

Introduction à l'utilisation de PYXVITAL 1.4x

Ce manuel apporte les informations essentielles quant à l'utilisation courante du logiciel PYXVITAL.

Les fonctions courantes sont accessibles depuis l'écran principal du module, soit sous forme de boutons, soit sous forme de raccourcis vers les fonctions courantes.

En bas de l'écran, une barre de message fournit les principales instructions ou messages d'erreur.

NB : les couleurs des écrans ou des boîtes de dialogue peuvent varier d'une version à l'autre des modules.

Ecran principal :

PYXVITAL 1.49 (1.40.09.03)

Fichier Edition Paramètres Fonctions Historique Aide

Support AMC Saisie Assist. AMC Sécuriser Quittance Historique

CPS HISTORIQUE LÔT DEGRADE

1 Docteur ANAPATH Jules
Anatomo-cyto-pathologie
N° d'identification : 991060666
Conventionné
Zone B avec ID
Indem. kilométriques montagne

2 TROIS OLMIER
N° : 1501962965225-32
Régime général
04/19/1950-1

3

| Dates | Actes | Codification | RMO | ALD | Montant | Qual. de dépense |
|-----------------------------|-------|--------------|-----|-----|---------|---------------------|
| Nouveau ... | | | | | | |
| Total des honoraires perçus | | | | | | |

Sécurisé 19/01/09

Pyxistem

FSE

Installation / paramétrage initial

Généralités.

Le lecteur Sesam-Vitale doit être préalablement connecté à l'ordinateur, conformément à la procédure constructeur, sur le port de communication série retenu pour le lecteur.

D'une manière générale, l'installation de PYXVITAL s'effectue à l'aide du setup fourni avec le logiciel ; ce setup détecte la configuration et propose les choix adaptés à la situation. Ce programme d'installation recopie les différents composants de l'application sur le disque dur, dans un répertoire dont le nom peut être choisi par l'utilisateur.

Les bibliothèques associées (fournitures du GIE) sont recopiées dans le répertoire système lors de l'installation du logiciel.

Cas d'une première installation :

Installation des modules :

Le setup propose la création d'un répertoire (nom modifiable par dialogue) où installer les modules et les ressources associées.

La mise à jour des fournitures du GIE SESAM-Vitale dans le répertoire Windows (exemple serveur GALSS) est sécurisée par une question : sauf instruction particulière, on remplace les versions anciennes par des versions plus récentes, si le cas se présente.

La mise à jour du fichier galss.ini n'est par contre pas nécessaire, sauf instruction particulière fournie par ailleurs.

Paramétrages obligatoires:

Le numéro de port COM lecteur peut demander à être défini : voir menu "Paramètres / N° de port COM".



En cas de définition incorrecte, des messages d'erreur relatifs au "serveur GALSS" apparaissent.

Une fonction de recherche automatique de ce port lecteur est également disponible, dans le même menu.

Le menu "Paramètres / Choix du kit de connexion" de PYXVITAL permet de sélectionner le kit de connexion à utiliser.

Paramètres spéciaux :

Pour les besoins de la facturation, il est nécessaire de relier le ou les PS d'un site donné à une caisse AMO, généralement la caisse du régime général du département.

Par le menu « paramètres », on peut définir un numéro de caisse pour le praticien sur trois chiffres, les 2 premiers chiffres correspondant au numéro de département et le dernier valant généralement « 1 ».

Cas d'une mise à jour :

La séquence est globalement la même.

Par sécurité, il est demandé avant cette installation au PS d'avoir sauvegardé ses données (menu "Edition / Archivage du contexte" de PYXVITAL, qui définit un lieu d'archivage à noter).

A l'issue de la mise à jour, si le PS ne retrouve pas dans les historiques ses dernières données, il pourra restaurer ainsi les données (menu "Edition / Restauration du contexte" de PYXVITAL).

Lors de cette installation, les paramétrages des kits de connexion (logins, mots de passe sont conservés) - Il peut être nécessaire de redéfinir le kit utilisé (menu "Paramètres / Choix du kit de connexion" de PYXVITAL).

Les options de facturation de PYXVITAL (Tiers payant...) sont remises à leur valeur par défaut : en cas de nécessité, vérifier le contenu du menu "Paramètres" de PYXVITAL.

Choix du kit de télétransmission.

Le choix du kit de télétransmission s'effectue via le menu Paramètres / Choisir le kit de télétransmission...

