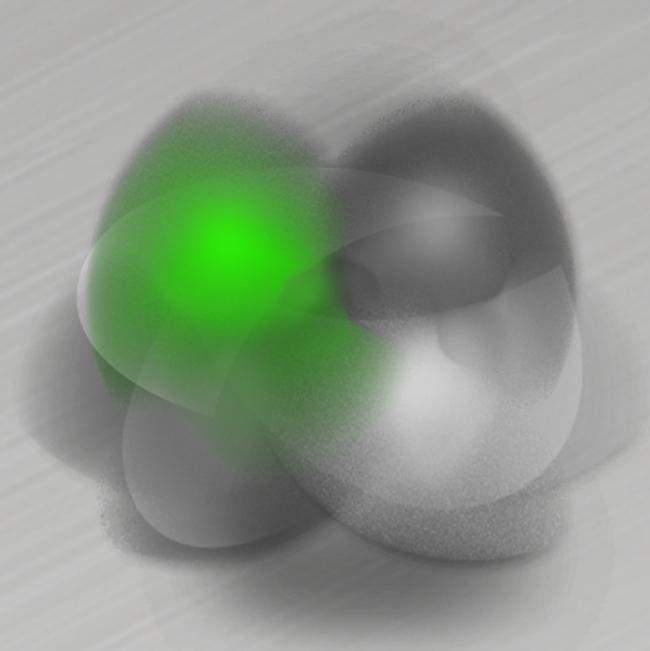


Logiciels

AF
FiD • Systèmes



Vitale

Guide utilisateur

Guide utilisateur AFFID Vitale

2018 - AFFID Systèmes

Le logiciel AFFID Vitale nxt, sa documentation, ses écrans et ses états sont déposés.
La copie ou la reproduction, complète ou partielle, par quelque moyen que ce soit, des programmes et/ou de la documentation, des écrans ou des états constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 Mars 1957 (articles 425 et suivants du Code Pénal) et par le code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992.

Tous droits réservés pour tous pays.

Les caractéristiques du produit sont susceptibles de modifications sans préavis afin de répondre à de nouvelles normes ou dans le but d'une amélioration fonctionnelle de celui-ci.

Ce document ne présente pas un caractère contractuel.

Toutes les marques figurant dans ce document sont la propriété de leurs auteurs ou ayant droits.

Impression : octobre 2019

AFFID Systèmes

*10 Avenue Camberwell
92330 SCEAUX*

Téléphone :

01.46.60.87.40

Fax :

01.46.60.12.80

Email :

affid@wanadoo.fr

Site :

www.affid.com

Table des matières

1	Mise en place du logiciel.....	8
	Installation du Cédérom	8
	Initialisation du logiciel	12
	Paramétrage du lecteur de carte	14
	Paramétrage de la connexion Internet	15
	Paramétrage des prestations	17
	Prise en main rapide	22
2	Accès aux fonctions.....	24
	A partir des icônes de module	25
	A partir de la barre de menus	25
3	Mode de fonctionnement d'AFFID Vitale.....	25
	Fonctionnalités des écrans de saisie	25
	Principes de tris et filtres dans les grilles	28
	Principes de gestion des impressions	30
	A partir de la fonction [F9].....	30
	A partir du menu principal.....	30
4	Paramétrages	31
	Préférences	32
	Identification praticien	33
	Période d'activité	35
	Paramétrage du fournisseur	36
	Remplacement du praticien	37
	Personnalisation des Feuilles de soins	41
	Définition du PMSS	43
	Personnalisation des prestations	44
	Paramétrage des prestations de la nomenclature générale (NGAP)	44
	Paramétrage des codes actes CCAM	49
	Paramétrage des codes actes en série.....	59
	Personnalisation d'un code CCAM ou NGAP.....	61
	Suppression d'une prestation personnalisée.....	64
	Les annexes	65
	Personnalisation des prescripteurs	71
	Personnalisation des médecins traitants	72
	Personnalisation des tiers payants	73
	Référentiels AMC	75
	Référentiel des Conventions.....	76
	Référentiel des Regroupements.....	77
	Référentiel des Correspondances.....	78
	Emetteurs de confiance.....	80
	Configuration du lecteur de cartes	81
	Configuration du réseau SESAM-Vitale	84
	Paramétrage d'un OCT	86

	Configuration des accès	87
	Configuration de l'imprimante	88
5	Feuilles de soins.....	89
	Les feuilles de soins électroniques	89
	Description de la feuille de soins	93
	Elaboration d'une feuille de soins	95
	Saisie de prestations d'actes CCAM dans la feuille de soins	101
	Règles de gestion spécifique	107
	Les accidents du travail.....	107
	Maternité	108
	Les ALD (Affection Longue Durée).....	108
	les CMU	109
	les ACS	112
	les AME (Aide Médicale d'Etat).....	115
	Les ententes préalables.....	120
	Les tiers payant AMC (Assurance Maladie Complémentaire).....	121
	Majorations de coordination	129
	Les dépassements	130
	Principes du mode dégradé ou IRIS	132
	Fonctions supplémentaires	136
	Impression des documents	138
	Gestion des patients	141
	Les feuilles de soins en visite - Lecteur vitale portable	143
	Feuille de soins avec carte employé	146
6	Transmissions.....	148
	Transmission des feuilles de soins	148
	Vérification des transmissions	150
	Impression des documents	151
	Graphes	153
	Epuration des transmissions	155
7	SCOR	156
	Associer une pièce jointe scannée à une facture	157
	Associer une pièce jointe déjà transmise à une facture	160
	Créer un lot de pièces jointes scannées	161
	Collecte papier des pièces jointes non transmises	161
	Paramétrage SCOR	162
	Liste des pièces jointes	163
8	Outils	164
	Sauvegarde	164
	Restauration	166
	Points de sauvegardes AFFID	168
	Maintenance	169
	Mises à jour réglementaires SESAM-VITALE	170
	Débloquer Carte CPS	172
9	Annexes	173
	AFFID Vitale et plusieurs licences	173

AFFID en réseau	175
installation sur le serveur.....	175
installation sur le poste client.....	177
AFFID Vitale et AFFID Standard	179
<i>Index</i>	183

Introduction

Tout d'abord, nous tenons à vous remercier d'avoir choisi AFFID Vitale !

Ce manuel constitue un mode d'emploi et de références de toutes les fonctionnalités offertes dans ce produit, son objectif est d'indiquer les principes rapides et succincts d'utilisation du logiciel.

L'assistant AFFID Vitale est destiné aux Professionnels de Santé (PS), qui souhaitent télé-transmettre électroniquement leurs feuilles de soins vers les organismes d'assurance maladie via le réseau Internet. Il vous aide à établir rapidement une feuille de soins avec ou sans application du Tiers payant selon la réglementation et la tarification en vigueur.

Gain de temps et efficacité à remplir rapidement la feuille de soins, à chercher et à vérifier les différents taux conventionnels applicables en mode tiers payants, à saisir le nom et coordonnées du nouveau patient, à recopier en fin de journée les consultations dans un logiciel comptable (*Affid Standard*), à pointer les virements reçus des tiers payants.

Conviviale dans sa présentation, paramétrable, c'est vous qui intégrez les paramètres que vous souhaitez enregistrer pour le suivi des feuilles de soins. Evolutif, afin de suivre les nouvelles réglementations de la Sécurité Sociale. Adaptable, afin d'assurer la migration des recettes journalières vers un logiciel de comptabilité.

La Feuille de Soins Electroniques (FSE) Mode d'emploi...

- **La consultation du patient se termine et il vous présente sa carte Vitale**
- **Vous l'insérez dans le lecteur, dans lequel vous aurez préalablement mis votre carte de praticien**
- **Vous indiquez dans votre feuille de soins électronique les informations que vous apportiez d'habitude sur une feuille de soins papier**
- **Lors de la sécurisation de la feuille de soins par AFFID Vitale, vous pouvez lui éditer une quittance c'est à dire un papier mentionnant l'identification de l'émetteur, de l'organisme, du bénéficiaire et des prestations**
- **Vous transmettez ensuite en fin de journée par informatique grâce au réseau Internet, les feuilles de soins à la Caisse d'Assurance Maladie automatiquement par l'intermédiaire du logiciel AFFID Vitale, la télétransmission dure une à deux minutes.**
- **La caisse reçoit et traite les feuilles de soins électroniques. Elle vous renvoie un Accusé de Réception Logique (ARL) garantissant la bonne réception du lot. Cet ARL officialise la prise en charge du flux par l'organisme.**

En mettant en place un contrat d'assistance, vous avez droit à une assistance téléphonique. Pendant cette période vous recevrez aussi les mises à niveau du logiciel, qui tiendront compte des dernières réglementations.

AFFID Vitale est utilisable sur Ordinateur compatible PC ou Macintosh équipé des nouveaux processeurs Mac Intel. Les caractéristiques nécessaires sont : Système d'exploitation Windows NT, Windows 7, windows 8 et Windows 10, la mémoire RAM de 4 Go, l'installation des fichiers du logiciel sur le disque dur nécessite un espace minimum disponible de 800 Mo.

Enfin, nous sommes toujours disponibles pour vous aider à installer et à prendre en main notre produit. N'hésitez pas à nous contacter !

1 Mise en place du logiciel

1.1 Installation du Cédérom

Avant de commencer

Avant d'installer AFFID Vitale, vérifiez :

- que votre liaison Internet fonctionne correctement.
- que le lecteur de cartes est raccordé à la liaison série ou USB de l'ordinateur.
- que vous possédez votre carte CPS ainsi que son code d'accès.

Exécution du programme d'installation

Attention : Avant de lancer l'installation du logiciel vous devez désactiver le contrôle des comptes utilisateurs. Aller dans le **panneau de configuration / Comptes utilisateurs** et passer le curseur au minimum. Puis redémarrer l'ordinateur.

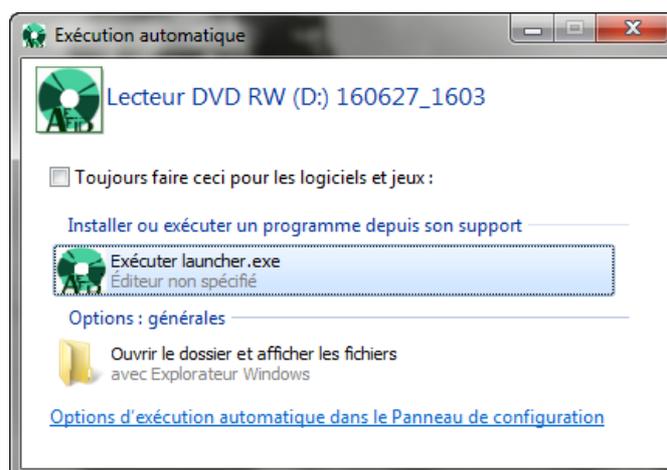
Pour effectuer l'installation du logiciel :

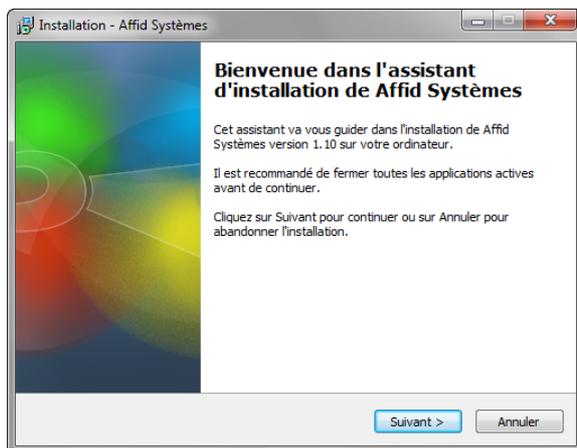
- Fermez tous les programmes
- Insérez le cédérom dans votre lecteur de CD-ROM.

Attendre l'apparition automatique de l'écran d'installation...

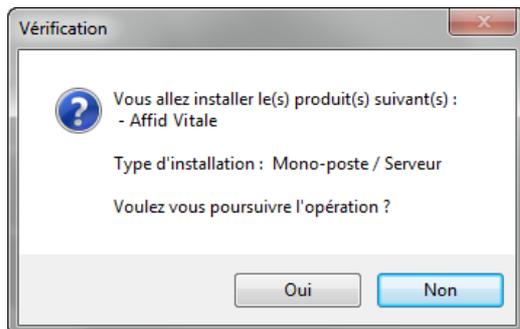
Si l'écran n'apparaît pas après quelques minutes :

- Allez dans le **Poste de travail** de Windows
- Double-cliquez sur le lecteur de CD-ROM
- Double-cliquez sur AFFID_CD.EXE



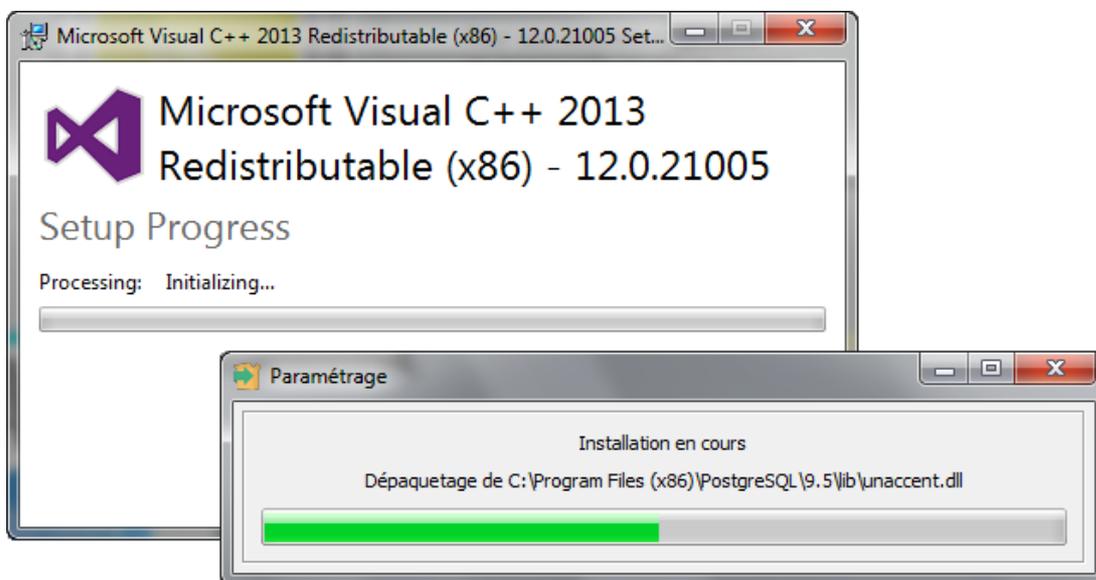


Sélectionner le produit à installer **AFFID Vitale**, puis cliquer sur Installer.

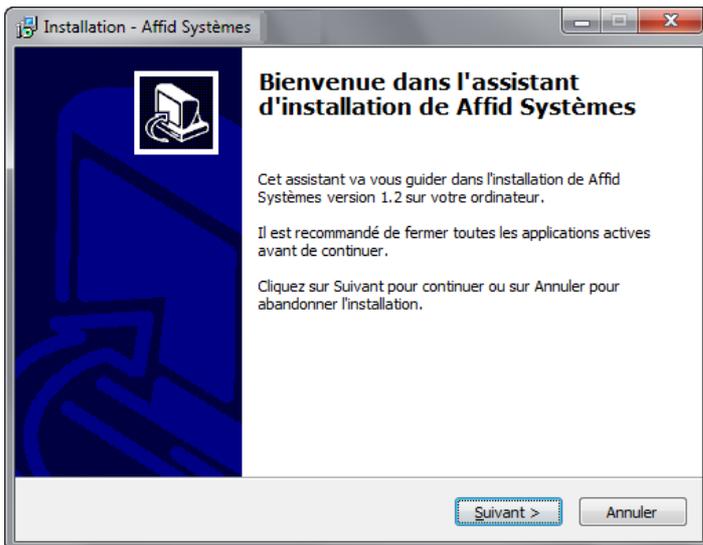


: Annule le lancement de l'installation.

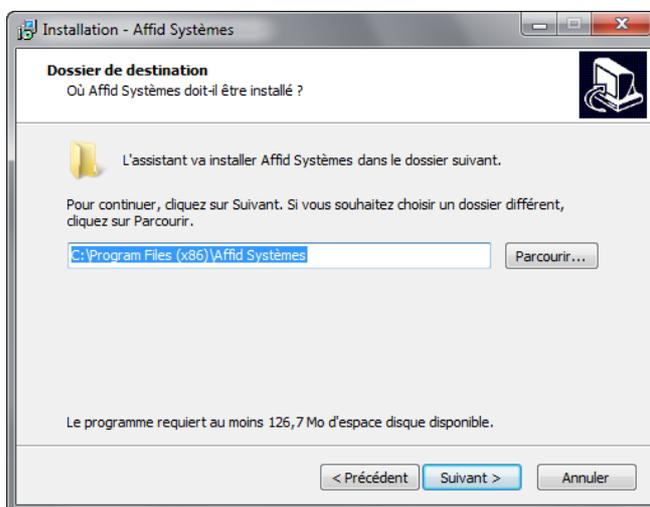
Valider le message de confirmation par pour lancer l'installation.



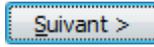
Ouverture de l'assistant d'installation :

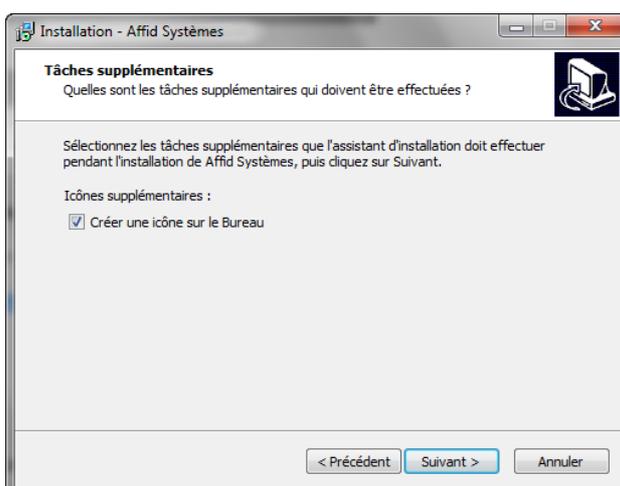


Valider par  pour continuer

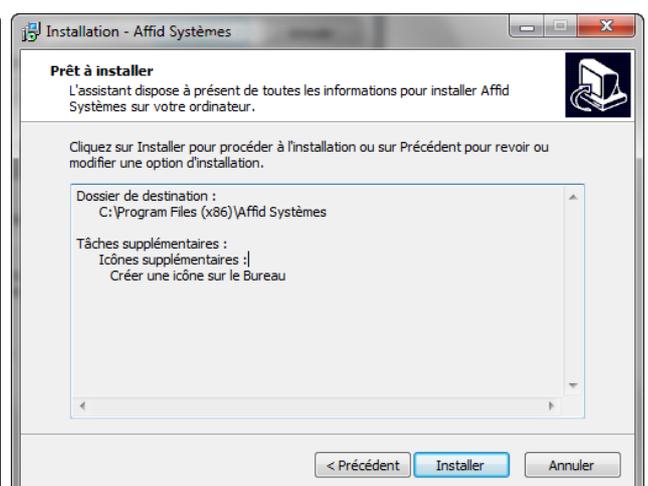


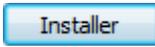
L'emplacement du programme est renseigné par défaut, il est conseillé de ne pas le modifier pour des raisons de maintenance du logiciel et d'interface du logiciel **AFFID VITALE** avec d'autres applications.

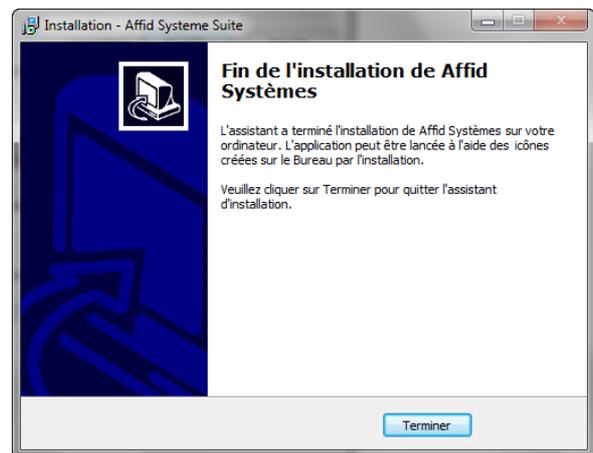
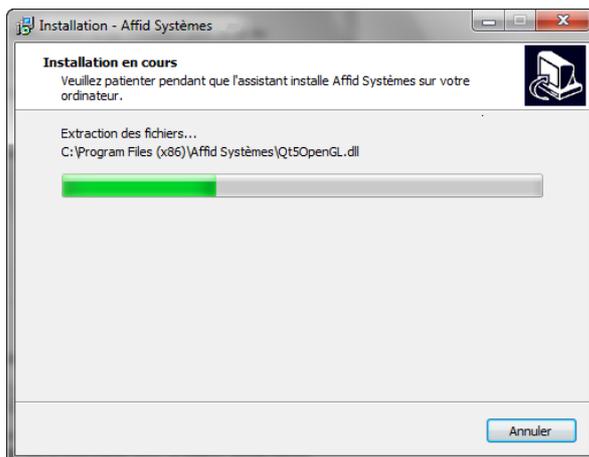
Valider par  pour continuer



Valider par  pour continuer



Valider par 

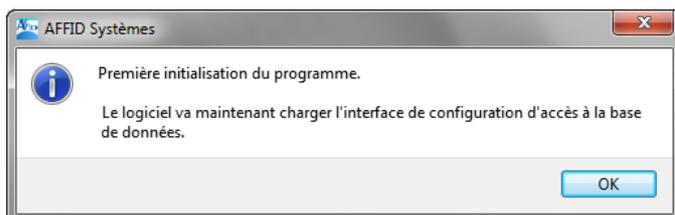


Cliquer sur 

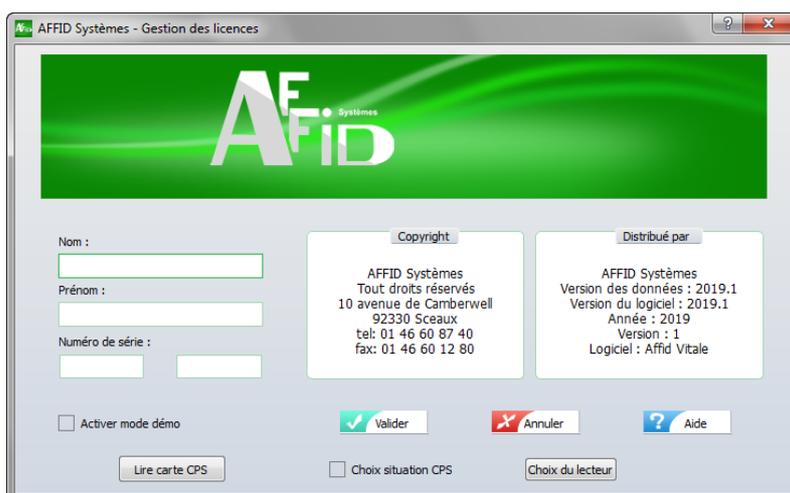
A la fin de l'installation, un raccourci est ajouté automatiquement sur le bureau.

Ouvrir le logiciel en cliquant sur l'icône de raccourci 

Lors du premier lancement d'AFFID Vitale, valider le message d'initialisation du programme par  :



En exécutant pour la première fois l'application, vous accédez automatiquement à l'identification du premier praticien.



Saisissez le **Nom**, **Prénom** et le **Numéro de Série** du praticien puis .

La licence est accordée à titre personnel à chaque acquéreur du logiciel **AFFID Vitale**.

Lors de l'achat, un numéro de série correspondant à la version (millésime) et au logiciel choisi (Vitale ou Vitale/TLA) vous est fourni, permettant le plein usage du produit. L'accès aux mises à jour et à l'assistance téléphonique s'acquiert par la souscription d'un contrat de maintenance annuel renouvelable.

Pour une installation en réseau voir [Chapitre : Installation en Réseau](#)¹⁷⁵.

1.2 Initialisation du logiciel

AFFID Vitale est conviviale et facile à utiliser, son interface utilisateur est d'une sécurité et simplicité dans l'environnement de Microsoft Windows

Démarrage du logiciel

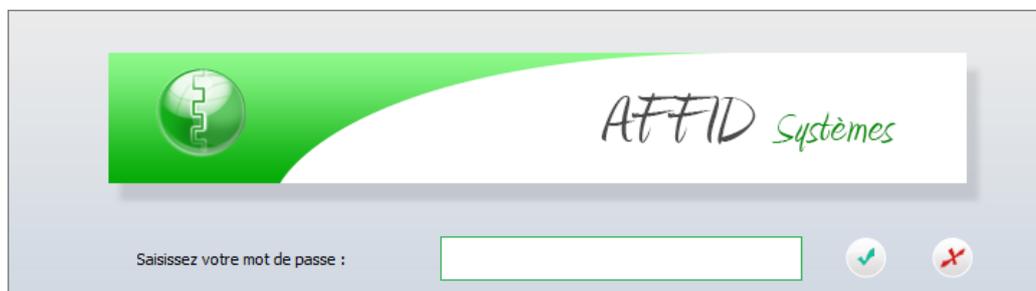
Pour démarrer AFFID Vitale :

- Insérez d'abord votre carte de professionnel de santé dans le lecteur de cartes
- Allez dans le menu **Démarrer, Programmes, AFFID Systèmes** et cliquez sur **Affid Vitale**,

ou sur l'icône  du bureau

Contrôle d'accès

- Le mot de passe initial après l'installation du logiciel est « **MASTER** » en majuscule.



- La validation fait apparaître une fenêtre de saisie :

- Saisir le **Nom**, **Prénom** et le **Numéro de Série** d'exploitation du logiciel.
Tous ces éléments doivent être saisis de façon rigoureusement identique à ceux indiqués sur le document d'attribution de licence.
- Cliquer sur le bouton **Valider** pour confirmer l'identification

AFFID crée le dossier du praticien renseigné et ouvre sa session.



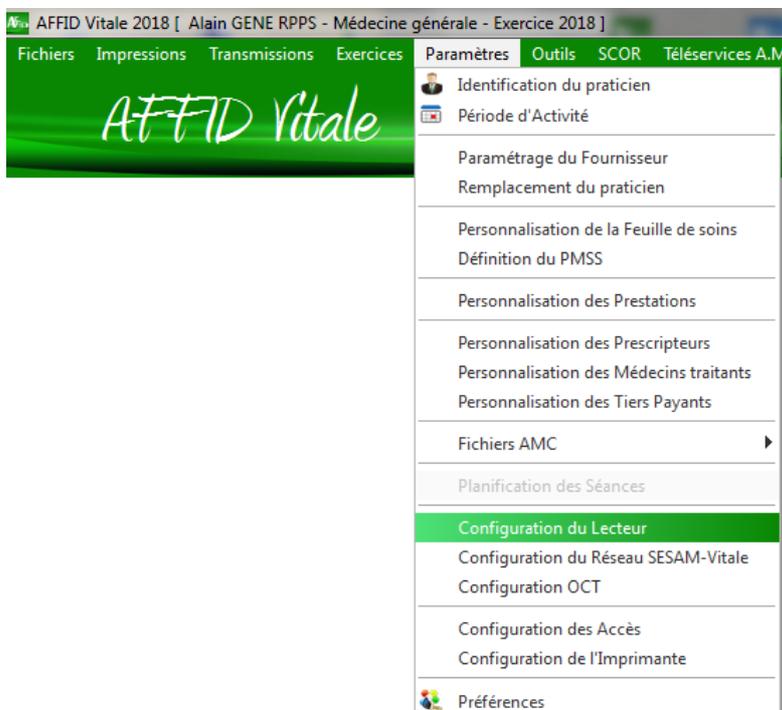
Pour saisir la licence d'exploitation d'un autre praticien ([Voir chapitre : AFFID Vitale et plusieurs licences](#)¹⁷³).

1.3 Paramétrage du lecteur de carte

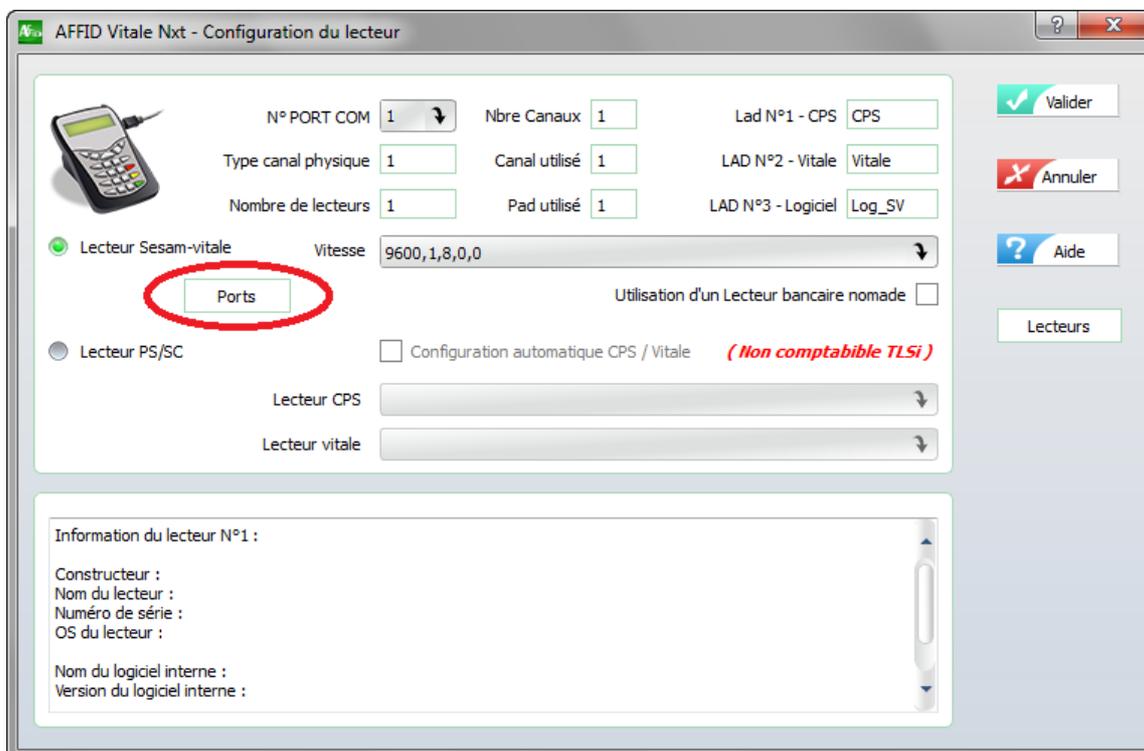
Connectez votre lecteur de Cartes

Pour vérifier le branchement du lecteur de cartes à puces :

- Cliquez sur le menu **Paramètres**



- Cliquez sur **Configuration du lecteur**

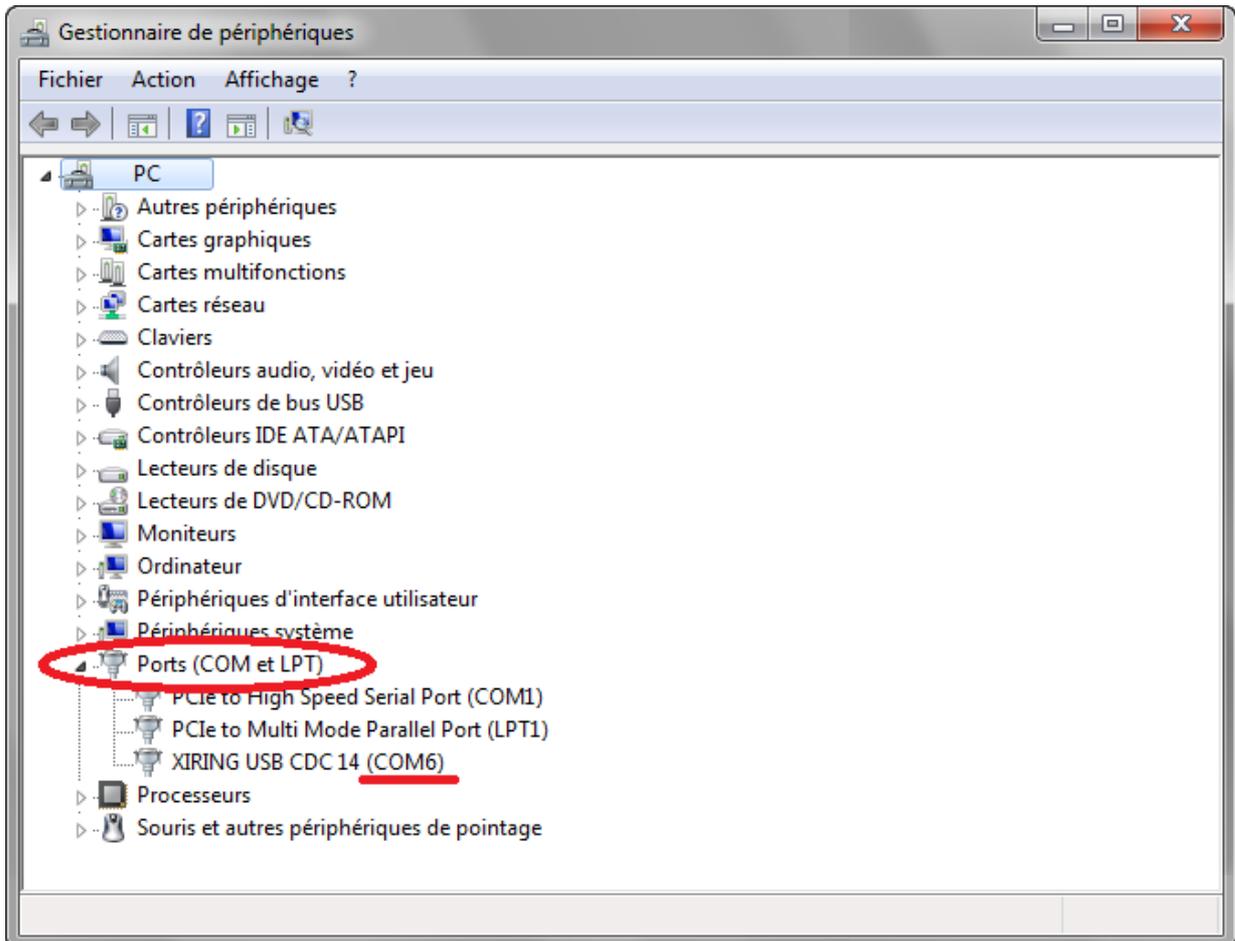


Par défaut votre lecteur est configuré pour le port de communication série **COM1**.

Si le lecteur est branché en port série sur **COM2**, saisissez le chiffre **2** dans la zone **N° PORT COM**.

Si le lecteur est branché sur un port **USB** :

- cliquer sur le bouton : 



- cliquer sur : ▶ **Ports (COM, LPT)**, notez le numéro du port COM de la connexion du pilote USB.

Si la connexion du pilote USB est définie sur (COM n), (n = numéro du COM) saisissez le chiffre dans la zone **N° PORT COM**.

- quitter et relancer le logiciel AFFID

1.4 Paramétrage de la connexion Internet

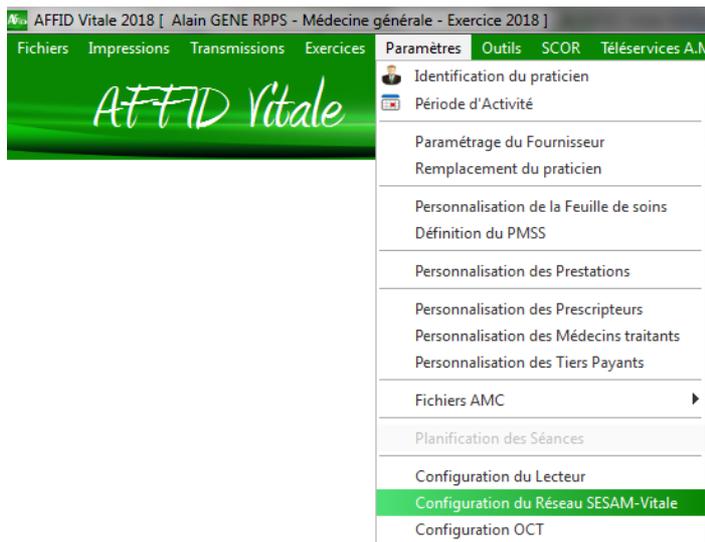
Attention !

Vous devez posséder une boîte email avec mot de passe réservée uniquement à la télétransmission et dépendant de votre fournisseur d'accès internet. Les boîtes Yahoo, Gmail, etc... ne peuvent pas fonctionner.

Si cette boîte n'est pas ouverte, vous pouvez la créer à partir de votre compte internet ou demander à votre fournisseur. Pour identifier facilement une boîte de télétransmission, il est conseillé de choisir un nom d'adresse commençant par : **fse.** @fr

Pour configurer votre point de connexion pour la télétransmission des feuilles de soins :

- Cliquez sur le menu **Paramètres/Configuration du Réseau SESAM-Vitale**



- Cliquez sur **Configuration du Réseau SESAM-Vitale**

The screenshot displays the 'Configuration du Réseau SESAM - Vitale' dialog box. At the top, it shows version information: 'AFFID Vitale 4.1 - TLA - SESAM Vitale 1.40.5.2', 'RSS XandMail API RSS 2.2 ESMTP AUTH Windows 95/NT 4 (c) Pine-3.91L (KIT CEGETEL 2.12)', 'WANADOO SANTE 3.02 ver1 - LIBERALIS 3, 3, 0 2001', and 'INTERNET KIT AFFID 1.0'. On the right side, there are buttons for 'Valider' (checked), 'Annuler', and 'Aide'. The main area is titled 'Connexion au Réseau SESAM - Vitale' and is divided into two sections: 'Fournisseur' and 'Profil'. Under 'Fournisseur', three radio buttons are present: 'RSS', 'Orange (Wanadoo) Santé', and 'Internet / ADSL' (which is selected). The 'Profil' section contains several input fields: 'Profil de connexion' (empty), 'Identifiant du compte' (fse.dr.gene), 'Mot de passe' (affid2018), 'Nom du fournisseur' (orange.fr), 'Adresse de messagerie' (fse.dr.gene@orange.fr), 'Serveur Pop' (pop.orange.fr), 'Serveur SMTP' (smtp.orange.fr), 'Port POP' (110) and 'Port SMTP' (25), 'Num Emetteur' (899900023153), 'Num. Facturation' (991111048), and 'Message' (empty). Below these fields are four checkboxes: 'Le serveur POP requiert une connexion sécurisée', 'Le serveur SMTP requiert une authentification', 'Le serveur SMTP requiert une connexion SSL', and 'Utiliser des paramètre de connexion identiques'. At the bottom, there is a section for 'Programmation de la télétransmission automatique' with a checkbox for 'Activer la trace de connexion'.

