatoire  
 Masquer le document pour le patient  Masquer pour les praticiens qui ne sont pas médecin traitant (admin.)

OK ANNULER

Après avoir appuyé sur *OK* et patienté quelques instants, un message de confirmation doit vous informer de la publication effective dans le DMP.

### ► Ajout depuis DOPCICA

Cette rubrique apparaît si le module de suivi cicatriciel pour les infirmiers est installé. Après avoir visualisé l'historique du suivi cicatriciel et complété les informations nécessaires à sa publication, la synthèse du dossier DOPCICA pour le patient est téléchargée sur le DMP. Un message de confirmation doit vous informer de sa publication effective.

#### 3.3.4. Modification du document

---

Le bouton *Modifier* fait apparaître un menu permettant de préciser ce que l'on souhaite modifier. Il est inactif dans le cas où l'on souhaiterait modifier un document obsolète.

### ► Modifier les propriétés du document

Un écran permet de changer les propriétés attachées au document.

**Modification des propriétés du document**

Document

Type **Synthèse**  
Titre **Mon document**  
Auteur(s) **SPECIALISTE4344 ROBERT (Médecin - Pneumologie (SM) )**

Créé le **03/05/2012**  
Taille du fichier dans le DMP (en octets) : 4038

Masquage au patient

Visible par le patient  
 Non visible par le patient

Masquage aux professionnels de santé

Document visible par les professionnels de santé (non masqué)  
 Document visible uniquement par son auteur, les médecins traitants (admin.) et le patient (masqué) 

Archivage

Non archivé (toujours visible dans la liste des documents)  
 Archivé (visible uniquement si le critère d'affichage des documents archivés est sélectionné) 

La rubrique *Masquage au patient*, permet de rendre visible un document qui n'était par accessible pour le patient. Dès lors qu'un document lui est accessible, il n'est plus possible de le rendre invisible. Si vous souhaitez rendre de nouveau inaccessible le document pour le patient, utilisez le menu *Modifier le document*.

La rubrique *Masquage au professionnel de santé* assure le masquage (ou le démasquage) d'un document vis-à-vis des professionnels qui ne sont pas des médecins traitants administrateurs. Un document masqué peut être démasqué et vice-versa.

**Remarque** | Il n'est pas possible de rendre un document invisible pour le patient et de le masquer pour les autres praticiens qui ne sont pas médecins traitants administrateurs.

**Important** | Si vous masquez le document aux praticiens qui ne sont pas médecins traitants administrateurs et que vous-même n'êtes pas un administrateur, vous ne verrez plus le document. Veuillez vous reporter au chapitre *Gérer les autorisations d'accès des praticiens* pour changer votre statu et accéder de nouveau au document.

Enfin la rubrique *Archivage*, permet de faire disparaître le document de la liste ouverte avec les critères de recherche par défaut. Dans le cas où un document a été archivé, il faut cocher la case correspondante dans les critères de recherche pour le faire apparaître dans la liste. Un document archivé peut être désarchivé et vice-versa.

**Remarque** | Lorsque que les propriétés du document sont modifiées, un nouveau document est créé avec un nouveau n° de version. L'ancien document devient automatiquement obsolète.

#### ► **Modifier le document**

Un écran permet de modifier le document. Il permet également de remplacer le document par un autre.

**Important** | Seul l'auteur du document peut effectuer sa modification. Les médecins traitants ne peuvent pas modifier les documents dont ils ne sont pas les auteurs.

Modification du document

Fichier à publier  Choisir le fichier...

Titre

Type

Commentaires  Cadre exercice

Masquer le document pour le patient  Masquer pour les praticiens qui ne sont pas médecin traitant (admin.)

OK ANNULER

Les attributs pouvant être changés sont les suivants :

- Titre
- Type de document
- Commentaires
- Cadre d'exercice
- Masquer le document pour le patient
- Masquer le document pour les praticiens qui ne sont pas médecins traitants administrateurs

Si vous souhaitez remplacer le document actuel par un autre, utilisez le bouton *Choisir le fichier...* pour sélectionner le nouveau document. Dans le cas où vous ne souhaiteriez pas le remplacer, ne remplissez pas le champ *Fichier à publier*.

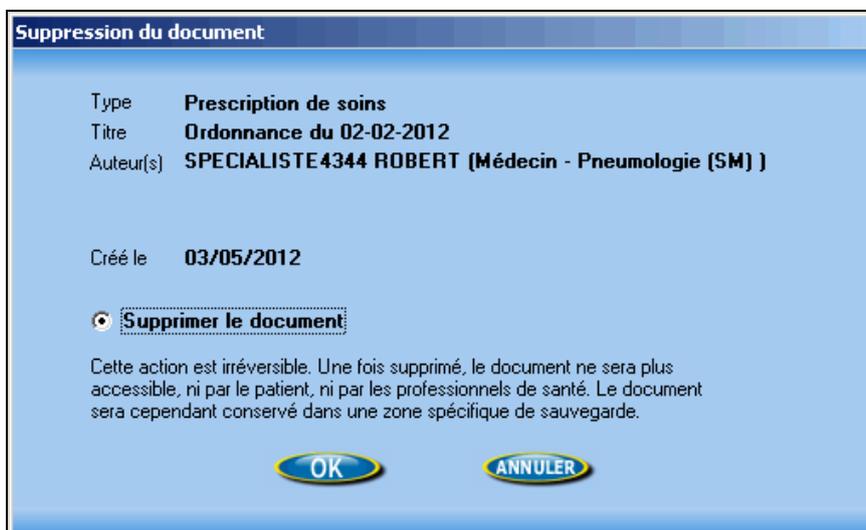
**Remarque** | Lorsque le document a été modifié, un nouveau document est créé. Il annule et remplace le précédent. Son n° de version ne change pas (contrairement à la modification des propriétés du document). L'ancien document devient automatiquement obsolète.