Ce choix est nécessaire à l'installation; il est également possible de changer de kit en cours d'exploitation, après avoir clos toutes les transactions en cours avec les caisses d'assurance maladie (réception de tous les ARL notamment). Cette dernière procédure doit rester exceptionnelle.

Lors du paramétrage, le dialogue suivant apparaît :



En fonction de la case qui est cochée, différentes formes de paramétrage peuvent être demandées.

Paramétrage Cegetel RSS.

Il est entièrement réalisé lors de l'installation du kit Cegetel. Aucun paramétrage n'est nécessaire à ce niveau dans Pyxvital.

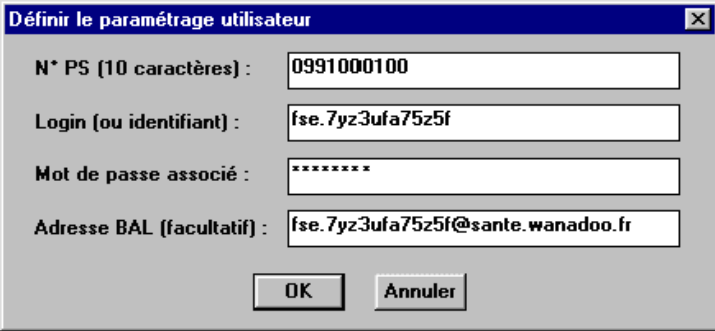
Paramétrage Wanadoo santé (ou Libéralis).

Paramétrage de la boîte aux lettres FSE.

Pour accéder à la boîte aux lettres FSE (BAL) contenant les ARL, les paramétrages du login (ou identifiant) et du mot de passe associé sont nécessaires.

Il est conseillé de lire auparavant la carte CPS avec Pyxvital, pour le praticien concerné.

Après avoir sélectionné le kit de connexion avec l'option Wanadoo Santé, le dialogue suivant apparaît :



Définir le paramétrage utilisateur

N° PS (10 caractères) : 0991000100

Login (ou identifiant) : fse.7yz3ufa75z5f

Mot de passe associé : *****

Adresse BAL (facultatif) : fse.7yz3ufa75z5f@sante.wanadoo.fr

OK Annuler

Le numéro de PS est le numéro ADELI, dans lequel la lettre A est remplacé par le chiffre 0.

L'adresse de la boîte aux lettres est généralement construite automatiquement à partir du login.

Paramétrage des serveurs.

Les serveurs de courrier SMTP et POP sont paramétrés dans le fichier de configuration Pyxwana.ini, présent dans le répertoire du logiciel PYXVITAL.

Sauf indication contraire, ces valeurs ne doivent pas être modifiées.

Exemple de fichier de configuration Pyxwana.ini :

[Paramètres]

...

SMTP_server=smtp.sante.wanadoo.fr

POP_server=pop.sante.wanadoo.fr

...

Sélection de l'Accès réseau à distance (entry RAS).

En cas d'accès via un réseau local, par un routeur, l'entry est positionnée à # .

Exemple de fichier de configuration Pyxwana.ini pour un accès par réseau local :

[Paramètres]

Entry=#

En cas d'accès direct via un modem, une connexion Windows d'Accès réseau à distance (RAS) est utilisée.

Elle utilise un serveur PPP et le protocole TCP/IP (options par défaut).

Cette connexion est à créer indépendamment (fonction Windows du même nom), en renseignant au minimum le n° de téléphone Wanadoo, un login et un mot de passe de connexion.

Ce mot de passe de connexion doit être enregistré lors de la création de cet Accès réseau à distance.

Le fichier de configuration Pyxwana.ini contient à la livraison une valeur par défaut.

Exemple de fichier de configuration Pyxwana.ini pour un accès RAS :

[Paramètres]

Entry=Wanadoo

Si la valeur de 'Entry' est incorrecte, à la première tentative de connexion à wanadoo Santé (envoi ou réception), un dialogue de paramétrage apparaît pour inviter l'utilisateur à utiliser une connexion existante, à condition qu'une connexion Wanadoo valide ait été au préalable correctement créée.



Paramétrage Internet (module Pyxnet)

Paramétrage de la boîte aux lettres FSE.

Pour accéder à la boîte aux lettres FSE (BAL) contenant les ARL, les paramétrages des serveurs SMTP et POP, du login (ou identifiant) et du mot de passe associé sont nécessaires.