Partie : "Connexion au réseau Sésam-Vitale"

- **Fournisseur** : Choisissez votre formule d'abonnement. RSS ou Orange (Wanadoo Santé pour les anciens abonnements Wanadoo santé ou internet/ADSL pour tous les autres fournisseurs.
- **Profil de connexion** : Sélectionnez votre profil de connexion dans la liste. (Réseau si vous êtes en ADSL sinon laisser à blanc)
- **Identifiant du compte** : Identifiant de la boîte aux lettres des feuilles de soins. Pour les boîtes hors RSS ou Wanadoo santé, la valeur à noter est le début de l'adresse email sans le @..... .fr
- **Mot de passe** : Mot de passe de la boîte aux lettres des feuilles de soins
- Confirmez la configuration par le bouton **Valider**.

Pour Cégétel, vous devrez d'abord saisir vos paramètres de connexion à partir du logiciel Connexion au Réseau SESAM-Vitale (Kit RSS) de Cégétel puis sélectionner ensuite votre **Fournisseur (RSS)** et laisser à blanc toutes les zones du profil.

Sans Kit RRS, vous pouvez sélectionner comme fournisseur : internet/ADSL puis saisir les valeurs de la boîte email dans les zones profil.

Pour les anciens Wanadoo Santé, Exemple d'identification :

Identifiant reçu : fse.2ruzyy6rb63d@sante.wanadoo.fr et Mot de passe : **tg5q6hwp**

La valeur à noter pour l'Identifiant du compte est **2ruzyy6rb63d** (sans fse. et @sante.wanadoo.fr)

La valeur à noter pour le Mot de passe est **tg5q6hwp**

Ne rien saisir dans les autres zones

Si votre fournisseur d'accès utilise l'authentification par Mot de passe sécurisé, vous devez alors cocher la case : "Le Serveur SMTP requiert une authentification" et remplir les case "Identifiant" et "Mot de passe".

Partie : "Programmation de la télétransmission automatique"

La case "Activer la trace de connexion" ne doit pas être cochée. Cette partie est réservée au service technique d'AFFID Systèmes.

1.5 Paramétrage des prestations

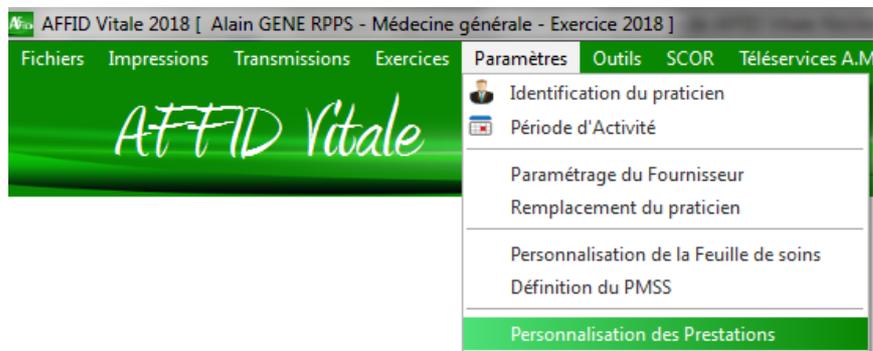
Le progiciel initialise au démarrage, selon la spécialité indiquée sur votre Carte Professionnel de Santé insérée dans le lecteur, les codes NGAP de base.



Les tables CCAM sont fournies par le GIE/SESAM-VITALE. Les prix indiqués dans cette documentation correspondent aux référentiels de Janvier 2018. La remise à niveau de ces référentiels rentre dans le cadre du contrat d'assurance et de maintenance annuelle et s'effectue par téléchargement sur le site : www.affid.com

En fonction de vos caractéristiques d'exploitation (secteur 1, Secteur 2, Dépassement,...), vous pouvez personnaliser vos tarifs avant d'effectuer vos premières feuilles de soins.

- Cliquez sur le menu **Paramètres/Personnalisation des prestations**



Cliquez sur **Personnalisation des prestations**

The screenshot shows the 'Personnalisation des Prestations' window. The table below lists various medical services with their status in the 'Actif' column.

Actif	Prestation	Libellé	Montant	Base de remb.	Perso	Lettre clé
	APC	Avis ponctuel de consultant du médecin	50.00 €	50.00 €		APC
	APU	Avis ponctuel de consultant réalisé par les professeurs des universités-praticien...	69.00 €	69.00 €		APU
	APV	Avis ponctuel de consultant du médecin en visite	50.00 €	50.00 €		APV
	C	Consultation	23.00 €	23.00 €		C
	CA	Consultation approfondie	26.00 €	26.00 €		CA
✓	CCP	Consultation de Contraception et de Prévention	46.00 €	46.00 €		CCP
✓	CCX	Consultation Complexe Enfants (pour transposition)	46.00 €	46.00 €		CCX
✓	COE	Consultation obligatoire enfant	46.00 €	46.00 €		COE
✓	CRD	Majoration astreinte dimanche sur la consultation	26.50 €	26.50 €		CRD
✓	CRM	Majoration astreinte milieu de nuit sur la consultation	51.50 €	51.50 €		CRM
✓	CRN	Majoration astreinte nuit sur la consultation	42.50 €	42.50 €		CRN
✓	CRS	Majoration consultation régulée samedi après-midi	26.50 €	26.50 €		CRS
	CS	Consultation spécialiste	23.00 €	23.00 €		CS
✓	CSO	Consultation de Suivi de l'Obésité	46.00 €	46.00 €		CSO
	CST	Complément surveillance thermique	10.00 €	10.00 €		CST
	DEQP003	Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations	14.26 €	14.26 €		ATM
	DHT	Dépassement d'Honoraires en Tiers Payant	0.00 €	0.00 €		DHT
✓	ECG	G+DEQP003	39.26 €	39.26 €		[+] 0
	FHV	Forfait honoraires de ville	50.00 €	50.00 €		FHV
	FMV	Forfait médicament de ville	87.92 €	87.92 €		FMV
	FPE	Forfait pédiatrique	5.00 €	5.00 €		FPE
✓	FROTTIS	G+JKHD001	37.46 €	37.46 €		[+] 0
	FSD	Forfait de securite dermatologique	40.00 €	40.00 €		FSD
✓	G	Consultation medecine generale	25.00 €	25.00 €		G
✓	G+CRD	G+CRD	51.50 €	51.50 €		[+] 0
✓	G+CRS	G+CRS	51.50 €	51.50 €		[+] 0
✓	G+F	Consultation medecine generale	44.06 €	44.06 €		G
✓	G+MCG	G+MCG	30.00 €	30.00 €		[+] 0

- Au niveau de la grille des prestations, dans la colonne "Actif" : cocher uniquement les prestations souhaitées à proposer directement à l'élaboration des feuilles de soins électroniques et décocher les prestations non utilisées.

Les prestations actives pour l'utilisation dans la feuille de soins sont signalées par une coche (Le clic souris directement dans la colonne, active ou désactive la prestation).

- Au-dessus de la grille des prestations, des boutons de fonction sont proposés.

Boutons de fonction activables par un clic gauche de la souris :



Le dessin de ces boutons peut être différent selon l'option de présentation sélectionnée dans le menu : Paramètres/Préférences

Remarque : Les touches de fonctions du clavier (1ère rangée) ont une action équivalente aux boutons de fonctions de la grille et peuvent être utilisées à leur place.

Touche Echap ou bouton		Permet le retour au menu précédent
Touche F1 ou bouton		Aide en ligne, donne les informations pour la saisie et les opérations possibles à effectuer dans la grille en cours.
Touche F2 ou bouton		Initialise la commande " ajouter une prestation " à la liste déjà saisies.
Touche F3 ou bouton		Initialise la commande " modifier la prestation sélectionnée ". <i>(positionner la barre de sélection sur l'acte à modifier, avec les flèches ou la souris)</i>
Touche F4 ou bouton		Initialise la commande " supprimer la prestation sélectionnée ". <i>(positionner la barre de sélection sur l'acte à supprimer, avec les flèches ou la souris)</i>
Touche F5 ou bouton		Initialise la commande " rechercher une prestation " sur le critère préalablement activé par le bouton de fonction F7.
Touche F6 ou bouton		Initialise la commande " visualiser " affiche le contenu détaillé de l'enregistrement sélectionné.
Touche F7 ou bouton		Initialise la commande " trier " sur un multi-critères choisis.
Touche F8 ou bouton		Initialise la commande " dupliquer " la ligne sélectionnée. <i>(Cette fonction facilite la création de nouveaux enregistrements).</i>
Touche F9 ou bouton		Initialise la commande " imprimer " le journal du livre en cours.
Touche F10 ou bouton		Initialise la commande " actualiser " actualise les prestations de base et les tarifs en cours.
Bouton		Permet de changer de praticien.
Bouton		Permet de changer de période d'activité.
Bouton		Permet de télécharger les feuilles de soins effectuées en visite.

Selon les menus certains boutons de commande sont inactifs (grisés)

Pour personnaliser le tarif de vos prestations :

Sélectionnez la prestation à modifier dans la liste



Cliquez sur le bouton  ou faites **F3-Modifier**

The screenshot shows the 'Affid Vitale' application window. The main area contains several input fields for configuring a service. The 'Montant unitaire' field is highlighted with a red circle and contains the value '29.60'. Other fields include 'Lettre-dé selon la nomenclature' (G), 'Lettre-dé personnalisée' (G), 'Base de remboursement' (25.00), 'Lettre-dé CCAM', 'Coefficient', 'Quantité', and 'Taux de remboursement'. The 'Libellé' field contains 'Visite Longue Durée'. On the right side, there are buttons for 'Valider', 'Annuler', and 'Aide', along with a 'Code LPP' field. Below the main form, there are sections for 'Avec Majoration' (with radio buttons for 'Sans Majoration', 'F - Dimanche ou jour férié', 'N - Nuit', and 'U - Urgence'), 'Avec Dépassement' (with a dropdown for 'Qualificatif de dépassement' set to 'Sans Justificatif de Dépassement'), and 'Changement de tarification' (with a date field set to '03/08/2018'). At the bottom right, there is a summary box showing 'COÛT TOTAL DE LA PRESTATION' as '29.60' and an 'Exécutant' button.

Cliquez sur la zone **Montant unitaire** et tapez le nouveau tarif à prendre en compte

Confirmez la modification en cliquant sur le bouton 

ATTENTION : Ce type de modification ne concerne que les praticiens exerçant dans les DOM/TOM (Tarifs majorés) et autres cas d'exception (professionnels de santé devant paramétrer leurs actes avec la nomenclature LPP).

Un changement de tarif non conforme à la codification NGAP, génère automatiquement un rejet par les caisses des feuilles de soins électroniques.

Pour paramétrer une prestation liée à vos habitudes de travail :

Il est déconseillé de modifier les codes NGAP de base initialisés au démarrage du logiciel. Ceux-ci peuvent être dupliqués pour être personnalisés.

Sélectionnez l'acte de base que souhaitez personnaliser dans la liste au niveau de sa lettre-clé



Cliquez sur le bouton **Dupliquer** ou faites **F8-Copier**

Saisissez dans la zone **Lettre-clé personnalisée** un code personnel lié à l'acte.

=> Si avec coefficient, saisissez-le dans la zone **Coefficient**

=> Si avec une quantité, saisissez-la dans la zone **Quantité**
 (quantité : nombre de prestations identiques effectuées le même jour)

=> Si majoration, cochez l'option **F - Dimanche ou jour férié** et tapez le montant de la majoration

=> Si dépassement, cochez l'option **E-Exigence** ou autre et tapez le montant du dépassement

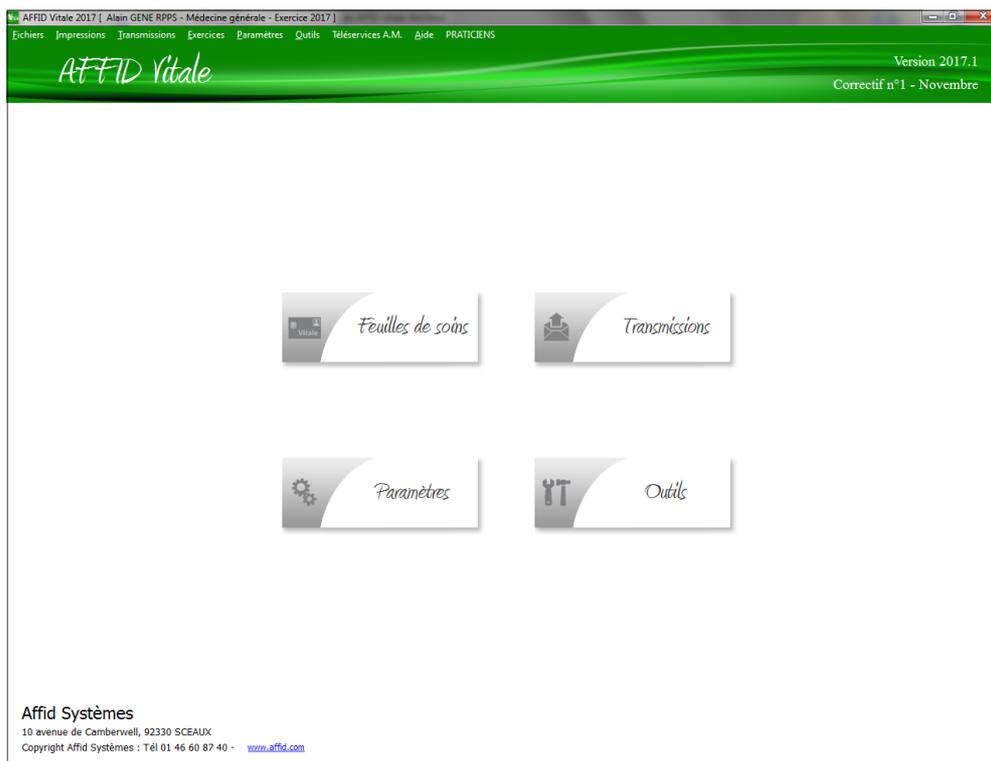
Le coût total de la prestation est calculé en fonction des paramètres saisis.

Confirmez la personnalisation en cliquant sur le bouton **Valider**



Cliquez sur le bouton **Retour** ou touche **Echap** pour sortir du menu.

Retour au menu principal :



Pour paramétrer une prestation en série ou des actes techniques CCAM : [Voir chapitre : Personnalisation des prestations](#) ⁴⁴

1.6 Prise en main rapide

Pour créer une feuille de soins :

Insérez votre carte Professionnel de santé dans le lecteur

Cliquez sur le menu **Feuilles de soins**

Cliquez sur **Saisie**



Le logiciel mémorise dans l'écran ci-contre, toutes les feuilles de soins déjà élaborées et sécurisées de l'année en cours

S	R	N°	Date	Patient	Acte	Montant	Mode	Régime	V	SITUATION DE TRANSMISSION	Score
5		13/02/2018	CARTE MARIE-AMELIE	G	25,00	TP	01 Régime général	FSE: REMBOURSEE [AMO : 17,50 - AMC : 7,50 €]			
6		13/02/2018	CARTE HELENE	G	25,00	TPC	01 Régime général	FSE: REMBOURSEE [AMO : 17,50 €]			
8		13/02/2018	CARTE ADELE	G	25,00	TPC	01 Régime général	FSE: REMBOURSEE [AMO : 17,50 €]			
9		15/02/2018	CARTE SIMON	VG+MD	35,00	CHQ	01 Régime général	FSE: ACCEPTÉE			
10		15/02/2018	CARTE ELVIRE	VG+MD	35,00	CHQ	01 Régime général	FSE: ACCEPTÉE			
11		15/02/2018	CARTE AMELIE	VG+MD	35,00	TP	01 Régime général	FSE: REMBOURSEE [AMO : 24,50 - AMC : 10,50 €]			
12		20/02/2018	CARTE NATACHA	G	25,00	FAM	01 Régime général	FSE: DÉGRADÉE - ACCEPTÉE			
13		20/02/2018	CARTE NINA	G	25,00	CHQ	01 Régime général	FSE: ACCEPTÉE			
14		20/02/2018	CARTE ALAIN	G	25,00	TPC	01 Régime général	FSE: REJETÉE			
15		20/02/2018	CARTE ALEXIS	G+MIS	55,00	CHQ	01 Régime général	FSE: ACCEPTÉE			
16		20/02/2018	CARTE JEAN-MICHEL	G+MEG	30,00	CHQ	01 Régime général	FSE: ACCEPTÉE			
17		20/02/2018	CARTE CONRAD	G	25,00	CHQ	01 Régime général	FSE: ACCEPTÉE			
18		20/02/2018	CARTE MARIE	G	25,00	CHQ	01 Régime général	FSE: ACCEPTÉE			
19		20/02/2018	CARTE GAETAN	G	25,00	TP	01 Régime général	FSE/DRE: REMBOURSEE [AMO : 17,50 - AMC : 7,50 €]			
20		20/02/2018	CARTE ADLE	G-URG	47,60	CHQ	01 Régime général	FSE: ACCEPTÉE			
21		20/02/2018	CARTE MICHEL	G	25,00	CHQ	01 Régime général	FSE: ACCEPTÉE			
22		20/02/2018	CARTE NATHALIE	G	25,00	TP	01 Régime général	FSE/DRE: REMBOURSEE [AMO : 17,50 - AMC : 0,00 €]			
23		20/02/2018	CARTE HELENE	G	25,00	CHQ	01 Régime général	FSE: ACCEPTÉE			
24		21/02/2018	CARTE LUCILLE	G+DEQP003	39,26	CHQ	01 Régime général	FSE: TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...			
25		21/02/2018	CARTE SIMON	G	25,00	CHQ	01 Régime général	FSE: TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...			
26		21/02/2018	CARTE JEAN-MARIE	G+MIS	55,00	CHQ	01 Régime général	FSE: TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...			
27		21/02/2018	CARTE ALEXIS	G	25,00	CHQ	01 Régime général	FSE: TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...			
28		21/02/2018	CARTE MARIE	G-URG	47,60	CHQ	01 Régime général	FSE: DÉGRADÉE - TRANSMISSION DÉGRADÉE OK - ATTENTE ...			
29		21/02/2018	CARTE GAETAN	G	25,00	CHQ	01 Régime général	FSE: TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...			
30		21/02/2018	CARTE EMILIE	G	25,00	CHQ	01 Régime général	FSE: TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...			
31		22/02/2018	CARTE MARIE	G	25,00	CHQ	01 Régime général	FSE: (synchronisée)Attente de transmission			
32		22/02/2018	CARTE JEAN	G	25,00	CHQ	01 Régime général	FSE: (synchronisée)Attente de transmission			
33		22/02/2018	CARTE AMELIE	G	25,00	CHQ	01 Régime général	FSE: Attente de transmission			
34		22/02/2018	CARTE NATACHA	G-URG	47,60	CHQ	01 Régime général	FSE: Attente de transmission			
35		22/02/2018	CARTE HELENE	G	25,00	TP	01 Régime général	FSE: Attente de transmission			
36		22/02/2018	CARTE JEANNE	G+DEQP003	39,26	CHQ	01 Régime général	FSE: Attente de transmission			
37		22/02/2018	CARTE SIMON	G	25,00	CHQ	01 Régime général	FSE: Degrade - Attente de transmission			
38		22/02/2018	CARTE NATHAN	G+MIS	55,00	CHQ	01 Régime général	FSE: Attente de synchronisation			

Insérez dans le lecteur votre carte de praticien et celle du patient



Cliquez sur le bouton **Ajouter** ou faites **F2-Ajouter**

Le logiciel lit les informations de la carte du praticien et celle du patient

Ouvre la fenêtre concernant le parcours de soins

Pour chaque patient, le parcours de soins doit être initialisé la première fois il restra mémorisé pour chacun d'eux lors des prochaines feuilles de soins.



Ouvre la Feuille de soins

Etape 1 : Double-cliquez sur la prestation à facturer au patient dans la liste (à gauche du corps de la feuille de soins).

La date du jour, l'acte et le tarif sont affichés automatiquement dans le corps de la feuille de soins.

Vous pouvez modifier le mode de règlement dans la zone "Règlement".

Etape 2 : Confirmez la création et la sécurisation de la feuille de soins en cliquant sur le bouton "Valider".

Si vous gérez vos recettes journalières avec le logiciel **AFFID Standard**, vous retrouverez automatiquement cette consultation ajoutée à la liste de vos recettes journalières.

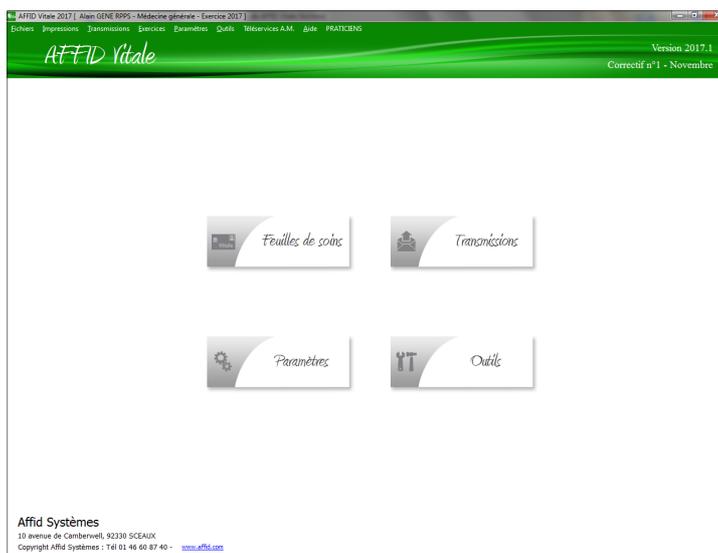
A la fin de la journée, vous pourrez télé-transmettre automatiquement toutes vos feuilles de soins



en cliquant sur le bouton **Envoyer** ou par **F10-Envoyer**.

2 Accès aux fonctions

Affid Vitale est un logiciel conçu pour être exploité de façon simple et conviviale, en suivant une démarche logique dans l'application des règles de la feuille de soins électronique.



Chaque fonction du logiciel **AFFID Vitale** peut être accédée par 2 chemins :

2.1 A partir des icônes de module



Chaque module de gestion est affiché sur la page d'accueil du programme : les feuilles de soins, les transmissions, les paramètres, les outils.

- Sélectionner le module concerné qui comporte toutes les fonctions nécessaires :
 - la saisie / modification / suppression / visualisation...,
 - l'impression sur écran ou sur papier,
 - la production d'états de gestion, utiles pour connaître l'activité du cabinet.
- Cliquer sur la fonction souhaitée.
- Pour passer d'une fonction à une autre il suffit de cliquer autant de fois que nécessaire sur

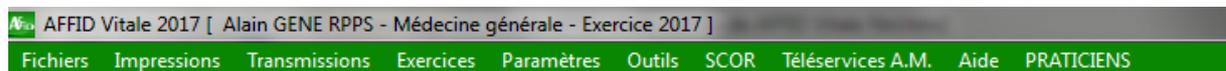


le bouton **Retour** ou touche **Echap** pour remonter à la page d'accueil générale puis sélectionner la nouvelle fonction

Le retour sur la page d'accueil est à privilégier car la prise en main est plus conviviale.

2.2 A partir de la barre de menus

Le menu général présente les fonctions par type de traitement : Fichier, Impressions, Transmissions, Exercices, Paramètres, Outils, Scor, Téléservices assurance Maladie Aide (l'aide en général) et Praticiens si plusieurs dossiers ont été créés.



- Cliquer sur l'un des onglets de la barre de menus.
- Cliquer sur la fonction souhaitée dans le sous menus

3 Mode de fonctionnement d'AFFID Vitale

3.1 Fonctionnalités des écrans de saisie

La grille de visualisation des informations saisie s'affiche dans chaque module et se présente de façon identique pour chacun.

En fonction du type d'écriture une grille de saisie s'affiche :

S	R	N°	Date	Patient	Acte	Montant	Mode	Régime	V	SITUATION DE TRANSMISSION	Scor
5		13/02/2018	CARTE MARIE-AMELIE	G	25.00	TP	01 Régime général	FSE : REMBOURSEE [AMO : 17.50 - AMC : 7.50 €]			
6		13/02/2018	CARTE HELENE	G	25.00	TPC	01 Régime général	FSE : REMBOURSEE [AMO : 17.50 €]			
8		13/02/2018	CARTE ADELE	G	25.00	TPC	01 Régime général	FSE : REMBOURSEE [AMO : 17.50 €]			
9		15/02/2018	CARTE SIMON	VG+MD	35.00	CHQ	01 Régime général	FSE : ACCEPTÉE			
10		15/02/2018	CARTE ELVIRE	VG+MD	35.00	CHQ	01 Régime général	FSE : ACCEPTÉE			
11		15/02/2018	CARTE AMELIE	VG+MD	35.00	TP	01 Régime général	FSE : REMBOURSEE [AMO : 24.50 - AMC : 10.50 €]			
12		20/02/2018	CARTE NATACHA	G	25.00	FAM	01 Régime général	FSE DÉGRADÉE : ACCEPTÉE			
13		20/02/2018	CARTE NINA	G	25.00	CHQ	01 Régime général	FSE : ACCEPTÉE			
14		20/02/2018	CARTE ALAIN	G	25.00	TPC	01 Régime général	FSE : REJETÉE			
15		20/02/2018	CARTE ALEXIS	G+MIS	55.00	CHQ	01 Régime général	FSE : ACCEPTÉE			
16		20/02/2018	CARTE JEAN-MICHEL	G+MEG	30.00	CHQ	01 Régime général	FSE : ACCEPTÉE			
17		20/02/2018	CARTE CONRAD	G	25.00	CHQ	01 Régime général	FSE : ACCEPTÉE			
18		20/02/2018	CARTE MARIE	G	25.00	CHQ	01 Régime général	FSE : ACCEPTÉE			
19		20/02/2018	CARTE GAETAN	G	25.00	TP	01 Régime général	FSE/DRE : REMBOURSEE [AMO : 17.50 - AMC : 7.50 €]			
20		20/02/2018	CARTE ADELE	G-URG	47.60	CHQ	01 Régime général	FSE : ACCEPTÉE			
21		20/02/2018	CARTE MICHEL	G	25.00	CHQ	01 Régime général	FSE : ACCEPTÉE			
22		20/02/2018	CARTE NATHALIE	G	25.00	TP	01 Régime général	FSE/DRE : REMBOURSEE [AMO : 17.50 - AMC : 0.00 €]			
23		20/02/2018	CARTE HELENE	G	25.00	CHQ	01 Régime général	FSE : ACCEPTÉE			
24		21/02/2018	CARTE LUCILLE	G+DEQP003	39.26	CHQ	01 Régime général	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...			
25		21/02/2018	CARTE SIMON	G	25.00	CHQ	01 Régime général	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...			
26		21/02/2018	CARTE JEAN-MARIE	G+MIS	55.00	CHQ	01 Régime général	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...			
27		21/02/2018	CARTE ALEXIS	G	25.00	CHQ	01 Régime général	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...			
28		21/02/2018	CARTE MARIE	G-URG	47.60	CHQ	01 Régime général	FSE DÉGRADÉE : TRANSMISSION DÉGRADÉE OK - ATTENTE ...			
29		21/02/2018	CARTE GAETAN	G	25.00	CHQ	01 Régime général	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...			
30		21/02/2018	CARTE EMILIE	G	25.00	CHQ	01 Régime général	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...			
31		22/02/2018	CARTE MARIE	G	25.00	CHQ	01 Régime général	FSE : (synchronisée) Attente de transmission			
32		22/02/2018	CARTE JEAN	G	25.00	CHQ	01 Régime général	FSE : (synchronisée) Attente de transmission			
33		22/02/2018	CARTE AMELIE	G	25.00	CHQ	01 Régime général	FSE : Attente de transmission			
34		22/02/2018	CARTE NATACHA	G-URG	47.60	CHQ	01 Régime général	FSE : Attente de transmission			
35		22/02/2018	CARTE HELENE	G	25.00	TP	01 Régime général	FSE : Attente de transmission			
36		22/02/2018	CARTE JEANNE	G+DEQP003	39.26	CHQ	01 Régime général	FSE : Attente de transmission			
37		22/02/2018	CARTE SIMON	G	25.00	CHQ	01 Régime général	FSE : Dégradé - Attente de transmission			
38		22/02/2018	CARTE NATHAN	G+MIS	55.00	CHQ	01 Régime général	FSE : Attente de synchronisation			

ligne 1 : titre de la fenêtre principale. Elle affiche en permanence la version du logiciel utilisée, l'identification de l'utilisateur, sa spécialité, l'exercice en cours.

ligne 2 : barre de menus. Elle affiche l'ensemble des fonctions disponibles par nature des opérations :

ligne 3 : barre de menus. Elle affiche l'ensemble des fonctions disponibles par nature des opérations : fichiers, impressions, transmissions, exercices (période d'activité), paramètres (initialisation praticien, remplacement praticien, personnalisation des FSE, configuration du lecteur, configuration du réseau Sésam Vitale, préférences, etc...), outils (sauvegarde, restauration), accès à la fonction SCOR, accès aux fonctions télé-services (HRi, DMTi, IMTi, AATi, ADRI), Aide (donne accès au guide utilisateur complet du logiciel), Praticiens (changement de dossier praticien). Le menu principal donne un accès direct aux fonctions. Pour une plus grande convivialité, il est préférable de passer par le menu des modules qui s'affichent à l'accueil d'**AFFID**.

Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils SCOR Télé-services A.M. Aide PRATICIENS

ligne 4 : titre de la grille. Elle affiche l'intitulé de la grille de visualisation du module en cours : livre des feuilles de soins, personnalisation des prestations, vérification des transmissions, etc...

Livre des Feuilles de Soins

Alain GENE RPPS - Exercice 2017

ligne 5 : boutons de fonction activables par un clic gauche de la souris. Cette barre de fonction peut-être positionnée en haut ou en bas des tableaux selon les préférences. (Option du menu Paramètres / Préférences : cocher ou décocher la case 10 "Mettre la barre des touches de fonction en bas de la grille")



Le dessin de ces boutons peut être différent selon l'option de présentation sélectionnée dans le menu : Paramètres/Préférences

Remarque : Les touches de fonctions du clavier (1ère rangée) ont une action équivalente aux boutons de fonctions de la grille et peuvent être utilisées à leur place.

Touche Echap ou bouton		Permet le retour au menu précédent
Touche F1 ou bouton		Aide en ligne, donne les informations pour la saisie et les opérations possibles à effectuer dans la grille en cours.
Touche F2 ou bouton		Initialise la commande " ajouter un enregistrement " à la suite des enregistrements déjà saisis dans la grille.
Touche F3 ou bouton		Initialise la commande " modifier l'enregistrement sélectionné ". (positionner la barre de sélection sur l'enregistrement à modifier, avec les flèches ou la souris)
Touche F4 ou bouton		Initialise la commande " supprimer la ligne sélectionnée ". (positionner la barre de sélection sur l'enregistrement à supprimer, avec les flèches ou la souris)
Touche F5 ou bouton		Initialise la commande " rechercher un enregistrement " sur le critère préalablement activé par le bouton de fonction F7.
Touche F6 ou bouton		Initialise la commande " visualiser " affiche le contenu détaillé de l'enregistrement sélectionné.
Touche F7 ou bouton		Initialise la commande " trier " sur multi-critères choisis.
Touche F8 ou bouton		Initialise la commande " dupliquer " la ligne sélectionnée. (Cette fonction facilite la prise en compte de nouveaux enregistrements (par exemple : personnalisation des codes actes).
Touche F9 ou bouton		Initialise la commande " imprimer " le journal du livre en cours ou duplicatas et quittances des FSE.
Touche F10 ou bouton		Initialise la commande " envoyer " lance la télétransmission des feuilles de soins en attente.
Bouton		Permet de changer de praticien.
Bouton		Permet de changer de période d'activité.
Bouton		Permet de télécharger les feuilles de soins effectuées en visite.

ligne 5 : entêtes des colonnes de la grille de saisie (date, patient, acte...)

S	R	N°	Date	Patient	Acte	Montant	Mode	Régime	V	SITUATION DE TRANSMISSION	N°LOT
---	---	----	------	---------	------	---------	------	--------	---	---------------------------	-------

Possibilité de trier les enregistrements de la grille : cliquer sur l'entête de la colonne dont vous souhaitez trier les valeurs. Au 1er clic le tri est croissant, au 2ème clic le tri est décroissant. Un indicateur ▼ / ▲ dans la ligne d'entêtes signale sur quelle colonne les enregistrements sont triés, et dans quel ordre.

Les modifications de tri ne sont que temporaires et ne seront pas prises en compte lors de la réouverture de cette même fenêtre.

lignes 6 et suivantes : lignes de visualisation des données saisies.

21	20/02/2018	CARTE MICHEL	G	25.00	CHQ	01 Régime général	FSE : ACCEPTÉE
22	20/02/2018	CARTE NATHALIE	G	25.00	TP	01 Régime général	FSE/DRE : REMBOURSEE [AMO : 17.50 - AMC : 0.00 €]
23	20/02/2018	CARTE HELENE	G	25.00	CHQ	01 Régime général	FSE : ACCEPTÉE
24	21/02/2018	CARTE LUCILLE	G+DEQP003	39.26	CHQ	01 Régime général	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE -...

La ligne sélectionnée par une couleur de fond spécifique (définie dans la fonction Outils / Préférences) indique le dernier enregistrement saisi. Elle est appelée « barre de sélection ». Son déplacement permet de sélectionner un enregistrement dans la liste pour effectuer une modification de données ou une suppression.

ligne en bas de la grille : permet de filtrer les enregistrements dans la grille.



3.2 Principes de tris et filtres dans les grilles

Pour tous les affichages sous forme de grille, l'utilisateur peut :

- **Modifier la taille des colonnes :**

Sélectionner la ligne de séparation de la colonne par un clic, maintenir le bouton enfoncé, glisser la séparation jusqu'à la taille souhaitée, puis relâcher le bouton de la souris.



Ces modifications sont mémorisées à la sortie du module, le nouvel affichage sera pris en compte lors de sa prochaine ouverture.

- **Trier les enregistrements dans les grilles :**

Cliquer sur l'entête de la colonne dont vous souhaitez trier les valeurs. Au 1er clic le tri est croissant, au 2ème clic le tri est décroissant.

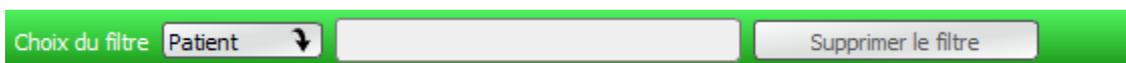
Un indicateur dans la ligne d'entêtes signale sur quelle colonne les enregistrements sont triés, et dans quel ordre.



Les modifications de tri ne sont que temporaires et ne seront pas prises en compte lors de la réouverture de cette même fenêtre.

- **Filtrer les enregistrements dans les grilles :**

Une zone de filtre est proposée en bas de chaque grille :



Sélectionner l'entête de la colonne dont vous souhaitez filtrer les valeurs dans la zone en cliquant sur la flèche (affiche la liste des entêtes dans le menu déroulant).

Saisir la valeur sur laquelle appliquer le filtre dans la zone libre .
Par défaut le filtre de base s'applique avec la règle "Commence par". Pour effectuer un filtre sur "Contient", il suffit d'ajouter le signe * devant la valeur saisie.

Cliquer sur pour réafficher tous les enregistrements de la grille.

Les filtres ne sont que temporaires et ne seront pas pris en compte lors de la réouverture de cette même fenêtre.

- **Intervenir directement sur les enregistrements à partir des grilles d'affichage :**

Certaines fonctions sont accessibles directement dans les grilles, lors d'un clic-droit sur un enregistrement.

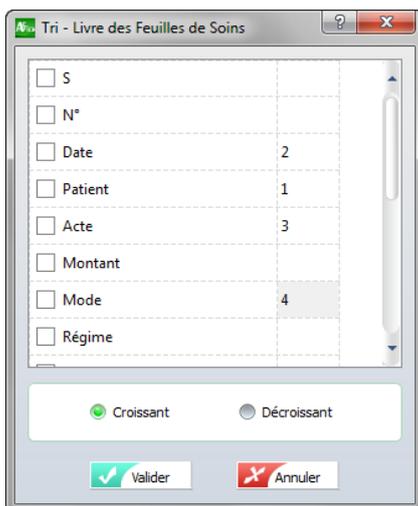


- w **Effectuer des tris multicritères dans les grilles :**

Les enregistrements dans les grilles sont triés par défaut sur la date. Possibilité d'effectuer des tris multicritères.

Cliquer sur le bouton de fonction  ou Touche de raccourci clavier **F7**

Choix des critères de tri : un ordre d'attribution s'applique lors de la sélection des tris.



Après la validation : la grille est triée et ordonnée selon l'ordre des tris choisis.
Les modifications de tri ne sont que temporaires et ne seront pas prises en compte lors de la réouverture de cette même fenêtre.

Un clic sur un entête colonne désactive la fonction tri.

Nota : Le tri choisi pour la saisie des écritures n'a aucune incidence sur l'édition du livre-journal des écritures qui est toujours trié par date chronologique.

3.3 Principes de gestion des impressions

3.3.1 A partir de la fonction [F9]



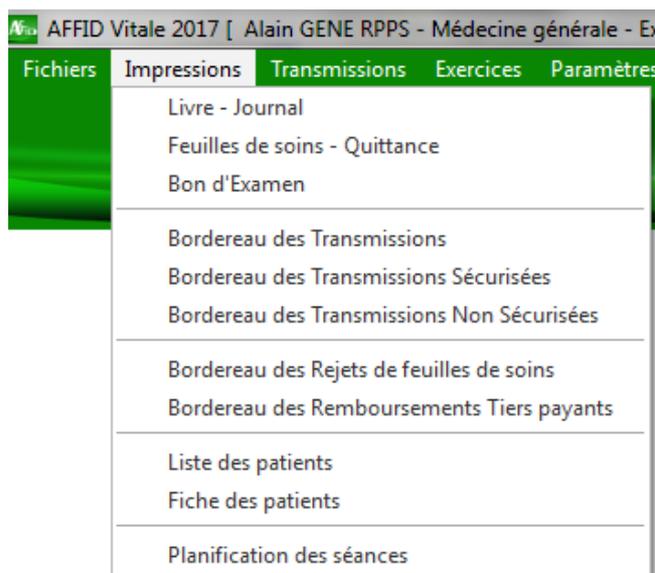
La fonction F9 ou Bouton  permet de lancer une impression avec des paramètres initialisés par l'écriture sélectionnée.

Par exemple :

- dans le livre des feuilles de soins : impression d'une quittance, un duplicata ou une feuille de soins sur modèle *Cerfa*.
- dans le menu transmission : impression de bordereaux de télétransmission.