### 3.3.5. Suppression d'un document

---

Pour confirmer la suppression d'un document, vous devez sélectionner *Supprimer le document* puis cliquer sur *OK*. Le document ne sera plus accessible dans le DMP. Il sera néanmoins conservé dans une zone spécifique de sauvegarde dans les serveurs d'ASIP-SANTE.

**Remarque** | Les documents obsolètes ne peuvent pas être supprimés.



### 3.3.6. Téléchargement d'un document

---

Un document présent dans le DMP peut être copié dans TELEVITALE. L'outil de téléchargement doit être utilisé avec précautions pour éviter les incohérences entre les deux bases de données. Une règle de bonnes pratiques voudrait que l'on privilégie les informations présentes dans le DMP par rapport à celles présentes dans TELEVITALE.

Dans l'écran de téléchargement, après avoir choisi le dossier de l'onglet *Documents*, il est possible de changer le titre du document. Quelques instants après avoir pressé *OK*, le document est copié dans la fiche du patient de TELEVITALE.



## 3.4. Administration du DMP

---

Le bouton *Gérer le DMP* affiche un menu qui permet de :

- Modifier les informations du patient
- Gérer les autorisations d'accès des praticiens
- Fermer le DMP du patient

### 3.4.1. Modifier les informations du patient

---

L'écran permettant la modification des informations du patient dans le DMP est divisé en 2 parties :

- à gauche : les informations relatives au patient. La majorité de ces informations sont issues de TELEVITALE dans le cas où le DMP aurait été créé depuis ce dernier. Les modifications effectuées dans cet écran ne concernent que le DMP et ne sont pas reportées dans TELEVITALE.

- à droite : les coordonnées du représentant légal. Pour mentionner que le patient a un représentant légal, il faut cocher la case correspondante et compléter les rubriques associées.

A la demande du patient, les autorisations d'accès en urgence à son DMP peuvent être modifiées à l'aide des cases à cocher correspondantes.

**Remarque** | Dès lors que l'on a précisé que le patient a un représentant légal, il n'est plus possible de le supprimer.

**Informations relatives au patient**

Informations concernant le patient

INS-C 1559672797940129287587 INS-A

Civilité Mme Sexe Femme Né(e) le 15/03/1950

Nom usuel MERMOZ

Patronyme

Prénom VERONIQUE

Adresse 413 avenue gaston berger

13100 AIX EN PROVENCE

Tél. fixe Tél. portable 0611223344

Email mon-email@test.fr

Pays du domicile FRANCE

Pays de naissance

Le patient autorise, en cas d'appel au SAMU ou de tout centre 15, le médecin régulateur à accéder à son DMP

Le patient autorise, s'il est dans un état comportant un risque immédiat pour sa santé, tout professionnel de santé à accéder à son DMP

Gérer l'accès Internet pour le patient

Informations concernant le représentant légal du patient

Le patient a un représentant légal

Civilité

Qualité

Nom

Prénom

Adresse

Tél. fixe Tél. portable

Email

OK ANNULER

Le bouton *Gérer l'accès Internet pour le patient* affiche un menu qui permet de :

► *Générer des nouveaux mots de passe*

En cas d'oubli ou de vol, les codes d'accès peuvent être régénérés à la demande du patient. TELEVITALE procède à l'impression des paramètres d'accès Internet. Ce document sur lequel figure également l'INS-C doit être remis au patient.

► *Actualiser les données pour la réception des codes d'accès*

L'actualisation des données est nécessaire dans 3 cas :

- Le patient n'avait pas d'accès Internet lors de la création de son DMP
- Le patient à changer de n° de téléphone ou d'adresse électronique
- Le patient souhaite recevoir ses paramètres de connexion par un autre moyen

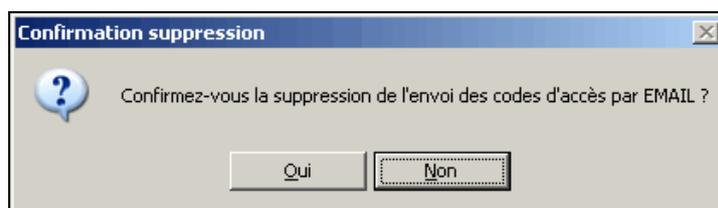
Une fenêtre permet de saisir un n° de téléphone ou une adresse électronique



**Remarque** | Le DMP ne conserve qu'un seul n° de téléphone et qu'une seule adresse électronique pour l'envoi des codes d'accès.

► *Supprimer l'envoi par SMS ou par EMAIL des codes d'accès*

La suppression d'un n° de téléphone ou d'une adresse électronique doit être confirmée.



**Remarque** | Si le patient pouvait recevoir ses codes d'accès par SMS et par EMAIL, on ne peut supprimer que le n° de téléphone ou l'adresse électronique. Dès lors que le patient a un accès Internet, il faut conserver au moins un n° de téléphone ou une adresse électronique. La suppression de ces informations n'a aucune incidence sur les données stockées dans TELEVITALE.

### 3.4.2. Gérer les autorisations d'accès des praticiens

---

Un écran permet d'afficher la liste des praticiens autorisés ou non à accéder au DMP du patient.

Cette liste comporte les indications suivantes :

- Accès : Icône qui indique si l'accès est autorisé ou s'il a été retiré par un médecin administrateur
- Nom : Nom du praticien concerné
- Profession / Spécialité : Spécialité du praticien
- Date autorisation : Date de consentement du patient pour le praticien concerné
- Date du dernier accès : Date du dernier accès pour le praticien concerné

La date de consentement du patient pour votre accès est indiquée en haut à gauche. La rubrique *Critères de recherche* permet d'afficher tout ou partie des autorisations.