Il est conseillé de lire auparavant la carte CPS avec Pyxvital, pour le praticien concerné.

Après avoir sélectionné le kit de connexion avec l'option Internet, le dialogue suivant apparaît :

Définir le paramétrage utilisateur

N° PS (10 caractères) : 0991000100

Serveur SMTP : smtp.wanadoo.fr

Serveur POP : pop.wanadoo.fr

Login (ou identifiant) : sante.ft700

Mot de passe associé : *****

Adresse BAL (facultatif) : sante.ft00@wanadoo.fr

OK Annuler

Le numéro de PS est le numéro ADELI, dans lequel la lettre A est remplacé par le chiffre 0.
L'adresse de la boîte aux lettres est généralement construite automatiquement à partir du login et du serveur POP.

Par défaut, ce type de kit travaille en connexion ouverte, de type ADSL typiquement

Tests PYXVITAL après installation :

Pour tester le logiciel, il est possible de construire une feuille de soins (FSE) et de la détruire (via l'historique des FSE), avant de formater le lot correspondant.

Les opérations sont donc (voir menu Fonctions) :

1. Lecture CPS,
2. Lecture Vitale,
3. Définir un acte (consultation par défaut),
4. Formater la FSE,
5. Consulter l'historique de FSE et la supprimer.

Pour tester de manière élémentaire le kit de connexion, lancer via PYXVITAL une simple réception (menu Fonctions / Recevoir), avant constitution (formatage) de lots et de fichiers.

Pour effectuer des tests de télétransmission avec une caisse, il est nécessaire :

- de prendre contact avec la caisse,
- de définir avant toute construction de lot les options de test (menu "Paramètres / Options de test fichier" de PYXVITAL en mode debug). Il est possible d'annexer un message à ces tests en utilisant le menu "Paramètres / Définition d'un message" de PYXVITAL.

Gestion des anomalies :

Problèmes liés au lecteur :

- Message de type "problèmes avec le serveur GALSS" : revoir le paramétrage du port série lecteur.

- Message "pas de réponse du lecteur" : lecteur non connecté, défaillance matérielle du port ou paramétrage des vitesses port ou lecteur incorrectes.
- Message carte invalide : sauf en cas de réel défaut matériel sur la carte à puce, ce message traduit le plus souvent un problème au niveau du logiciel lecteur installé (notamment avec les différences en cartes réelles et cartes de test, ou paramétrage de la date lecteur).

Le menu "Fonctions / Charger lecteur permet de mettre à jour le logiciel lecteur, si une nouvelle version est disponible. Le GIE SESAM-Vitale met à disposition une hot line pour tous les problèmes liés aux lecteurs.

Problèmes liés aux kits de connexion :

Les problèmes se traduisant par des échecs permanents de télétransmission (voyant rouge sur les écrans spécifiques) sont dus à des problèmes de paramétrage des kits, sauf cas spécifique d'un modem défectueux entraînant un échec dès la première étape de connexion.

En cas d'indisponibilité (temporaire) d'un serveur du fournisseur d'accès ce même genre de problème peut apparaître.

Les hot-lines des FAI peuvent aider à préciser ou corriger les valeurs de paramétrage devant être définies.

Création des factures

Fonctionnement général.

La création d'une Facture Electronique (FSE et/ou DRE) s'effectue en quatre étapes.

Chaque action est déclenchée par un click de la souris sur la zone en question (ou bien par sélection dans le menu Fonctions). Le résultat final de l'action se traduit généralement par l'allumage du feu correspondant en vert en cas de succès ou en rouge en cas d'échec (dans ce dernier cas, un message indique la cause de l'incident).

De plus la zone de commentaires propose à chaque instant l'action la plus logique pour la suite des opérations.

Etape 1 : lecture de la carte PS.

Après avoir inséré la carte PS dans la fente du lecteur prévue à cet effet, appuyer sur la zone 1 (ou sur le bouton « CPS » voire sur le feu « Carte PS ») pour activer la lecture de la carte. Une boîte de dialogue apparaît à la première lecture de la carte pour la saisie du code « porteur » (code secret du praticien sur 4 chiffres).

Les caractéristiques principales du praticien sont alors affichées dans la zone 1 et le feu correspondant passe au vert.

En cas d'erreur, le feu passe au rouge.

Etape 2 : lecture de la carte Vitale.