3.3.2 A partir du menu principal

Il est possible d'imprimer les divers documents (Livre journal, bordereaux...) directement à partir de la fonction « Impressions » du menu principal.



Les paramètres à saisir sont :

- Suivant la fonction dans lequel on se trouve : période d'impression : indiquer les dates de début et de fin de période des écritures à imprimer.
- destination de l'impression :
 - cocher la case « imprimer à l'écran » pour sortir l'état à l'écran,
 - cocher la case « imprimer vers l'imprimante » pour sortir l'état sur papier.

« Imprimer à l'écran » est coché par défaut. L'affichage de l'impression à l'écran, donne accès à plusieurs options.

AFFID - Impression

Report View

50% Page: 1 of 1

© AFFID - 2018.1
GENE RPPS ALAIN

vendredi 27 juillet 2018 - 12:36
Page 1

LIVRE JOURNAL DES FEUILLES DE SOINS

Du 25/07/2018 au 27/07/2018

mercredi 25 juillet 2018

N°	NOM PATIENT	ACTE	MNT DÙ	NOM PAYEUR	MODE	CAISSE CA	BANQUE	ATTEINTE	REMARQUE	CENTRE
1	SPECIMEN CARTE ...	C	23.00	SPECIMEN CARTE ...	CHQ	0.00	23.00	0.00		01 Régime général
2	SPECIMEN CARTE ...	G	25.00	SPECIMEN CARTE ...	CHQ	0.00	25.00	0.00		01 Régime général
3	SPECIMEN CARTE ...	G+MCG	30.00	SPECIMEN CARTE ...	CB	0.00	30.00	0.00		01 Régime général
4	SPECIMEN CARTE ...	G	25.00	SPECIMEN CARTE ...	CHQ	0.00	25.00	0.00		01 Régime général
TOTAUX			103.00			0.00	103.00	0.00		4 RECETTES
TOTAL (CAISSE + BANQUE)							103.00			

jeudi 26 juillet 2018

N°	NOM PATIENT	ACTE	MNT DÙ	NOM PAYEUR	MODE	CAISSE CA	BANQUE	ATTEINTE	REMARQUE	CENTRE
5	SPECIMEN CARTE ...	C	25.00	SPECIMEN CARTE ...	CHQ	0.00	25.00	0.00		01 Régime général
6	SPECIMEN CARTE ...	DZQM006...	103.62	SPECIMEN CARTE ...	CHQ	0.00	103.62	0.00		01 Régime général
7	SPECIMEN CARTE ...	G+J	47.08	SPECIMEN CARTE ...	CHQ	0.00	47.08	0.00		01 Régime général
8	SPECIMEN CARTE ...	G+F	44.08	SPECIMEN CARTE ...	CHQ	0.00	44.08	0.00		01 Régime général
10	SPECIMEN CARTE ...	VG+MD	35.00	SPECIMEN CARTE ...	TP	0.00	0.00	35.00		01 Régime général
11	SPECIMEN CARTE ...	G+MCG	30.00	SPECIMEN CARTE ...	TP	0.00	0.00	30.00		01 Régime général
12	SPECIMEN CARTE ...	G+JKHD001	37.48	SPECIMEN CARTE ...	TPE	11.24	0.00	28.22		01 Régime général
13	SPECIMEN CARTE ...	G+DEQP003	39.28	SPECIMEN CARTE ...	TPC	0.00	11.78	27.48		01 Régime général
TOTAUX			361.46			11.24	231.52	118.70		8 RECETTES
TOTAL (CAISSE + BANQUE)							242.76			
TOTAUX DE LA PÉRIODE			464.46			11.24	334.52	0.00		12 RECETTES
TOTAL DE LA PÉRIODE (CAISSE + BANQUE)							345.76			

Attention !

- L'option de tri choisi dans une grille de visualisation n'a aucune incidence sur l'édition du livre journal qui est toujours classé sur la date des feuilles de soins de la période définie.

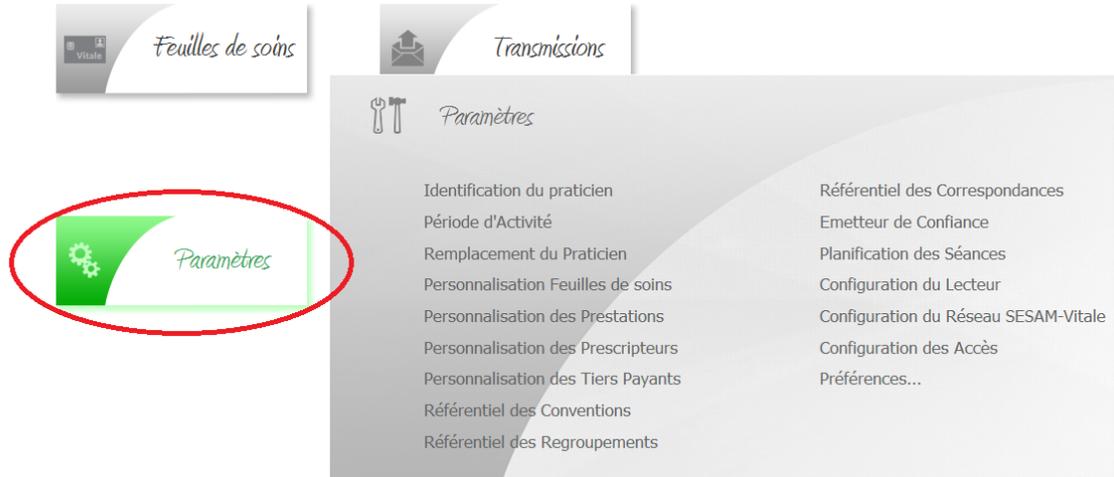
4 Paramétrages

Accès au menu :

Soit par la barre de taches



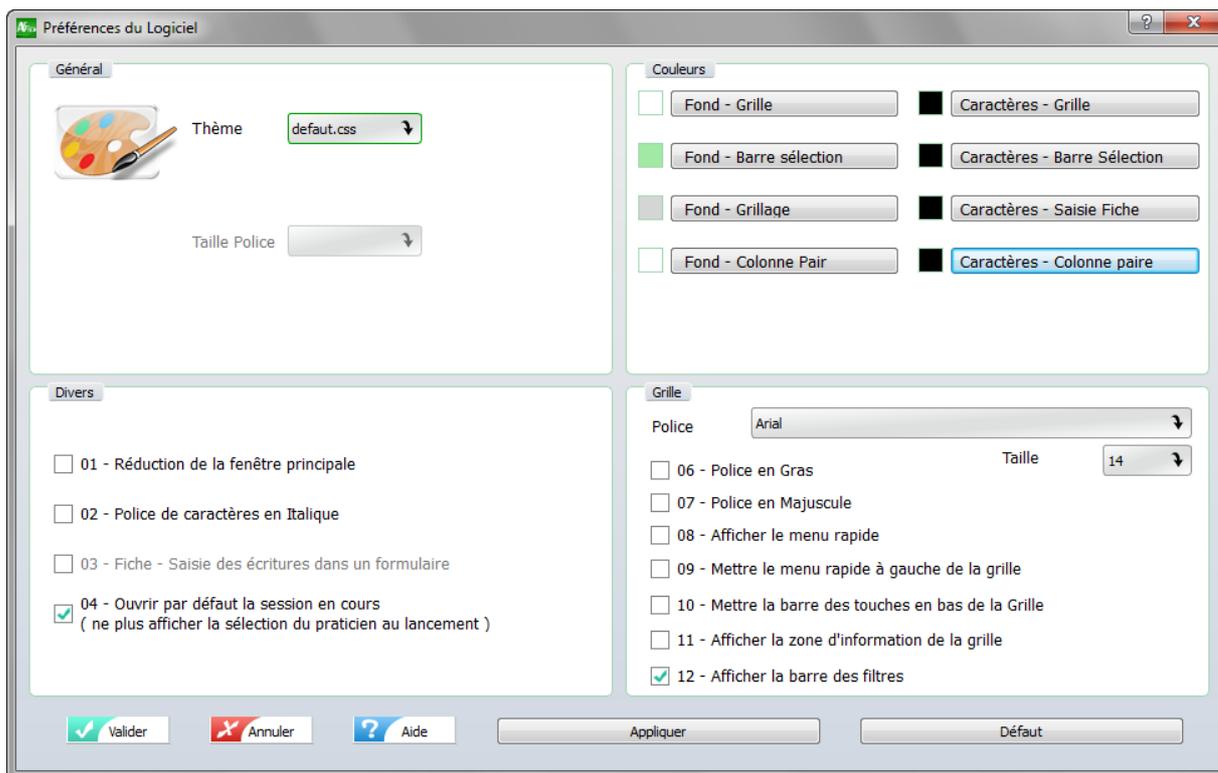
Soit du menu principal



4.1 Préférences

Permet de personnaliser :

- la page d'accueil
- l'affichage à l'écran
- la grille de saisie
- couleurs de fond et des caractères affichés.
- polices de caractères de la grille de visualisation des écritures.



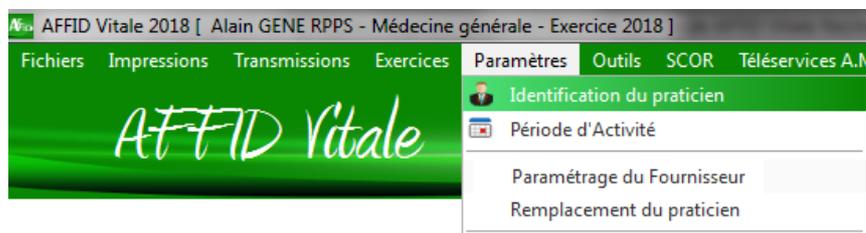
4.2 Identification praticien

Les informations de la carte du Professionnel de Santé sont automatiquement affichées et mémorisées dans cet écran et permettent principalement de renseigner et de signer électroniquement la Feuille de soins.

Identifications complémentaires

Vous pouvez saisir vos coordonnées afin de les faire apparaître sur la feuille de soins :

- Cliquez sur le menu **Paramètres/Identification du praticien**



Affid Vitale

Civilité: Monsieur
 Nom: GENE RPPS
 Prénom: ALAIN
 Adresse: 10 avenue de Camberwell
 Ville: SCEAUX
 Code Postale: 92330
 OPTAM: Aucun contrat

N° Caisse gestionnaire: 999
 N° Situation à utiliser: 1
 Exercice - Libéral (checked)
 Exercice - Salarié

Médecin en zone sous Médicalisée
 Date d'installation: 01/01/2000
 Généraliste récemment installé

Spécialité: Médecine générale
 Identification: Situation N°1 : CPS - -
 N° National: 899900023153
 N° Facturation: 991111048
 Exercice: LIBERAL (0) - (0) - Cabinet individuel (31)
 Raison sociale: CABINET DR GENE
 Convention: Conventione
 Zone ID: Zone B autres departements et localites avec ID/IK
 Zone IK: Avec Indemnité Kilométrique de montagne
 Agrément: Avec agrément DASS ou agrément D
 Habilitation: Avec habilitation de signer une Facture - Avec habilitation de signer un LOT

Code CPS

Buttons: Valider, Annuler, Aide, Carte

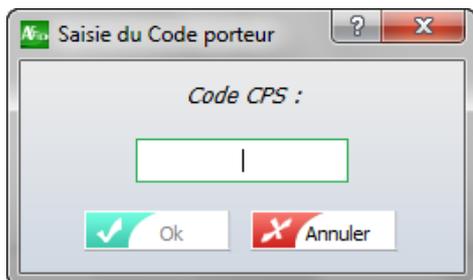
- Cliquez sur le bouton **Carte** pour ré-afficher les informations de la Carte CPS
- Saisissez votre **Adresse, Ville** et **Code postal**
- Sélectionnez l'**OPTAM** si vous avez signé le contrat par le menu déroulant
- Saisissez le code de la carte CPS si vous souhaitez qu'il soit mémorisé
- **Valider** pour confirmer la saisie

OPTAM :

- Aucun contrat
- Aucun contrat**
- Contrat OPTAM
- Contrat OPTAM-CO

Code CPS

Lorsque le logiciel accède aux informations de la carte CPS pour la première fois, la saisie du code porteur est obligatoire.



Vous devez entrer votre code confidentiel et le confirmer par la touche Entrée ou par  Ok



Cette fonction ne permet pas de créer un nouveau praticien, mais seulement de visualiser les informations du Professionnel de Santé.

Vous devez utiliser la fonction du menu **Fichier / Nouveau praticien** pour créer le dossier d'un autre praticien possédant aussi une licence d'utilisation du logiciel AFFID Vitale.

4.3 Période d'activité

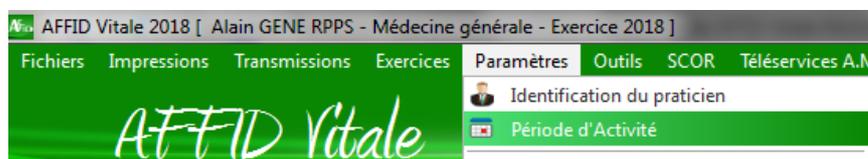
La période d'activité définit l'année pour laquelle la gestion des feuilles de soins électroniques sera faite. Seules les feuilles de soins électroniques de l'année sélectionnée seront visibles à l'écran.

La création d'une année postérieure ou antérieure à l'année en cours implique le report automatique de tous les paramètres (identification du praticien, liste des patients, listes des prestations, autres paramètres et dernier numéro de la feuille de soins électronique) de l'exercice en cours vers la nouvelle période d'activité.

Exercice en cours

Pour changer de période d'activité :

- Cliquez sur le menu **Paramètres/Période d'activité**



ou

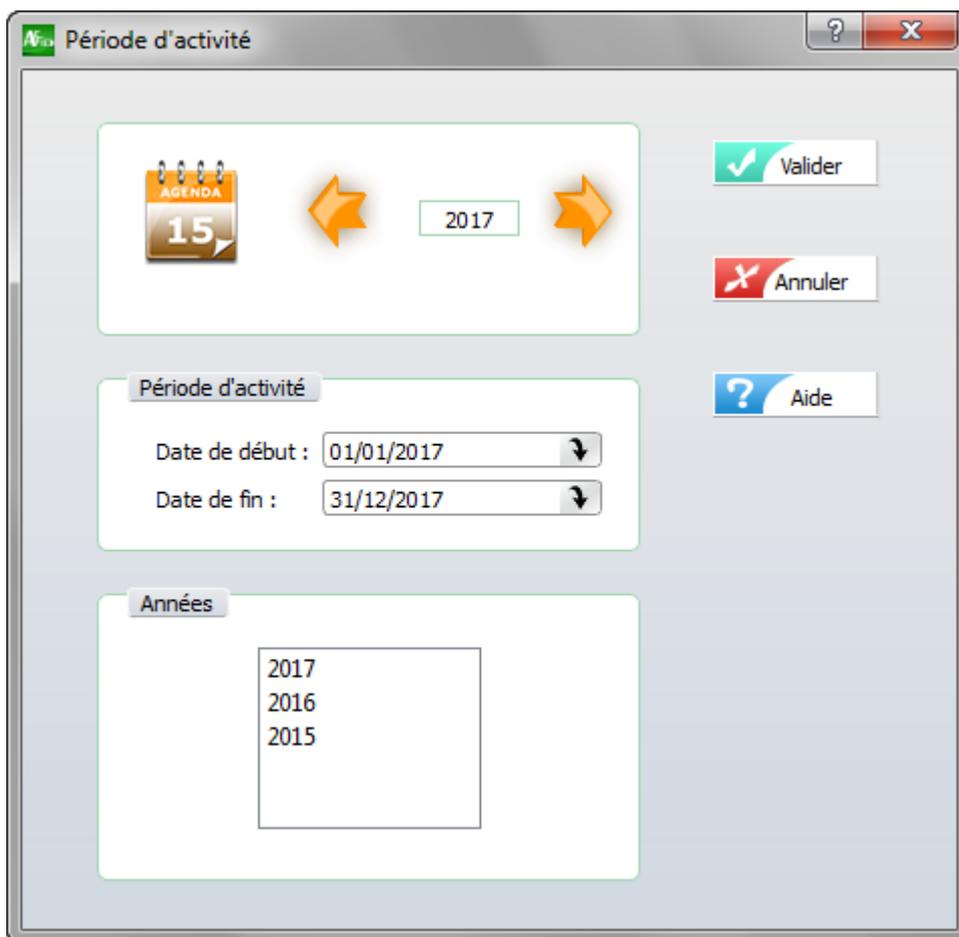
- Cliquez sur le menu **Exercices**



ou

- Sur la barre d'icônes Cliquez sur le bouton Agenda





- Cliquez sur les boutons  ou  pour changer l'année en cours
- Cliquez sur le bouton **Valider** pour confirmer votre période d'activité

Vous pouvez aussi saisir directement la date de début et de fin de la période d'activité.

Pour visualiser une période d'activité antérieure ou postérieure déjà créée, double-cliquez sur l'année dans la liste à l'aide de la Souris.



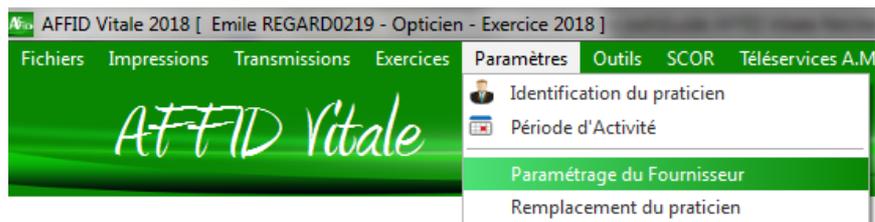
N'oubliez pas ! Vous devrez toujours revenir dans cette fonction pour créer la nouvelle année ou pour visualiser les feuilles de soins électroniques d'une année antérieure

4.4 Paramétrage du fournisseur

Cette fonction s'active uniquement pour les cartes CPS correspondant à la catégorie des fournisseurs.

Elle permet de renseigner, selon votre spécialisation, vos codes de convention, de spécialité, de zone tarif et de zone IK.

- Cliquez sur le menu **Paramètres/Paramétrage du fournisseur**



- Saisir vos Codes

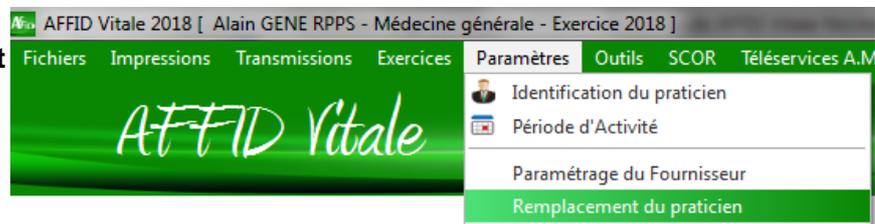


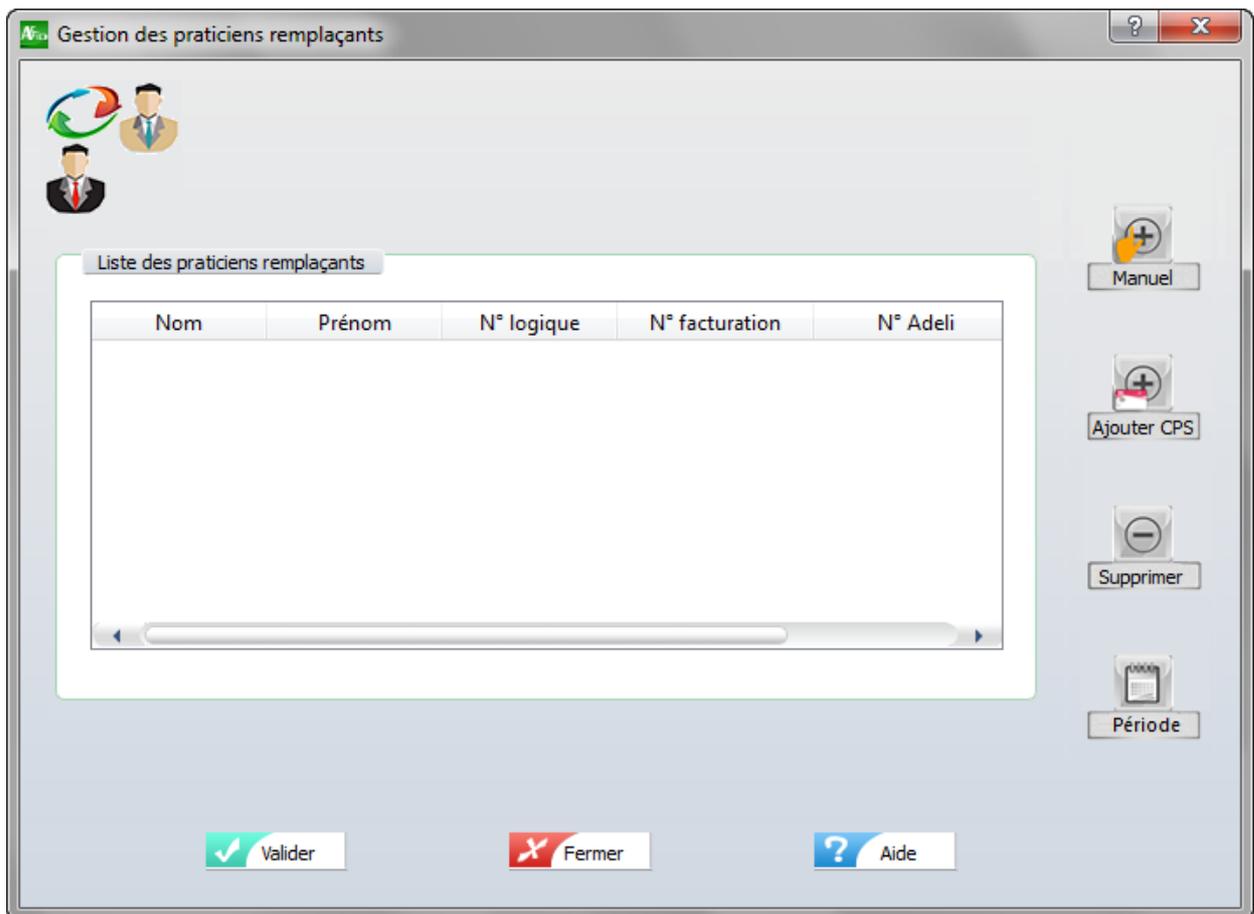
4.5 Remplacement du praticien

Cette fonction n'est activable que si le remplaçant a sa propre Carte CPS et que le dossier du praticien remplacé est déjà initialisé.

Elle permet de paramétrer le ou les remplaçants d'un médecin titulaire. Ceux-ci seront automatiquement initialisés en session remplaçant dès la lecture de leurs cartes CPS.

- Cliquez sur le menu **Paramètres/Remplacement du praticien**





Configuration du ou des médecins remplaçants :

Possibilité :

- d'ajouter un remplaçant dans la liste sans sa carte CPS
- d'ajouter un remplaçant dans la liste à partir de sa carte CPS
- de supprimer un remplaçant dans la liste
- de définir une période de remplacement pour chaque remplaçant

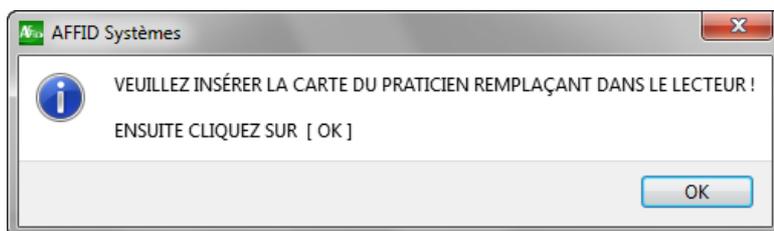
Ajout d'un remplaçant sans sa carte CPS :

Cliquer sur  et renseigner les zones

puis 

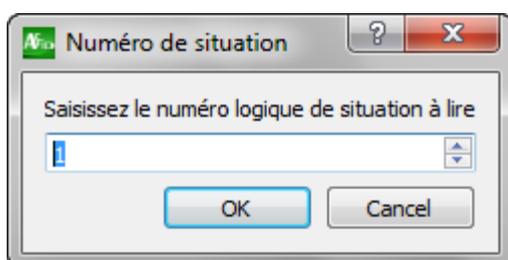
Ajout d'un remplaçant à partir de la carte CPS :

Cliquer sur . Mettre la carte CPS du remplaçant dans le lecteur

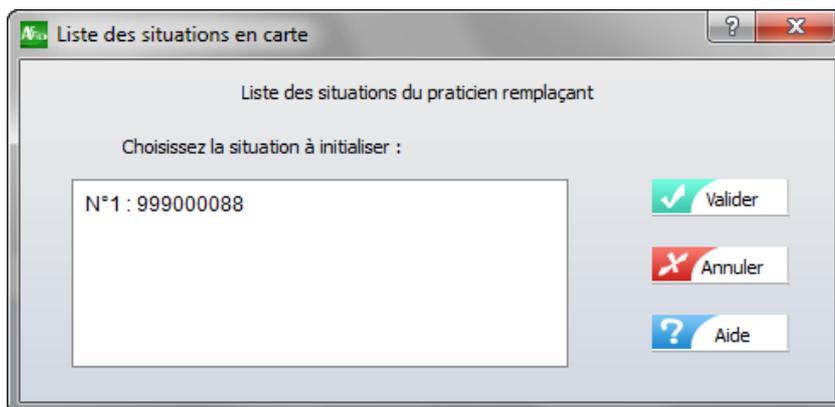


puis  Valider

Saisir le N° de situation logique correspondant à la situation Remplaçant renseigné dans la carte CPS



Sélectionner le N° de facturation correspondant à la situation Remplaçant



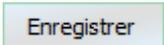
puis  Valider

- Suppression d'un remplaçant dans la liste :

Sélectionner le remplaçant dans la liste puis cliquer sur .

- Définir une période de remplacement (ouvre les droits d'accès au remplacement sur une période donnée) cette option est facultative :

Sélectionner le remplaçant concerné par un droit d'accès sur une période définie, cliquer sur .

Saisir les dates début et fin, cliquer sur .

 la liste du ou des remplaçants saisis pour prendre en compte la gestion des remplacements praticiens.

Après avoir initialisé le ou les remplaçants dans le menu "remplacement du praticien", le logiciel gère automatiquement l'ouverture et la fermeture des sessions remplaçants en fonction des cartes CPS lues dans le lecteur.



IMPORTANT : Lorsqu'un remplaçant déjà paramétré dans la base AFFID passe médecin titulaire au sein du cabinet, il est impératif de supprimer son ancien profil remplaçant avant de créer son dossier en tant que médecin titulaire.

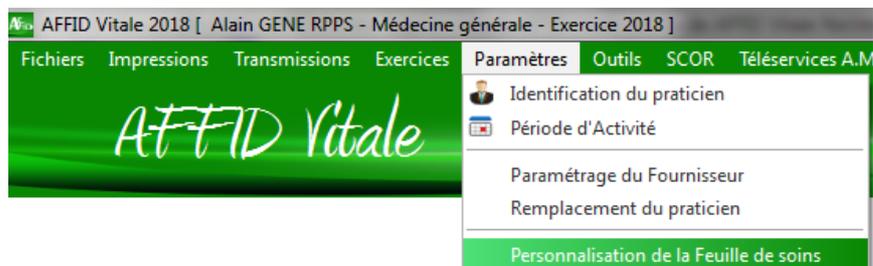
4.6 Personnalisation des Feuilles de soins

Cette fonction permet d'automatiser le mode de fonctionnement de la Feuille de soins électronique.

Automatisation de la feuille de soins

Pour personnaliser le fonctionnement de la feuille de soins :

- Cliquez sur le menu **Paramètres/ Personnalisation de la feuille de soins**



AFFID Vitale Nxt - Personnalisation Feuille de soins

<input checked="" type="checkbox"/> 01 - Mise à jour simultanée des recettes journalières dans AFFID Standard	<input checked="" type="checkbox"/> Avec recettes remplaçant	<input checked="" type="checkbox"/> Valider <input type="checkbox"/> Annuler <input type="checkbox"/> Aide
<input checked="" type="checkbox"/> 02 - Enregistrer les remboursements Tiers payants	<input checked="" type="checkbox"/> Pointer les patients <input type="checkbox"/> Sur Banque B2	
<input type="checkbox"/> 03 - Transférer les noms des patients en minuscule	<input type="checkbox"/> Sans son prénom	
<input type="checkbox"/> 04 - Imprimer automatiquement le ticket de l'assuré après la saisie de la feuille de soins <input type="checkbox"/> 05 - Imprimer directement le ticket de l'assuré sur l'Ordonnance papier habituelle		
<input checked="" type="checkbox"/> 06 - Laisser la fenêtre automatiquement en arrière-plan lors de la saisie de la feuille de soins <input checked="" type="checkbox"/> 08 - Ne pas proposer la pré-saisie de la date de Prescription <input checked="" type="checkbox"/> 09 - Ne pas proposer la pré-saisie de l'Entente préalable <input type="checkbox"/> Pas d'Entente Préalable <input type="checkbox"/> 10 - Vérifier la date système comme étant la date du jour <input type="checkbox"/> 11 - Utilisation d'un Lecteur Vitale Portable <input type="checkbox"/> 12 - Utilisation d'un lecteur de carte de type PC/SC		
<input checked="" type="checkbox"/> 13 - Utiliser un autre mode de règlement que chèque par défaut <input type="text" value="CARTE"/>		
<input type="checkbox"/> 14 - Sélectionner le code acte sur un double-clic de la souris <input checked="" type="checkbox"/> 15 - Pas d'accident par défaut <input checked="" type="checkbox"/> 16 - Ne pas signaler les références médicales opposables <input type="checkbox"/> 17 - Ne pas afficher de messages à la fin de la sécurisation de la feuille de soins <input type="checkbox"/> 18 - Feuilles de soins réalisées en maison médicale de garde <input type="checkbox"/> 19 - Toujours sélectionner la première convention par défaut		
<input checked="" type="checkbox"/> 20 - Activer la gestion de la Classification Commune des Actes médicaux - CCAM <input type="checkbox"/> 21 - Utilisation de la CCAM Hors référentiel Sesam-vitale <input type="checkbox"/> 22 - Activer la gestion de la tarification des organismes complémentaires STS <input checked="" type="checkbox"/> 23 - Ne pas afficher les diagnostics de niveau 1 des modules STS		
<input checked="" type="checkbox"/> 24 - Procédure de facturation TPI ACS par défaut <input type="text" value="Coordonné par l'AMO"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> 25 - Toujours activer le tiers payant ALD / Maternité		
<input type="checkbox"/> 26 - Tiers Payant partie Obligatoire (TP AMO) <input type="checkbox"/> 27 - Tiers Payant partie Complémentaire (TP AMC)		

- Cochez case n°01 **"Mise à jour simultanée des recettes journalières dans AFFID Standard"**

Si vous voulez transférer automatiquement vos prestations vers AFFID Standard.

- Cochez case **"Avec recettes remplaçant"**

Si vous voulez transférer les recettes du Remplaçant dans la comptabilité du praticien.

- Cochez case n°02 **"Enregistrer les remboursements tiers payants"**

Si vous voulez enregistrer automatiquement vos virements tiers payants dans les recettes centralisées du logiciel AFFID Standard.

- Cochez case **"Pointer les patients"**

Si vous voulez cocher automatiquement lors des retours NOEMIE vos patients dans AFFID Standard.

- Cochez case **"Sur Banque B2"**

Si vous voulez enregistrer et pointer sur la deuxième banque vos tiers payants.

- Cochez case n°04 **"Imprimer automatiquement le ticket de l'assuré après la saisie de la feuille de soins"**

Si vous voulez imprimer automatiquement et systématiquement le ticket de l'assuré après la saisie de la feuille de soins.

- Cochez case n°05 **"Imprimer directement le ticket de l'assuré sur l'Ordonnance papier habituelle"**

Si vous voulez imprimer le ticket sur votre ordonnance habituelle (*insertion dans l'imprimante*).

- Cochez case n°06 **"Laisser la fenêtre principale en arrière plan lors de la saisie de la feuille de soins"**

Si vous voulez voir en arrière plan la liste des autres feuilles de soins déjà saisies.

- Cochez case n°07 **"Ne pas proposer la sélection du patient lors de la lecture de la carte vitale"**

Si vous voulez que le titulaire de la carte vitale soit toujours sélectionné par défaut.

- Cochez case n°08 **"Ne pas proposer la pré-saisie de la date de prescription"**

Si vous voulez que la date de prescription soit par défaut toujours la date du jour.

- Cochez case n°09 **"Ne pas proposer la pré-saisie de l'entente préalable"**

Si vous voulez que la fenêtre de saisie de l'entente préalable ne soit pas activée.

- Cochez case n°11 **"Utilisation d'un lecteur vitale portable"**

Si vous possédez une licence AFFID Vitale TLA pour la réalisation des feuilles de soins en visite.

- Cochez case n°12 **"Utilisation d'un lecteur vitale de type PC/SC"**

Si vous possédez un lecteur de carte vitale PC/SC.

- Cochez case n°13 **"Utiliser un autre mode de règlement que chèque par défaut"**

Si vous souhaitez un autre mode de règlement par défaut que Chèque.

- Cochez case n°14 **"Sélectionner le code acte sur un double clic de la Souris"**

Si vous voulez saisir rapidement vos actes dans la feuille de soins par un double clic gauche de la Souris.

- Cochez case n°15 **"Pas d'accident par défaut"**

Si vous ne voulez pas préciser à chaque feuille de soins l'option « sans accident de vie privée ».

- Cochez case n°16 **"Ne pas signaler les références médicales opposables"**

Si vous voulez que les références médicales opposables ne soit pas activée.

- Cochez case n°17 **"Ne pas afficher de messages à la fin de la sécurisation de la feuille"**

de soins"

Si vous voulez que la fenêtre de saisie de l'entente péalable ne soit pas activée.

- Cochez case n°20 "**Activer la gestion de la classification Commune des Actes Médicaux -CCAM**"

Si vous voulez utiliser les actes de la CCAM

- Cochez case n°21 "**Activer la gestion de la tarification des organismes complémentaire STS**"

Si vous voulez activer l'assistant de tarification pour la part complémentaire.

- Cochez case n°22 "**Ne pas afficher les diagnostics de niveau 1 des modules STS**"

Si vous voulez masquer les messages intermédiaires de contrôle des tarifications.

- Cochez case n°23 "**Procédure de facturation du TPi ACS par défaut**"

Si vous voulez que le tier payant pour les ACS soit géré dans la totalité (part obligatoire et complémentaire) par l'Assurance Maladie sélectionner « Coordonnée par l'AMO ». Pour toutes les cartes Vitale ACS à jour, le tiers payant sera automatiquement géré par l'assurance maladie.

- Cochez case n°24 "**Toujours activer le tiers payant ALD/Maternité**"

Si vous voulez que le tier payant pour les ALD et les Maternités soit géré automatiquement sur la part obligatoire.

- Cochez case n°25 "**Tiers payant partie obligatoire (TP AMO)**"

Si vous voulez que le tier payant soit activé par défaut sur la part obligatoire.

- Cochez case n°26 "**Tiers payant partie complémentaire (TP AMC)**"

Si vous voulez que le tier payant soit activé par défaut sur la part complémentaire.

Cliquez sur le bouton  pour confirmer la personnalisation de la feuille de soins.

4.7 Définition du PMSS

Le PMSS correspond au Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

Ce plafond sert de base d'assiette de calcul de divers remboursements de contrats de mutuelle santé comme l'optique notamment et d'autres frais.

Le plafond annuel de sécurité sociale 2018 est fixé à 39732€ au 1er janvier 2018.

Le montant du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale est à 3311 euros pour 2018.

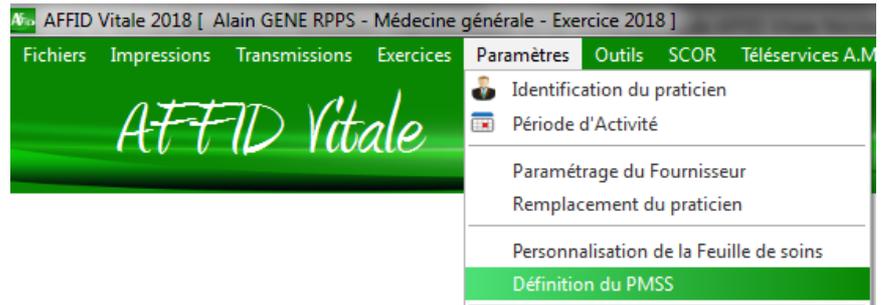
Les plafonds de sécurité sociale PMSS 2018 (plafonds SS) sont fixés aux montants suivants (plafonds horaire, journalier, mensuel et trimestriel)

- Plafond horaire de sécurité sociale : 25 euros en 2018
- Plafond journalier de sécurité sociale : 182 euros en 2018
- Plafond mensuel de sécurité sociale PMSS 2015: 3 311 euros en 2018
- Plafond trimestriel de sécurité sociale : 9 933 euros en 2018
- Plafond annuel de sécurité sociale : 39 732 euros en 2018

Exemple: si votre mutuelle santé rembourse 10 % du PMSS 2018 pour vos montures , cela signifie que vous serez remboursés de 331.10 euros pour vos montures de lunettes en 2018.

Ce plafond peut être saisi dans AFFID Vitale :

- Cliquez sur le menu **Paramètres/Définition du PMSS**

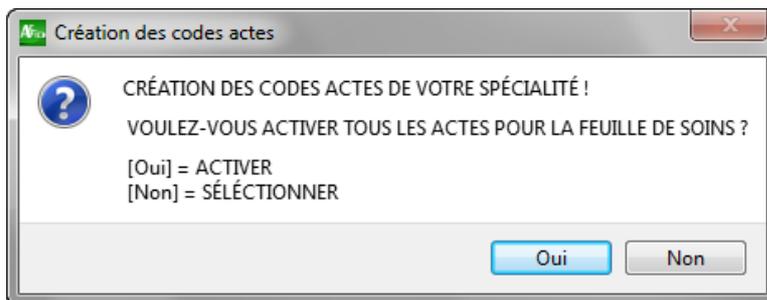


4.8 Personnalisation des prestations

4.8.1 Paramétrage des prestations de la nomenclature générale (NGAP)

Les actes de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) sont créés automatiquement par le logiciel en fonction de la spécialité du Professionnel de Santé. Les valeurs des lettres clés et tarifs applicables sont à renseigner obligatoirement par le Professionnel de Santé avant la gestion des feuilles de soins électroniques.