**Autorisations d'accès aux professionnels**

Date de consentement du patient : **04/05/2012**

Critères de recherche : Afficher  Toutes les autorisations  Seules les autorisations actives  Seules les autorisations retirées

| Accès                               | Nom  | Profession/Spécialité                    | Date d'autorisation | Date du dernier accès |
|-------------------------------------|--|--|---------------------|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | SPECIALISTE4344 ROBERT   | Médecin - Pneumologie (SM)               | 04/05/2012          | 04/05/2012            |
| <input checked="" type="checkbox"/> | MAXIMAXIMAXIMAXIMAXIMAX3519 MUMUMUMU<br><b>Médecin traitant (administrateur)</b> | Médecin - Oncologie option médicale (SM) | 04/05/2012          | 04/05/2012            |

Mettre fin à mon autorisation d'accès

Vous êtes un médecin traitant (administrateur) du DMP :  OUI  NON

Fermer

**Remarque** | Si vous n'accédez pas au DMP du patient pendant un an, vous devrez à nouveau recueillir son consentement dans une fenêtre similaire à celle évoquée dans le chapitre "Autorisation d'accès au DMP".

A la demande du patient, votre statu de médecin traitant (administrateur) peut être changé à l'aide des boutons situés en bas à droite.

Enfin, si le patient ne souhaite plus que vous accéder à son DMP, vous devrez utiliser le bouton *Mettre fin à mon autorisation d'accès*. Lors de la prochaine ouverture du dossier, vous devrez à nouveau recueillir le consentement du patient dans une fenêtre similaire à celle évoquée dans le chapitre "Autorisation d'accès au DMP".

### 3.4.3. Fermer le DMP du patient

Dans le cas où le patient ne souhaite plus que son DMP soit utilisé, il peut vous demander sa fermeture. Une rubrique facultative vous permet de préciser le motif de la fermeture.

**Fermeture du DMP**

Cette action entraine la fermeture du DMP, l'accès au DMP n'est alors plus possible. Le DMP du patient reste cependant dans les systèmes d'archivage. Il est possible de le réactiver pendant 10 ans après sa fermeture.  
Pour cela, le patient devra s'adresser à un professionnel de santé.

**Motif de la fermeture (facultatif)**

**Remarque** | Le patient à 10 ans pour demander la réouverture de son DMP. Pour ouvrir de nouveau un DMP, veuillez vous reporter au chapitre "Création ou réouverture du DMP".

### 3.5. Accès par un navigateur Internet

Le bouton *Site du DMP* ouvre un menu qui permet d'accéder à des fonctions du DMP depuis un navigateur Internet. Vous pourrez afficher dans votre navigateur :

- Tableau de bord
- Tableau de bord du patient
- Dossier du patient
- Gestion du DMP du patient
- Document(s) du patient
- Ligne de vie des documents
- Historique des accès
- Paramétrage du DMP

**Remarque** | Certaines fonctions ne sont accessibles que depuis un navigateur Internet comme la ligne de vie des documents ou l'historique des accès.

### 4. Affichage des DMP autorisés

Le menu *Outils*, rubrique *Liste des DMP autorisés* affiche la liste des patients qui vous ont autorisé à accéder à leur DMP.

Pour affiner la liste des patients, vous pouvez rechercher par date d'autorisation d'accès ou par date du dernier document ajouté.



The screenshot shows a web interface titled 'Liste des DMP'. At the top, there is a search section with the text 'Critères de recherche'. Below it, a search form contains 'Rechercher par rapport à la date' with a dropdown menu set to 'd'autorisation d'accès', followed by 'depuis le' and a date field containing '04/05/2012'. There is a 'Rechercher les DMP' button to the right. Below the search section, there is a table titled 'Liste des DMP dont l'accès est autorisé'. The table has the following columns: 'Nom d'usage', 'Nom Naissance', 'Prenom', 'Né(e) le', 'M.T.', 'Messages', 'Dernier acces le', 'Dernier ajout le', and 'Dernière modification le'. The first row of data shows: 'MERMZOZ', 'VERONIQUE', '15/03/1950', a checked box for 'M.T.', an unchecked box for 'Messages', '04/05/2012', and '02/05/2012'.

| Nom d'usage | Nom Naissance | Prenom | Né(e) le   | M.T.                                | Messages                 | Dernier acces le | Dernier ajout le | Dernière modification le |
|-------------|---------------|--------|------------|-------------------------------------|--------------------------|------------------|------------------|--------------------------|
| MERMZOZ     | VERONIQUE     |        | 15/03/1950 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 04/05/2012       |                  | 02/05/2012               |

La liste comporte les éléments suivants :

- Nom d'usage : Il s'agit du nom courant du patient
- Nom de naissance
- Prénom
- Né(e) le : Contient la date de naissance
- M.T. : Une coche indique si vous êtes le médecin traitant administrateur pour ce DMP
- Messages : Indique si le patient vous a envoyé un message
- Dernier accès le : Date du dernier accès au DMP de ce patient
- Dernier ajout le : Date du dernier ajout de document dans le DMP du patient
- Dernière modification le : Date de la dernière modification du DMP