Après avoir inséré la carte Vitale dans la deuxième fente du lecteur, appuyer sur la zone 2 (ou sur le bouton « Vitale » voire sur le feu « Carte Vitale ») pour activer la lecture de la carte : les caractéristiques principales du patient sont alors affichées dans la même zone et le feu correspondant passe au vert.

En cas d'erreur, le feu passe au rouge.

Si la carte du patient n'est pas à jour, un signe rouge est inscrit à la suite du nom et numéro de sécurité sociale.

Etape 3 : création des actes.

Pour définir les actes, appuyer sur la zone 3 (bouton « Bloc-notes » ou sur le raccourci saisie), ou sélectionner la commande correspondante dans le menu « Fonctions ».

Les premiers choix correspondent au Tiers payant et à la sélection du type d'assurance : maladie, maternité ou AT (accident du Travail).

Définition des paramètres de la feuille de soins [X]

Type de facture - Ass.M.Obligatoire et Ass.M.Complémentaire :

☐ Tiers-Payant A.M.O.

☐ Facturation A.M.C. ☐ Tiers-Payant A.M.C.

Type d'assurance :

☒ Maladie S'agit-il d'un accident ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, date de cet accident :

☐ Maternité Date :

☐ Accident du travail Date :

Org. AT :

N° d'AT :

☐ Présentation d'un feuillet AT

Dispositions réglementaires particulières :

☐ CMU

☐ Médecin référent

Type d'actes :

☐ Acte(s) en série

On rappelle que le Tiers payant, indépendamment du taux de l'acte, permet de choisir qui du patient ou du praticien sera payé. En TP AMO par exemple, le praticien sera payé directement et peut donc pratiquer l'avance de frais sur la part AMO.

En fin de facturation, il est recommandé de vérifier sur la Quittance le « Montant assuré » que le patient doit payer au cabinet. Sur l'écran principal, cette somme correspond également au « Total des honoraires perçus ». Si cette somme diffère de ce qui est attendu, il y a lieu de vérifier le choix de Tiers payant.

Ensuite, différentes questions sont posées en fonction des caractéristiques du patient (ALD, accident de droit commun (à ne pas confondre avec l'AT)...).

La boîte de dialogue suivante apparaît ensuite :

Définition d'une prestation :

Définition d'une prestation - date de la FSE 19/01/09

Prestation :

Date d'exécution ? 19 1 2009

Montant honoraires 22.00

Code de la prestation ? C

Code CCAM ? 10 0

Code ActPh Mod ANP

Codes affines 0

N° de renouvellement 0

☐ A domicile

Qual. dépense Néant

Coefficient 1.00 Qt. / Km 1

☐ Remb. exceptionnel ☐ Suppl. charge

☐ Soins de Nuit ☐ Soins en Urgence ☐ Soins le Dimanche ou un jour férié

☐ Soins en rapport avec une ALD

Autres cas particuliers d'exonération Néant

Mentions particulières :

Libellé qualifiant l'exonération ou le taux Néant

Entente préalable :

☐ DEP Date ? 19 1 2009

Code de l'accord Pas de réponse dans

OK Annuler

Le code d'acte doit être renseigné ainsi que le coefficient correspondant. Le montant des honoraires qui s'affiche automatiquement correspond au tarif conventionné par défaut.

En cas de codage CCAM, le code prestation prend la valeur « CCAM ».

Les informations supplémentaires, qualificatif de la dépense, majorations, ententes préalables... doivent éventuellement être renseignées.

Lorsque la saisie est terminée, la touche OK déclenche une vérification automatique de la validité des informations, en regard des règles de tarification.

En cas d'erreur, un message signale la cause d'incompatibilité de la saisie avec les règles en vigueur ; sinon l'acte est enregistré et les informations correspondantes affichées en zone 3.

Cette opération doit être répétée pour chaque acte devant figurer sur une même feuille de soins.

Étape 4 : formatage de la Facture (FSE et/ou DRE).

Lorsque tous les actes de la feuille de soins ont été renseignés, on procède au formatage et à l'enregistrement de la feuille en appuyant sur la zone 4, en sélectionnant le raccourci « Sécuriser » ou en sélectionnant la commande correspondante dans le menu « Fonctions ».

Les deux cartes PS et Vitale doivent rester présentes à cet instant dans le lecteur. Cette opération doit donc s'effectuer en présence du patient.

Lorsque le formatage est terminé, le feu FSE passe au vert et le patient peut récupérer sa carte Vitale.

Dans ce cas, les trois feux sont au vert.