Lors de l'initialisation du logiciel, un message propose l'activation des codes actes pour la feuille de soins électronique :

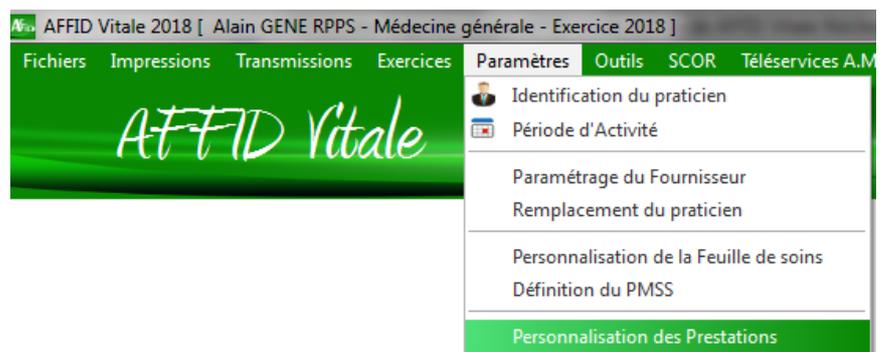


Préparamètre par défaut tous les codes actes NGAP dans le menu de la feuille de soins électronique.

N'active aucun acte dans le menu de la feuille de soin.

Le professionnel de santé choisira uniquement les prestations qu'il souhaite utiliser dans la feuille de soins à partir du menu personnalisation des prestations.

- Cliquez sur le menu **Paramètres/Personnalisation des prestations**



AFFID Vitale 2018 [Alain GENE RPPS - Médecine générale - Exercice 2018]

Echiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils SCOR Téléservices A.M. Aide PRATICIENS

Personnalisation des Prestations

Alain GENE RPPS - Exercice 2018

Retour Info Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Trier Dupliquer Imprimer Envoyer Praticien Agenda Lecteur

Actif	Prestation	Libellé	Montant	Base de remb.	Perso	Lettre clé
	APC	Avis ponctuel de consultant du médecin	50.00 €	50.00 €		APC
	APU	Avis ponctuel de consultant réalisé par les professeurs des universités-praticien...	69.00 €	69.00 €		APU
	APV	Avis ponctuel de consultant du médecin en visite	50.00 €	50.00 €		APV
	C	Consultation	23.00 €	23.00 €		C
	CA	Consultation approfondie	26.00 €	26.00 €		CA
✓	CCP	Consultation de Contraception et de Prévention	46.00 €	46.00 €		CCP
✓	CCX	Consultation Complexe Enfants (pour transposition)	46.00 €	46.00 €		CCX
✓	COE	Consultation obligatoire enfant	46.00 €	46.00 €		COE
✓	CRD	Majoration astreinte dimanche sur la consultation	26.50 €	26.50 €		CRD
✓	CRM	Majoration astreinte milieu de nuit sur la consultation	51.50 €	51.50 €		CRM
✓	CRN	Majoration astreinte nuit sur la consultation	42.50 €	42.50 €		CRN
✓	CRS	Majoration consultation régulée samedi après-midi	26.50 €	26.50 €		CRS
	CS	Consultation spécialiste	23.00 €	23.00 €		CS
✓	CSO	Consultation de Suivi de l'Obésité	46.00 €	46.00 €		CSO
	CST	Complément surveillance thermique	10.00 €	10.00 €		CST
	DEQP003	Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations	14.26 €	14.26 €		ATM
	DHT	Dépassement d'Honoraires en Tiers Payant	0.00 €	0.00 €		DHT
✓	ECG	G+DEQP003	39.26 €	39.26 €	[+]	0
	FHV	Forfait honoraires de ville	50.00 €	50.00 €		FHV
	FMV	Forfait médicament de ville	87.92 €	87.92 €		FMV
	FPE	Forfait pédiatrique	5.00 €	5.00 €		FPE
✓	FROTTIS	G+JKHD001	37.46 €	37.46 €	[+]	0
	FSD	Forfait de securite dermatologique	40.00 €	40.00 €		FSD
✓	G	Consultation medecine generale	25.00 €	25.00 €		G
✓	G+CRD	G+CRD	51.50 €	51.50 €	[+]	0
✓	G+CRS	G+CRS	51.50 €	51.50 €	[+]	0
✓	G+F	Consultation medecine generale	44.06 €	44.06 €		G
✓	G+MCG	G+MCG	30.00 €	30.00 €	[+]	0

Choix du filtre: Actif [] Supprimer le filtre

Les prestations actives proposées en liste dans la feuille de soins électronique sont signalées par une coche (Le clic souris directement dans la colonne, active ou désactive la prestation).

Lors de l'élaboration des feuilles de soins, seuls les actes actifs sont proposés directement dans la feuille (il est possible d'ajouter des actes de manière ponctuelle sans les encoder dans la liste).

Feuille de soins électronique

N° 20

Feuille de soins

Utilisation du service ADRI à transmettre
Sécurisation TLA
Désynchroniser

Date: 31/07/2018

Médecin (Art. R. 161.40 et suivants du code de la sécurité sociale)

Bénéficiaire des soins et assuré(e)
Bénéficiaire: SPECIMEN CARTE CONRAD
Organisme de rattachement: 01 - Régime général

Médecin
Monsieur GENE RPPS ALAIN
Médecine générale
Conventionne
99 1 12023 9 CAB : 0 ZID : 20 ZIK : 02 CPS
Situation N°1 : Zone B sans ID - Avec Indemnité Kilométrique de montagne - Avec agrément DA

Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins

Tiers Payant (HORS) Pas d'accident Prescription Exonération
 Complémentaire Accident Droit Commun Pièce justificative Soins Médicaux Gratuits
 Conventions Accident du travail Attestation papier Victime d'attentat
 Date de référence Maternité Carnet médical Parcours de soins

Date d'exécution: 31/07/2018

Actes effectués

éléments de tarification

Date	Acte	Mnt	Compl.	Qualif.	Exo	Taux	Amo	Amc	Code Asso
31/07/2018	G	25.00				0.00	0.00	0.00	

Acte(s) Facturé(s)

Règlement en Euro

Règlement: CHQ - Chèque
Nombre: 1
Part assuré:
Total facture: 25.00
Part obligatoire:
Montant reçu:
Part complémentaire:
Nom payeur: CARTE MARIE-AMELIE
Remarque:
Tiers payant:

Validé Annuler Aide Suivant

Liste des actes activés pour la feuille de soins

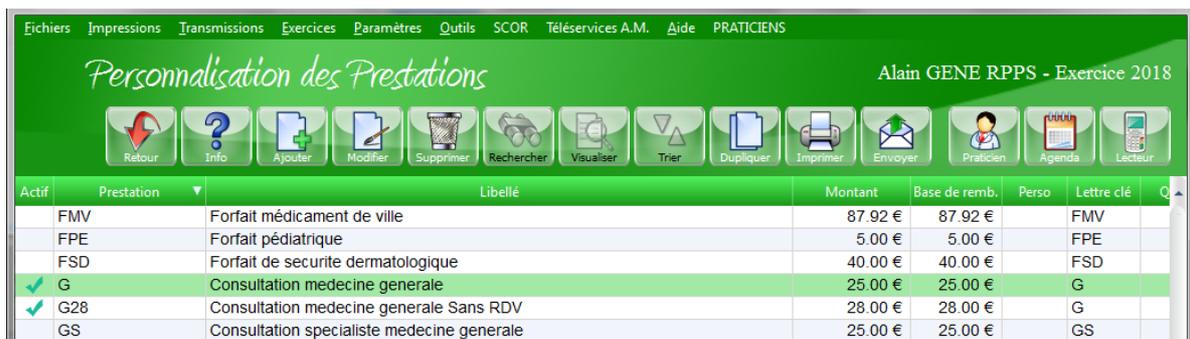
- CSO
- ECG
- FROTTIS
- G
- G+CRD
- G+CRS
- G+F
- G+MCG
- G+MEG
- G+MM
- G+U
- TCG
- ID
- IK

Modification d'une prestation existante

ATTENTION : Ce type de modification ne concerne que les praticiens exerçant dans les DOM/TOM (Tarifs majorés) et autres cas d'exception (professels de santé devant paramétrer leurs actes avec la nomenclature LPP).

Un changement de tarif non conforme à la codification NGAP, génère automatiquement un rejet par les caisses des feuilles de soins électroniques.

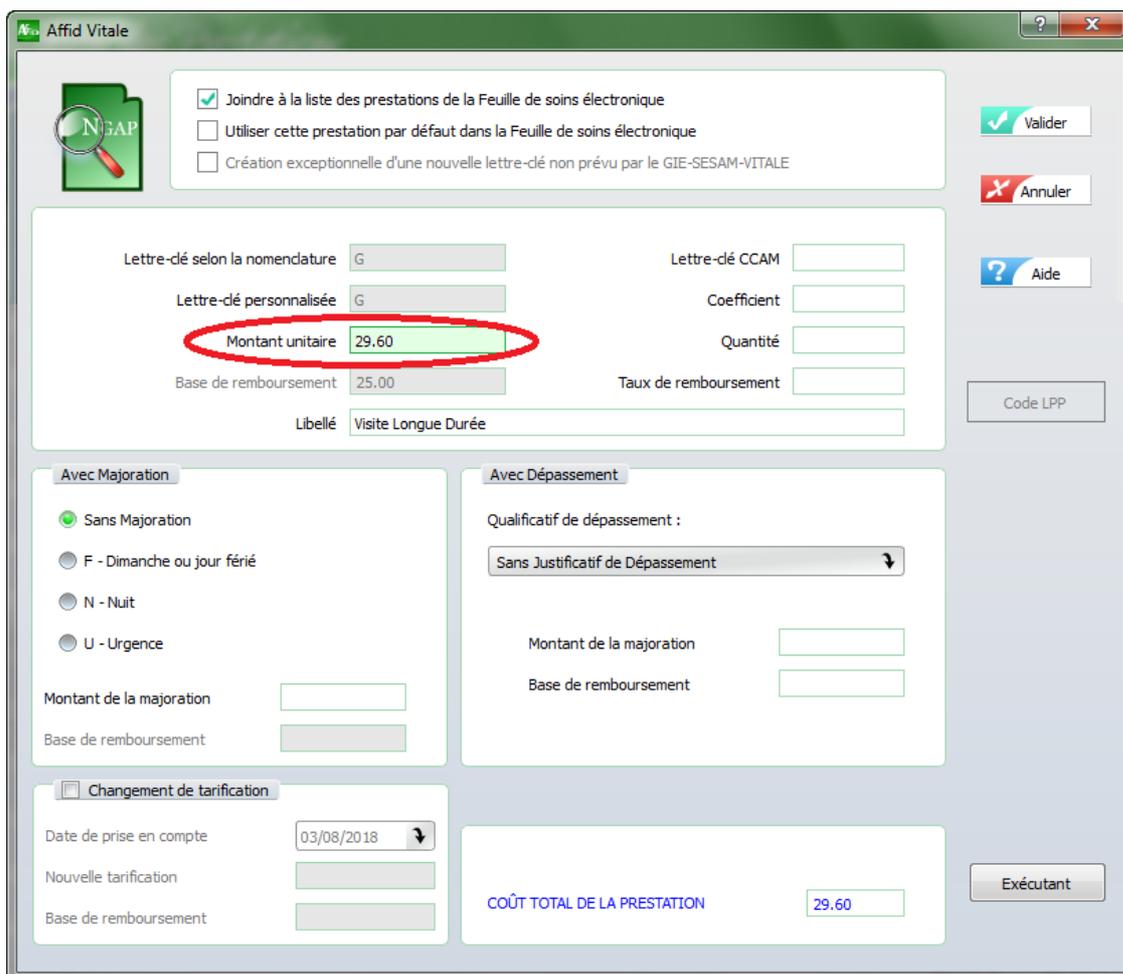
Sélectionnez la prestation à modifier dans la liste



Actif	Prestation	Libellé	Montant	Base de remb.	Perso	Lettre clé
	FMV	Forfait médicament de ville	87.92 €	87.92 €		FMV
	FPE	Forfait pédiatrique	5.00 €	5.00 €		FPE
	FSD	Forfait de securite dermatologique	40.00 €	40.00 €		FSD
✓	G	Consultation medecine generale	25.00 €	25.00 €		G
✓	G28	Consultation medecine generale Sans RDV	28.00 €	28.00 €		G
	GS	Consultation specialiste medecine generale	25.00 €	25.00 €		GS



Cliquez sur le bouton  ou faites **F3-Modifier**



Affid Vitale

Joindre à la liste des prestations de la Feuille de soins électronique
 Utiliser cette prestation par défaut dans la Feuille de soins électronique
 Création exceptionnelle d'une nouvelle lettre-dé non prévu par le GIE-SESAM-VITALE

Lettre-dé selon la nomenclature: Lettre-dé CCAM:

Lettre-dé personnalisée: Coefficient:

Montant unitaire: Quantité:

Base de remboursement: Taux de remboursement:

Libellé:

Avec Majoration

Sans Majoration
 F - Dimanche ou jour férié
 N - Nuit
 U - Urgence

Montant de la majoration:
 Base de remboursement:

Avec Dépassement

Qualificatif de dépassement :

Montant de la majoration:
 Base de remboursement:

Changement de tarification

Date de prise en compte:
 Nouvelle tarification:
 Base de remboursement:

COÛT TOTAL DE LA PRESTATION:

Buttons: Valider, Annuler, Aide, Code LPP, Exécutant

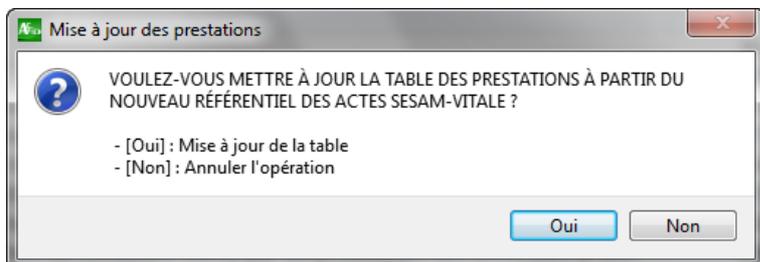
Cliquez sur la zone **Montant unitaire** et tapez le nouveau tarif à prendre en compte

Confirmez la modification en cliquant sur le bouton 

Pour étendre la modification du tarif à toutes personnalisations et/ou associations dont l'acte fait partie : et actualiser tous les montants :



Cliquez sur



Validez par **Oui** (actualise tous les montants)

ou

Annulez par **Non**

Création et personnalisation d'une prestation liée à vos habitudes de travail :

Il est déconseillé de modifier les codes NGAP de base initialisés au démarrage du logiciel. Ceux-ci peuvent être dupliqués pour être personnalisés.

Sélectionnez l'acte de base à personnaliser dans la liste au niveau de sa lettre-clé.



Cliquez sur le bouton **Dupliquer** ou faites **F8-Copier**

Saisissez dans la zone **Lettre-clé personnalisée** un code personnel lié à l'acte.

=> Si avec coefficient, saisissez-le dans la zone **Coefficient**

=> Si avec une quantité, saisissez-la dans la zone **Quantité**
(quantité : nombre de prestations identiques effectuées le même jour)

=> Si majoration, cochez l'option **F - Dimanche** ou **jour férié** et tapez le montant de la majoration

=> Si dépassement, cochez l'option **E-Exigence** ou autre et tapez le montant du dépassement

Le coût total de la prestation est calculé en fonction des paramètres saisis.

Confirmez la personnalisation en cliquant sur le bouton **Valider**

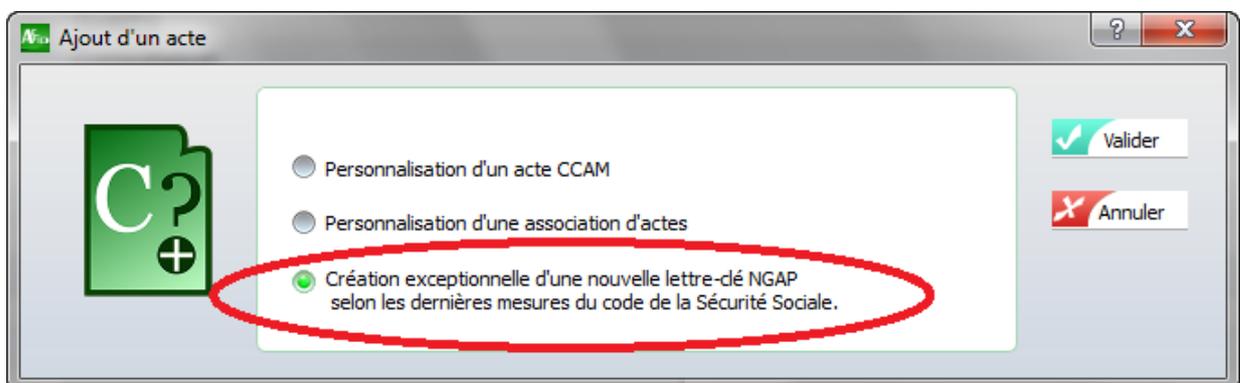
La **lettre-clé personnalisée** sera utilisée à titre personnel pour la gestion visuelle de vos prestations dans les feuilles de soins. Le logiciel transmettra aux caisses seulement la lettre-clé d'origine de la **prestation selon la nomenclature**.

Création d'une prestation selon la nouvelle nomenclature (NGAP) :

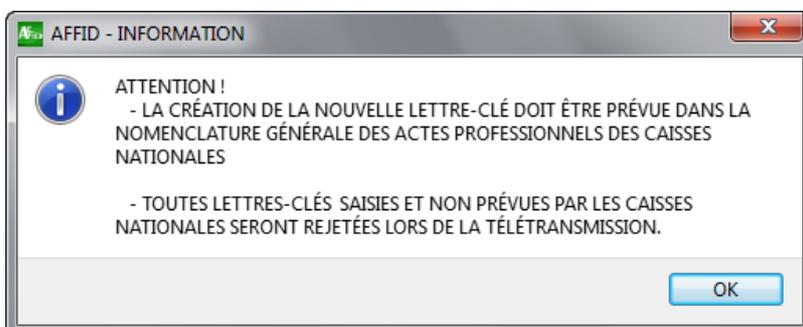
Depuis le menu personnalisation des prestations.



Cliquez sur le bouton **Ajouter** ou faites **F2-Ajouter**



Cochez l'option **Création exceptionnelle d'une nouvelle lettre-clé NGAP...**



Validez le message d'avertissement pour accéder à la création

The screenshot shows the 'Affid Vitale' software interface for creating a new act code. The interface is divided into several sections:

- Top Section:** Includes a 'NGAP' logo and three checkboxes:
 - Joindre à la liste des prestations de la Feuille de soins électronique
 - Utiliser cette prestation par défaut dans la Feuille de soins électronique
 - Création exceptionnelle d'une nouvelle lettre-clé non prévu par le GIE-SESAM-VITALE
- Form Fields:**
 - Lettre-clé selon la nomenclature:** A text input field.
 - Lettre-clé personnalisée:** A text input field, highlighted with a red box.
 - Montant unitaire:** A text input field, highlighted with a red box.
 - Lettre-clé CCAM:** A text input field.
 - Coefficient:** A text input field with the value '1'.
 - Quantité:** A text input field.
 - Base de remboursement:** A text input field.
 - Taux de remboursement:** A text input field with the value '70'.
 - Libellé:** A text input field, highlighted with a red box.
- Buttons:** 'Valider' (green), 'Annuler' (red), 'Aide' (blue), and 'Exécutant' (white).
- Additional Sections:**
 - Avec Majoration:** Includes radio buttons for 'Sans Majoration' (selected), 'F - Dimanche ou jour férié', 'N - Nuit', and 'U - Urgence'. It also has input fields for 'Montant de la majoration' and 'Base de remboursement'.
 - Avec Dépassement:** Includes a dropdown menu for 'Qualificatif de dépassement' (set to 'Sans Justificatif de Dépassement') and input fields for 'Montant de la majoration' and 'Base de remboursement'.
 - Changement de tarification:** Includes a checkbox, a date field 'Date de prise en compte' (set to '03/08/2018'), and input fields for 'Nouvelle tarification' and 'Base de remboursement'.
 - COÛT TOTAL DE LA PRESTATION:** A text input field.

- Saisir le code de l'acte à créer dans la zone **Lettre-clé personnalisée** celui-ci sera automatiquement reporté dans la zone **Lettre-clé selon la nomenclature**
- Saisir le tarif de l'acte dans la zone **Montant unitaire**
- Modifier le coefficient et le taux de remboursement si l'acte est soumis à une réglementation exceptionnelle
- Saisir son libellé de l'acte dans la zone **Libellé** (factultatif)

 **Valider** pour confirmer la création de nouveau code acte

4.8.2 Paramétrage des codes actes CCAM

Si vous utilisez la codification CCAM : lors de l'installation de votre mise à jour cochez « Activer la gestion de la Classification Commune des Actes Médicaux – CCAM »



Les tables CCAM sont fournies par le GIE/SESAM-VITALE. Les prix indiqués dans cette documentation correspondent aux référentiels de Juillet 2017. La remise à niveau de ces référentiels rentre dans le cadre du contrat d'assurance et de maintenance annuelle et s'effectue par téléchargement sur le site : www.affid.com

Menu Paramètres / Personnalisation de la feuille de soins

Personnalisation Feuille de soins

01 - Mise à jour simultanée des recettes journalières dans AFFID Standard Avec recettes remplaçant
 02 - Enregistrer les remboursements Tiers payants Pointer les patients
 03 - Transférer les noms des patients en minuscule Sans son prénom Sur Banque B2

04 - Imprimer automatiquement le ticket de l'assuré après la saisie de la feuille de soins
 05 - Imprimer directement le ticket de l'assuré sur l'Ordonnance papier habituelle

06 - Laisser la fenêtre automatiquement en arrière-plan lors de la saisie de la feuille de soins
 07 - Ne pas proposer la sélection du patient lors de la lecture de la carte vitale
 08 - Ne pas proposer la pré-saisie de la date de Prescription
 09 - Ne pas proposer la pré-saisie de l'Entente préalable Pas d'Entente Préalable
 10 - Vérifier la date système comme étant la date du jour
 11 - Utilisation d'un Lecteur Vitale Portable

12 - Activer automatiquement le mode Tiers payant dans la feuille de soins
 13 - Utiliser un autre mode de règlement que chèque par défaut
 14 - Sélectionner le code acte sur un double-clic de la souris
 15 - Pas d'accident par défaut
 16 - Ne pas signaler les références médicales opposables
 17 - Ne pas afficher de messages à la fin de la sécurisation de la feuille de soins
 18 - Feuilles de soins réalisées en maison médicale de garde
 19 - Toujours sélectionner la première convention par défaut

20 - Activer la gestion de la Classification Commune des Actes médicaux - CCAM
 21 - Activer la gestion de la tarification des organismes complémentaires STS
 22 - Ne pas afficher les diagnostics de niveau 1 des modules STS

23 - Procédure de facturation TPI ACS par défaut

Pour ceux qui n'utilisent pas la codification CCAM, nous vous conseillons de **ne pas l'activer** dans un premier temps car elle nécessite un paramétrage spécifique et vous devez vous assurer de la **compatibilité de votre lecteur**. Ce paramétrage doit-être effectué en connaissant la codification et les tarifs applicables aux actes techniques les plus fréquents.

Pour connaître la codification CCAM selon votre spécialité et votre secteur d'activité vous devez prendre contact avec votre correspondant SESAM VITALE ou vos organismes professionnels.

Un code acte CCAM peut toujours être recherché et utilisé au moment de l'élaboration d'une feuille de soins. Les caractéristiques de tarification et d'utilisation avec d'autres actes sont alors saisis directement (modificateur et actes associés).

Pour certains actes exceptionnels cette méthode est acceptable, mais pour les actes ou association d'actes courants il est préférable de les intégrer au préalable dans votre liste des prestations AFFID avec un code de travail plus explicite.

Pour mettre en place une codification AFFID les étapes sont les suivantes :

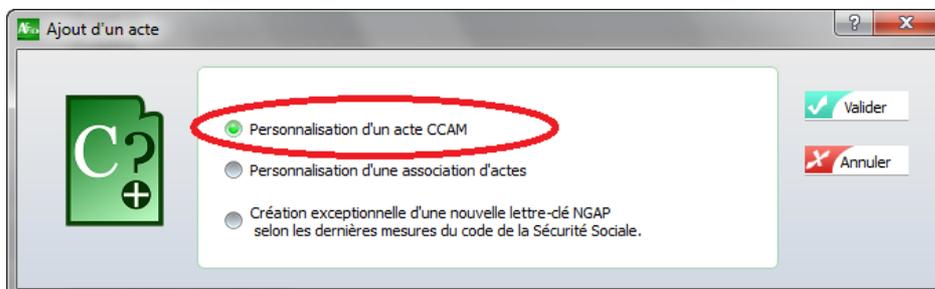
- A** – Rechercher les codes actes CCAM que vous utiliserez le plus souvent et les intégrer dans la personnalisation des prestations AFFID
- B** – Dupliquer éventuellement un code CCAM qui a des conditions de facturation différentes selon le contexte
- C** – Personnaliser avec un code de travail AFFID un code simple ou une association d'actes CCAM avec les dépassements éventuels

Recherche et intégration d'un acte à partir du référentiel CCAM

Pour intégrer un acte CCAM :

Depuis le menu personnalisation des prestations :

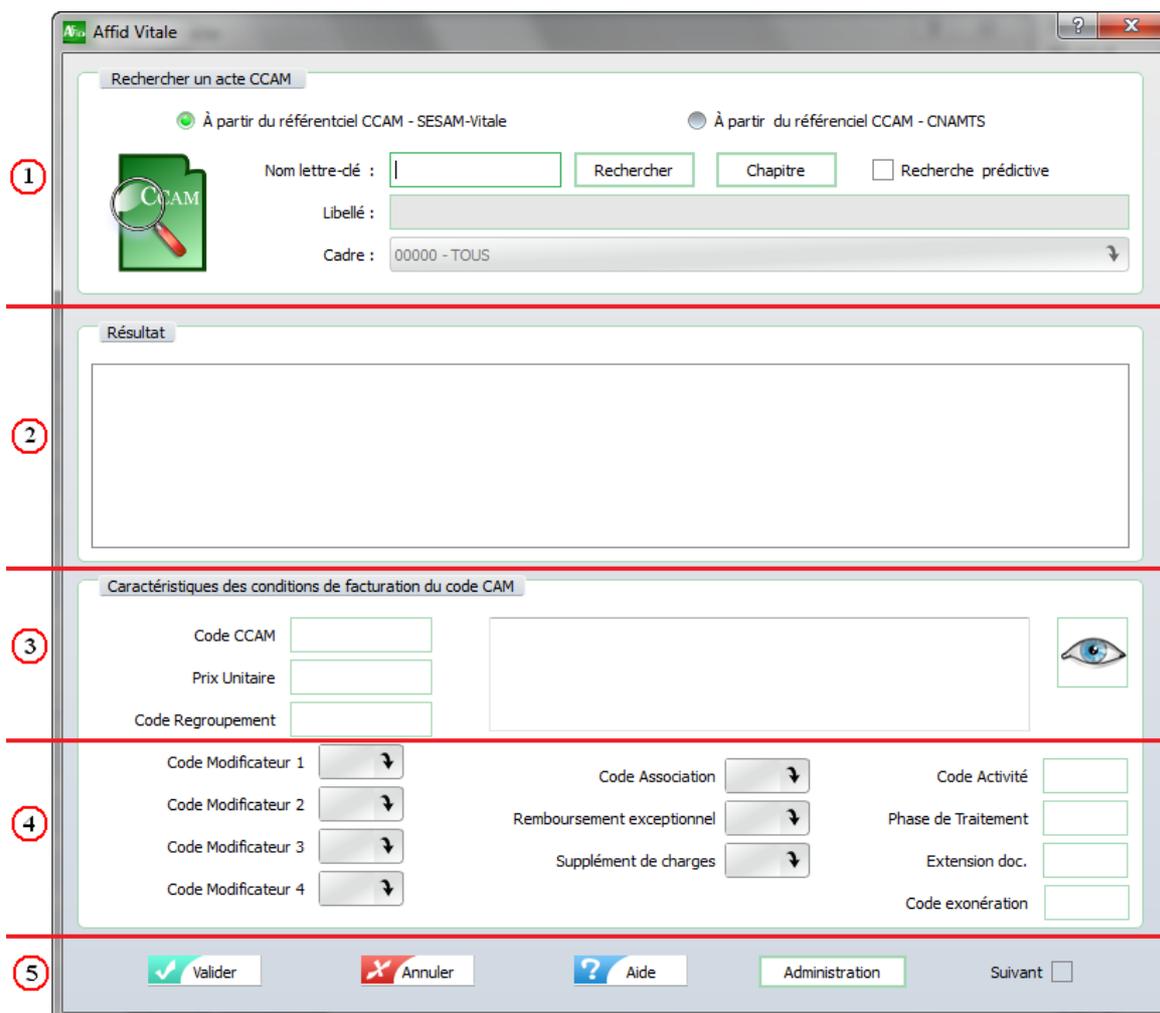
Cliquez sur le bouton  ou faites **F2-Ajouter**



Cochez l'option **Personnalisation d'un acte CCAM**

L'écran de personnalisation des actes CCAM se découpe en 5 zones :

1. Recherche
2. Résultat et sélection de l'acte recherché
3. Règles d'utilisation
4. Modalités de facturation
5. Options de sélection



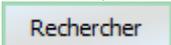
1. Recherche

Vous avez plusieurs possibilités pour rechercher un acte dans la CCAM.
Cette recherche peut s'effectuer sur :

Référentiel CCAM CNANTS : ce glossaire contient la totalité des actes de la base nationale CCAM (7200 actes)

Référentiel CCAM SESAM-Vitale: ce glossaire contient uniquement les actes réalisés en médecine de ville (3500 actes)

- **A partir des familles de code CCAM**

Dans le champ "Code", saisir les n premières lettres (1 à 4 caractères) du code de l'acte, cliquez le bouton  ou faites Entrée.

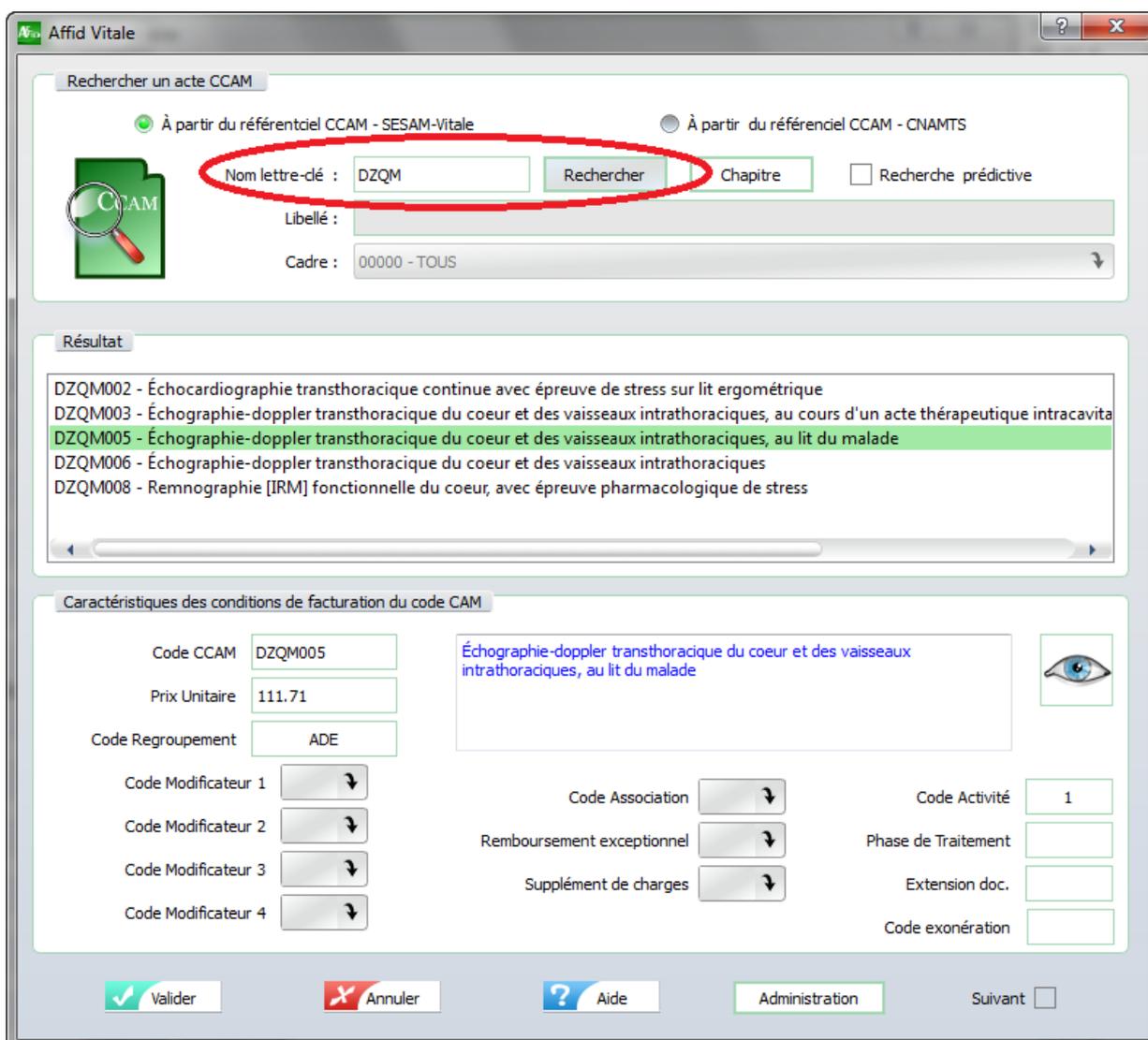
Le logiciel affiche l'ensemble des actes commençant par les mêmes lettres. (Pour connaître les familles de codes actes spécifiques à votre spécialité et secteur d'activité vous devez demander la liste à votre correspondant SESAM VITALE ou à vos organismes professionnels)

Exemple : recherche à partir du code CCAM

Toujours effectuer les recherches dans un premier temps « A partir du référentiel CCAM – SESAM-Vitale »

Recherche : de l'acte « **DZQM** » et sélection de l'acte DZQM0005

« Echographie-doppler... » par un double-clic dans la partie résultat.



Affid Vitale

Rechercher un acte CCAM

À partir du référentiel CCAM - SESAM-Vitale
 À partir du référentiel CCAM - CNAMTS

Nom lettre-clé :

 Recherche prédictive

Libellé :

Cadre :

Résultat

DZQM002 - Échocardiographie transthoracique continue avec épreuve de stress sur lit ergométrique
 DZQM003 - Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au cours d'un acte thérapeutique intracavita
DZQM005 - Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
 DZQM006 - Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques
 DZQM008 - Remnographie [IRM] fonctionnelle du coeur, avec épreuve pharmacologique de stress

Caractéristiques des conditions de facturation du code CAM

Code CCAM
 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade

Prix Unitaire

Code Regroupement

Code Modificateur 1
 Code Association
 Code Activité

Code Modificateur 2
 Remboursement exceptionnel
 Phase de Traitement

Code Modificateur 3
 Supplément de charges
 Extension doc.