## A1. ANNEXE : Règles d'accès aux fonctions du DMP

| mode_accès  | Professionnel de Santé (CPS)                                   |                  |                |          |           | CPE      | Patient     |         |
|---|--|------------------|----------------|----------|-----------|----------|-------------|---------|
|   | normal   |                  |                | b.glace  | centre_15 | normal   | Web-Patient |         |
|   | Médecin Traitant   | Médecin (non MT) | PS non médecin | PS       | Médecin   | non PS   |             |         |
| <b>ACCES SECURISE AU DOSSIER</b>                      |  |                  |                |          |           |          |             |         |
|   | Test d'existence DMP et vérification de l'autorisation         | Oui              |                |          |           |          |             | n.a.    |
|   | Mise à jour de l'autorisation                                  | Oui              |                |          | n.a.      | Oui (St) |             |         |
|   | Liste des dossiers autorisés                                   | Oui (n)          |                |          | n.a.      | Non      |             |         |
| <b>CREATION ET GESTION ADMINISTRATIVE DU DOCUMENT</b> |  |                  |                |          |           |          |             |         |
|   | Création d'un DMP  | Oui              |                |          | n.a.      | Oui      | n.a.        |         |
|   | Réactivation d'un DMP  | Oui              |                |          | n.a.      | Oui      |             |         |
|   | Données administratives d'un DMP                               | Oui              |                |          |           |          | Oui         | Oui     |
|   | Consultation des données administratives                       | Oui              |                |          | Oui       |          |             |         |
|   | Mise à jour des données administratives                        | Oui              |                |          | n.a.      |          |             |         |
|   | Fermeture d'un DMP   | Oui              |                |          |           | Non      | Oui         |         |
|   | Accès internet du patient                                      | Oui              |                |          |           |          | Oui         | n.a.    |
|   | Initialisation de l'accès internet du patient                  | Oui              |                |          | n.a.      |          |             |         |
|   | Ajout d'un canal OTP au compte d'accès internet (SMS ou email) | Oui              |                |          | n.a.      |          |             |         |
|   | Mise à jour des informations du compte internet                | Oui              |                |          | n.a.      |          |             |         |
|   | Liste des PS autorisés/bloqués sur un DMP                      | Oui              |                |          |           | Non      | Oui         |         |
| <b>ALIMENTATION</b>                                   |  |                  |                |          |           |          |             |         |
|   | Alimentation en document d'un DMP                              | Oui              |                | Oui (Pb) | Oui (Pu)  | Non      | Oui         |         |
| <b>RECHERCHE ET CONSULTATION</b>                      |  |                  |                |          |           |          |             |         |
|   | Recherche de documents sur un DMP                              | Oui              |                |          |           |          | Non         | Oui     |
|   | Consultation d'un document sur un DMP                          | Oui              |                |          |           |          |             | Oui     |
|   | documents masqués au PS (par le patient)                       | Oui              | Non            | Oui (Ub) | Oui (Uu)  | Oui      |             |         |
|   | documents à visibilité = "non visible" (masqué au patient)     | Oui              |                |          |           |          |             | Non     |
|   | documents archivés   | Oui (A)          |                |          |           |          |             | Oui (A) |
|   | documents dépréciés (anciennes versions)                       | Oui (D)          |                |          |           |          |             | Oui     |
|   | documents dé-publiés   | Non              |                |          |           |          |             | Non     |
|   | Gestion des attributs d'un document                            | Oui              |                |          |           | Oui      |             |         |
|   | masquage d'un document sur un DMP                              | Oui              |                |          | Non       | Oui      |             |         |
|   | démasquage d'un document masqué sur un DMP                     | Oui              | Oui(Dma)       |          |           | Oui      |             |         |
|   | visibilité d'un document au patient sur un DMP                 | Oui (V)          |                |          |           |          |             | Non     |
|   | dé-publication d'un document sur un DMP                        | Oui              | Oui            | Oui(Da)  | Oui(Sa)   | Oui(Sa)  |             | Oui(Dp) |
|   | archivage/désarchivage d'un document sur un DMP                | Oui              | Oui            | Oui(Aa)  | Non       | Non      |             | Oui     |

Notes du tableau :

| détail     | note | acteur                    | Commentaire   |
|------------|------|---------------------------|---|
|            | St   | non PS                    | Autorisation donnée à la structure  |
|            | n    | tous                      | Liste des DMP du PS/ES : limitation par date aux nouvelles autorisations            |
|            | Pb   | bris de glace             | Paramètre DMP1 : Valeur initiale: alimentation autorisée                            |
|            | Pu   | centre15                  | Paramètre DMP1 : Valeur initiale: alimentation autorisée                            |
|            | S    | Secrétaire                | Alimentation par CPE : auteur = Structure rattachée à la CPE                        |
| masquer    | Ub   | bris de glace             | Accès aux documents masqués en mode bris de glace sauf si opposition par le patient |
| masquer    | Uu   | centre15                  | Accès aux documents masqués en mode bris de glace sauf si opposition par le patient |
| archiver   | A    | tous                      | Les documents archivés sont visibles à condition d'étendre la recherche             |
| déprecié   | D    | tous                      | Les documents dépréciés sont visibles à condition d'étendre la recherche            |
| dépublier  | Da   | PS non médecin            | Dépublication de ses propres documents uniquement                                   |
| dépublier  | Dps  | PS non MT                 | Dépublication des documents PS uniquement   |
| visibilité | V    | tous                      | Rendre visible uniquement   |
| dépublier  | Sa   | ES / centre de régulation | Ses propres documents uniquement  |
| démasquage | Dma  | tous                      | Démasquage de ses propres document uniquement                                       |
| dépublier  | Dp   | Patient                   | Dépublication de ses propres documents patient uniquement                           |
| archiver   | Aa   | PS non médecin            | Archivage ou désarchivage de ses propres documents uniquement                       |
| traces     | Ta   | PS non MT                 | Accès à ses propres traces uniquement   |

## 32) LA GESTION DES TOURNEES POUR LES CENTRES DE SANTE INFIRMIERS

### a) Définition et pré requis

Une tournée est l'association de quatre éléments : un (ou plusieurs) secteurs, un (ou plusieurs) jours de semaine, un (ou plusieurs) horaires, et un unique infirmier (centre de santé ou salarié).