La facture, FSE et/ou DRE, est enregistrée sous forme de fichier sur le disque dur. Elle sera ultérieurement relue pour télétransmission aux Caisses d'Assurance Maladie.

Un quittance à remettre au patient peut être éditée et imprimée.

L'option « Relire FSE » du menu « Fonctions » permet de relire une FSE archivée, pour la rééditer, l'imprimer en cas de demande d'un patient. Il est recommandé d'utiliser l'historique des Factures pour identifier la Facture à relire.

Gestion du Parcours de Soins (PdS).

Un écran spécifique apparaît en fin de facturation si l'on se trouve dans le formatage d'une facture concernée par le parcours de soins.

The screenshot shows a Windows-style dialog box titled "Définir le contexte du parcours de soins". It has a light blue background and a standard Windows window border with a close button (X) in the top right corner. The dialog contains the following elements:

- A label "Situation au regard du parcours de soins :" followed by a dropdown menu currently showing "Médecin orienté par le MT".
- A label "Existence déclaration d'un médecin traitant :" followed by three radio button options:
 - ☒ Oui
 - ☐ Non (ou on ne sait pas)
 - ☐ Option de coordination (éventuelle)
- A label "Médecin ayant orienté (le cas échéant) :" followed by two text input fields:
 - "Nom" with the text "GENE" entered.
 - "Prénom" with the text "ALAIN" entered.
- At the bottom, there are two buttons: "OK" and "Annuler".

Cet écran n'est donc pas proposé à l'utilisateur si :

- La situation du Professionnel de Santé (PS) (sa spécialité par exemple), ou,

- La situation du Patient (son âge par exemple), ou,
 - Les actes de la facture (exonérations spéciales par exemples),
- représentent des cas implicites d'exclusion du parcours de soins

Lorsque cet écran est présenté, le premier champ, obligatoire, (Situation au regard du parcours de soins) doit être rempli par sélection d'un item dans la liste des libellés standardisés. Les autres champs sont en général optionnels et en pratique remplis automatiquement par des valeurs par défaut.

Dans le cas de médecin traitant déclaré, on valorise le Top_MT, qui indique explicitement cette déclaration (coches Existence déclaration d'un Médecin Traitant (MT)) : Pyxvital gère ce coche automatiquement, dans la plupart des cas.

Les nom et prénom de médecin sont rarement valorisés, pour les raisons qui suivent.

Si le PS qui facture est le MT lui-même, son nom se trouve déjà référencé dans la facture : on ne le rentre pas une nouvelle fois.

Au total, cette information nom/prénom facultative ne sera requise que dans les cas d'orientation (dans ce cas on définit les nom et prénom du médecin « ayant orienté »).

Remarque – question souvent posée :

Dans les libellés de contexte du parcours de soins, on trouve les mentions : "Médecin orienté par le MT" et "Médecin orienté par un médecin autre que le MT".

Ne devrait-on pas plutôt avoir : "PATIENT orienté par le MT" et "PATIENT orienté par un médecin autre que le MT" ?

La question est naturelle, mais :

Les terminologies "Médecin orienté par le MT" et "Médecin orienté par un autre médecin que le MT" sont des terminologies officielles du Cahier des Charges SESAM-Vitale (CdC).

En effet le parcours de soins se rapporte aux PS (la relation entre les PS impliqués sur un dossier patient) : dans le CdC est définie la notion de "Médecin orienté" : médecin pour un bénéficiaire orienté, i.e. médecin vers lequel le bénéficiaire est orienté par le MT ou un autre médecin que le MT, et donc les contractions retenues pour désigner ces cas donnent les libellés utilisés dans la listes des situations en regard du parcours de soins..

ALD et Parcours de Soins :

Les bénéficiaires du protocole ALD sont concernés par le PdS mais dispensés d'orientation spécifique dès lors que le bénéficiaire a déclaré un Médecin Traitant.

Hors parcours, c'est à dire sans orientation, les soins ne sont pas modulés (pas de pénalité - Modulation du Ticket Modérateur (MTM) = 0) si les soins sont en rapport avec le protocole ALD et le MT déclaré.

Exemples pour en patient en ALD et pour des soins en rapport avec l'ALD :

1/ on remplit uniquement "Non respect du parcours de soins" : une pénalité est payée (le patient n'a pas déclaré de MT),

2/ on remplit "Non respect du parcours de soins" et on coche la "Déclaration de MT" : aucune pénalité n'est retenue.