Code Modificateur 4
 Code exonération

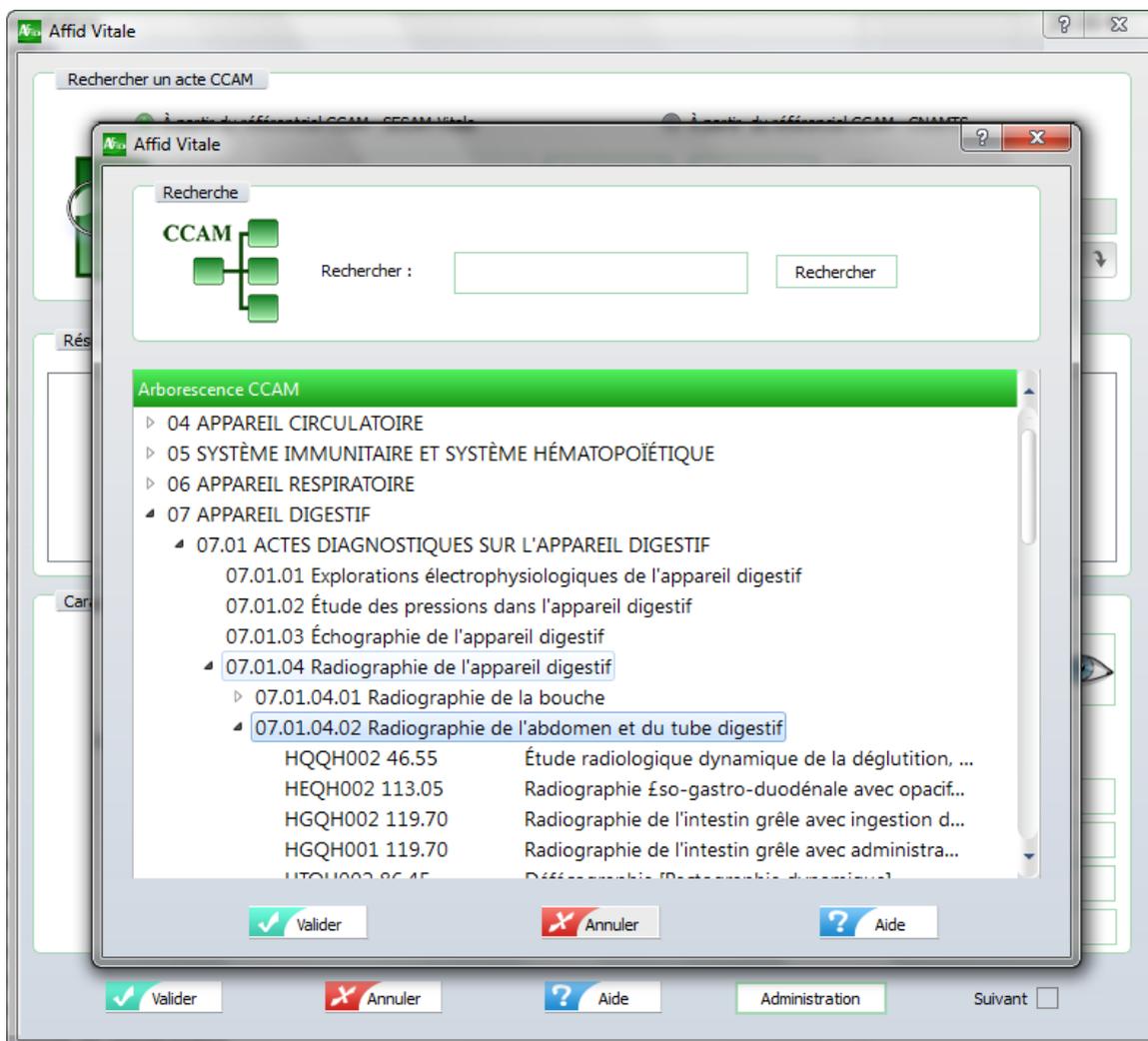
Suivant

- **A partir de l'arborescence générale CCAM**

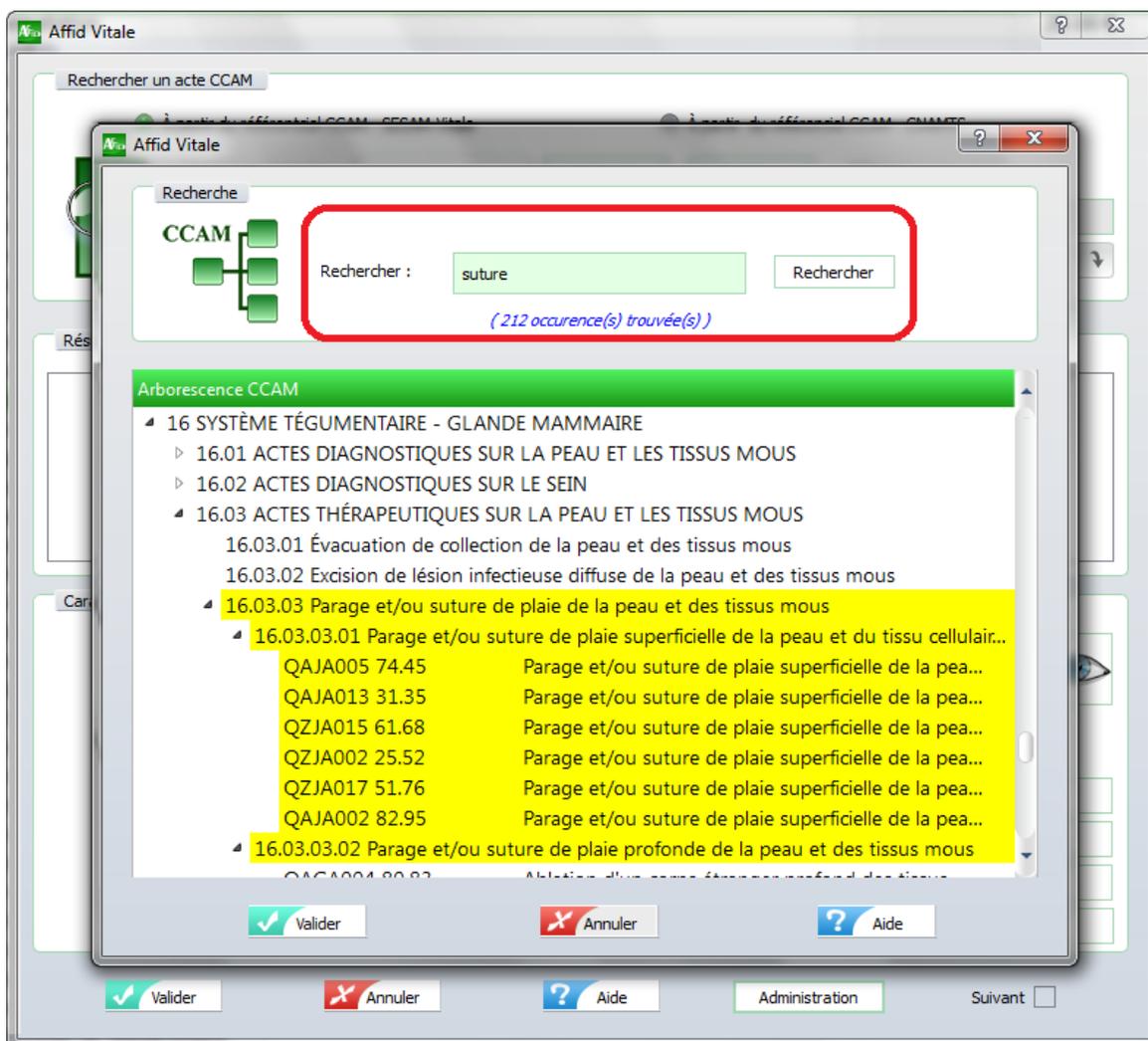
Cliquez sur le bouton :

Chapitre

Affichage du plan général de la CCAM par grands appareils :



Possibilité de chercher un acte en dépliant les chapitres et sous-chapitres par clic sur les puces des rubriques ▶ ou d'effectuer une recherche directement par occurrence dans la partie supérieure de la fenêtre.



Sélectionnez l'acte et cliquez sur le bouton  pour le rajouter dans la liste des prestations AFFID.

Lorsque vous aurez terminé la sélection des actes qui vous intéressent vous pourrez vérifier et personnaliser les conditions de facturation dans la liste de personnalisation des prestations

AFFID. (par les fonctions  ou touche **F3-Modifier** et  ou touche **F8-Dupliquer**)

 ou la touche Echap. pour sortir.

- **A partir de mots clés**

A partir du référentiel CCAM SESAM-Vitale :

Dans le champ "Libellé", saisir le mot-clé de l'acte recherché, cliquer sur le bouton  ou faire Entrée.

Le logiciel affiche l'ensemble des actes contenant le mot saisi dans les libellés.

Exemple : recherche à partir d'un mot-clé

Dans référentiel CCAM SESAM-Vitale

Recherche : du mot-clé «Suture» pour sélectionner l'acte BACA008 «Suture...»

Personnalisation d'un acte CCAM

Rechercher un acte CCAM

À partir du référentiel CCAM - SESAM-Vitale
 À partir du référentiel CCAM - CNAMTS

Nom lettre-clé :

 Recherche prédictive

Libellé :

Cadre :

2. Résultat de la recherche et sélection de l'acte CCAM à intégrer

Affichage du résultat de la recherche

Résultat

BACA002 - Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, sans atteinte du bord libre
 BACA003 - Suture partielle ou totale des bords libres des paupières supérieure et inférieure
 BACA005 - Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, avec atteinte du bord libre
BACA008 - Suture de plaie du sourcil
 BDCA001 - Suture d'une plaie non linéaire de la cornée
 BDCA003 - Suture d'une plaie linéaire non transfixiante de la cornée
 CAJA002 - Paraqe et/ou suture de plaie de l'auricule

Caractéristiques des conditions de facturation du code CAM

Code CCAM Suture de plaie du sourcil

Prix Unitaire

Code Regroupement

Code Modificateur 1

Code Modificateur 2

Code Modificateur 3

Code Modificateur 4

Code Association

Remboursement exceptionnel

Supplément de charges

Code Activité

Phase de Traitement

Extension doc.

Code exonération

Suivant

Sélectionnez l'acte en cliquant sur le libellé, ce qui entraîne l'affichage des caractéristiques, des conditions d'association et conditions de facturation du code acte dans la partie 3 de l'écran

Attention : Vérifiez tous ces paramètres dans les parties 3 et 4 de l'écran avant validation.

3. Règles d'utilisation

Visualisation détaillée



Le bouton  permet de voir le libellé long de l'acte CCAM avec la liste détaillée des caractéristiques et conditions d'association d'actes et de facturation.



4. Modalités de facturation

Chaque acte a un prix de base mais plusieurs paramètres peuvent intervenir pour le calcul définitif du montant d'une prestation :

- les codes modificateurs
- les associations de codes actes
- les codes remboursements exceptionnels
- les codes supplément de charges

Ces caractéristiques de facturation sont indiquées dans la visualisation détaillée (Partie 3 de l'écran) et peuvent être initialisées directement au niveau de l'acte.

Les codes Modificateurs :

Les modificateurs sont des informations associées à un libellé pour décrire et éventuellement valoriser une circonstance particulière de réalisation de l'acte. [\(Détail des valeurs monétaires et pourcentages des modificateurs, voir chapitre : Les annexes\)](#) ⁶⁵

Exemple : "Urgence, Nuit, Jours fériés, Enfant..."

Caractéristiques des conditions de facturation du code CAM

Code CCAM	DZQM006	Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques			
Prix Unitaire	96.49				
Code Regroupement	ADE				
Code Modificateur 1	<input type="button" value="v"/>				
Code Modificateur 2	<input type="button" value="v"/>	Code Association	<input type="button" value="v"/>	Code Activité	1
Code Modificateur 3	<input type="button" value="v"/>	Remboursement exceptionnel	<input type="button" value="v"/>	Phase de Traitement	<input type="text"/>
Code Modificateur 4	<input type="button" value="v"/>	Supplément de charges	<input type="button" value="v"/>	Extension doc.	<input type="text"/>
				Code exonération	<input type="text"/>

En fin de zone, un clic sur affiche la liste déroulante des codes modificateurs

E : Radiologie conventionnelle ou scanographie pa...
 F : Actes en urgence dimanche ou jour ferie
 G : Glaucome... patient < 1 an ; Extraction oeso ou ...
 H : Radiotherapie niveau 1
 J : Majoration transitoire de chirurgie
 L : Traitement fracture ou luxation ouverte
 M : Urgence cabinet medecin generaliste, pediatre ...
 N : Majoration acte de restauration tissus durs et/o...
 P : Acte realise en urgence par les pediatries, SF et ...
 Q : Radiotherapie niveau 2

Sélectionnez le code souhaité dans la liste

Vous pouvez aussi saisir directement le code au clavier dans la zone "Code Modificateur"

Les codes Associations d'actes :

Les associations non prévues, non prévisibles ou trop nombreuses à décrire, permettent de rembourser des associations d'actes non répertoriées, mais non exclues. ([Gestion des codes associations, voir chapitre : Les annexes](#))⁶⁵

Exemple : "1 – association non répertoriée même mode d'accès technique"

Caractéristiques des conditions de facturation du code CAM

Code CCAM	DZQM006	Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques			
Prix Unitaire	96.49				
Code Regroupement	ADE				
Code Modificateur 1	<input type="button" value="v"/>				
Code Modificateur 2	<input type="button" value="v"/>	Code Association	<input type="button" value="v"/>	Code Activité	1
Code Modificateur 3	<input type="button" value="v"/>	Remboursement exceptionnel	<input type="button" value="v"/>	Phase de Traitement	<input type="text"/>
Code Modificateur 4	<input type="button" value="v"/>	Supplément de charges	<input type="button" value="v"/>	Extension doc.	<input type="text"/>
				Code exonération	<input type="text"/>

En fin de zone, un clic sur affiche la liste déroulante des codes associations

1 : Acte de tarif le plus eleve, geste complementaire, supplement...
 2 : Acte associe facture a 50 % de sa valeur
 3 : Acte associe facture a 75 % de sa valeur
 4 : Acte specifique facture a 100 % de sa valeur
 5 : Acte facture a 100 % de sa valeur - cas particulier actes a des ...

Sélectionnez le code souhaité dans la liste

Vous pouvez aussi saisir directement le code au clavier dans la zone "Code Association"

Les codes Remboursements exceptionnels :

Pour chaque acte, la nomenclature précise : "remboursable, non remboursable, remboursable selon circonstances". Le Praticien pourra indiquer ou forcer le remboursement exceptionnel de l'acte non remboursable.

Exemple : "O – Remboursable"

Caractéristiques des conditions de facturation du code CAM

Code CCAM: DZQM006
 Prix Unitaire: 96.49
 Code Regroupement: ADE
 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques

Code Modificateur 1, 2, 3, 4: [dropdown arrows]

Code Association: [dropdown arrow]

Code Activité: 1

Remboursement exceptionnel: O (highlighted in red)

Supplément de charges: [dropdown arrow]

Phase de Traitement, Extension doc., Code exonération: [input fields]

En fin de zone, un clic sur  affiche la liste déroulante des codes Remboursement exceptionnel

...

N Acte non remboursable

O Acte remboursable

Sélectionnez le code souhaité dans la liste

Vous pouvez aussi saisir directement le code au clavier dans la zone "Remboursement exceptionnel"

Les codes Supplément de charges en cabinet :

L'indication de ce code sur la facture permet la facturation d'un montant de charges supplémentaires liées à l'exécution de l'acte en cabinet ou centre de santé à ajouter au prix unitaire de l'acte.

Exemple : "C – Supplément de Charges en Cabinet"

Caractéristiques des conditions de facturation du code CAM

Code CCAM: DZQM006
 Prix Unitaire: 96.49
 Code Regroupement: ADE
 Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques

Code Modificateur 1, 2, 3, 4: [dropdown arrows]

Code Association: [dropdown arrow]

Code Activité: 1

Remboursement exceptionnel: [dropdown arrow]

Supplément de charges: C (highlighted in red)

Phase de Traitement, Extension doc., Code exonération: [input fields]

En fin de zone, un clic sur  affiche la liste déroulante des codes Supplément de charges

...

C Supplément de charge en Cabinet

Sélectionnez le code souhaité dans la liste

Vous pouvez aussi saisir directement le code au clavier dans la zone "Supplément Charges"

5. Options sur sélection

 Confirme la personnalisation de l'acte CCAM sélectionné avec ses éventuelles conditions de et l'intègre dans la liste des prestations personnalisées

 Retourne à la liste personnalisée

 Affiche l'aide

Suivant Si coché permet d'enchaîner plusieurs personnalisations et intégrations d'actes sans repasser par l'écran personnalisation des prestations

Administration sert à consulter/modifier dans le référentiel SESAM-vitale, les valeurs liées à l'acte CCAM

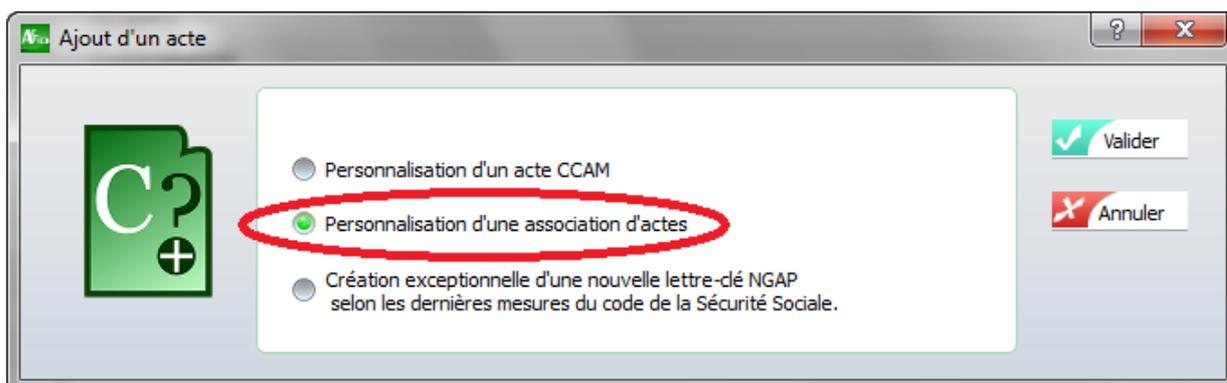
4.8.3 Paramétrage des codes actes en série

Vous pouvez personnaliser les prestations les plus souvent utilisées dans votre spécialité et associer plusieurs codes NGAP ou CCAM en respectant bien entendu les règles d'association.

Depuis le menu personnalisation des prestations



Cliquez sur le bouton  ou faites **F2-Ajouter**



Association de code NGAP :

Codification personnalisée : VG+MD

Libellé : Consultation en visite avec déplacement

Association : VG+MD

10.00€ - Majoration de déplacement Critères médicaux

Acte	Code Asso	Majoration	Dépassement	Montant total
1	VG	(non disponible)		25.00 €
2	MD	(non disponible)		10.00 €

MONTANT TOTAL (*) 35.00

Partie haute de l'écran :

Dans la zone **Codification personnalisée** attribuez votre code abrégé pour la série.
Remplir la zone Libellé si vous souhaitez pouvoir le visualiser lors de l'élaboration des FSE.

Partie médiane de l'écran :

Double-cliquez dans la liste (partie gauche de l'écran) sur le premier code acte de la série puis sur les actes suivants. Ceux-ci s'affichent dans la zone "liste des actes associés"

Si majoration, cliquez dans la case pour activer l'option **F-Dimanche** ou **N-Nuit...** sur le 1er code sélectionné.

Si dépassement, cochez l'option **E-Exigence** ou autre et tapez le montant du dépassement pour chaque code acte concerné.

Partie basse de l'écran :

- **Joindre à la liste des prestations de la FSE** doit être cochée si vous voulez utiliser ce code acte lors de l'élaboration de la feuille de soins électroniques (*indication dans la grille par ✓*).
- **Utiliser cette prestation par défaut dans la FSE** doit être cochée si vous voulez ajouter par défaut la prestation dans la feuille de soins électronique lors de sa création.

Confirmez la création en cliquant sur le bouton Valider

Association d'actes CCAM :

La procédure est la même que pour une association de code NGAP avec l'obligation de renseigner, dans la plupart des cas, les codes associations selon la réglementation de la facturation pour les actes techniques

Codification personnalisée : ECHODOPPLER
Libellé : Echographie-ECG

Filtre Tous

Liste des Actes associés

14.26€ - Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations Association : DZQM006+DEQP003

Acte	Code Asso	Majoration	Dépassement	Montant total
1 DZQM006	1	non disponible)		96.49 €
2 DEQP003	2	non disponible)		7.13 €

Ajouter Supprimer

Joindre à la liste des prestations de la Feuille de soins électronique
 Utiliser cette prestation par défaut dans la feuille de soins électronique

MONTANT TOTAL (*) 103.62

Valider Annuler Aide



Permet de rechercher un code acte non proposé dans la liste dans le référentiel CCAM

Un code association doit s'appliquer pour chaque acte de l'association.

A chaque code correspond un pourcentage qui s'applique au tarif de l'acte, majoré des modificateurs éventuels quand ils sont en pourcentage ; ce pourcentage ne s'applique pas aux modificateurs en valeur monétaire.

Cas général : l'association de deux actes, le 1er à 100% et le 2ème à 50%

Saisir dans le champ "Code(s) Association(s)" **1** pour le 1er Code CCAM et **2** pour le 2ème code CCAM (code 1=>100% et code 2=>50%)

Correspondance des codes associations ([Voir chapitre : Les annexes](#) ⁶⁵)

4.8.4 Personnalisation d'un code CCAM ou NGAP



Vous ne pouvez pas ajouter à votre liste d'actes personnalisés plusieurs fois le même code acte avec des modificateurs différents, le dernier acte validé écrasera le précédent.

Pour effectuer cette opération, il faut personnaliser les lettres-clés des codes. Partir de la liste des actes personnalisés

AFFID Vitale 2017 [Jean PLAQUETTE RPPS - Anato-mo-cyto-pathologie - Exercice 2018]

Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils SCOR Téléservices A.M. Aide PRATICIENS

Personnalisation des Prestations

Retour Info Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Trier Dupliquer Imprimer Valider

Actif	Prestation	Libellé	Montant	Base de remb.	Perso	Lettre clé
✓	APC	Avis ponctuel de consultant du médecin	48.00 €	48.00 €		APC
	APU	Avis ponctuel de consultant réalisé par les professeurs des universités-pratici...	69.00 €	69.00 €		APU
	APV	Avis ponctuel de consultant du médecin en visite	48.00 €	48.00 €		APV
✓	BACA008	Suture de plaie du sourcil	29.07 €	29.07 €		ADC
✓	C	Consultation	23.00 €	23.00 €		C
✓	CCX	Consultation Complexe Enfants (pour transposition)	46.00 €	46.00 €		CCX
	CRD	Majoration astreinte dimanche sur la consultation	26.50 €	26.50 €		CRD
	CRM	Majoration astreinte milieu de nuit sur la consultation	51.50 €	51.50 €		CRM
	CRN	Majoration astreinte nuit sur la consultation	42.50 €	42.50 €		CRN
	CRS	Majoration consultation régulée samedi après-midi	0.00 €	0.00 €		CRS
✓	CS	Consultation spécialiste	23.00 €	23.00 €		CS
	CSO	Consultation de Suivi de l'Obésité	46.00 €	46.00 €		CSO
✓	DEQP003	Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations	14.26 €	14.26 €		ATM
	DHT	Dépassement d'Honoraires en Tiers Payant	0.00 €	0.00 €		DHT
	FSD	Forfait de Sécurité Dermatologique	40.00 €	40.00 €		FSD



Sélectionnez l'acte à dupliquer et cliquez sur le bouton  ou faites **F8-Copier**

Affid Vitale

Joindre à la liste des prestations de la Feuille de soins électronique
 Utiliser cette prestation par défaut dans la Feuille de soins électronique
 Création exceptionnelle d'une nouvelle lettre-dé non prévu par le GIE-SESAM-VITALE

Valider Annuler Aide

Lettre-dé selon la nomenclature: ADC Lettre-dé CCAM: BACA008

Lettre-dé personnalisée: SUT-SOURCIL Coefficient:

Montant unitaire: 29.07 Quantité:

Base de remboursement: 29.07 Taux de remboursement:

Libellé: Suture de plaie du sourcil - Urgence

Données CCAM

Avec Majoration

Sans Majoration
 F - Dimanche ou jour férié
 N - Nuit
 U - Urgence

Montant de la majoration:
 Base de remboursement:

Avec Dépassement

Qualificatif de dépassement:

Montant de la majoration:
 Base de remboursement:

Changement de tarification

Date de prise en compte: 01/01/2000
 Nouvelle tarification:
 Base de remboursement:

COÛT TOTAL DE LA PRESTATION: 29.07

Exécutant

Possibilité de personnaliser le code et le libellé

Cliquez sur le bouton **Données CCAM** pour accéder aux conditions de facturation



Permet de visualiser les caractéristiques et conditions de facturation applicable à l'acte sélectionné

Pour sélectionner un code cliquez sur  propose tous les codes de la CCAM



Valider

Pour enregistrer l'acte dans votre liste personnalisée. Il est alors codé automatiquement avec le même code acte CCAM de référence mais avec une extension _* (*=1 à 9) et peut être utilisé ainsi pour une personnalisation d'acte en série.

4.8.5 Suppression d'une prestation personnalisée

Pour enlever un code acte dans la liste :

Sélectionnez l'acte que souhaitez supprimer



Cliquez sur le bouton  ou faites **F4-Supprimer** et confirmez la suppression

4.8.6 Les annexes

Les codes associations

Pour chaque acte de l'association, le médecin indique le code association correspondant à la règle qui s'applique en conformité avec l'article III-3B. A chaque code correspond un pourcentage qui s'applique au tarif de l'acte, majoré des modificateurs éventuels quand ils sont en pourcentage ; ce pourcentage ne s'applique pas aux modificateurs en valeur monétaire.

Cas général : l'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée.

L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50% de sa valeur, à l'exception des gestes complémentaires tarifés à taux plein. Des suppléments peuvent-être codés et tarifés en sus et à taux plein.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2ème Acte	2	50%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100%

Dans le cas d'une association de 2 codes dont l'un est un geste complémentaire ou un supplément, il ne faut pas indiquer de code association, cette association étant répertoriée. Il en est de même pour les actes de radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle.

Par dérogation à ces dispositions :

1. l'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée, l'acte dont le tarif, hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 75% de sa valeur, à l'exception des gestes complémentaires tarifés à taux plein. Des suppléments peuvent être codés et tarifés en plus et à taux plein.

Cette règle s'applique aux actes de chirurgie portant sur : des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2ème Acte	3	75%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100%

Dans le cas d'une association de 2 codes dont l'un est un geste complémentaire ou un supplément, il ne faut pas indiquer de code association, cette association étant répertoriée. il en est de même pour les actes de radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle.

2. Dans certains cas, l'association de trois actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée, l'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à 100% le second à 75% de sa valeur et le troisième à 50% de sa valeur, à l'exception des gestes complémentaires tarifés à taux plein. Des suppléments peuvent être codés et tarifés en plus et à taux plein.

Cette règle s'applique aux actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et

récentes.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2ème Acte	3	75%
3ème Acte	2	50%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100%

Dans le cas d'une association de 3 codes dont 2 sont, soit des gestes complémentaires, soit des suppléments, il ne faut pas indiquer de code association, cette association étant répertoriée.

3. Pour les actes de scanographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas où est effectué l'examen conjoint des régions anatomiques suivantes : membre et tête, membres et thorax, membre et abdomen, tête et abdomen, thorax et abdomen, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste. Dans ce cas là, deux actes au plus peuvent être tarifés à taux plein. Coder « 4 » pour chacun.
Quand un libellé décrit l'examen conjoint de plusieurs régions anatomiques, il ne peut être associé à aucun autre acte.

4. Dans certain cas, plusieurs actes peuvent être associés et tarifés à taux plein.

Cette règle s'applique aux :

- actes de radiologie conventionnelle associés entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes de radiologie ;
- aux actes de guidage radiologique ou scanographique associé à un autre acte ;
- actes d'électrodiagnostic de stimulation et d'électromyogramme, quel que soit le nombre d'actes ;
- actes d'irradiation en radiothérapie, quel que soit le nombre d'actes ;
- actes de médecine nucléaire, deux actes au plus
- actes associables aux forfait de cardiologie et aux forfaits de réanimation qui sont introduits par la note « coder éventuellement en supplément ».

Pour les actes de scanographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas où est effectué l'examen conjoint des régions anatomiques suivantes : membre et tête, membres et thorax, membre et abdomen, tête et abdomen, thorax et abdomen, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste. Dans ce cas là, deux actes au plus peuvent être tarifés à taux plein. Coder « 4 » pour chacun.

- ▶ Si ces actes sont associés entre eux, coder 4 pour chacun d'entre eux.
 - ▶ Si des actes décrits aux paragraphes précédents 1,2 ou 3 sont des actes associés avec des actes décrits au paragraphe 4, les premiers suivent les règles qui leur correspondent avec les codes adéquats ; pour les seconds, le code « 4 » est remplacé par le code « 1 ».
5. Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation en application des articles D0712-104 et D.712-115 du code de santé publique, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, le code association est « 5 » pour chaque acte

Les codes modificateurs en CCAM V2

Valeur monétaire et pourcentage des modificateurs

Codes	Libellé	Valeurs
U	Acte réalisé en urgence par les médecins, autres que les omnipraticiens et les pédiatres, la nuit entre 20 h et 8 h	25,15 €
P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 20h à 0h et de 6h à 8h	35,00 €
S	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 0h à 6h	40,00 €
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06 €
M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient.	26,88 €
A	Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans.	23,00 €
E	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans.	+49%
G	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an ; Extraction d'un corps étranger oesophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans ; Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans.	+25%
6	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un oeil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; Intervention itérative sur les voies biliaires ; Intervention itérative sur les voies urinaires.	+25%
8	Anesthésie d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un oeil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires.	+20%
R	Réalisation d'un acte de chirurgie plastique des téguments de la face, du cou, de la main et des doigts, ou d'un acte sur des plaies ou brûlures de la face ou des mains.	+50%
L	Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte.	+20%
J	Majoration transitoire de chirurgie.	+6,5%
K	Majoration forfait modulable pour les actes ayant droit au modificateur J.	+20%
7	Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'intervention.	+6%
C	Réalisation d'une radiographie comparative.	+49%
D	Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide.	+24%
Z	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue.	+21,8%

Y	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un pneumologue ou un rhumatologue.	+15,8%
B	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de réanimation ou au lit du patient intransportable.	+49%
H	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 1.	+100%
Q	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 2.	+200%
V	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 3.	+300%
W	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 4.	+400%

Si plusieurs modificateurs en pourcentage sont facturés, chacun s'applique par rapport au tarif de l'acte, indépendamment des autres. Dans le cas d'une association d'acte, un seul modificateur urgence (M,U, P, S ou F) peut être facturé.

Remarque : par rapport à un acte CCAM vous devez toujours contrôler la validité d'utilisation d'un code modificateur ([voir chapitre : Paramétrage des codes actes CCAM](#))⁴⁹

Les prix indiqués correspondent aux référentiels Sésam-Vitale de Mai 2010. La remise à niveau de ces référentiels rentre dans le cadre du contrat d'assurance et de maintenance annuelle et s'effectue par téléchargement sur le site : www.affid.com

Abrégé de Nomenclature CCAM pour les généralistes

Aucun acte CCAM n'est cumulable avec le C ou G, le V ou VG, **sauf** l'ECG : G+DEQP003 +/- MD +/- Maj ... - le frottis G+JKHD001, et la Biopsie G+QZHA001.

Rajouter le cas échéant les majorations de nuit, férié, de régulation...

Le K14 disparaît et est remplacé par le modificateur M (au cabinet)

ACTES D'URGENCE	Codes CCAM	Modificateur	Prix en Euros
Plaies			
Parage / suture de plaie superficielle de moins de 3 cm de grand axe en dehors de la face	QZJA002	M	52,40
Parage et/ou suture de plaie superficielle de 3 à 10 cm de grand axe en dehors de la face	QZJA017	M	78,64
Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 à 10 cm de grand axe en dehors de la face et de la main	QZJA012	M	88,56
Parage / suture de plaie superficielle de la face de moins de 3 cm	QAJA013	M	58,23
Parage / suture de plaie superficielle de la face de 3 à 10 cm de grand axe	QAJA005	M	101,33
Suture de Plaie du sourcil	BACA008	M	55,95
Suture d'une plaie cutanée d'une paupière , sans atteinte du bord libre	BACA002	M	55,95
Parage et/ou suture du nez	GAJA002	M	80,76
Parage et/ou suture de plaie cutanée non transfixiante de lèvres	HAJA003	M	60,91
Ablation de corps étranger superficiel du visage ou des mains	QAGA003		47,50
Parage et/ou suture d'une plaie pulpo-unguéale	QZJA022	M	107,71
Tamponnement nasal antérieur (épistaxis)	GABD002	M	54,60
Contentions et Immobilisations			
Confection d'une immobilisation souple du Membre Sup	MZMP001	M	58,23
Confection d'une contention souple du genou	NFMP001	M	68,68
Confection d'une contention souple de la cheville et/ou du pied , ou confection d'une semelle plâtrée	NGMP001	M	47,78
Brûlures			
Pansement chirurgical initial de brûlure sur l'extrémité céphalique	QAJA014		116,28
Pansement chirurgical initial de brûlure sur 1 main	QCJA003		96,42
Pansement chirurgical initial de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur moins 1% de la surface corporelle	QZJA020		43,25
<i>Le pansement secondaire de brûlure inclut l'ablation de l'ancien pansement, la détersion de la brûlure et la réfection du nouveau</i>			
Pansement chirurgical secondaire de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur moins de 1% de la surface corporelle	QZJA003		40,41

ACTES TECHNIQUES	Codes CCAM	Modificateur	Prix en Euros
Ponction / Injections / Evacuations			
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur , par voie transcutanée sans guidage	NZLB001		30,82
Evacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZJB001		60,30
Evacuation de collection superficielle et/ou profonde de la peau et des tissus mous, par voie transcutanée sans guidage	QZJB002		25,52
Évacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe	EGJA001		62,70
Excision d'une thrombose hémorroïdaire	EGFA007		62,70
Cardio			
ECG 12 dérivations	DEQP003		14,26
Supplément pour ECG au domicile du patient	YYYY490		9,60
Divers			
Pose ou changement d'un DIU	JKLD001		38,40
Frottis cervico vaginal	JKHD001		12,46
Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm ²	QZFA036		28,80
Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardiorespiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - détresse respiratoire - détresse cardiaque - détresse d'origine allergique - état aigu d'agitation - état de mal comitial - détresse d'origine traumatique. 	YYYY010	M	74,88

Les prix indiqués correspondent aux référentiels Sésam-Vitale de Janvier 2018 Tarif pour les secteurs 1 ou secteur 2 avec OPTAM. La remise à niveau de ces référentiels rentre dans le cadre du contrat d'assurance et de maintenance annuelle et s'effectue par téléchargement sur le site : www.affid.com

4.9 Personnalisation des prescripteurs

La personnalisation des prescripteurs est prévue pour les Professionnels de Santé Auxiliaires médicaux (Kiné, Orthoptiste, Orthophoniste, Infirmier, Pédicure) qui exécutent une ordonnance prescrite par des Professionnels de Santé Prescripteurs (*Spécialiste, Sage-femme, Omnipraticien*).

Lors de l'élaboration de la feuille de soins, le Professionnel de Santé devra saisir le nom du prescripteur sélectionner le nom du prescripteur dans une liste composée de cette personnalisation.

Paramétrage des prescripteurs

Pour personnaliser les prescripteurs habituels :

Cliquez sur le menu **Paramètres / Personnalisation des prescripteurs**

Nom	Spécialité	Numéro	Numéro RRPS
BEBE LAURE	21 Sage-femme	995000213	
BIDE JEAN	08 Gastro-Entéro-Hépatologie	991012547	
DURAND JEAN	01 Médecine générale	991001025	
GENE ALAIN	01 Médecine générale	991111148	10008492586
OREILLE ALAIN	01 Médecine générale	991048588	

Création d'un prescripteur

Pour créer un prescripteur :



Cliquez sur le bouton **Ajouter** ou faites **F2-Ajouter**

Ajout d'un Médecin traitant

Informations du prescripteur

Nom du prescripteur

Numéro de facturation

Numéro RPPS

Spécialité

Structure

Condition exercice

Origine de la prescription

Suivant

Saisissez le nom du prescripteur, son numéro ADELI et sa spécialité par le menu déroulant


Confirmez la création en cliquant sur le bouton 

Modification d'un prescripteur

Pour modifier un prescripteur dans la liste:

Sélectionnez le prescripteur dans la liste

Cliquez sur le bouton  ou faites **F3-Modifier** et confirmez la modification par 

Suppression d'un prescripteur

Pour enlever un prescripteur dans la liste :

Sélectionnez le prescripteur dans la liste

Cliquez sur le bouton  ou faites **F4-Supprimer** et confirmez la suppression par 

4.10 Personnalisation des médecins traitants

Vous pouvez enregistrer dans le logiciel une sélection de médecins traitants. Cette liste vous sera alors proposée dans la saisie du parcours de soins lors de l'ajout des feuilles de soins.

Pour personnaliser les médecins traitants habituels :

Cliquez sur le menu **Paramètres / Personnalisation des Médecins traitants**

AFFID Vitale 2017 [Jean PLAQUETTE RPPS - Anatomie-cyto-pathologie - Exercice 2018]

Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils SCOR Téléservices A.M. Aide PRATICIENS

Personnalisation Médecins Traitants

Retour Info Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Trier Dupliquer Imprimer Valider

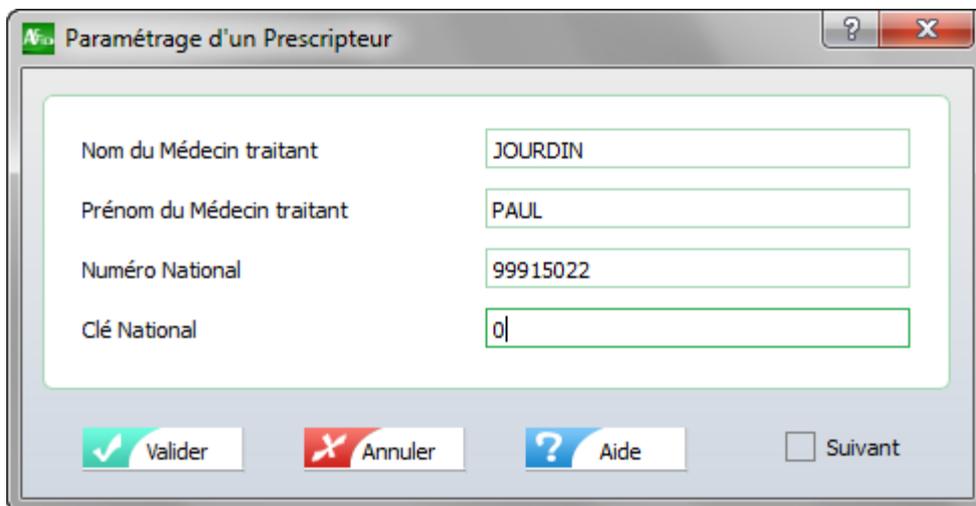
Nom	Prénom	Numéro
DURAND	JEAN	991001025
ENFANT	JULES	991096090
CAVAILLON	PATRICK	991051582
DUNERF	YAN	991054388

Création d'un médecin traitants

Pour créer un médecin traitant :



Cliquez sur le bouton  ou faites **F2-Ajouter**

A screenshot of a software window titled 'Paramétrage d'un Prescripteur'. It contains four text input fields: 'Nom du Médecin traitant' with 'JOURDIN', 'Prénom du Médecin traitant' with 'PAUL', 'Numéro National' with '99915022', and 'Clé National' with '0'. At the bottom, there are four buttons: 'Valider' (green checkmark), 'Annuler' (red X), 'Aide' (blue question mark), and 'Suivant' (checkbox).

Saisissez le nom du médecin, son numéro ADELI (le dernier chiffre correspondant à la Clé)

Confirmez la création en cliquant sur le bouton 

Modification d'un médecin traitants

Pour modifier un médecin traitant dans la liste :

Sélectionnez le médecin traitant dans la liste



Cliquez sur le bouton  ou faites **F3-Modifier** et confirmez la modification par



Suppression d'un médecin traitants

Pour enlever un médecin traitant dans la liste :

Sélectionnez le médecin traitant dans la liste



Cliquez sur le bouton  ou faites **F4-Supprimer** et confirmez la suppression par



4.11 Personnalisation des tiers payants

La personnalisation des tiers payants est prévue pour gérer et personnaliser la liste des mutuelles des patients

Les Tiers Payants sont créés et renseignés automatiquement dans la feuille de soins électronique lors de l'application du tiers payant sur la part obligatoire selon les informations de l'organisme d'assurance maladie contenues dans la carte Vitale.

Identification du tiers payant

Pour personnaliser un tiers payant :

Cliquez sur le menu **Paramètres / Personnalisation des tiers payants**



Création d'un tiers payant

Pour créer un tiers payant :



Cliquez sur le bouton **Ajouter** ou faites **F2-Ajouter**

Cochez cette option si l'organisme est une Mutuelle le numéro doit comporter 8 chiffres en Gestion Unique et 9 à 10 en Gestion Séparée

Numéro - Nom Tiers Payant

Libellé ou SESAM/VITALE

Valider
 Annuler
 Aide
 Suivant

Saisissez le numéro de la caisse suivi de son nom (CPAM, HAD, ART.115...)