Au préalable un secteur doit être affecté à chaque patient. La création et la modification des secteurs s'effectuent à partir du menu Fichiers, rubrique « communes – secteurs ». L'affectation d'un secteur à un patient s'effectue dans la rubrique « coordonnées » de la fiche du patient. Il est également possible d'affecter un secteur à une commune, ainsi lors de la saisie de l'adresse du patient, si la commune retenue dispose d'un secteur, celui-ci sera automatiquement affecté au patient.

Remarque : il est possible de définir un secteur par défaut qui sera affecté à tout nouveau patient quel que soit son mode de création (lecture carte vitale, déchargement du lecteur, création manuelle). Le secteur par défaut se définit dans le menu Outils, rubrique Options, onglet Divers.

### b) Activation

Par défaut la gestion des tournées n'est pas active dans le logiciel. L'activation s'effectue en cochant la case « Gérer tournées » à partir du menu Outils, rubrique Options, onglet Divers. A l'inverse, la désactivation s'effectue en décochant cette case.

### c) Création et planification

Deux étapes sont nécessaires pour créer une tournée et sa planification :

- A partir de l'agenda, cliquez sur le bouton « Gérer ». Dans la liste « nom des tournées », cliquez sur le bouton « Créer », remplissez les rubriques code et nom, et cliquez sur Ok

|      |         |     |                   |
|------|---------|-----|-------------------|
| Code | MATIN 1 | Nom | Tournée matin n°1 |
|------|---------|-----|-------------------|

- Indiquez ensuite le ou les secteurs concernés, le praticien en charge de cette tournée (généralement le centre de santé), les jours et les heures des actes concernés par cette tournée en cochant les cases blanches afin qu'elles deviennent oranges. Pour sélectionner rapidement des horaires, cliquez sur le nom de la colonne ou le nom du jour. Par exemple : un clic sur « 8 » sélectionne l'horaire 8H pour tous les jours. Un clic sur « lundi » sélectionne tous les horaires de cette journée.

|              |                  |                    |                             |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |  |
|--------------|------------------|--------------------|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|--|--|
| Le praticien | CENTRE INFIRMIER | réalise la tournée | MATIN 1 - Tournée matin n°1 |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |  |
| Tous         | 0                | 1                  | 2                           | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | X |  |  |
| Lundi        |                  |                    |                             |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  | SECTEUR  |
| Mardi        |                  |                    |                             |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  | <input type="checkbox"/> SECT 1 - SECTEUR 1            |
| Mercredi     |                  |                    |                             |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  | <input checked="" type="checkbox"/> SECT 2 - SECTEUR 2 |
| Jeudi        |                  |                    |                             |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |  |
| Vendredi     |                  |                    |                             |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |  |
| Samedi       |                  |                    |                             |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |  |
| Dimanche     |                  |                    |                             |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |  |  |

Dans l'exemple ci-dessus, la tournée concerne les actes affectés au centre de santé entre 0h00 et 13h59 du lundi au vendredi pour les patients du secteur 2.

#### d) Modification du nom et du code

La modification du nom ou du code de la tournée s'effectue de la façon suivante :

- dans l'agenda, cliquez sur le bouton « Gérer »
- dans la liste « Nom des tournées », sélectionnez la ligne et cliquez sur le bouton « modifier ».

#### e) Modification de la planification

La modification de la planification (jour, horaire, secteur) s'effectue de la façon suivante :

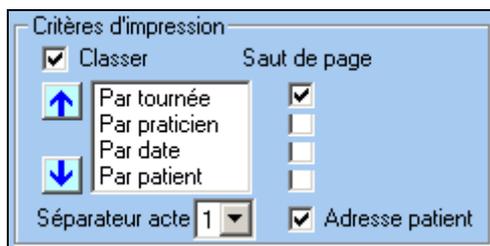
- dans l'agenda, cliquez sur le bouton « Gérer »
- sélectionnez l'onglet « Affectation des tournées »
- dans la liste proposée, sélectionnez la ligne et cliquez sur le bouton modifier.

Pour sélectionner plus facilement la planification à modifier, il est conseillé d'utiliser la zone filtre en bas de la liste pour faire une recherche sur la colonne « tournée ».

#### f) Impression

L'impression d'une tournée s'effectue à partir de l'agenda en utilisant le bouton « Imprimer ». Les actes imprimés sont ceux affichés à l'écran. Il s'agit du résultat obtenu en utilisant les critères de recherche disponibles dans l'agenda : la date, l'infirmier (ou tous les infirmiers si la rubrique praticien est vide), le patient (ou tous les patient si la rubrique correspondante est vide), les tournées cochées (ou toutes), domicile, cabinet, actes facturés ou non.

Les actes sont classés et regroupés selon quatre critères : la tournée, l'infirmier, la date, le patient. L'ordre de priorité de ces critères est modifiable : après avoir cliqué sur le critère à déplacer, utilisez la flèche haute ou la flèche basse en dessous de la case à cocher « Classer ». Un saut de page peut être ajouté lors d'un changement de critère en cochant la case en regard du critère de classement.



L'impression de l'adresse du patient et de son téléphone peut être désactivée en décochant la case « adresse du patient ». Vous pouvez choisir le nombre de lignes vierges séparant chaque horaire (intervention) en sélectionnant le chiffre dans la rubrique « séparateur acte ».

Remarque : à chaque fois que vous cliquez sur le bouton « Rechercher », le logiciel propose le meilleur classement adapté aux critères de recherche que vous avez utilisés.