NB : la pénalité éventuelle apparaît dans la Quittance, sur la part AMO.

Annulation d'une feuille de soins, facture FSE et/ou DRE.

La fonction « Détruire facture en cours » du menu Edition permet de détruire la facture venant d'être créée, ou bien en cours de création d'effacer les premières données saisies afin de recommencer depuis le début la séquence.

Enregistrement d'un règlement patient (facultatif)

A l'issue d'une facturation (après sécurisation d'une FSE), ou bien après relecture d'une ancienne FSE depuis l'historique des factures, un règlement patient peut être enregistré par le dialogue Règlement accessible par click gauche sur la somme « Total des honoraires perçus » au dessus du bouton FSE.



Le dialogue suivant est proposé. La somme proposée par défaut correspond à la part patient, tenant compte des choix de tiers-payant :

Paiement patient pour la facture 000000004 [X]

Mode de paiement :
Espèces [v]

Somme réglée directement : 65.11

Date règlement : [?] 11 5 2007

[OK] [Annuler]

Envoi des factures, réceptions des ARL

Envoi des fichiers de factures.

Lorsque le praticien désire télétransmettre les Feuilles de Soins réalisées sur une période donnée via le Réseau Sesam Vitale (RSV), il est nécessaire d'enchaîner les opérations suivantes :

- Lire la carte PS, de la même manière que précédemment, sauf si la carte PS a déjà été lue dans la même session.
- Formater les « lots » (FSE regroupées par catégories), en sélectionnant dans le menu « Fonctions » la commande « Formater Lot » (le code porteur PS est redemandé dans ce cas).
- Formater les « fichiers » (Lots prêts à l'envoi regroupés automatiquement par organismes destinataires), en sélectionnant dans le menu « Fonctions » la commande « Formater Fichier »,
- Lancer la connexion au RSV et la télétransmission automatique des fichiers en attente, en sélectionnant dans le menu « Fonctions » la commande « Recevoir et Envoyer ».

L'application de télétransmission est automatiquement chargée ; son interface graphique permet de suivre l'évolution de l'envoi. Aucune interaction de l'utilisateur n'est nécessaire. Cet applicatif disparaît lorsque le flux a été transmis correctement.

NB : les opérations de formatage et d'envoi peuvent être appelées globalement, en une seule opération, en appuyant sur le motif de pyramide en haut et à droite de l'écran principal.

Réception des Accusés de Réception Logique (ARL).

Pour s'assurer que les fichiers contenant les feuilles de soins ont été correctement reçus par chacun des organismes destinataires, il suffit quelques temps après l'envoi de réceptionner les fichiers ARL en sélectionnant dans le menu « Fonctions » la commande « Recevoir ».

L'application de télétransmission est automatiquement chargée ; son interface graphique permet de suivre l'évolution de la réception. Aucune interaction de l'utilisateur n'est nécessaire. Cet applicatif disparaît lorsque le flux a été reçu correctement.

Pour décoder ces ARL, sélectionner dans le menu « Fonctions » la commande « Traduire ARL » : Une fenêtre fait apparaître un message d'information pour chacun des lots transmis. Le résultat est consigné dans l'historique.

En cas d'erreur sur une FSE ou DRE particulière, une récupération automatique des FSE ou DRE valides est effectuée. Ces dernières sont automatiquement rendues disponibles dans la file des FSE à regrouper en lots et à envoyer.

De même un lot n'ayant pas reçu de réponse au bout de 48 heures est automatiquement récupéré lors de l'appel à cette fonction et replacé dans la file des fichiers à envoyer.

Retour NOEMIE.

Les paiements NOEMIE (paiements au PS en cas de Tiers Payant) sont automatiquement reçus dans la BAL FSE du praticien.

La fonction Vidage NOEMIE (menu Fonctions) permet de les décoder et de nourrir les historiques de paiement et des Factures.

Absence d'ARL.

En cas d'absence d'ARL sous 48 heures, le logiciel propose par défaut de déverrouiller le lot en question. Il est conseillé d'accepter ce déverrouillage.

Le lot sera renvoyé lors de la prochaine connexion.

Ce processus de rattrapage ne peut opérer qu'une seule fois.

Si l'erreur survient à nouveau, les lots et FSE correspondantes restent définitivement marquées en erreur (persistante), et des duplicata papier doivent être édités pour envoi direct sous cette forme aux caisses.