Vous pouvez aussi saisir dans l'autre zone l'adresse ou le numéro de téléphone

Confirmez la création en cliquant sur le bouton  Valider

Modification d'un tiers payant

Pour modifier un tiers payant de la liste :

Sélectionnez le tiers payant dans la liste

Cliquez sur le bouton  ou faites **F3-Modifier** et confirmez la modification par 

Suppression d'un tiers payant

Pour enlever un tiers payant de la liste :

Sélectionnez le tiers payant dans la liste

Cliquez sur le bouton  ou faites **F4-Supprimer** et confirmez la suppression par 

4.12 Référentiels AMC

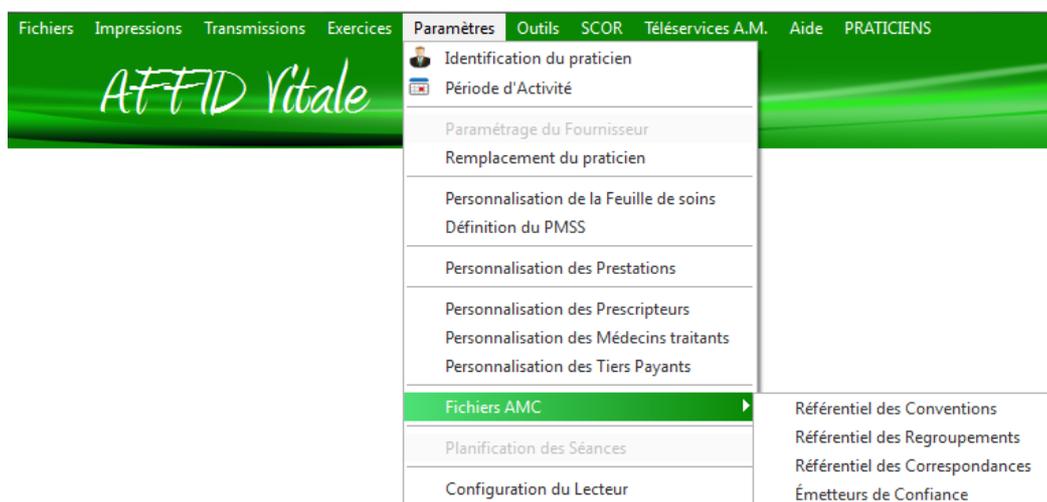
Avec la généralisation du tiers payant sur la part obligatoire, le tiers payant complémentaire est optionnel : vous n'êtes pas obligé de le pratiquer, mais il peut vous rendre service si vous ne souhaitez pas faire payer votre patient pour la dépense non prise en charge par l'assurance maladie. Notez toutefois que si vous choisissez de faire le tiers payant complémentaire, celui-ci s'appliquera sur le montant du ticket modérateur.

Le référentiel des conventions permet de gérer la part complémentaire lors de l'élaboration de la feuille de soins et de télétransmettre directement une Demande de Remboursement Electronique (FSE/DRE) à la mutuelle.

Ce référentiel répond aux normes entre l'assurance maladie obligatoire et les assureurs complémentaires. Il est constamment mis à jour.

Pour bénéficier des accès aux identifiants des mutuelles, le praticien doit auparavant signer un accord avec chaque mutuelle ou avec des concentrateurs proposant une seule contractualisation pour l'ensemble des complémentaires sous leur gestion.

Une fois les accords passés avec les mutuelles validés, le logiciel gère automatiquement les mises à jour des tables de conventions, de regroupements et de correspondances associés, déposées dans votre boîte SESAM-Vitale.



4.12.1 Référentiel des Conventions

Cliquez sur le menu **Paramètres / Référentiels AMC / Référentiels des Conventions**

Affid Vitale

Liste des conventions :

	Organisme	Libellé	Grp.	Type	Crit. second.	T. accord	Org. AMC	Libellé	Désact.	STS	Code STS	Attest.	DRE annul.	DRE rect.	Opé. régit.	Code routage	Hôte	Domaine	Origine
96	ADREA PAYS DE L'AIN	Néant	MU	1	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	MI	101	adreamutuelle.rss.fr	20130325	X	
97	ADREA CENTRE AUVERGNE	Néant	MU	3	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	MI	103	adreamutuelle.rss.fr	20130325	X	
98	ADREA NORMANDIE PAYS DE LOIRE	Néant	MU	14	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	MI	114	adreamutuelle.rss.fr	20130325	X	
99	ADREA FRANCHE COMTE	Néant	MU	25	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	MI	125	adreamutuelle.rss.fr	20140723	X	
100	ADREA LANGUEDOC ROUSSILLON	Néant	MU	30	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	MI	130	adreamutuelle.rss.fr	20130325	X	
101	ADREA ALPES DAUPHINE	Néant	MU	38	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	MI	138	adreamutuelle.rss.fr	20140728	X	
102	ADREA BOURGOGNE	Néant	MU	71	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	MI	171	adreamutuelle.rss.fr	20130325	X	
103	ADREA PAYS DE SAVOIE	Néant	MU	73	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	MI	173	adreamutuelle.rss.fr	20140728	X	
104	MCRN Mut Cheminots Regn Nantes	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	MF	1	fmf.rss.fr	20131203	X	
105	Mutuelle Victor Hugo	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	000	0	Néant	PR	1	proval.rss.fr	20091218	X	
106	Mutuelle La CHOLETAISE	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	MI	40	lacholetaise.rss.fr	20110907	X	
107	Mutuelle Générale de la Corse	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	000	0	Néant	NR	1	resmut.tm.fr	20120629	X	
108	MGPS	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	FM	1	fm.rss.fr	20131009	X	
109	TN (Mut Transports Nicois)	Néant	MU	A	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	782814818	MF	1	fmf.rss.fr	20130208	X	
110	SMFEP - Mutuelle d'Argenson	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	000	0	98532001	AL	1	dre.rss.fr	20151231	X	
111	Mutuelle de Pontoise	Néant	MU	Néant	H	Néant	Néant	0	M	1	000	0	775662869	FM	1	fm.rss.fr	20120718	X	
112	MUTLOR	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	AR	1	darva-sante.net	20121205	X	
113	MUT CHU HOPITAUX PUY DE DOME	Néant	MU	31	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	AM	31	jlt-dre.rss.fr	20141028	X	
114	MSANTE Mutuelle Familiale	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	NR	1	resmut.tm.fr	20140218	X	
115	Mutuelle MICOM	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	PR	1	proval.rss.fr	20110125	X	
116	MGEC Mut Gle Empls Cadres CPAM	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	000	0	98532001	AL	1	dre.rss.fr	20151231	X	
117	MPST	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	MF	1	fmf.rss.fr	20091221	X	
118	Mut du Personnel HSBC France	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	000	0	98532001	AL	1	dre.rss.fr	20151231	X	
119	Mutuelle GROUPE LA DEPECHE	Néant	MU	12	H	Néant	Néant	0	M	1	000	0	Néant	AM	12	jlt-dre.rss.fr	20150204	X	
120	Harmonie Mutuelle SVF	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	000	0	Néant	OC	1	frontalm.rss.fr	20130207	X	
121	MG TIC	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	MF	1	fmf.rss.fr	20091221	X	
122	BANQUE POPULAIRE MUTUALITE	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	000	0	Néant	MI	8	mutuelle403.rss.fr	20130212	X	
123	Mutuelle CHS MONTERRIN	Néant	MU	A	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	782814818	MF	1	fmf.rss.fr	20130208	X	
124	Mutuelle SNCM	Néant	MU	A	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	782814818	MF	1	fmf.rss.fr	20130208	X	
125	Mutuelle St Louis Sucre	Néant	MU	A	H	Néant	Néant	0	M	1	000	0	782814818	MF	1	fmf.rss.fr	20130208	X	
126	Mutuelle Personnel de la sécu.	Néant	MU	A	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	782814818	MF	1	fmf.rss.fr	20130208	X	
127	MCTA	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	MF	1	fmf.rss.fr	20091221	X	
128	VOA	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	MF	1	fmf.rss.fr	20091221	X	
129	MUTUELLE ACRP	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	MF	1	fmf.rss.fr	20140602	X	
130	Mutuelle 93	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	775662869	FM	1	fm.rss.fr	20120718	X	
131	Mutuelle OCIANE	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	Néant	OC	1	frontal-ociane.fr	20091209	X	
132	Mut Entraide Mut Française	Néant	MU	Néant	T	Néant	Néant	0	M	1	0	0	98532001	AL	1	dre.rss.fr	20151231	X	

Après signature des contrats de gestion des conventions avec vos mutuelles, le logiciel gère automatiquement les mises à jour des tables de conventions, de regroupements et de correspondances associés déposées par les mutuelles dans votre boîte SESAM-Vitale.

Il n'y a donc normalement pas lieu d'effectuer manuellement des ajouts, des suppressions ou des modifications sur vos tables chargées dans AFFID Vitale.

Ajout d'une convention

Il est possible d'ajouter manuellement une convention dans le référentiel.



Cliquez sur le bouton **Ajouter** ou faites **F2-Ajouter**

Affid Vitale

Organisme signataire

Type de convention

Critère secondaire

Accord TP

Organisme AMC

Ok

Renseignez les zones et confirmez la création en cliquant sur le bouton

Ok

Une fois votre convention intégrée dans la grille, vous devez modifier les autres zones de l'enregistrement en les sélectionnant par un double-clic directement dans la grille.

Modification d'une convention

Positionnez-vous sur l'enregistrement dans la liste et modifier les zones à corriger en les sélectionnant par un double-clic directement dans la grille.

Suppression d'une convention

Sélectionnez l'enregistrement dans la liste



Cliquez sur le bouton **F4-Supprimer**.

4.12.2 Référentiel des Regroupements

Cliquez sur le menu **Paramètres / Référentiels AMC / Référentiels des Regroupements**

Affid Vitale

Liste des regroupements :

	N° org. AMC	Libellé org.	T. Conv.	Libellé type conv.	Crit. secondaire	Org. signat.	Libellé org. signat.
1	345678901	L3	RO	Gestion unique	01349????	01349XXX	CPAM TEST
2	89101112	L5	RO	Gestion unique	013499881	ORGANISME1	CNDA 1
3	89101112	L5	RO	Gestion unique	013499881	ORGANISME2	CNDA 2
4	110000000	Zz1	CM	Convention FNMF	Néant	110000000	Zz1
5	120000000	Zz2	CM	Convention FNMF	Néant	110000000	Zz1
6	115000000	FFSA-8	AC	Ancienne Convention SP Pharma	Néant	NUMEROSPP	SP Pharma
7	21400002	FFSA-2	NC	Nouvelle Convention SP Pharma	Néant	NUMEROSP	SP Santé
8	21400006	FFSA-6	SP	Conv. SP Pharma	INF	NUMEROSP	SP Santé
9	31800000	IP-1	VM	Convention IP A	Néant	31800000	IP A
10	31800001	IP-2	IP	Convention IP B	Néant	31800001	IP B
11	10800000	IP-3	VM	Convention IP A	Néant	31800000	IP A
12	10800001	IP-4	VM	Convention IP A	Néant	31800000	IP A
13	10800002	IP-5	VM	Convention IP A	Néant	31800000	IP A
14	10800003	IP-6	VM	Convention IP A	Néant	31800000	IP A
15	21400009	FFSA-9	ER	Convention FFSA	Néant	NUMEROER1	ER Santé
16	21400009	FFSA-9	ER	Convention FFSA	Néant	NUMEROER2	ER Pharma
17	21400010	FFSA-10	ER	Convention FFSA	CND	NUMEROER3	ER Santé 2
18	31800006	IP-7	VS	Convention IP G	Néant	31800007	IP G
19	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant

Après signature des contrats de gestion des conventions avec vos mutuelles, le logiciel gère automatiquement les mises à jour des tables de conventions, de regroupements et de correspondances associés déposées par les mutuelles dans votre boîte SESAM-Vitale.

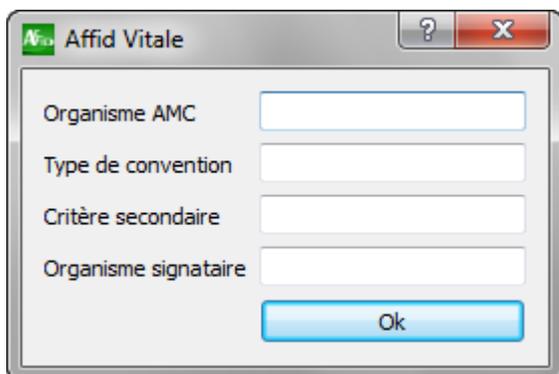
Il n'y a donc normalement pas lieu d'effectuer manuellement des ajouts, des suppressions ou des modifications sur vos table chargées dans AFFID Vitale.

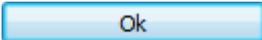
Ajout d'un regroupement

Il est possible d'ajouter manuellement un regroupement dans le référentiel.



Cliquez sur le bouton **Ajouter** ou faites **F2-Ajouter**

A dialog box titled 'Affid Vitale' with a question mark and close button in the title bar. It contains four text input fields: 'Organisme AMC', 'Type de convention', 'Critère secondaire', and 'Organisme signataire'. Below the fields is a blue 'Ok' button.

Renseignez les zones et confirmez la création en cliquant sur le bouton 

Une fois votre regroupement intégré dans la grille, vous devez modifier les autres zones de l'enregistrement en les sélectionnant par double-clic directement dans la grille.

Modification d'un regroupement

Les modifications se font directement dans la grille :

Positionnez-vous sur l'enregistrement dans la liste et modifier les zones à corriger en les sélectionnant par un double-clic directement dans la grille.

Suppression d'un regroupement

Sélectionnez l'enregistrement dans la liste



Cliquez sur le bouton **Supprimer** **F4-Supprimer** .

4.12.3 Référentiel des Correspondances

Cliquez sur le menu **Paramètres / Référentiels AMC / Référentiels des Correspondances**

Affid Vitale

Liste des correspondances :

	N° mut.	Regime/caisse/centre	N° org. AMC	Libellé org. AMC
1	62013354	01349????	234567890	L2
2	38913661	01349????	345678901	L3
3	21905575	01349????	345678901	L3
4	34910001	02349????	5678910123	L4
5	62013354	10349????	234567890	L2
6	09940024	02???????	09940024	RAM-GAMEX
7	77565712	09349????	77565712	BDF
8	23107302	013499881	89101112	L5
9	75900019	03349????	1098765432	L6

Ajouter Dupliquer Supprimer Retour

Après signature des contrats de gestion des conventions avec vos mutuelles, le logiciel gère automatiquement les mises à jour des tables de conventions, de regroupements et de correspondances associés déposées par les mutuelles dans votre boîte SESAM-Vitale. Il n'y a donc normalement pas lieu d'effectuer manuellement des ajouts, des suppressions ou des modifications sur vos tables chargées dans AFFID Vitale.

Ajout d'une correspondance

Il est possible d'ajouter manuellement une correspondance dans le référentiel.



Cliquez sur le bouton **Ajouter** ou faites **F2-Ajouter**

Affid Vitale

N° mutuelle

Ok

Renseignez les zones et confirmez la création en cliquant sur le bouton **Ok**

Une fois votre correspondance intégrée dans la grille, vous devez modifier les autres zones de l'enregistrement en les sélectionnant par double-clic directement dans la grille.

Modification d'une correspondance

Positionnez-vous sur l'enregistrement dans la liste et modifier les zones à corriger en les sélectionnant par un double-clic directement dans la grille.

Suppression d'une correspondance

Sélectionnez l'enregistrement dans la liste

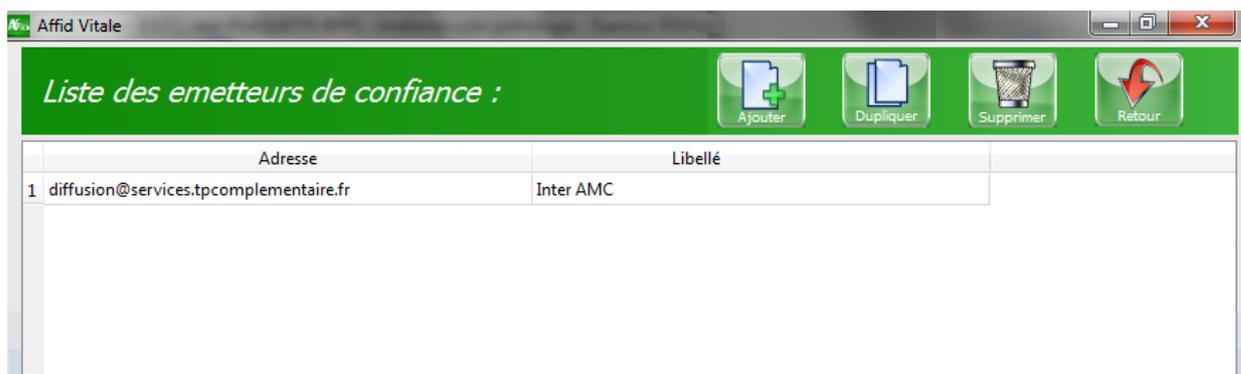


Cliquez sur le bouton **F4-Supprimer**.

4.12.4 Emetteurs de confiance

Le paramétrage des émetteurs de confiance permet répertorier les adresses SMTP des émetteurs habilités à transmettre, dans votre boîte SESAM-Vitale, les fichiers normés pour les mises à jour automatiques des tables de conventions, de regroupements et de correspondances associés du logiciel. Ces mises à jour permettent de calculer la part complémentaire ou télétransmettre les DRE.

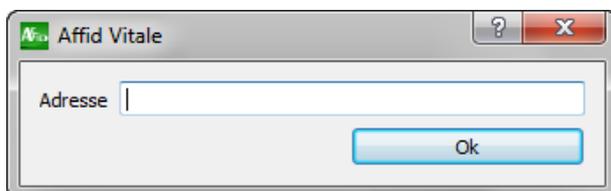
Cliquez sur le menu **Paramètres / Référentiels AMC / Emetteurs de confiance**



Ajout d'un Emetteur de confiance



Cliquez sur le bouton **F2-Ajouter**



Saisissez l'adresse Email

Confirmez la création en cliquant sur le bouton **Ok**

Une fois votre émetteur intégré dans la grille, vous pouvez ajouter un nom directement dans la grille par un double-clic dans la zone.

Modification d'un Emetteur de confiance

Positionnez-vous sur l'enregistrement dans la liste et modifier directement dans la grille les

zones à corriger en les sélectionnant par un double-clic.

Suppression d'un Emetteur de confiance

Sélectionnez l'adresse dans la liste



Cliquez sur le bouton **Supprimer** ou faites **F4-Supprimer**.

4.13 Configuration du lecteur de cartes

La fonction configuration du lecteur a pour objet de configurer le lecteur et de collecter les informations caractérisant les composants matériels et logiciels des fournitures SESAM-Vitale.

Connectez votre lecteur de Cartes

Pour vérifier le branchement du lecteur de cartes à puces :

- Cliquez sur le menu **Paramètres/Configuration du lecteur**



AFFID Vitale Nxt - Configuration du lecteur



N° PORT COM 1 Nbre Canaux 1 Lad N°1 - CPS CPS

Type canal physique 1 Canal utilisé 1 LAD N°2 - Vitale Vitale

Nombre de lecteurs 1 Pad utilisé 1 LAD N°3 - Logiciel Log_SV

Lecteur Sesam-vitale Vitesse 9600,1,8,0,0

Lecteur PS/SC

Ports Utilisation d'un Lecteur bancaire nomade

Configuration automatique CPS / Vitale *(Non comptable TLSi)*

Lecteur CPS

Lecteur vitale

Information du lecteur N°1 :

Constructeur :
Nom du lecteur :
Numéro de série :
OS du lecteur :

Nom du logiciel interne :
Version du logiciel interne :

Valider

Annuler

Aide

Lecteurs

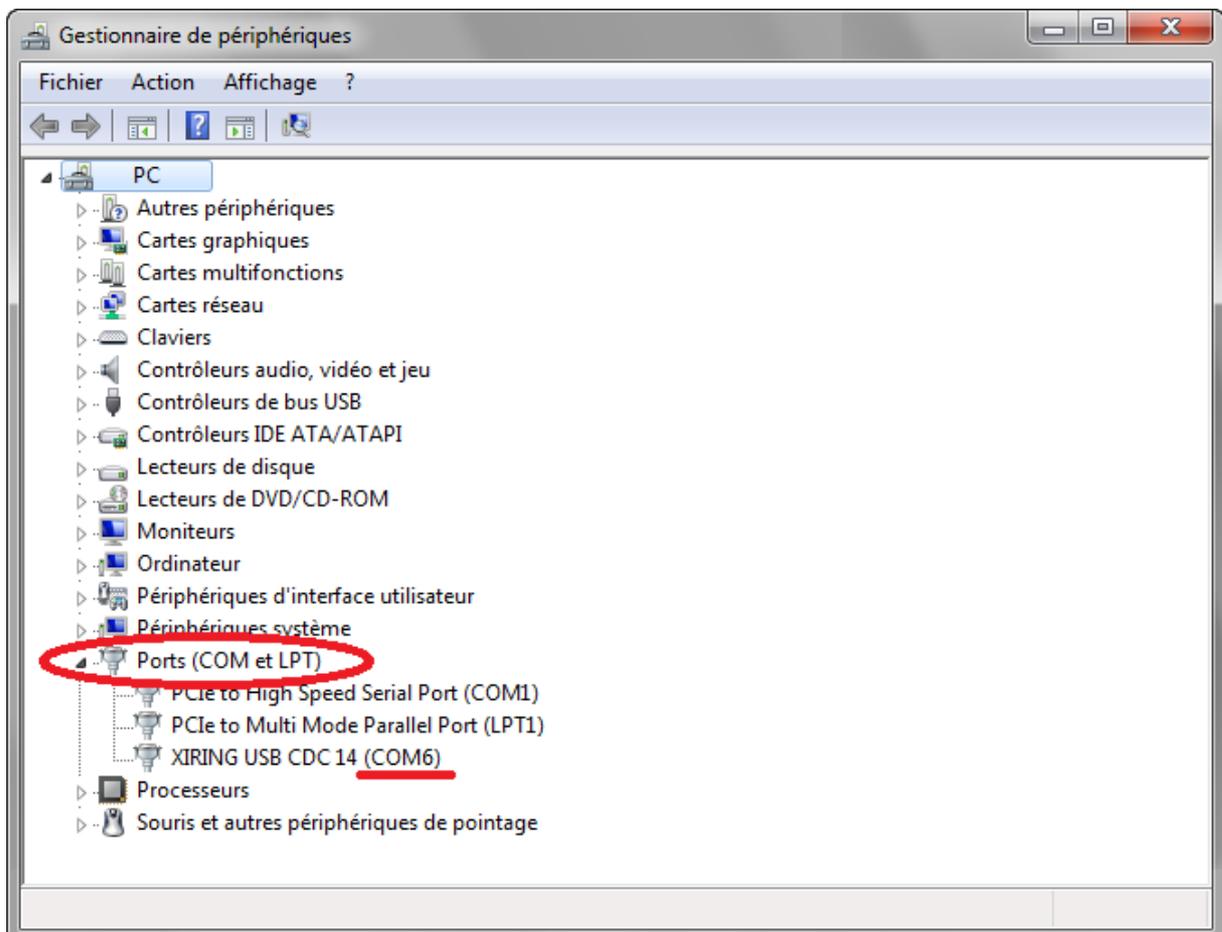
- **N° du port communication** : N° port Série COM ou Parallèle LPT
- **Type de canal physique** : Port Série ou USB=1 ou Port Parallèle=2
- **Nombre de lecteurs** : Nombre de lecteur : 1 à 15
- **Nombre de canaux** : Nombre de liaison : 1 à 255
- **Canal utilisé** : Liaison utilisée : 1 à 255
- **Pad utilisé** : Lecteur utilisé : 1 à 15
- **Lad N°1 - CPS** : CPS
- **Lad N°2 - Vitale** : Vitale
- **Lad N°3 - Logiciel** : Log_SV
- **Vitesse** : (bits seconde, bits d'arrêt, bits données, parité, contrôle flux)

Par défaut votre lecteur est configuré pour le port de communication **COM1**.

Si le lecteur est branché sur **COM2**, saisissez le chiffre **2** dans la zone **N° PORT COM**.

Si le lecteur est branché sur un port **USB** :

- cliquez sur le bouton : 



- cliquez sur : **Ports (COM, LPT)**, notez le numéro du port COM de la connexion du pilote USB.
Si la connexion du pilote USB est définie sur (COMn), (n = numéro du COM) saisissez le chiffre dans la zone **N° PORT COM** ou sélectionnez le à partir de la liste déroulante ( en fin de zone).
- quittez et relancez le logiciel AFFID

4.14 Configuration du réseau SESAM-Vitale

Cette fonction permet de paramétrer votre formule d'abonnement au Réseau SESAM-Vitale pour la télétransmission des feuilles soins électroniques.

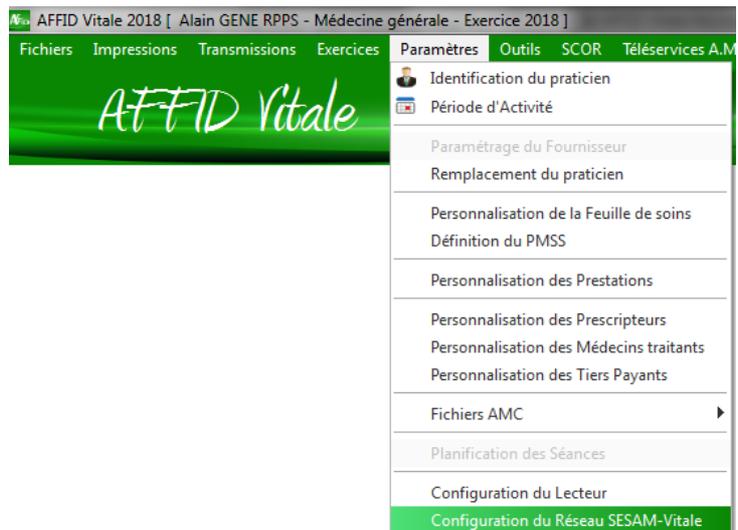
Attention !

Vous devez posséder une boîte email avec mot de passe réservée uniquement à la télétransmission et dépendant de votre fournisseur d'accès internet. Les boîtes Yahoo, Gmail, etc... ne peuvent fonctionner.

Si cette boîte n'est pas ouverte, vous pouvez la créer à partir de votre compte internet ou demander à votre fournisseur. Pour identifier facilement une boîte de télétransmission, il est conseillé de choisir un nom d'adresse commençant par : **fse.** @fr

Pour configurer votre point de connexion pour la télétransmission des feuilles de soins :

- Cliquez sur le menu **Paramètres/Configuration du Réseau SESAM-Vitale**



Partie : "Connexion au réseau Sésam-Vitale"

- **Fournisseur** : Choisissez votre fournisseur d'accès internet.
- **Profil de connexion** : Sélectionnez votre profil de connexion dans la liste. (Réseau si vous êtes en ADSL sinon laisser à blanc)
- **Identifiant du compte** : Identifiant de la boîte aux lettres des feuilles de soins. Pour les boîtes hors RSS ou Wanadoo santé, la valeur à noter est le début de l'adresse email sans le @..... .fr
- **Mot de passe** : Mot de passe de la boîte aux lettres des feuilles de soins

Si votre fournisseur est RSS :

Vous devrez d'abord saisir vos paramètres de connexion à partir du logiciel Connexion au Réseau SESAM-Vitale de RSS (Kit RSS).

Au niveau du paramétrage dans le logiciel AFFID seule la Zone **Fournisseur est à renseigner**.

Sans Kit RSS, vous pouvez sélectionner comme fournisseur : internet/ADSL puis saisir les valeurs de la boîte email dans les zones profil.

Si votre fournisseur est WANADOO SANTE :

Seules les zones **Identifiant du compte** et **Mot de passe** sont à renseigner.

Exemple d'identification pour Wanadoo Santé :

Identifiant reçu : fse.2ruzyy6rb63d@sante.wanadoo.fr et Mot de passe : **tg5q6hwp**
La valeur à noter pour l'Identifiant du compte est **2ruzyy6rb63d** (sans : *fse* et *@sante.wanadoo.fr*)
La valeur à noter pour le Mot de passe est **tg5q6hwp**

Si votre fournisseur est autre que RSS ou WANADOO SANTE :

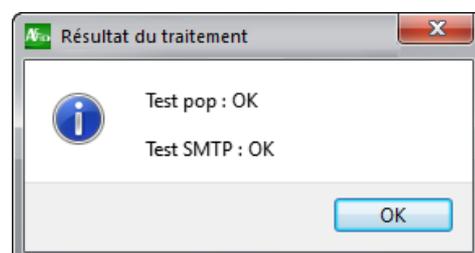
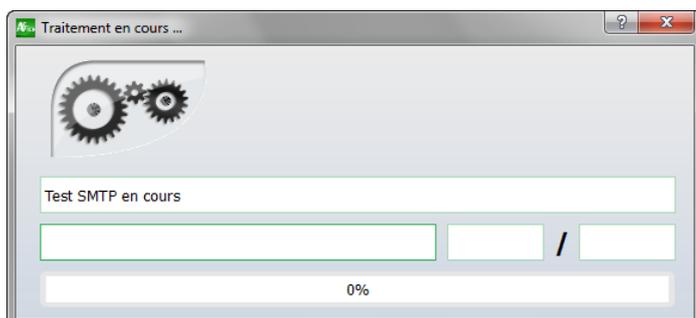
Toutes les zones de ce cadre sont à renseigner.

Lorsque le fournisseur d'accès utilise l'authentification par Mot de passe sécurisé, vous devez alors cocher la case : "Le Serveur SMTP requiert une authentification" et remplir les case "Identifiant" et "Mot de passe".

Partie : "Programmation de la télétransmission automatique"

La case "Activer la trace de connexion" ne doit pas être cochée. Cette partie est réservée au service technique d'AFFID Systèmes

Le bouton  permet de vérifier le paramétrage de la boîte et la connexion au réseau Sésam-Vitale.



4.15 Paramétrage d'un OCT

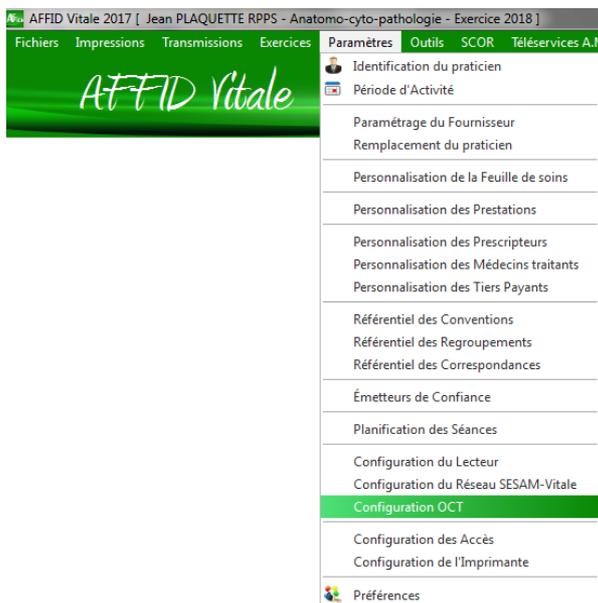
Le Praticien libéral peut choisir d'avoir recours à un Organisme Concentrateur Technique (OCT) qui agit pour son compte et sous sa responsabilité.

Un OCT ne crée pas de feuilles de soins électroniques mais assure des fonctions de regroupement et de distribution.

De nombreux OCT assurent également l'envoi (appelé aussi 'éclatement') des flux électroniques vers les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire.

Cette fonction permet de paramétrer l'identification de votre OCT pour télétransmettre les feuilles de soins électroniques vers la plate-forme du concentrateur.

- Cliquez sur le menu **Paramètres**

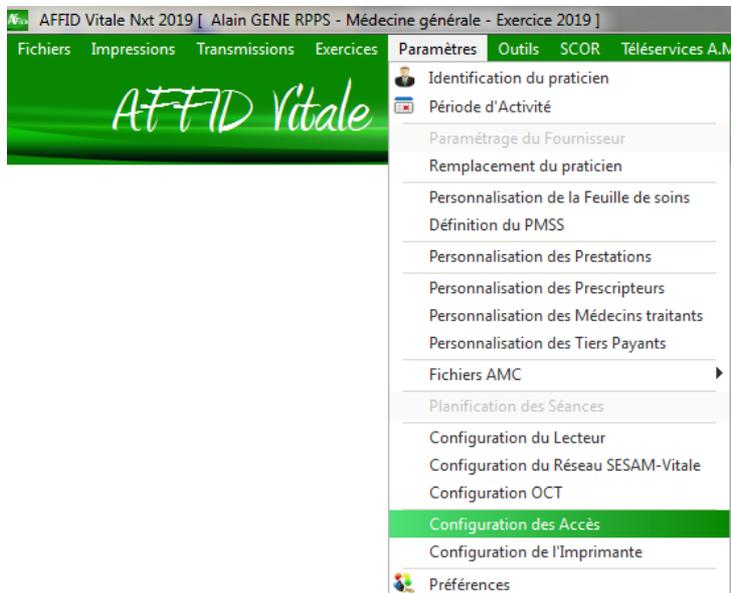


- Cliquez sur **Configuration OCT**

4.16 Configuration des accès

Lors de la première installation le mot de passe Praticien est «**MASTER**» en majuscule, ce mot de passe peut être modifié ou supprimé (blanc).

- Cliquez sur le menu **Paramètres/Configuration des accès**



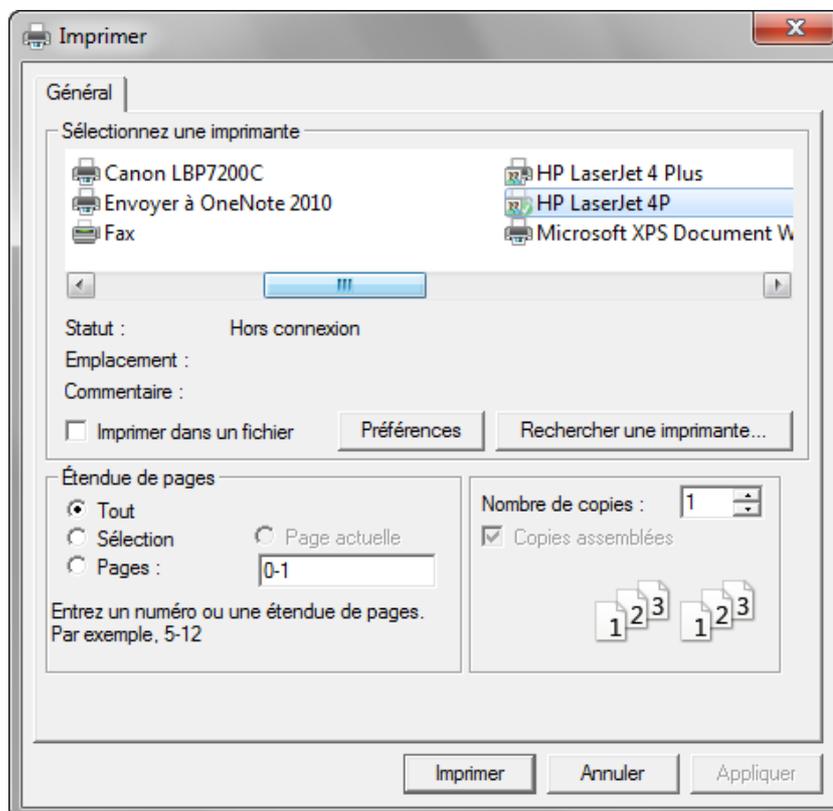
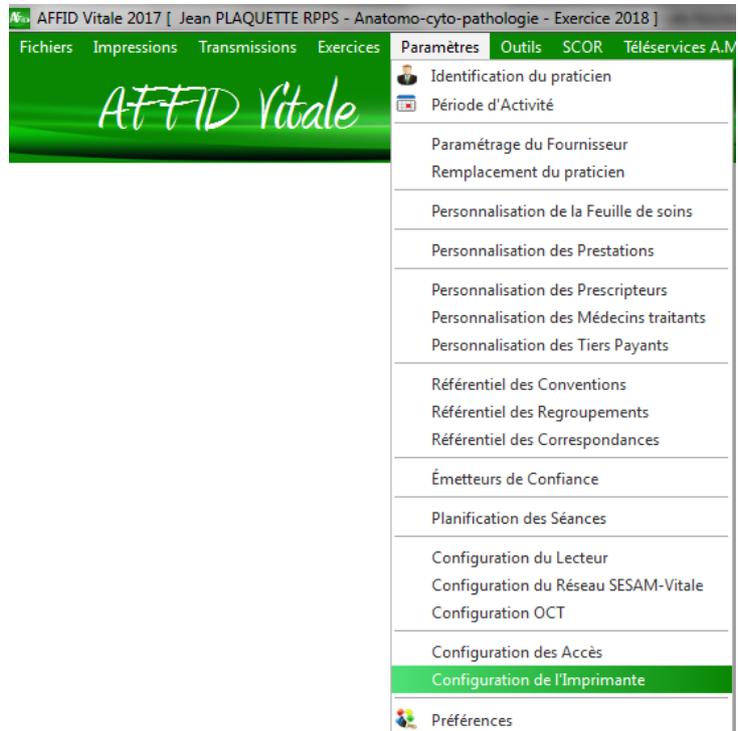
Cette fonction permet d'initialiser trois niveaux de sécurité par la saisie d'un :

- **Mot de passe du praticien**, il donne accès à toutes les fonctions du logiciel.
- **Mot de passe de la Secrétaire**, non actif pour AFFID Vitale.
- **Numéro de série du logiciel**, il constitue la protection de la licence d'utilisation du logiciel. Ce numéro est fourni lors de la livraison. Ce numéro est à saisir : à chaque installation du logiciel et lors de la mise en place de la version définitive du logiciel à partir de la version de démonstration.

4.17 Configuration de l'imprimante

Permet de sélectionner une imprimante par défaut pour les impressions AFFID Vitale.

- Cliquez sur le menu **Paramètres/Configuration de l'imprimante**



Sélectionner l'imprimante souhaitée par un double-clic dans la liste.

5 Feuilles de soins

5.1 Les feuilles de soins électroniques

Le principe d'élaboration de la feuille de soins électronique introduit l'ensemble et la collaboration des différents acteurs du secteur SESAM-Vitale : les assurés sociaux, les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire et les professionnels de Santé, détenteurs et fournisseurs des informations liées aux soins et à leur remboursement.

Dans le système papier actuel, la feuille de soins est un document rédigé par le Professionnel de Santé et l'assuré social, ce dernier prend en charge la transmission du document à son organisme d'assurance maladie.

Le système SESAM-Vitale modifie les circuits d'échanges actuels entre le Professionnel de Santé, les assurés sociaux et les organismes d'assurance maladie. Le professionnel de Santé a la charge d'établir électroniquement la feuille de soins et de télé-transmettre par Internet les lots de feuilles de soins électroniques aux organismes d'assurance maladie.

La conception de la feuille de soins électronique utilise deux cartes à microprocesseur :

- celle du Professionnel de Santé : la **carte CPS**, carte d'habilitation et outil de sécurisation des transactions électroniques.
- celle du patient : la **carte VITALE**, reflet de sa situation administrative, de sa situation d'assuré ou de bénéficiaire vis-à-vis de l'assurance maladie.

Les règles vérifiant la bonne application de la réglementation et de la tarification définies dans le cahier des charges SESAM-Vitale sont applicables systématiquement selon les données relatives aux conventions liant le Professionnel de Santé aux Organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire de l'assuré social.