#### g) Affectation ponctuelle des actes à une autre tournée

Dans l'agenda, pour changer ponctuellement un ou plusieurs actes de tournée :

- sélectionnez les actes concernés
- cliquez sur le bouton « Affecter », choisissez « à une tournée »
- sélectionnez dans la liste, la tournée désirée et cliquez sur « sélectionner »

Un point d'exclamation rouge dans la colonne tournée, indique que la tournée a été forcée par rapport à la planification prévue. Pour annuler le forçage d'une tournée :

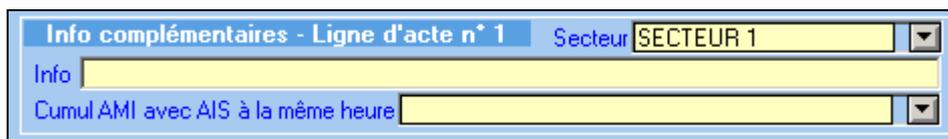
- sélectionnez l'acte concerné
- cliquez sur le bouton « Modifier » et décochez la case « tournée forcée »

#### h) Chargement des factures

Dans la liste des factures à charger dans un lecteur portable, la rubrique « tournée » permet d'effectuer une sélection des factures dont un acte appartient à la tournée choisie.

i) Changement du secteur d'un patient

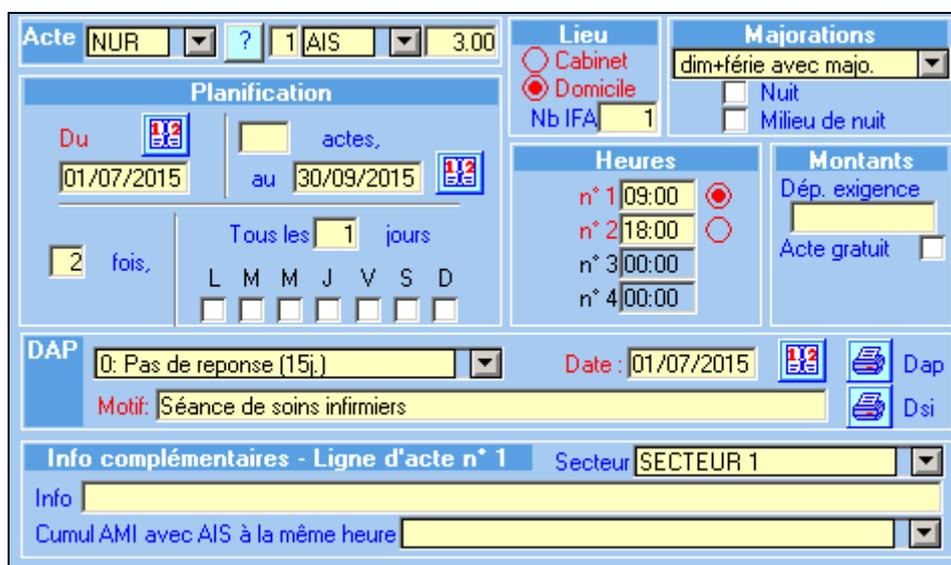
Si un patient est amené à changer régulièrement de secteur, il est possible d'affecter le secteur au niveau de chaque ligne d'actes prescrits dans l'écran de la prescription.



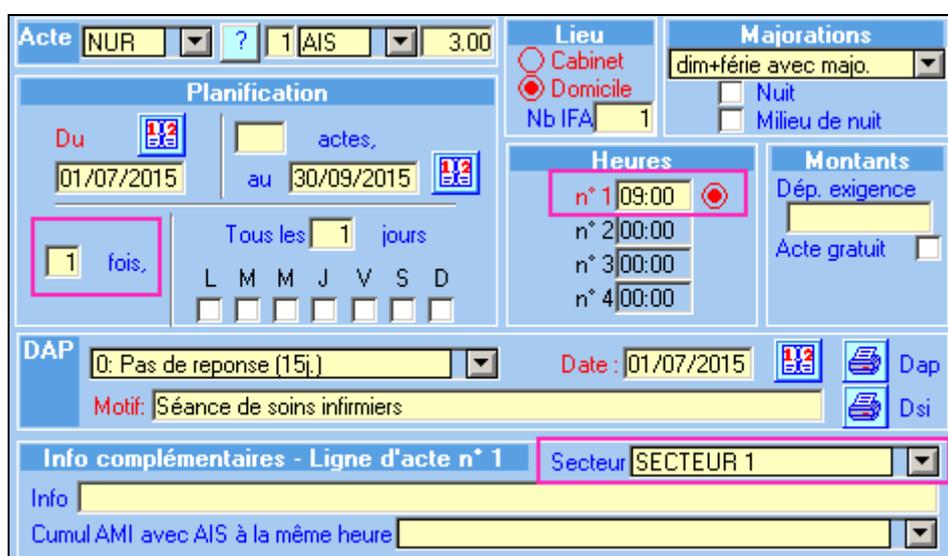
Pour la détermination des tournées, le secteur défini dans cet écran sera prioritaire sur celui indiqué dans la fiche du patient.

Si un patient change de secteur entre le matin et le soir, la saisie de la prescription, du nombre de passages par jour et des horaires, doivent être adaptés en fonction du résultat désiré.

Exemple : si le matin, le patient est sur le « secteur 1 » et l'après midi sur le « secteur 2 », la saisie ci-dessous en une seule ligne avec « 2 fois tous les 1 jours à 09H et 18H » est incorrecte, car pour les deux passages de 09H et 18H le patient sera sur le « secteur 1 »



Il faut saisir la prescription en deux lignes. Première ligne à 09H sur le « secteur 1 » avec un seul passage par jour à 9H



Deuxième ligne à 18H sur le « secteur 2 » avec un seul passage par jour.