Gestion des factures et des lots, historiques

Historique des facture : FSE et/ou DRE

Pour contrôler le travail effectué ou pour retrouver et éditer un dossier ancien, le menu « Historique / Voir Factures » (ou bien le raccourci Historique de l'écran principal) offre la possibilité d'afficher la liste des Factures traitées sous forme d'un tableau de synthèse.

Le tableau peut-être trié par numéros de Facture ou par noms.

Les éléments les plus récents se retrouvent par défaut en fin de liste.

Des fonctions de tri plus fines permettent de ne visualiser qu'une partie des Factures (entre deux dates, pour un nom donné).

L'état des Factures apparaît (disponibles, mises en lots et donc rendues indisponibles, en erreur...), sous forme d'un symbole de dossier en couleur.

Il est possible depuis cette interface de supprimer une Facture disponible, en cas de besoin.

L'affichage détaillé permet de consulter en bas d'écran le contenu de la Facture, pour chaque ligne du tableau balayée par le curseur de souris.

Codification des couleurs :

| Couleur | Signification |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Jaune | Facture crée, non en lot, pouvant être détruite |
| Brun (orangé) | Facture en lot ou en fichier |
| Vert | Facture envoyée |
| Bleu | Facture dans un lot ayant reçu un ARL positif |
| Rouge | Facture en erreur persistante |
| Bleu / coin inf. droit bleu foncé | Facture dans un lot ayant reçu un ARL positif et retour |
| NOEMIE positif | |
| Bleu / coin inf. droit rouge | Facture dans un lot ayant reçu un ARL positif et retour |
| NOEMIE rejet | |

Historique des lots, de FSE ou de DRE

Le menu « Historique / Voir lots » offre la possibilité d'afficher la liste des lots traités sous forme d'un tableau de synthèse.

On peut trouver des lots de FSE ou des lots de DRE, les lots de DRE étant numérotés de AAA jusqu'à ZZZ, les lots de FSE étant eux numérotés classiquement de 001 à 999.

L'état des lots apparaît sous forme d'un symbole de dossier en couleur. La liste des Factures du lot ainsi que le nom du destinataire sont constamment visibles.

L'affichage détaillé permet de consulter en bas d'écran le contenu du lot, pour chaque ligne du tableau balayée par le curseur de souris, sous forme d'un bordereau complet reprenant toutes les valeurs de remboursement.

Codification des couleurs :

Couleur

Jaune
Brun (orangé)
Vert
Bleu
Rouge

Signification

Lot crée, non en fichier
Lot en fichier
Lot envoyé
Lot ayant reçu un ARL positif
Lot en erreur persistante

Gestion des AMC, Assurance Maladie Complémentaire

Support AMC

Le support AMC désigne le support de l'information patient permettant d'identifier l'organisme AMC dont il bénéficie.

Le support AMC peut donc correspondre aux informations contenues en carte Vitale ou des informations lues sur une attestation papier. Ces dernières informations peuvent remplacer totalement ou modifier partiellement des données inscrites en carte Vitale.

En cas de saisie d'informations issues d'une attestation, il est nécessaire d'utiliser la fonction « Données complémentaires patient pour AMC » du menu Fonctions, également accessible par le raccourci « Support AMC ».

Les données d'une attestation doivent être saisies après la lecture de la carte Vitale et avant la définition des actes de la facture.

Données patient pour Mutuelles ou AMC

☐ Gestion unique ☐ Gestion séparée

☒ Attestation présentée

Type de convention

Critère secondaire

Numéro mutuelle

Garanties mutuelle

Numéro AMC

Numéro d'adhérent AMC

Ident. de l'assuré AMC

Type de contrat

Prise en charge AMC ☐ Refus AMO

Indicateur de traitement

Aiguillage STS

Code de routage flux AMC

Identifiant d'hôte

Nom de domaine AMC

Date début période

Date fin période

NB : les informations du support AMC doivent trouver une correspondance dans la table des conventions. Cette table recense l'ensemble des AMC que le praticien accepte de prendre en compte. Elle apporte également un certains nombre d'informations relatives à l'AMC, informations permettant de pallier l'absence de certaines de ces données dans le support.