Deux modes de fonctionnement de création de la feuille de soins électronique sont prévus :

- **le mode de fonctionnement Sécurisé** : la feuille de soins électronique ne peut être créée sans la présence de la carte Vitale du patient et de la carte du Professionnel de Santé qui sont des composants essentiels de la sécurité du système SESAM-Vitale.
- **le mode de fonctionnement Dégradé** : En l'absence de la carte vitale ou en cas de dysfonctionnement du lecteur de carte à puces, le Professionnel de Santé peut soit revenir au circuit papier traditionnel ou soit réaliser un flux Dégradé. Il est possible d'effectuer une feuille de soins électronique en mode Dégradé (sans la carte vitale du patient) et de la télétransmettre en respectant les règles de gestion imposées par les caisses.

Le Professionnel de Santé peut réaliser une ou plusieurs feuilles de soins électroniques pour une même **série d'actes** récapitulant une ou plusieurs séances de soins, la feuille de soins électronique ne concerne qu'un seul bénéficiaire de soins, pour une seule nature d'assurance et un seul justificatif d'exonération, le système SESAM-Vitale s'applique aussi bien au « **tiers payant** » qu'au « **hors tiers payant** ».

Dès lors que le Professionnel de Santé a recours à une procédure de tiers payant, le logiciel applique automatiquement les règles de contrôle et de tarification de **l'assurance maladie obligatoire**. En ce qui concerne les règles de tarification de **l'assurance maladie complémentaire**, le logiciel applique les règles propres à chaque organisme complémentaire selon les conventions établies avec le Professionnel de Santé, ces règles doivent être paramétrées dans le menu **Paramètres – Référentiels AMC**.

Dans le cas où la carte du Professionnel de Santé possède plusieurs situations d'exercice et de facturation, il doit sélectionner la situation d'exercice et de facturation appropriée. Dans le cas d'une carte Vitale familiale comportant **plusieurs bénéficiaires**, le Professionnel de Santé doit sélectionner le bénéficiaire des soins.

AFFID Vitale assure la mise en oeuvre technique de l'élaboration de la feuille de soins en vous signalant par des messages toutes les opérations à effectuer pour bien constituer la feuille de soins électronique.

Vous devez toujours insérer et maintenir dans le lecteur de cartes à puces les deux cartes (Vitale et CPS) pendant toute la durée de création et de sécurisation de la feuille de soins électronique.

A la fin du mécanisme de sécurisation, le logiciel peut vous imprimer automatiquement une quittance (*facturette format A4 ou autres*) à remettre à l'assuré ou le bénéficiaire des soins. Le Professionnel de Santé a la possibilité d'inscrire les informations composant la quittance sur l'ordonnance papier.

Conformément aux dispositions réglementaires, le Professionnel de Santé conserve le double électronique des feuilles de soins transmises pendant quatre-vingt-dix jours au moins.

Les feuilles de soins électroniques doivent être transmises dans un délai de 90 jours conformément aux dispositions réglementaires.

Enfin, le transfert des recettes journalières vers **AFFID Standard** est automatique et instantané après la saisie et la sécurisation de la feuille de soins électronique. Vous pouvez lancer AFFID Standard en même temps que AFFID Vitale afin de vérifier la prise en compte en temps réel de l'enregistrement des honoraires.

Règles particulières concernant certains type d'actes

Actes multiples au cours d'une même séance avec ou sans dépassement de tarif

Chaque acte doit être présenté isolément dans la feuille de soins électronique, le montant des honoraires retrace le prix de chaque acte. Le dépassement éventuel est imputé soit à chaque acte, soit à l'acte le plus important.

Plusieurs séances facturées sur la même feuille de soins avec actes multiples ou indemnités

Lorsque plusieurs séances d'actes sont facturées sur la même feuille de soins, la présentation des articles doit respecter la chronologie des séances et l'ordre de présentation des feuilles de soins comme précisé ci-après :

1ère Séance

.acte médical avec ou sans majoration

2ème Séance

.acte médical avec ou sans majoration

La possibilité de regrouper des actes identiques effectués le même jour est offerte (même coefficient, même prestation, même complément de prestation réalisée par le même Professionnelle de Santé sur un même malade). Les indemnités kilométriques ne sont pas concernées par ce regroupement et doivent être présentées par séance de soins.

Actes gratuits, Actes non remboursables, Actes Hors Nomenclature

Pour les actes **GRATUITS**, le taux de remboursement, le montant des honoraires, le montant remboursable par l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire) doivent être valorisés à zéro et le qualificatif de la dépense à **G**.

Pour les actes **NON REMBOURSABLES**, la base de remboursement, le taux de remboursement, le montant de remboursement par l'AMO doivent être valorisés à zéro et le

qualificatif de la dépense à **N**.

Pour les actes **HORS NOMENCLATURE**, la base de remboursement, le taux de remboursement, le montant de remboursement par l'AMO doivent être valorisés à zéro, le coefficient à **1**, le qualificatif de la dépense à **N** et le code de la prestation à **HN**.

Soins dentaires : Chirurgiens-dentistes et Stomatologues

Les dispositions réglementaires concernant les soins dentaires prévoient que le tarif applicable est celui en vigueur à la date d'achèvement des soins. Cette date doit être indiquée pour chaque prestation, une prestation correspondant à une seule dent soignée.

Présentation des films (clichés) en électroradiologie : Radiologues

Les lettres clés affectées d'un coefficient identique peuvent être groupées dans une même prestation.

Exemple : Z 0,80 + Z 0,80

Une seule prestation doit être saisie :

	Prestation
Prestation	Z
Coefficient	0,80
Quantité	2

Radiothérapie : Radiologues

Dans l'attente de création d'un code acte spécifique aux irradiations par faisceaux ou électrons, les actes d'irradiations cotés **Z1** et **Z2** sont globalisés dans une seule prestation dont le dénombrement indiquera le nombre de séances d'irradiations effectuées.

Exemple : Z1 + Z1 + Z1 + Z1 + Z2

Une seule prestation doit être saisie :

	Prestation
Prestation	Z
Coefficient	6
Quantité	1
Dénombrement	5

Indemnités forfaitaires et kilométriques de déplacement

Dans la feuille de soins, l'indemnité de déplacement (MD, IF, IFA, IK, IKM, IKS) est ajoutée à l'acte principal sur une deuxième ligne avec la même date d'exécution.

Exemple : VG+MD = 35€

Deux prestations doivent être saisies :

	1ère Prestation	2ème Prestation
Prestation	VG	MD
Montant	25	10

Forfait dentaire au titre de la CMU

Le forfait dentaire doit toujours être précédé de l'acte réalisé au titre de la CMU

complémentaire.

Exemple de forfait dentaire au titre de la CMU :

	1ère Prestation	2ème Prestation
Prestation	SPR	FDA
Coefficient	60	
Prix Unitaire	2,15	
Montant facturé	381,15 (129+252,15)	252,15

5.2 Description de la feuille de soins

N° 1723	Feuille de soins	à transmettre <input checked="" type="checkbox"/>
Date 23/11/2017	Médecin (Art. R. 161.40 et suivants du code de la sécurité sociale)	Sécurisation TLA <input type="checkbox"/>
		Désynchroniser <input type="checkbox"/>

N° affecté automatiquement à la feuille de soins

Date de la feuille de soins électroniques

à **transmettre** lors de la prochaine transmission, si décochée, la feuille ne sera pas transmise automatiquement

Sécurisation TLA permet de sécuriser la feuille de soins au domicile du patient

Bénéficiaire des soins et assuré(e)	
Bénéficiaire ADULTE SPECIMEN CARTE MARIE-AMELIE	Organisme de rattachement 01 - Régime général BOULOGNE SUR MER

Nom et prénom du patient

Si la carte Vitale fournie plusieurs bénéficiaires, vous devez sélectionner dans la liste, le nom du patient bénéficiant des soins.

L'identification administrative du patient est visible à partir du bouton 

Organisme de rattachement : numéro et nom de la caisse principale

Médecin	
Monsieur GENE RPPS ALAIN Médecine générale Conventione 99111104 CAB : 0 ZID : 20 ZIK : 02 CPS	Situation N°1 : Zone B sans ID - Avec Indemnité Kilométrique de montagne - Avec agrément DA

En cas de **plusieurs situations**, le praticien doit sélectionner par la liste déroulante , la zone de facturation

Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins			
<input checked="" type="checkbox"/> Tiers Payant (RO)	<input checked="" type="checkbox"/> Pas d'accident	<input type="checkbox"/> Prescription	<input type="checkbox"/> Exonération
<input type="checkbox"/> Complémentaire	<input type="checkbox"/> Accident Droit Commun	<input type="checkbox"/> Pièce justificative	<input type="checkbox"/> Soins Médicaux Gratuits
<input type="checkbox"/> Conventions	<input type="checkbox"/> Accident du travail	<input type="checkbox"/> Attestation papier	<input type="checkbox"/> Victime d'attentat
<input checked="" type="checkbox"/> Date de référence	<input type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Carnet médical	<input checked="" type="checkbox"/> Parcours de soins

1ère colonne :

Tiers payant informations relatives au tiers payant (part Obligatoire / Complémentaire)

Complémentaire informations relatives aux organismes mutualistes et à la Couverture Maladie Universelle

Conventions informations relatives aux conventions signées entre la caisse d'assurance maladie et les organismes mutualistes

D.R.E permet d'effectuer une demande électronique de remboursement aux organismes mutualistes non gérés par la caisse d'assurance maladie

2ème colonne :

Pas d'accident coché par défaut

Accident Droit Commun date de l'accident causé par un tiers

Accident du travail date ou numéro de l'AT/MP

Maternité date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

Les options de la nature d'assurance s'excluent mutuellement.

3ème colonne :

Prescription identification du prescripteur de l'ordonnance (concerne les auxiliaires médicaux)

Pièce justificative gérée automatiquement par le logiciel

Attestation papier est cochée si le praticien a saisi un AT, une AMC ou une CMU sortant

Carnet médical le patient a présenté son carnet médical (facultatif)

4ème colonne :

Exonération permet de forcer l'exonération de la nature des soins

Soins Médicaux Gratuit prestations au titre des soins médicaux gratuits (SMG) pour les bénéficiaires de l'article L-115

Victime d'attentat si les soins sont en lien avec des actes de terrorisme

Parcours de soins permet de modifier le parcours de soins initialement renseigné

Date d'exécution	Actes effectués										
22/02/2018	éléments de tarification										
Codes des actes	Date	Acte	Mnt	Compl.	Qualif.	Exo	Taux	Amo	Amc	Code Asso	
CCX COE CSO DEQP003 G MCG	1 22/02/2018	G	25.00				0.00	0.00	0.00		<input type="button" value="Ajouter"/> <input type="button" value="Modifier"/> <input type="button" value="Supprimer"/> <input type="button" value="Séances"/>

Date d'exécution variable en fonction de la date d'exécution des soins peut-être antérieure à la date de la feuille de soins

Liste des codes actes variable en fonction de votre spécialité et votre personnalisation des codes actes

Éléments de tarification lignes facturées au patient avec les conditions tarifaires appliquées

Ajouter permet de saisir ponctuellement une prestation non paramétrée dans la liste personnalisée

Modifier permet de changer les informations d'une prestation

Supprimer permet d'enlever de la liste une prestation erronée

Séances permet de facturer les séances réalisées dans la Planification des séances

Règlement en Euro			
Règlement	CHQ - Chèque	Nombre	1
Nom payeur	CARTE MARIE-AMELIE	Total facture	25.00
Remarque		Montant reçu	
Tiers payant		Part assuré	
		Part obligatoire	
		Part complémentaire	
		<input type="button" value="✓ Valider"/> <input type="button" value="✗ Annuler"/> <input type="button" value="? Aide"/>	Suivant <input type="checkbox"/>

Si vous transférez automatiquement vos recettes journalières vers **AFFID Standard**, vous devez préciser le mode de **Règlement** et le **nom du payeur** pour les remises de chèques.

Total en nombre et en montant des prestations saisies dans la feuille de soins électronique et total de la Part **AMO/AMC/Assuré** selon le taux de remboursement des prestations.

AMO = Assurance maladie obligatoire

AMC = Assurance maladie complémentaire

5.3 Elaboration d'une feuille de soins

Le logiciel mémorise toutes les feuilles de soins déjà élaborées et sécurisées. Vous pourrez créer, modifier, supprimer, rechercher, trier, imprimer et envoyer automatiquement aux caisses toutes vos feuilles de soins électroniques du même menu : "Livre des feuilles de soins".

Accès aux feuilles de soins électroniques

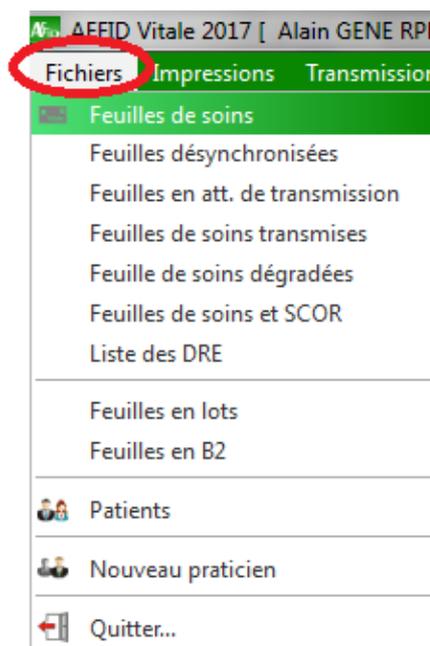
Pour réaliser une feuille de soins électronique :

A partir du menu d'accueil,
cliquez sur **Les Feuilles de soins**
puis sur **Saisie**.



ou

A partir de la barre de menu,
sélectionnez **Fichiers**
puis **Feuilles de soins**



AFFID Vitale 2017 [Alain GENE RPPS - Médecine générale - Exercice 2018]

Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils SCOR Téléservices A.M. Aide PRATICIENS

Alain GENE RPPS - Exercice 2018

Retour Info Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Tri Dupliquer Imprimer Envoyer

Praticien Agenda Lecteur

S	R	N°	Date	Patient	Acte	Montant	Mode	Régime	V	SITUATION DE TRANSMISSION	Scor
		5	13/02/2018	CARTE MARIE-AMELIE	G	25.00	TP	01 Régime général		FSE : REMBOURSEE [AMO : 17.50 - AMC : 7.50 €]	
		6	13/02/2018	CARTE HELENE	G	25.00	TPC	01 Régime général		FSE : REMBOURSEE [AMO : 17.50 €]	
		8	13/02/2018	CARTE ADELE	G	25.00	TPC	01 Régime général		FSE : REMBOURSEE [AMO : 17.50 €]	
		9	15/02/2018	CARTE SIMON	VG+MD	35.00	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		10	15/02/2018	CARTE ELVIRE	VG+MD	35.00	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		11	15/02/2018	CARTE AMELIE	VG+MD	35.00	TP	01 Régime général		FSE : REMBOURSEE [AMO : 24.50 - AMC : 10.50 €]	
		12	20/02/2018	CARTE NATACHA	G	25.00	FAM	01 Régime général		FSE DÉGRADÉE : ACCEPTÉE	
		13	20/02/2018	CARTE NINA	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		14	20/02/2018	CARTE ALAIN	G	25.00	TPC	01 Régime général		FSE : REJETÉE	
		15	20/02/2018	CARTE ALEXIS	G+MIS	55.00	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		16	20/02/2018	CARTE JEAN-MICHEL	G+MEG	30.00	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		17	20/02/2018	CARTE CONRAD	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		18	20/02/2018	CARTE MARIE	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		19	20/02/2018	CARTE GAETAN	G	25.00	TP	01 Régime général		FSE/DRE : REMBOURSEE [AMO : 17.50 - AMC : 7.50 €]	
		20	20/02/2018	CARTE ADELE	G-URG	47.60	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		21	20/02/2018	CARTE MICHEL	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		22	20/02/2018	CARTE NATHALIE	G	25.00	TP	01 Régime général		FSE/DRE : REMBOURSEE [AMO : 17.50 - AMC : 0.00 €]	
		23	20/02/2018	CARTE HELENE	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		24	21/02/2018	CARTE LUCILLE	G+DEQP003	39.26	CHQ	01 Régime général		FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...	
		25	21/02/2018	CARTE SIMON	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...	
		26	21/02/2018	CARTE JEAN-MARIE	G+MIS	55.00	CHQ	01 Régime général		FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...	
		27	21/02/2018	CARTE ALEXIS	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...	
		28	21/02/2018	CARTE MARIE	G-URG	47.60	CHQ	01 Régime général		FSE DÉGRADÉE : TRANSMISSION DÉGRADÉE OK - ATTENTE ...	
		29	21/02/2018	CARTE GAETAN	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...	
		30	21/02/2018	CARTE EMILIE	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...	
		31	22/02/2018	CARTE MARIE	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : (synchronisée) Attente de transmission	
		32	22/02/2018	CARTE JEAN	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : (synchronisée) Attente de transmission	
		33	22/02/2018	CARTE AMELIE	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission	
		34	22/02/2018	CARTE NATACHA	G-URG	47.60	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission	
		35	22/02/2018	CARTE HELENE	G	25.00	TP	01 Régime général		FSE : Attente de transmission	
		36	22/02/2018	CARTE JEANNE	G+DEQP003	39.26	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission	
		37	22/02/2018	CARTE SIMON	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : Dégradé - Attente de transmission	
		38	22/02/2018	CARTE NATHAN	G+MIS	55.00	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de synchronisation	

Choix du filtre S Supprimer le filtre

Pictogrammes des feuilles de soins

Colonne S



la feuille de soins a été signée et sécurisée avec les cartes CPS et Vitale



la feuille de soins a été signée dans le mode dégradé (IRIS) sans la carte CPS ou Vitale



la feuille de soins a été effectuée en mode désynchronisé (carte CPE) attente sécurisation et signature avec la carte CPS



la feuille de soins a été signée et sécurisée dans le mode Lecteur Vitale Portable

Colonne R



la feuille de soins a été signée et sécurisée par un remplaçant

Colonne V



la feuille de soins a été transmise et est en attente d'un accusé de réception de la caisse



la feuille de soins a été acceptée (conforme aux normes de transmission)



la feuille de soins a été partiellement remboursée (paiement partiel des Tiers Payants)



la feuille de soins a été remboursée (paiement reçu des Tiers Payants)



la feuille de soins a été rejetée (non conforme aux normes de transmission)



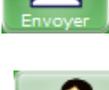
la feuille de soins en mode dégradé (IRIS) a reçu une notification de transmission positive

Au-dessus de la grille des prestations, des boutons de fonction sont proposés (activables par un clic gauche de la souris) :



Le dessin de ces boutons peut être différent selon l'option de présentation sélectionnée dans le menu : Paramètres/Préférences

Remarque : Les touches de fonctions du clavier (1ère rangée) ont une action équivalente aux boutons de fonctions de la grille et peuvent être utilisées à leur place.

Touche Echap ou bouton		Permet le retour au menu précédent
Touche F1 ou bouton		Aide en ligne, donne les informations pour la saisie et les opérations possibles à effectuer dans la grille en cours.
Touche F2 ou bouton		Initialise la commande " ajouter une écriture" à la suite des écritures déjà saisies dans le livre.
Touche F3 ou bouton		Initialise la commande " modifier l'écriture sélectionnée". (positionner la barre de sélection sur l'écriture à modifier, avec les flèches ou la souris)
Touche F4 ou bouton		Initialise la commande " supprimer la ligne sélectionnée". (positionner la barre de sélection sur l'écriture à supprimer, avec les flèches ou la souris)
Touche F5 ou bouton		Initialise la commande " rechercher une écriture" sur le critère préalablement activé par le bouton de fonction F7.
Touche F6 ou bouton		Initialise la commande " visualiser " donnant les imputations comptables de la ligne sélectionnée.
Touche F7 ou bouton		Initialise la commande " trier " sur un critère choisi.
Touche F8 ou bouton		Initialise la commande " copier " la ligne sélectionnée. (Cette fonction facilite l'enregistrement des écritures régulières (par exemple les recettes mensualisées, virements clinique,...).
Touche F9 ou bouton		Initialise la commande " imprimer " le journal du livre en cours.
Touche F10 ou bouton		Initialise la commande " envoyer " lance la télétransmission des feuilles de soins en attente.
Bouton		Permet de changer de praticien.
Bouton		Permet de changer de période d'activité.
Bouton		Permet de télécharger les feuilles de soins effectuées en visite.

Selon les menus certains boutons de commande sont inactifs (grisés)

Ajouter une feuille de soins

Pour créer une feuille de soins :

- Insérez votre CPS dans le lecteur.
- Insérez la carte Vitale du patient dans le lecteur.



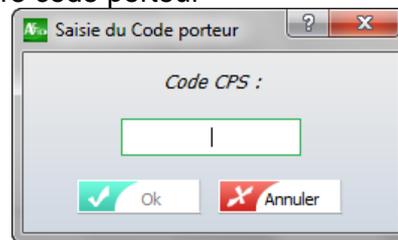
- Cliquez sur le bouton **Ajouter** ou faites **F2-Ajouter**

L'écran suivant apparaît :



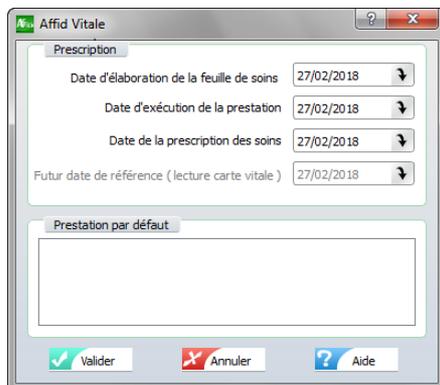
Cet écran indique la lecture en cours des informations de la carte CPS.

Lors de la première lecture de la carte CPS après ouverture du programme, un message invite à saisir votre code porteur



Attention ! après 3 tentatives de saisie, la carte sera bloquée. Si le code porteur a été enregistré dans le menu Paramètres / Identification du praticien, ce message n'apparaît pas.

Suit l'écran :



Cet écran vous demande de saisir la date de la prescription.

- Saisissez la date de la prescription (*si différente de la date du jour*)
- Confirmez la saisie par le bouton **Valider**

Vous pouvez désactiver l'apparition de cet écran à partir du menu Paramètres/Personnalisation de la feuille de soins.

La date de prescription est généralement saisie par les Auxiliaires médicaux.

Suit l'écran :



Cet écran indique la lecture en cours des informations de la carte VITALE.

Toutes les informations des bénéficiaires sont extraites de la carte en une seule fois et affichées dans une liste en sélection dans la feuille de soins.

Si plusieurs bénéficiaires existent sur la carte Vitale, vous devrez sélectionner le patient bénéficiaire des soins.

Ces 3 étapes définissent la première procédure de collecte d'informations nécessaires à la feuille de soins :

- Identification du Professionnel de Santé : Code porteur, Situations de facturation, Habilitation
- Date de la prescription des soins : Date de l'ordonnance ou date d'origine de la prescription
- Identification de l'assuré : Les ayants droits, Droits du bénéficiaire des soins, Régimes d'appartenance

Suit la fenêtre concernant le parcours de soins

The screenshot shows a software window titled "Affid Vitale" with a tab labeled "Parcours Coordonné de soins". Inside the window, there are three main sections:

- Parcours Coordonné de soins:** A list of radio buttons. The first option, "Médecin Traitant", is selected with a green dot. Other options include "Nouveau médecin traitant", "Médecin traitant de substitution", "Hors résidence habituelle du patient", "Accès Direct Spécifique", "Hors accès Direct spécifique", "Urgence", "Patient orienté par le médecin traitant", "Patient orienté par un médecin autre que le médecin traitant", and "Hors parcours de soins".
- Déclaration Médecin traitant:** A section with the question "Le patient a-t-il déclaré son médecin traitant ?" followed by two checkboxes: "Oui" (checked) and "Non".
- Informations médecin traitant:** A section with three dropdown menus labeled "Nom", "Prénom", and "Numéro National".

At the bottom of the window, there are three buttons: "Valider" (with a green checkmark icon), "Annuler" (with a red X icon), and "Aide" (with a blue question mark icon).

Pour chaque patient, le parcours de soins doit être initialisé la première fois (il restera mémorisé lors des prochaines feuilles de soins)



Ouvre la feuille de soins. Elle est créée par défaut avec les informations suivantes :

- Tarification Hors Tiers Payant, Pas d'accident, Règlement Chèque.
Vous pouvez à tout moment changer ces différentes informations dans la feuille de soins électronique.
(Voir chapitre : [Personnalisation des Feuilles de soins](#))⁴¹

Lorsque le Patient a oublié sa carte, la feuille de soins électronique peut être créée conformément au mode Dégradé (IRIS). Si le patient est nouveau, le professionnel de santé devra saisir manuellement les informations d'identification du patient.

ATTENTION : La transmission de la feuille de soins électronique Dégradée doit être accompagnée de l'envoi du duplicata de la feuille de soins et de son bordereau de télétransmission. (Voir chapitre : [Principes du mode dégradé ou IRIS](#))¹³²

La feuille de soins électronique

Etape 1 : Double-cliquez sur la prestation à facturer au patient dans la liste (à gauche du corps de la feuille de soins.

La date du jour, l'acte et le tarif sont affichés automatiquement dans le corps de la feuille de soins.

Vous pouvez modifier le mode de règlement dans la zone "Règlement".

Etape 2 : Confirmez la création et la sécurisation de la feuille de soins en cliquant sur le bouton "Valider".

Etape 3 : Si vous avez activé dans les Paramètres de la feuille de soins l'option "Imprimer automatiquement le ticket de l'assuré après la saisie de la feuille de soins", alors il sera imprimé automatiquement vers l'imprimante après la sécurisation de la feuille de soins électronique.

Acte	Quantité	Coefficient	Montant Facturé	Taux	Montant AMO	Montant AMC	Montant Assuré
G	1	1.00	25.00	70%	17.50	0.00	25.00
Nb Total Acte :			1	Total Facturé :	25.00	Montant reçu : 25.00	

Mode de Paiement : CHQ

Remettez au patient, sa CARTE VITALE et éventuellement le Ticket.

Feuille de soins électronique

N° 1723

Date 23/11/2017

Feuille de soins Médecin
(Art. R. 161-40 et suivants du code de la sécurité sociale)

Utilisation du service ADR: à transmettre [x] à transmettre [x] Sécurité TLA [x] Désynchroniser [x]

Bénéficiaire des soins et assuré(e)
Bénéficiaire ADULTE CARTE MARIE-AMELIE Organisme de rattachement 01 - Régime général BOULOGNE SUR MER

Médecin
Monsieur GENE RPPS ALAIN
Médecine générale
Conventionne
99111104 CAB : 0 ZID : 20 ZIK : 02 CPS
Situation N°1 : Zone B sans ID - Avec Indemnité Kilométrique de montagne - Avec agrément DA

Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins

Tiers Payant (RO) Pas d'accident Prescription Exonération
 Complémentaire Accident Droit Commun Pièce justificative Soins Médicaux Gratuits
 Conventions Accident du travail Attestation papier Victime d'attentat
 Date de référence Maternité Carnet médical Parcours de soins

Date d'exécution 23/11/2017

Actes effectués

Date	Acte	Mnt	Compl.	Qualif.	Exo	Taux	Amo	Amc	Code Asso
1 23/11/2017	EBQM001	96.81				0.00	0.00	0.00	

Règlement en Euro

Règlement CHQ - Chèque Nombre 1 Part assuré
 Nom payeur CARTE MARIE-AMELIE Total facture 96.81 Part obligatoire
 Remarque Montant reçu Part complémentaire
 Tiers payant

Buttons: Valider, Annuler, Aide, Suivant

2 De façon ponctuelle pour appliquer une tarification spécifique

- L'acte CCAM est pré-paramétré mais non personnalisé dans votre liste. Tous les actes de base que vous utilisez habituellement (NGAP et CCAM) sont intégrés dans la liste des prestations AFFID. Pour accéder à la totalité de cette liste : utiliser le bouton 

Feuille de soins électronique

N° 1723

Date 28/02/2018

Feuille de soins à transmettre [x] à transmettre [x] Sécurité TLA [x] Désynchroniser [x]

Bénéficiaire des soins et assuré(e)
Bénéficiaire ADULTE

Monsieur GENE RPPS ALAIN
Médecine générale
Conventionne
99111104 CA

Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins

Tiers Payant (RO) Pas d'accident Prescription Exonération
 Complémentaire Accident Droit Commun Pièce justificative Soins Médicaux Gratuits
 Conventions Accident du travail Attestation papier Victime d'attentat
 Date de référence Maternité Carnet médical Parcours de soins

Date d'exécution 23/11/2017

Actes effectués

Date	Acte	Mnt	Compl.	Qualif.	Exo	Taux	Amo	Amc	Code Asso
1 23/11/2017	EBQM001	96.81				0.00	0.00	0.00	

Règlement en Euro

Règlement CHQ - Chèque Nombre 1 Part assuré
 Nom payeur CARTE MARIE-AMELIE Total facture 96.81 Part obligatoire
 Remarque Montant reçu Part complémentaire
 Tiers payant

Buttons: Valider, Annuler, Aide, Suivant

Affid Vitale

Prestation

Date d'exécution 28/02/2018 Exécution de la prestation au cabinet [x]

Prestation LPP / CIP [x] CCAM [x]

Montant Base de remboursement

Montant facturé

Prix unitaire

Base de remboursement

Coefficient

Quantité

Dénombrement

Taux applicable

Remboursement A.M.O

Remboursement A.M.C

Majoration Ticket Modérateur

Formule de la mutuelle

Buttons: Valider, Annuler, Aide, Suivant

Sélectionnez l'acte CCAM dans la liste.

The screenshot shows the 'Affid Vitale' application window. The 'Prestation' tab is active. The 'Date d'exécution' is set to 28/02/2018. The 'Prestation' dropdown is set to 'EBQM001 - Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extr'. The 'Montant facturé' is 69.93. The 'Données CCAM' button is circled in red. Other buttons include 'Entente', 'Exonéré', 'Dents', 'Appareil', 'R.M.O', 'Exécutant', 'Lieu', 'Forçage', 'Base', 'Filière', and 'Formule'. The 'Prestation en série' button is also visible.

Le bouton **Données CCAM** permet l'accès aux options supplémentaires du code acte.

Préciser les codes supplémentaires de l'acte CCAM

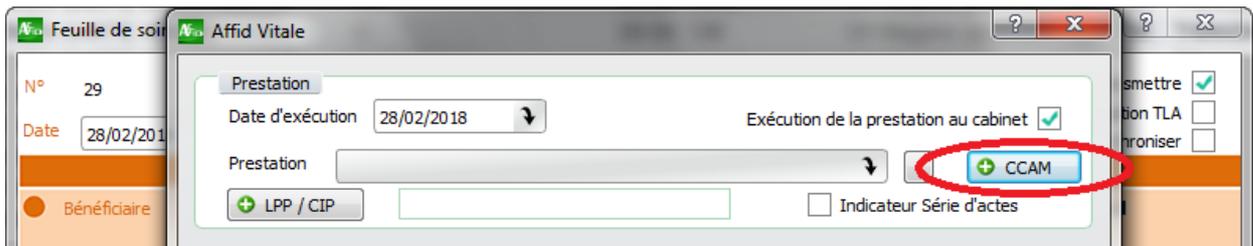
The screenshot shows the 'Affid Vitale' application window with the 'Codage CCAM' tab active. The 'Code de l'acte CCAM' is 'EBQM001' and the 'Code Association' is 'ADE'. The 'Code Activité' is '1' and the 'Code Phase de traitement' is '0'. The 'Motif d'exonération' section has radio buttons for 'Aucun', 'Soins effectués dans le cadre d'un dispositif de prévention', 'Soins en rapport avec un acte exonérant hors facture', 'Soins exonérés pour les nouveaux nés', and 'Soins non exonérés'. The 'Validier', 'Annuler', and 'Aide' buttons are at the bottom.

Le praticien peut toujours modifier et forcer manuellement le « Montant facturé » de l'acte CCAM.

Attention : Tous les codes non remboursables ne peuvent être télétransmis. Certains codes actes ont un montant à Zéro, pour facturer ces actes passer par la modification des codes supplémentaires (Modifier, CCAM, et renseigner la zone Remboursement Except. à : 0)

3 De façon exceptionnelle pour utiliser un code CCAM non intégré initialement

- Cliquez sur le bouton **Ajouter** afin d'afficher l'écran de saisie des prestations, puis sur le bouton **+ CCAM** pour intégrer un nouvel acte CCAM directement à partir de la feuille de soins.



Donne accès à l'écran général de recherche d'un code CCAM ([Voir Chapitre : Paramétrage des codes actes CCAM](#)) qui après sélection ne sera pas seulement pris en compte dans la feuille de soins mais aussi intégré dans votre liste des prestations AFFID pour une éventuelle utilisation ultérieure.

Pour vérifier et rectifier les codes complémentaires CCAM :

- Sélectionner l'acte facturé dans la partie centrale de la feuille de soins et cliquer sur le bouton **Modifier**

Actes effectués										
éléments de tarification										
	Date	Acte	Mnt	Compl.	Qualif.	Exo	Taux	Amo	Amc	Code Asso
1	28/02/2018	EBQM001	69.93				0.00	0.00	0.00	

Ajouter

Modifier

Supprimer

Séances

Affid Vitale

Prestation

Date d'exécution : 28/02/2018 Exécution de la prestation au cabinet

Prestation : EBQM001 - Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extr

CCAM LPP / CIP Indicateur Série d'actes

Sans Majoration
 F - Dimanche ou jour férié
 N - Nuit
 U - Urgence

Montant de la Majoration :
Base de remboursement :

Qualificatif de dépassement : Sans Justificatif de Dépassement

Montant du Dépassement :
Base de remboursement :
 Prévention commune AMO/AMC

Montant facturé	69.93
Prix unitaire	69.93
Base de remboursement	
Coefficient	1.00
Quantité	1
Dénombrement	
Taux applicable	
Remboursement A.M.O	
Remboursement A.M.C	
Majoration Ticket Modérateur	
Formule de la mutuelle	

Entente Exonéré Dents
Appareil R.M.O Exécutant

Données CCAM Lieu Forçage
Base Filière Formule

Valider Annuler Aide

Cliquer sur le bouton **Données CCAM**

Vérifier et rectifier les codes complémentaires selon le contexte de facturation de l'acte.

Affid Vitale

Codage CCAM

Code de l'acte CCAM : EBQM001 ADE

Code Association :

Code Remboursement excep. :

Code Modificateur 1 :

Code Modificateur 2 :

Code Modificateur 3 :

Code Modificateur 4 :

Code Supplément de charges :

Code Activité : 1

Code Phase de traitement : 0

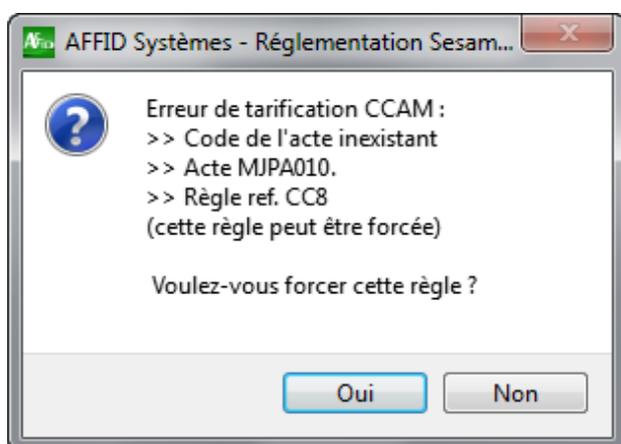
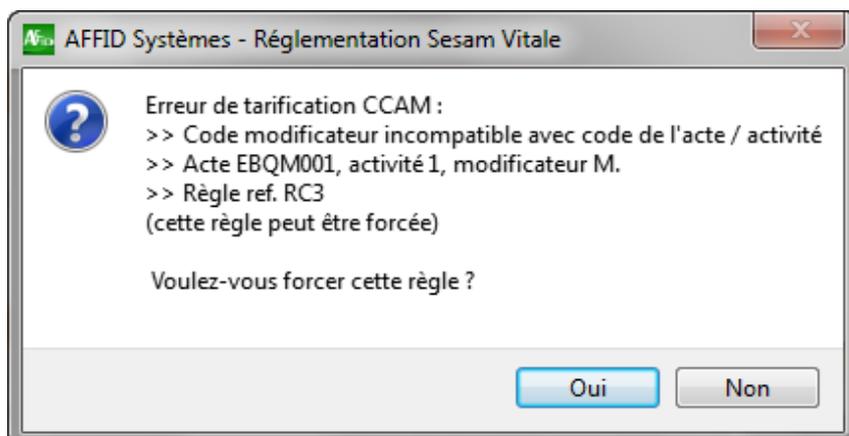
Code Extension documentaire :

Motif d'exonération

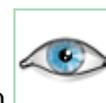
Aucun
Soins effectués dans le cadre d'un dispositif de prévention
Soins en rapport avec un acte exonérant hors facture
Soins exonérés pour les nouveaux nés
Soins non exonérés

Valider Annuler Aide

Remarque : Lors de la validation de la feuille de soins, s'effectue un contrôle de cohérence de facturation et peuvent apparaître les messages suivants :



Vous devez alors recontrôler les conditions de tarification et d'utilisation du code acte CCAM concerné. ([Voir chapitre : Paramétrage des codes actes CCAM](#))⁴⁹



Vérifiez les codes associations, codes modificateurs et code remboursement, option

5.5 Règles de gestion spécifique

5.5.1 Les accidents du travail

Si l'information de l'accident du travail n'est pas déjà enregistrée dans la carte vitale, il faut cocher la case accident.

Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins			
<input checked="" type="checkbox"/> Tiers Payant (RO)	<input type="checkbox"/> Pas d'accident	<input type="checkbox"/> Prescription	<input type="checkbox"/> Exonération
<input type="checkbox"/> Complémentaire	<input type="checkbox"/> Accident Droit Commun	<input type="checkbox"/> Pièce justificative	<input type="checkbox"/> Soins Médicaux Gratuits
<input type="checkbox"/> Conventions	<input checked="" type="checkbox"/> Accident du travail	<input type="checkbox"/> Attestation papier	<input type="checkbox"/> Victime d'attentat
<input checked="" type="checkbox"/> Date de référence	<input type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Carnet médical	<input checked="" type="checkbox"/> Parcours de soins

Renseigner la date de l'accident puis **cocher la case "utilisation de l'attestation papier ou du feuillet AT"** (zones de saisie obligatoire)

Renseigner le numéro de la caisse dans le champ « Organisme gestionnaire » si celui-ci n'est pas récupéré automatiquement depuis la carte Vitale. Ce numéro doit figurer sur l'attestation papier dans la zone « organisme d'assurance maladie » => Identification

REMARQUE : Si le numéro de caisse gestionnaire n'est pas renseigné sur l'attestation papier, pour la plupart du temps le n° de caisse est récupéré depuis la carte vitale.