|  |                                   |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |                          |  |
|--|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|--------------------------|--|
| Acte                                     | NUR                               | ?                        | 1                        | AIS                      | 3.00                     | Lieu                     | <input type="radio"/> Cabinet<br><input checked="" type="radio"/> Domicile | Majorations  | dim+férie avec majo.     |  |
| Planification                            |                                   |                          |                          |                          |                          | Nb IFA                   | 1  | <input type="checkbox"/> Nuit<br><input type="checkbox"/> Milieu de nuit |                          |  |
| Du                                       | 01/07/2015                        | actes,                   |                          | au                       | 30/09/2015               | Heures                   |  | Montants   |                          |  |
|  |                                   |                          | 1                        | fois,                    |                          | n° 1                     | 18:00  | Dép. exigence  |                          |  |
|  |                                   | Tous les                 | 1                        | jours                    |                          | n° 2                     | 00:00  | Acte gratuit   | <input type="checkbox"/> |  |
|  |                                   | L                        | M                        | M                        | J                        | V                        | S  | D  |                          |  |
|  |                                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |                          |  |
| DAP                                      | 0: Pas de réponse (15j.)          |                          |                          |                          | Date :                   | 01/07/2015               | Dap  |  |                          |  |
|  | Motif: Séance de soins infirmiers |                          |                          |                          |                          |                          |  | Dsi  |                          |  |
| Info complémentaires - Ligne d'acte n° 2 |                                   |                          |                          |                          |                          | Secteur                  | SECTEUR 2  |  |                          |  |
| Info                                     |                                   |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |                          |  |
| Cumul AMI avec AIS à la même heure       |                                   |                          |                          |                          |                          |                          |  |  |                          |  |

### 33) LES AVOIRS ET LA CLOTURE MENSUELLE

Les avoirs et la clôture mensuelle permettent de conserver une stricte égalité entre les factures et les règlements contenus dans le logiciel TELEVITALE avec les factures et les règlements contenus dans la comptabilité.

#### a) Activation

L'activation s'effectue en cochant la case « *Utiliser les avoirs et la clôture mensuelle des journaux* » à partir du menu Outils, rubrique Options, onglet Compta. Lors de l'activation, vous devez saisir un mot de passe de votre choix, qui sera ensuite demandé à chaque clôture mensuelle.

Après activation, vous pourrez :

- créer un avoir pour annuler une facture
- clôturer un mois afin qu'il ne soit plus possible de créer ou de modifier des factures et/ou des règlements sur ce mois.

#### b) Création d'un avoir

La création d'un avoir pour annuler une facture peut se faire :

- manuellement à partir du menu « *Facturation – Créer un avoir* ». Sélectionnez la facture qui doit faire l'objet d'un avoir et cliquez sur le bouton Créer. Cette méthode doit être utilisée si la facture à annuler par un avoir, ne doit pas être corrigée suite à un rejet. Il peut s'agir par exemple d'un doublon de facturation où l'avoir annulera la facture en double.
- automatiquement à partir du menu « *Facturation – Défacturer* » ou à partir du menu « *Télétransmission - Annuler factures transmises* ». Si la facture à corriger a été exportée dans la comptabilité ou si elle appartient à un mois clôturé, le logiciel fabriquera automatiquement un avoir pour annuler cette facture incorrecte, et une copie modifiable avec un nouveau numéro de facture. La copie modifiable sera datée de la date du jour et la facture initialement incorrecte reste inchangée.

Les avoirs sont numérotés de un en un avec comme préfixe A et sont toujours datés de la date du jour où ils sont créés. Ils ne peuvent pas être modifiés, ni supprimés. Les parts caisse, complémentaire, et patient d'un avoir sont négatives. Les actes contenus dans l'avoir sont identiques aux actes de la facture que l'avoir annule, mis à part les montants qui sont négatifs.

L'impression d'un avoir peut se faire à partir du menu « *Impression – Avoirs* ».

#### c) Types de factures et listes

Les différentes listes du logiciel comportent une colonne « *Nature* » qui précise le type de la facture. Cette colonne peut contenir trois valeurs : facture, facture annulée (par un avoir), avoir.

|               |
|---------------|
| Facture       |
| Fact. annulée |
| Avoir         |

Initialement, la nature est « *facture* ». La création d'un avoir sur une facture entraîne un changement de nature en « *facture annulée* ». Pour faire une recherche sur cette colonne, il faut utiliser des équivalences. Recherchez le chiffre :

- 1 pour obtenir les factures
- 2 pour obtenir les factures annulées par un avoir
- 3 pour obtenir les avoirs

Dans les listes, les colonnes contenant des montants sont négatives pour les avoirs.

Le menu « *Facturation – journal des avoirs* » permet d'accéder à la liste des avoirs et de retrouver la facture annulée correspondante à partir d'un numéro d'avoir. A l'inverse le menu « *Facturation – journal*

des factures annulées par un avoir » permet à partir d'un numéro de facture de retrouver l'avoir correspondant.

#### d) Impacts des avoirs sur le fonctionnement du logiciel

Au niveau des relances : les factures annulées par un avoir ainsi que les avoirs n'apparaissent jamais dans le module « interrogation et relance des comptes »

Au niveau des statistiques : la création d'un avoir impacte différemment les statistiques suivant qu'elles se basent sur la date des actes ou la date de facture. Ces impacts sont illustrés par les deux exemples de traitement de rejets ci-dessous.

Exemple n°1 :

1. Pour le mois de mars, le logiciel contient une seule facture du 20/03 avec un acte du 20/03 à 23€
2. Les statistiques se basant sur la date des actes indiquent donc 1 acte pour le mois de mars. Les statistiques se basant sur la date des factures indiquent un total de 23 € pour le mois de mars.
3. La facture est rejetée le 5/04. Par l'intermédiaire du menu « *Télétransmission - Annuler factures transmises* », création :
  - o d'un avoir daté du 5/04 pour annuler la facture rejetée.
  - o d'une copie modifiable de la facture rejetée, également datée du 5/04.
4. Désormais, les statistiques se basant sur la date des actes indiquent 1 acte pour le mois de mars (acte contenu dans la copie modifiable), car l'acte de la facture rejetée et l'acte de l'avoir s'annulent. Les statistiques se basant sur la date des factures sont inchangées pour le mois de mars (23 €) car l'avoir et la copie modifiable sont datés d'avril.