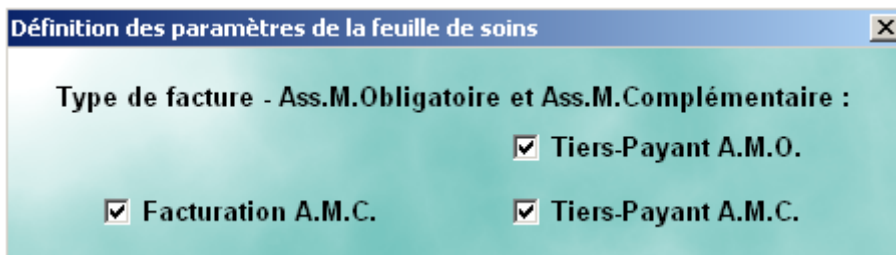
Support AMC - canevas général des données 1.40

Seuls les champs Gestion, Mutuelle ou Numéro AMC, Dates de début et fin de période sont strictement obligatoires

- Mode de gestion : unique ou séparée
En gestion unique, les flux AMC sont envoyés au régime obligatoire, qui assure le traitement ou le relais. Ceci correspond aux mutuelles classiques. En gestion séparée, les flux sont envoyés directement au régime complémentaire, sous forme de DRE (Demande de remboursement Electronique) : cette notion est nouvelle et n'existait pas en SESAM-Vitale 1.31.
- Type_convention (2 caractères) :
Cette donnée est optionnelle, sauf si elle est déjà pré-remplie (valeur RO en gestion unique)
- Critere_secondaire
Cette donnée optionnelle permet de sectoriser une mutuelle.
- Numéro de mutuelle, appelé parfois MUTNUM (8 caractères)
Existe uniquement en gestion unique. Donnée appelée à disparaître au profit du n° d'AMC.
- Numéro d'organisme AMC (10 caractères au maximum, 8 ou 10 en pratique)
Existe d'abord en gestion séparée, et parfois en gestion unique (se reporter au type de convention pour faire la différence)
- Numéro d'adhérent AMC (si connu)
Donnée optionnelle en gestion séparée uniquement
- Ident. de l'assuré AMC (si connu)
Donnée optionnelle en gestion séparée uniquement
- Référence de prise en charge AMC (le cas échéant)
Donnée optionnelle faisant référence à une prise en charge AMC délivrée au préalable
- Indicateur de traitement (à choisir impérativement dans la liste)
Donnée optionnelle en gestion unique ou séparée, limitant éventuellement le type de traitement assuré par l'AMC
- Aiguillage STS (1 lettre)
Code optionnel permettant de choisir explicitement le type de tarification, en gestion unique ou séparée
- Code de routage (2 lettres)
Donnée d'adressage optionnelle, en gestion séparée uniquement
- Identifiant de l'hôte (3 caractères)
Donnée d'adressage optionnelle, en gestion séparée uniquement
- Domaine Internet (20 caractères maxi)
Donnée d'adressage optionnelle, en gestion séparée uniquement

Choix du Tiers payant

Pour obtenir une facturation AMC, il faut au moins que la case « Facturation AMC » soit cochée. Pour choisir le paiement au praticien, la case TP AMC doit également être cochée. Sinon, l'assuré sera remboursé. Ces choix sont effectués en début de facturation, avant la définition des actes.



Définition des paramètres de la feuille de soins

Type de facture - Ass.M.Obligatoire et Ass.M.Complémentaire :

☒ Tiers-Payant A.M.O.

☒ Facturation A.M.C. ☒ Tiers-Payant A.M.C.

Après facturation, il est recommandé de consulter la Quittance pour vérifier ces choix, en examinant :

- La valeur du Remboursement AMC qui entérine le choix de Facturation AMC,
- La valeur de la part assuré qui entérine, avec le choix de Tiers payant AMO, le choix du Tiers payant AMC

Méthodes de tarification

On distingue 3 types de facturation :

- Facturation automatique : correspond au cas d'une carte Vitale de génération V1 ter au moins, contenant toutes les informations pour permettre au logiciel de déterminer les montants relatifs à l'AMC, pour chaque acte
- Facturation semi-automatique, ou semi-manuelle : correspond au cas où le moteur de tarification STS nécessite le choix préalable d'une formule à appliquer, globalement pour tous les actes ou bien acte par acte. La fonction « Assistance AMC » a pour but de proposer des formules compatibles et d'en choisir une, éventuellement associée à des valeurs de paramètres (ex typique : 100% Ticket Modérateur).
- Facturation manuelle : dans le cas où la tarification AMC n'est pas accessible ou a été désactivée, la saisie directe des montants AMC est requise.