Exemple n°2 :

1. le logiciel contient une facture X du 20/03 avec un acte du 20/03 à 23 € et une facture Y du 20/03 avec également un acte du 20/03 à 23 € (facturation en doublon par erreur).
2. Les statistiques se basant sur la date des actes indiquent donc 2 actes pour le mois de mars. Les statistiques se basant sur la date des factures indiquent un total de 46 € pour le mois de mars.
3. La facture Y en double est rejetée le 5/04. Par l'intermédiaire du menu « *Facturation – Créer un avoir* », création d'un avoir daté du 5/04 pour annuler la facture Y.
4. Les statistiques se basant sur la date des actes indiquent désormais plus qu'un acte pour le mois de mars car l'acte de la facture Y et l'acte de l'avoir s'annulent. Les statistiques se basant sur la date des factures sont inchangées pour le mois de mars (46 €) car l'avoir est daté d'avril.

#### e) Clôture mensuelle

Pour procéder à la clôture :

- Utilisez le menu « *Facturation – Clôture mensuelle* »
- Sélectionnez l'année, le mois et le type de journal que vous souhaitez clôturer (facture ou règlement)
- Cliquez sur le bouton « Clôturer » et confirmez votre action en saisissant le mot de passe initialement choisi.

La clôture d'un journal des factures interdit toute création ou modification de factures datées du mois clôturé. En cas d'oubli, il est possible de facturer un acte daté du mois clôturé, mais la date de la facture ne pourra pas être en aucun cas du mois clôturé. De même, la clôture d'un journal des règlements interdit toute création ou modification de règlements datés du mois clôturé.

#### f) Traitements des rejets de la part complémentaire exportée en comptabilité en liaison avec les avoirs

Ce paragraphe décrit les procédures dans le cas où la facture contenant la part complémentaire rejetée a été exportée en comptabilité ou appartient à un mois clôturé.

- Cas n°1 - Rejet de la part complémentaire facturée **sans** DRE (télétransmission initiale de la part complémentaire via la caisse du patient)

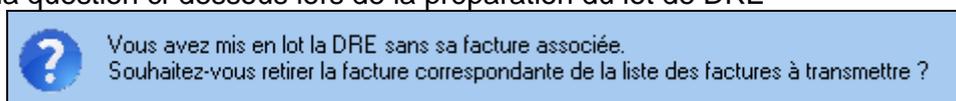
En utilisant le menu « *Télétransmission - Annuler factures transmises* », le logiciel crée automatiquement un avoir et une copie modifiable.

Si la part complémentaire doit être facturée à nouveau sans DRE, après validation de la nouvelle facture, il faut :

- retirer la facture dans la liste « *fse à transmettre* » afin qu'elle ne soit pas transmise une seconde fois à la caisse du patient. Pour cela, dans la liste « *fse à transmettre* », sélectionnez la facture et cliquez sur le bouton supprimer.
- imprimer à partir du menu impression une quittance pour la complémentaire afin d'obtenir le remboursement de la part complémentaire hors télétransmission.

Si la part complémentaire doit être facturée dans une DRE, après validation de la nouvelle facture et de la DRE associée, il faut :

- mettre en lot la DRE seule à partir de la liste des « DRE à transmettre »
- retirer la facture dans la liste « *fse à transmettre* » afin qu'elle ne soit pas transmise une seconde fois à la caisse du patient. Pour cela, dans la liste « *fse à transmettre* », sélectionnez la facture et cliquez sur le bouton supprimer ou de préférence répondez oui à la question ci-dessous lors de la préparation du lot de DRE



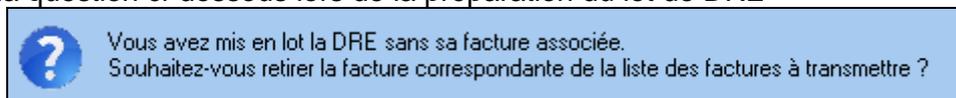
- Cas n°2 - Rejet de la part complémentaire facturée **avec** une DRE (télétransmission initiale de la part complémentaire via la caisse du patient)

La modification de la DRE seule, en utilisant directement le menu « *Télétransmission - Annuler DRE transmises* », est interdite afin de garder la cohérence avec la comptabilité. Le logiciel indiquera que cette opération est impossible.

Il faut utiliser le menu « *Télétransmission - Annuler factures transmises* », afin que le logiciel crée un avoir et une copie modifiable, puis le menu « *Télétransmission - Annuler DRE transmises* »

Si la part complémentaire doit être facturée à nouveau **avec** une DRE, après validation de la nouvelle facture et de la DRE associée, il faut :

- mettre en lot la DRE seule à partir de la liste des « DRE à transmettre »
- retirer la facture dans la liste « *fse à transmettre* » afin qu'elle ne soit pas transmise une seconde fois à la caisse du patient. Pour cela, dans la liste « *fse à transmettre* », sélectionnez la facture et cliquez sur le bouton supprimer ou de préférence répondez oui à la question ci-dessous lors de la préparation du lot de DRE



Si la part complémentaire doit être facturée sans DRE, après validation de la nouvelle facture, il faut :

- retirer la facture dans la liste « *fse à transmettre* » afin qu'elle ne soit pas transmise une seconde fois à la caisse du patient. Pour cela, dans la liste « *fse à transmettre* », sélectionnez la facture et cliquez sur le bouton supprimer.
- imprimer à partir du menu impression une quittance pour la complémentaire afin d'obtenir le remboursement de la part complémentaire hors télétransmission.