EXCEPTION : Dans le cas où le numéro de caisse gestionnaire de l'attestation papier est différent de celui renseigné sur la carte vitale du patient, la feuille de soins ne peut pas être réalisée en mode sécurisé. Vous devez faire une feuille de soins en mode dégradé.

5.5.2 Maternité

Dans le cadre d'une maternité, cochez la case "Maternité" sur la feuille de soins.

Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins			
<input checked="" type="checkbox"/> Tiers Payant (RO)	<input type="checkbox"/> Pas d'accident	<input type="checkbox"/> Prescription	<input type="checkbox"/> Exonération
<input type="checkbox"/> Complémentaire	<input type="checkbox"/> Accident Droit Commun	<input type="checkbox"/> Pièce justificative	<input type="checkbox"/> Soins Médicaux Gratuits
<input type="checkbox"/> Conventions	<input type="checkbox"/> Accident du travail	<input type="checkbox"/> Attestation papier	<input type="checkbox"/> Victime d'attentat
<input checked="" type="checkbox"/> Date de référence	<input checked="" type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Carnet médical	<input checked="" type="checkbox"/> Parcours de soins

Zone de saisie obligatoire : Date de début de grossesse.

5.5.3 Les ALD (Affection Longue Durée)

En cochant la case exonération de la feuille de soins vous pouvez forcer l'option A.L.D quand la carte du patient n'est pas à jour

Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins			
<input checked="" type="checkbox"/> Tiers Payant (RO)	<input type="checkbox"/> Pas d'accident	<input type="checkbox"/> Prescription	<input checked="" type="checkbox"/> Exonération
<input type="checkbox"/> Complémentaire	<input type="checkbox"/> Accident Droit Commun	<input type="checkbox"/> Pièce justificative	<input type="checkbox"/> Soins Médicaux Gratuits
<input type="checkbox"/> Conventions	<input type="checkbox"/> Accident du travail	<input type="checkbox"/> Attestation papier	<input type="checkbox"/> Victime d'attentat
<input checked="" type="checkbox"/> Date de référence	<input type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Carnet médical	<input checked="" type="checkbox"/> Parcours de soins

Sélectionnez la ligne "Soins relatifs aux ALD"

Remarque : Dans le cadre d'une ALD, le Tiers payant sur la part obligatoire sera **proposé** si l'option n'a pas été paramétrée dans le menu Paramètre / Personnalisation de la Feuille de soins, ou **appliqué** automatiquement si l'option est paramétrée.

5.5.4 les CMU

Si les données dans la carte vitale du patient sont à jour, le logiciel détermine automatiquement la CMU. Lors de l'ouverture de la feuille de soins les cases « Tiers payant RO+RC » et « Complémentaire » sont cochées par défaut et apparaît dans Règlement « TP ».

Dans le cadre d'une CMU dont la carte vitale du patient n'est pas à jour, le N° de Mutuelle ne sera pas renseigné automatiquement.

Pour "forcer" la CMU : Cocher sur la feuille de soin la case « Tiers payant (Hors) ».

Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins			
<input checked="" type="checkbox"/> Tiers Payant (HORS)	<input type="checkbox"/> Pas d'accident	<input type="checkbox"/> Prescription	<input type="checkbox"/> Exonération
<input type="checkbox"/> Complémentaire	<input type="checkbox"/> Accident Droit Commun	<input type="checkbox"/> Pièce justificative	<input type="checkbox"/> Soins Médicaux Gratuits
<input type="checkbox"/> Conventions	<input type="checkbox"/> Accident du travail	<input type="checkbox"/> Attestation papier	<input type="checkbox"/> Victime d'attentat
<input checked="" type="checkbox"/> Date de référence	<input type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Carnet médical	<input checked="" type="checkbox"/> Parcours de soins

Sélectionner « Tiers payant sur la part Obligatoire et Complémentaire géré par l'AMO »

The screenshot shows a window titled 'Affid Vitale' with a 'Cadre De Remboursement' section. The options are:

- Hors Tiers-Payant
- Tiers-Payant A.M.O. Tiers-Payant social
- Tiers-Payant A.M.O. et Tiers-Payant A.M.C.
- Tiers-Payant A.M.C.
- Tiers-Payant Intégrale pour les régimes SCNF ou MINES
- Facturation AMC

Buttons at the bottom: Valider, Annuler, Aide.

Valider

Revient sur la feuille de soins, puis cocher la Case « Complémentaire » pour enregistrer la complémentaire :

Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins			
<input checked="" type="checkbox"/> Tiers Payant (RO+RC)	<input type="checkbox"/> Pas d'accident	<input type="checkbox"/> Prescription	<input type="checkbox"/> Exonération
<input checked="" type="checkbox"/> Complémentaire	<input type="checkbox"/> Accident Droit Commun	<input type="checkbox"/> Pièce justificative	<input type="checkbox"/> Soins Médicaux Gratuits
<input type="checkbox"/> Conventions	<input type="checkbox"/> Accident du travail	<input type="checkbox"/> Attestation papier	<input type="checkbox"/> Victime d'attentat
<input checked="" type="checkbox"/> Date de référence	<input checked="" type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Carnet médical	<input checked="" type="checkbox"/> Parcours de soins

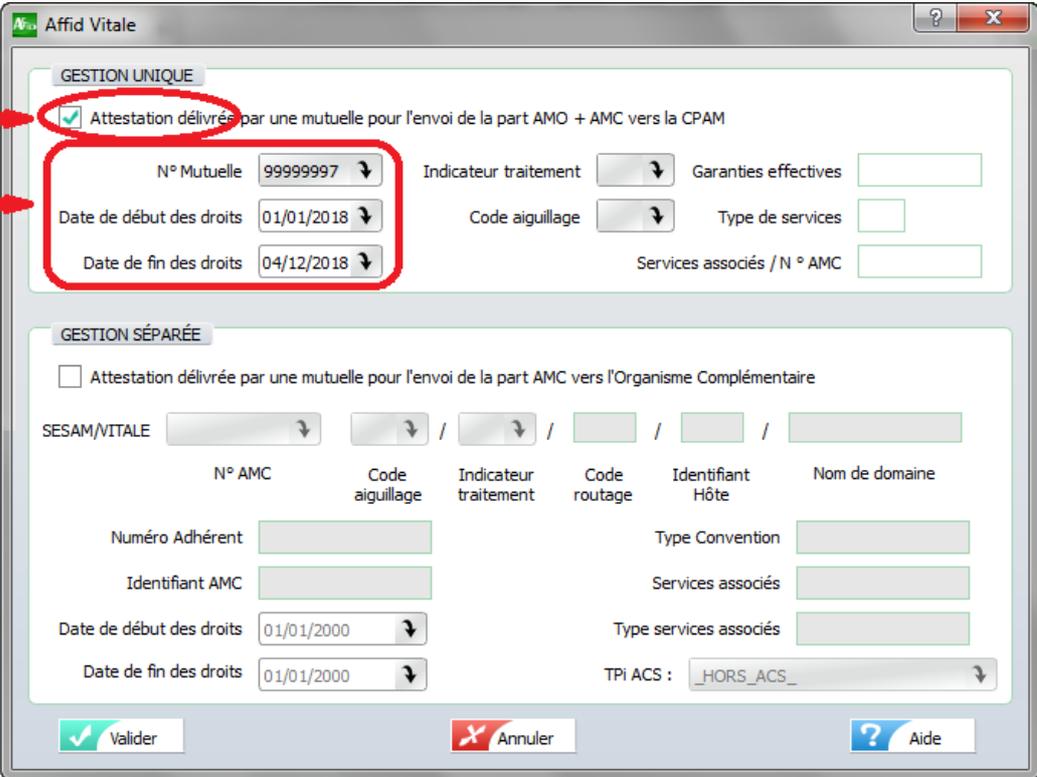
Cocher « Utilisation de l'attestation papier du bénéficiaire des soins »

The screenshot shows the 'Affid Vitale' application window. The 'Organisme Complémentaire' section is active, and the checkbox 'Utilisation de l'ATTESTATION PAPIER du bénéficiaire des soins' is checked and circled in red. Below this, there is a section for '« Droits mutuelle fermés »' with a table of fields. The '« GESTION UNIQUE SANS DROITS » - N° Mutuelle' field contains the value '99011111'. Other fields include 'Numéro AMC', 'Numéro d'adhérent', 'Identifiant de l'assuré AMC', 'Type de convention', 'Type de contrat', 'Garanties mutuelle', 'Code application', 'Indicateur de traitement', 'Aiguillage STS', 'Code routage flux', 'Identifiant hôte gestionnaire', 'Domaine', 'Date d'ouverture des droits' (01/01/2000), 'Date de fermeture des droits' (01/01/2000), and 'Prise en charge AMC'. Below this is the 'Paramètre de calcul AMC' section with a 'Plafond Mensuel de Sécurité Sociale' field. At the bottom is the 'Formule de calcul de la part complémentaire' section with a 'Formule' button. The footer contains 'Valider', 'Annuler', and 'Aide' buttons.

« GESTION UNIQUE SANS DROITS » - N° Mutuelle	99011111
Numéro AMC	
Numéro d'adhérent	
Identifiant de l'assuré AMC	
Type de convention	
Type de contrat	
Garanties mutuelle	
Code application	
Indicateur de traitement	
Aiguillage STS	
Code routage flux	
Identifiant hôte gestionnaire	
Domaine	
Date d'ouverture des droits	01/01/2000
Date de fermeture des droits	01/01/2000
Prise en charge AMC	

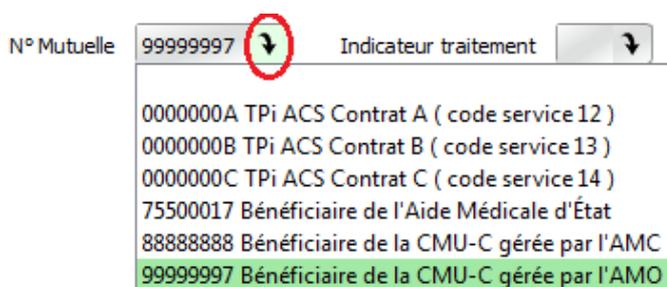
Renseigner les zones de saisie obligatoire dans GESTION UNIQUE :

 Zones de saisie obligatoire



Cocher la case « Attestation délivrée par une mutuelle pour l'envoi de la part AMO+AMC vers la CPAM »

Renseigner le N° Mutuelle CMU, un clic sur  affiche la liste des mutuelles déjà pré-paramétrées



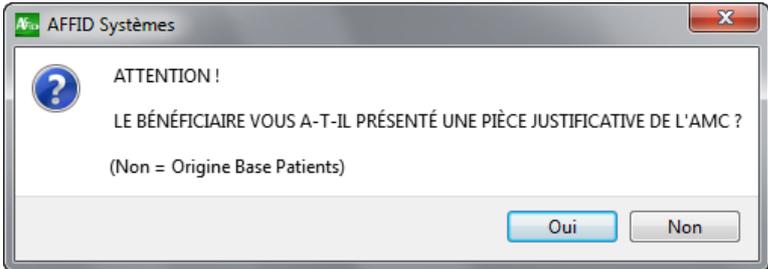
Sélectionnez le code souhaité dans la liste

Vous pouvez aussi saisir directement au clavier le N° dans la zone

Renseigner Date de début et Date de fin des droits.

Puis  Valider.

Valider le message pour la prise en compte de la pièce justificative



et valider la fenêtre récapitulative pour la prise en compte de AMC.

L'indication CMU est alors signifiée sur la feuille de soins.

Feuille de soins
 Médecin
 (Art. R. 161.40 et suivants du code de la sécurité sociale)
 Bénéficiaire des soins et assuré(e)
 Bénéficiaire : CARTE MARIE-AMELIE
 Organisme de rattachement : 01 - Régime général

Utilisation du service ADRI
 à transmettre
 Sécurisation TLA
 Désynchroniser

Remarques : Les N° de mutuelle et leur libellé peuvent être saisis par avance dans le menu **Paramètres** et **Personnalisation des tiers payant** (uniquement pour les mutuelles en mode gestion unique)

Paramétrage d'un tiers payants

Cochez cette option si l'organisme est une Mutuelle
 le numéro doit comporter 8 chiffres en Gestion Unique et 9 à 10 en Gestion Séparée

Numéro - Nom Tiers Payant :
 Libellé ou SESAM/VITALE :

Valider Annuler Aide Suivant

Cocher la case

CMU Générale, N° identification mutuelle : 99999997
 (Géré par la caisse principale)

CMU Spécifique, N° identification mutuelle : 88888888
 (Géré par l'AMC)

CMU Sortant, N° identification mutuelle : 55555551
 (Assuré en fin de droit pendant 1 an)

5.5.5 les ACS

Si les données dans la carte vitale du patient sont à jour, le logiciel détermine automatiquement l'ACS. Lors de l'ouverture de la feuille de soins les cases « Tiers payant RO+RC » et « Complémentaire » sont cochées par défaut et apparaît dans Règlement « TP ».

Dans le cadre d'une ACS dont la carte vitale du patient n'est pas à jour, le N° de Mutuelle ne sera pas renseigné automatiquement.

Pour "forcer" l'ACS : Cocher sur la feuille de soin la case « Tiers payant (Hors) ».

Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins

Tiers Payant (HORS) Pas d'accident Prescription Exonération
 Complémentaire Accident Droit Commun Pièce justificative Soins Médicaux Gratuits
 Conventions Accident du travail Attestation papier Victime d'attentat
 Date de référence Maternité Carnet médical Parcours de soins

Sélectionner « Tiers payant sur la part Obligatoire et Complémentaire géré par l'AMO »

Affid Vitale

Cadre De Remboursement

Hors Tiers-Payant
 Tiers-Payant A.M.O. Tiers-Payant social
 Tiers-Payant A.M.O. et Tiers-Payant A.M.C.
 Tiers-Payant A.M.C.
 Tiers-Payant Intégrale pour les régimes SCNF ou MINES
 Facturation AMC

Valider Annuler Aide

Valider.

Revient sur la feuille de soins, puis cocher la Case « Complémentaire » pour enregistrer la complémentaire :

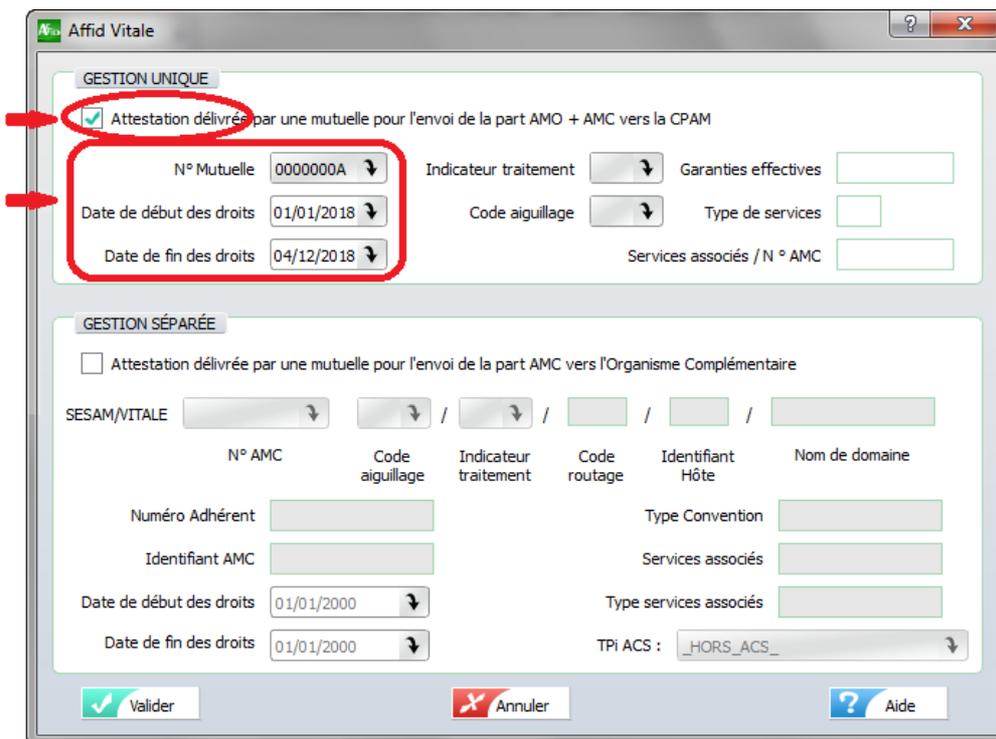
Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins			
<input checked="" type="checkbox"/> Tiers Payant (RO+RC)	<input type="checkbox"/> Pas d'accident	<input type="checkbox"/> Prescription	<input type="checkbox"/> Exonération
<input checked="" type="checkbox"/> Complémentaire	<input type="checkbox"/> Accident Droit Commun	<input type="checkbox"/> Pièce justificative	<input type="checkbox"/> Soins Médicaux Gratuits
<input type="checkbox"/> Conventions	<input type="checkbox"/> Accident du travail	<input type="checkbox"/> Attestation papier	<input type="checkbox"/> Victime d'attentat
<input checked="" type="checkbox"/> Date de référence	<input checked="" type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Carnet médical	<input checked="" type="checkbox"/> Parcours de soins

Cocher « Utilisation de l'attestation papier du bénéficiaire des soins »

The screenshot shows the 'Affid Vitale' application window. The 'Organisme Complémentaire' section is active, and the checkbox 'Utilisation de l'ATTESTATION PAPIER du bénéficiaire des soins' is checked and circled in red. Below this, there is a section for '« Droits mutuelle fermés »' with a list of fields for '« GESTION UNIQUE SANS DROITS » - N° Mutuelle' (99011111) and various other identifiers and dates. At the bottom, there are buttons for 'Paramètre de calcul AMC', 'Formule de calcul de la part complémentaire', and navigation buttons 'Valider', 'Annuler', and 'Aide'.

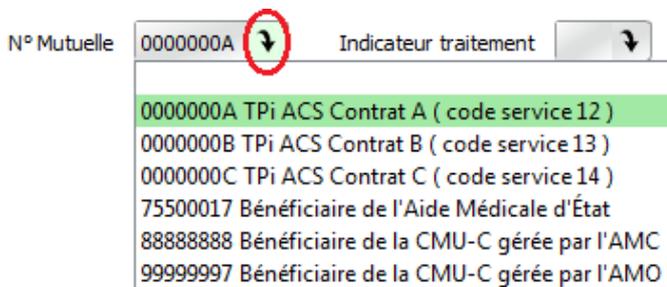
Renseigner les zones de saisie obligatoire dans GESTION UNIQUE :

 Zones de saisie obligatoire



Cocher la case « Attestation délivrée par une mutuelle pour l'envoi de la part AMO+AMC vers la CPAM »

Renseigner le N° Mutuelle ACS, un clic sur  affiche la liste des mutuelles déjà pré-paramétrées



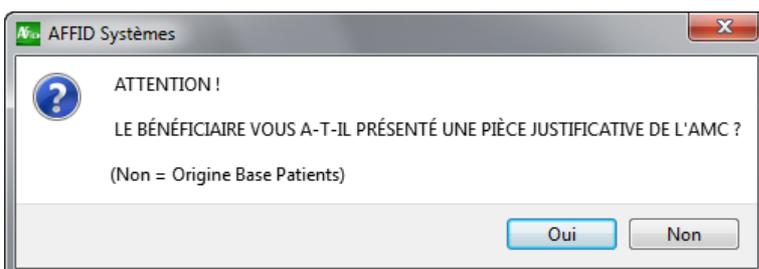
Sélectionnez le code souhaité dans la liste

Vous pouvez aussi saisir directement au clavier le N° dans la zone

Renseigner Date de début et Date de fin des droits.

Puis  Valider

Valider le message pour la prise en compte de la pièce justificative



et valider la fenêtre récapitulative pour la prise en compte de AMC.

L'indication ACS est alors signifiée sur la feuille de soins.

N° 28	Feuille de soins	Utilisation du service ADRI <input type="checkbox"/>
Date 01/03/2018	Médecin (Art. R. 161.40 et suivants du code de la sécurité sociale)	à transmettre <input checked="" type="checkbox"/>
ACS A	Bénéficiaire des soins et assuré(e)	Sécurisation TLA <input type="checkbox"/>
Bénéficiaire	CARTE MARIE-AMELIE	Désynchroniser <input type="checkbox"/>
		Organisme de rattachement 01 - Régime général

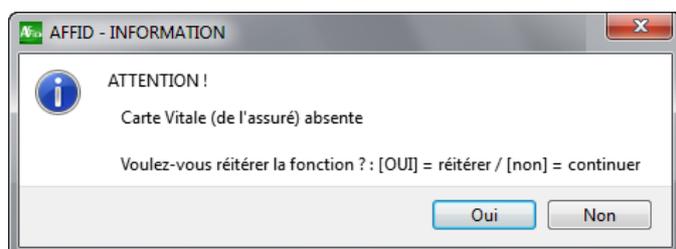
5.5.6 les AME (Aide Médicale d'Etat)

Les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) n'ont pas de carte Vitale. Les Feuilles de soins pour les AME doivent donc être faites en mode « dégradé » (sans carte vitale). Pour cela ne pas insérer de carte Vitale dans le lecteur.

Lors de l'ajout d'une nouvelle feuille de soins



Affiche le message :



Cliquer sur **Non** pour continuer

Exemple de saisie des données de l'attestation AME du patient

AFFID Vitale Nxt - Bénéficiaire de soins

Bénéficiaire - sans carte vitale

Type d'immatriculation: A - Le N° d'immatriculation identifie l'assuré

Nom: SPECIMEN CARTE

Prénom: MARIE-AMELIE

N° national d'immatriculation: 26404999999946

Date naissance: 01/04/1964 Utiliser une date lunaire

Rang gémellaire: 1 - Enfant sans jumeau ou 1er jumeau ou triple ou ...

Qualité: 0 - Assuré

Code régime: 01

Code caisse gestionnaire: 441

Code centre gestionnaire: 1044

Code organisme destinataire:

Code centre informatique:

Libellé organisme:

Régime Alsace Moselle

Honoraire - Hors périmètre SESAM-Vitale - Hors Télétransmission

Saisir les données de l'assuré (seulement si différent du bénéficiaire)

Anonymiser une patiente mineure avec un NIR fictif

Utilisation du service d'Acquisition de DROIT du patient (ADRI)

Valider Annuler Aide Trouver caisse

Code régime = 2 caractères Num

Code caisse = 3 caractères Num

Code centre = 4 caractères Num



Cocher le 2ème choix puis AME et saisir la date de validité.

Affid Vitale

NATURE DE LA PIÈCE JUSTIFICATIVE

Aucune pièce justificative présentée par le patient

La pièce justificative est

- soit un bulletin de salaire
- soit une attestation de droits
- soit une prise en charge de l'Aide Médicale d'État

La pièce justificative est

- soit une carte papier d'assuré social
- soit une consultation du fichier patient par télématique qui fait office de pièce justificative

Carte Vitale ouvrant droit à prestation

Date de validité de la pièce justificative: 01/03/2018

Origine de la pièce justificative (code de l'organisme):

A.M.E.

Valider Annuler Aide



L'indication Dégradée est alors signifiée sur la feuille de soins.

Feuille de soins

N° 28

Date: 01/03/2018

Médecin

(Art. R 161.40 et suivants du code de la sécurité sociale)

Bénéficiaire des soins et assuré(e): **Dégradée**

Bénéficiaire: ADULTE

CARTE MARIE-AMELIE

Organisme de rattachement: 01 - Régime général

Utilisation du service ADRI: à transmettre: Sécurisation TLA: Désynchroniser:

La feuille de soins est directement initialisée en tiers payant sur la part obligatoire et complémentaire : Tiers Payant (RO+RC)
Cliquez sur complémentaire pour saisir l'attestation

Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins

<input checked="" type="checkbox"/> Tiers Payant (RO+RC)	<input type="checkbox"/> Pas d'accident	<input type="checkbox"/> Prescription	<input type="checkbox"/> Exonération
<input checked="" type="checkbox"/> Complémentaire	<input type="checkbox"/> Accident Droit Commun	<input type="checkbox"/> Pièce justificative	<input type="checkbox"/> Soins Médicaux Gratuits
<input type="checkbox"/> Conventions	<input type="checkbox"/> Accident du travail	<input type="checkbox"/> Attestation papier	<input type="checkbox"/> Victime d'attentat
<input checked="" type="checkbox"/> Date de référence	<input checked="" type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Carnet médical	<input checked="" type="checkbox"/> Parcours de soins

Cocher la case "Attestation Papier"

The screenshot shows the 'Affid Vitale' application window. The title bar reads 'Affid Vitale'. The main content area is divided into several sections:

- Organisme Complémentaire**: A section header with a sub-section containing a checked checkbox labeled 'Utilisation de l'ATTESTATION PAPIER du bénéficiaire des soins'. This checkbox is circled in red.
- « Droits mutuelle fermés »**: A section header.
- « GESTION UNIQUE SANS DROITS » - N° Mutuelle**: A section header with a text input field containing '99011111'.
- Numéro AMC**: A text input field.
- Numéro d'adhérent**: A text input field.
- Identifiant de l'assuré AMC**: A text input field.
- Type de convention**: A dropdown menu.
- Type de contrat**: A dropdown menu.
- Garanties mutuelle**: A text input field.
- Code application**: A dropdown menu.
- Indicateur de traitement**: A text input field.
- Aiguillage STS**: A text input field.
- Code routage flux**: A text input field.
- Identifiant hôte gestionnaire**: A text input field.
- Domaine**: A text input field.
- Date d'ouverture des droits**: A date selector showing '01/01/2000'.
- Date de fermeture des droits**: A date selector showing '01/01/2000'.
- Prise en charge AMC**: A text input field.

Below these fields are three more sections:

- Paramètre de calcul AMC**: A section header with a sub-section 'Plafond Mensuel de Sécurité Sociale' and a text input field.
- Formule de calcul de la part complémentaire**: A section header with a large text input field and a 'Formule' button.

At the bottom of the window are three buttons: 'Valider' (with a green checkmark), 'Annuler' (with a red X), and 'Aide' (with a blue question mark).

Saisir les information de l'Attestation

Affid Vitale

GESTION UNIQUE

Attestation délivrée par une mutuelle pour l'envoi de la part AMO + AMC vers la CPAM

N° Mutuelle: 75500017 Indicateur traitement: [] Garanties effectives: []

Date de début des droits: 01/01/2018 Code aiguillage: [] Type de services: []

Date de fin des droits: 04/12/2018 Services associés / N° AMC: []

GESTION SÉPARÉE

Attestation délivrée par une mutuelle pour l'envoi de la part AMC vers l'Organisme Complémentaire

SESAM/VITALE: [] / [] / [] / [] / [] / []

N° AMC: [] Code aiguillage: [] Indicateur traitement: [] Code routage: [] Identifiant Hôte: [] Nom de domaine: []

Numéro Adhèrent: [] Type Convention: []

Identifiant AMC: [] Services associés: []

Date de début des droits: 01/01/2000 Type services associés: []

Date de fin des droits: 01/01/2000 TPI ACS: _HORS_ACS_

Valider Annuler Aide

Remarque : le 1er chiffre de l'identifiant Mutuelle AME peut commencer par 8 ou 7. Si Exonération du ticket modérateur (ALD, Maternité, AT...) ne pas faire de complémentaire sur la FSE (car part AMO=0)



Feuille de soins électronique

N° 31 Utilisation du service ADRI à transmettre Sécurité TLA Désynchroniser

Date: 29/06/2018 Médecin (Art. R. 161.40 et suivants du code de la sécurité sociale) Degradée

Bénéficiaire des soins et assuré(e) Organisme de rattachement: 01 - Régime général

Bénéficiaire: CARTE MARIE-AMELIE

Médecin

Monsieur PLAQUETTE RPPS JEAN Situation N°1: Zone B avec ID - Avec Indemnité Kilométrique de plaine - Sans agrément radio

Anatomo-cyto-pathologie Conventionne avec honoraires libres 99 3 10061 9 CAB : 0 ZID : 35 ZIK : 01 CPS

Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins

Tiers Payant (RO+RC) Pas d'accident Prescription Exonération

Complémentaire Accident Droit Commun Pièce justificative Soins Médicaux Gratuits

Conventions Accident du travail Attestation papier Victime d'attentat

Date de référence Maternité Carnet médical Parcours de soins

Date d'exécution 29/06/2018

Actes effectués

		éléments de tarification									
	Date	Acte	Mnt	Compl.	Qualif.	Exo	Taux	Amo	Amc	Code Asso	
1	29/06/2018	C	23.00				0.00	0.00	0.00		Ajouter
											Modifier
											Supprimer
											Séances

Règlement en Euro

Règlement: TPC - Tiers-Payant e Nombre: 1 Part assuré: []

Nom payeur: N CARTE MARIE-AMELIE Total facture: 23.00 Part obligatoire: []

Remarque: [] Montant reçu: [] Part complémentaire: []

Tiers payant: []

Valider Annuler Aide Suivant

Valider la feuille de soins

5.5.7 Les ententes préalables

Lors de la validation de la FSE, il peut apparaître un message comme quoi l'acte facturé fait l'objet d'une entente préalable pour être remboursable.

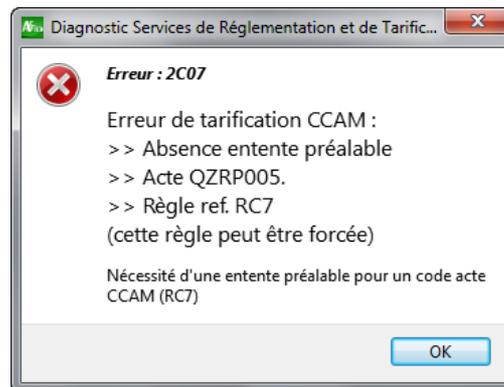


Répondre

Non

Valider le 2ème message par

OK



Pour renseigner l'entente préalable, il faut :

1 – Cliquer sur « Prescription »

Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins			
<input checked="" type="checkbox"/> Tiers Payant (RO)	<input checked="" type="checkbox"/> Pas d'accident	<input checked="" type="checkbox"/> Prescription	<input type="checkbox"/> Exonération
<input type="checkbox"/> Complémentaire	<input type="checkbox"/> Accident Droit Commun	<input type="checkbox"/> Pièce justificative	<input type="checkbox"/> Soins Médicaux Gratuits
<input type="checkbox"/> Conventions	<input type="checkbox"/> Accident du travail	<input type="checkbox"/> Attestation papier	<input type="checkbox"/> Victime d'attentat
<input checked="" type="checkbox"/> Date de référence	<input type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Carnet médical	<input checked="" type="checkbox"/> Parcours de soins

Renseigner la date de prescription, la spécialité et le N° du prescripteur

2 – Sélectionner l'acte faisant l'objet d'une entente préalable, cliquer sur le bouton « modifier »

Date d'exécution	Actes effectués										
07/09/2018	éléments de tarification										
Codes des actes											
MUT											
QAJA005											
QCJA003											
QZHA001											
QZRP005											
	Date	Acte	Mnt	Compl.	Qualif.	Exo	Taux	Amo	Amc	Code Asso	
	1	07/09/2018	QZRP005	22.07			0.00	0.00	0.00		

Ajouter

Modifier

Supprimer

Séances

puis sur le bouton « Entente » pour sélectionner l'entente et la date.

Affid Vitale Nxt

Prestation

Date d'exécution 07/09/2018 Exécution de la prestation au cabinet

Prestation QZRP005 - Séance de balnéopuathérapie localisée CCAM

LPP / CIP Indicateur Série d'actes

Sans Majoration

F - Dimanche ou jour férié

N - Nuit

U - Urgence

Montant de la Majoration

Base de remboursement

Qualificatif de dépassement : Sans Justificatif de Dépassement

Montant du Dépassement

Base de remboursement

Prévention commune AMO/AMC

Montant facturé 22.07

Prix unitaire 22.07

Base de remboursement

Coefficient 1.00

Quantité 1

Dénombrement

Taux applicable

Remboursement A.M.O

Remboursement A.M.C

Majoration Ticket Modérateur

Formule de la mutuelle

Entente Exonéré Dents

Appareil R.M.O Exécutant

Données CCAM Lieu Forçage

Base Filère Formule

Prestation en série

Valider Annuler Aide

Affid Vitale Nxt

Entente Préalable

Délai de 10 jours passé sans réponse de l'assurance maladie

Réponse favorable obtenue

Soins d'urgence manifeste

Acte non soumis à accord préalable

Date de postage de la demande 03/09/2018

Identification par N° d'ordre

Valider Annuler Aide

Attention à la chronologie des dates :

La date de prestation doit être > à la date d'entente et > à la date de prescription

5.5.8 Les tiers payant AMC (Assurance Maladie Complémentaire)

Modes complémentaires

Le « Contrat Top mutualiste » n'est plus utilisé en version 1.40, il est dorénavant impossible de forcer le remboursement de la part complémentaire.

Il existe maintenant 2 modes de gestion des mutuelles complémentaires :

- **Gestion Unique** : organismes gérant à la fois la part obligatoire et la part complémentaire pour l'assuré (appelés organismes **en mode de gestion unique**). Lors de la transmission de la feuilles de soins, la part obligatoire (AMO) et la part complémentaire (AMC) sont envoyés à la caisse de l'assuré. Soit un seul correspondant et un seul organisme payeur.
- **Gestion séparée** générant une DRE : Organismes gérant uniquement la part complémentaire pour l'assuré (appelés organismes **en mode de gestion séparée**). Lors de la transmission de la feuilles de soins, la part obligatoire (AMO) est envoyée à la caisse de l'assuré et la part complémentaire (AMC) est envoyée séparément à la mutuelle du patient sous forme de DRE (Demande de Remboursement Electronique). Soit deux correspondants et deux organismes payeurs. La part AMO est réglée par la caisse de l'assuré, la part complémentaire est réglée directement par la mutuelle de l'assuré.

Détermination du mode de Gestion Unique ou Gestion Séparée :

Si la mutuelle n'est pas renseignée dans la carte vitale, l'utilisation de l'une ou l'autre dépend de la mutuelle et le choix se fait, à partir de l'attestation papier du patient délivrée par l'organisme complémentaire.

Dans le cadre d'une complémentaire en **mode gestion unique**, l'attestation ne comporte qu'un numéro de mutuelle ou d'AMC de 8 caractères numériques, aucune zone SESAM-VITALE n'est prévue sur l'attestation.

Dans le cadre d'une complémentaire en **mode gestion séparée**, l'attestation comporte un numéro de mutuelle ou d'AMC de 6 à 9 caractères et apparaît sur l'attestation une zone « SESAM-VITALE » avec les coordonnées électroniques de l'AMC pour la DRE.

Ex Attestation en mode gestion Unique :

Bénéficiaire(s) du Tiers Payant		Dépenses de santé concernées par le tiers-payant (*)	
Num - Prénoms	Rang	PHAR SP	HOSP DC
SAUVAN FREDERIC	1	100%	PEC
25/10/1972			< 1)

(*) Règle de calcul O2A : MI RC= %TR - MI RO
(1) Faire votre demande de prise en charge à l'adresse précisée au verso

Important : Seules les dépenses avec la mention SP sont prises en charge par Santé-Pharma

VOIR SIGLES ET ADRESSES AU VERSO

Ex : Attestation en mode gestion séparée :

HARMONIE MUTUELLE TSA 30279 89004 AUXERRE CEDEX Tél. : 0 980 980 880 (numéro non surtaxé) Fax : 03 86 18 06 63		 	Télétransmission hors Sesam-vitale Code télétransmission : 44222467 HMTPG : 479834012, MU TPHM : tp-harmonie.net ; 479834012 ; MU	Période de validité : du 19/01/2017 au 31/12/2017 N°adhérent : 12345678 N° AMC : 442224671 Typ. conv. : MU CSR 024 <i>Mutuelle inscrite dans l'annuaire AMC</i>									
BÉNÉFICIAIRE(S) : NOM - PRÉNOM		GARANTIES OUVRANT DROIT AU TIERS PAYANT RÉGIME OBLIGATOIRE INCLUS ⁽¹⁾											
DATE DE NAISSANCE - N°SÉCURITÉ SOCIALE - PRODUIT	Rés. conv./Opér.	PHAR	OPAU TPHM	DENT TPHM	AUXM	LARA	EXTE	COSL HMTPG	TRAN	HOCF	HOSD	CHAM	OBSQ
XXXXXX XXXX 00/00/0000 2345678901234 56 P21798		(1) 100	(2) ***	(3) 170	240	(4) ***	(5) 200	(5) 200	100	300	***	(8) ***	(9) ***
XXXXXX XXX 00/00/0000 1234567890123 45 P21798		(1) 100	(2) ***	(3) 170	240	(4) ***	(5) 200	(5) 200	100	300	***	(8) ***	(9) ***
XXXXXX XXXX 00/00/0000 1234567890123 45 P21798		(1) 100	(2) ***	(3) 170	240	(4) ***	(5) 200	(5) 200	100	300	***	(8) ***	(9) ***

(1) Y COMPRIS PH2 - LPP:160% - (2) Sur prise en charge - (3) PROTH.REMB.+150% - (4) LABO 240%-RADL 200% ou 240% (CAS) - (5) 240%(CAS) - (6) FJH ILLIMITE - (7) +100%ou+400%(CAS) - (8) 2%PMSS/NU OU TC - CPA 15EJ OU TC - (9) 50%PMSS

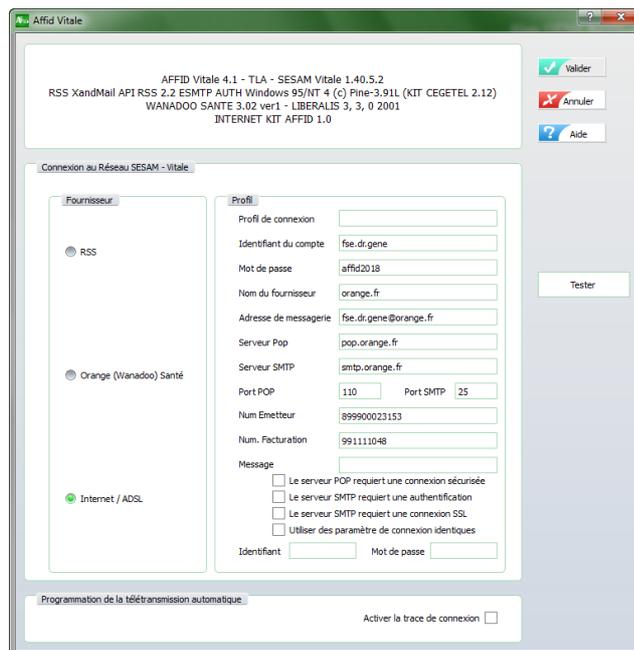
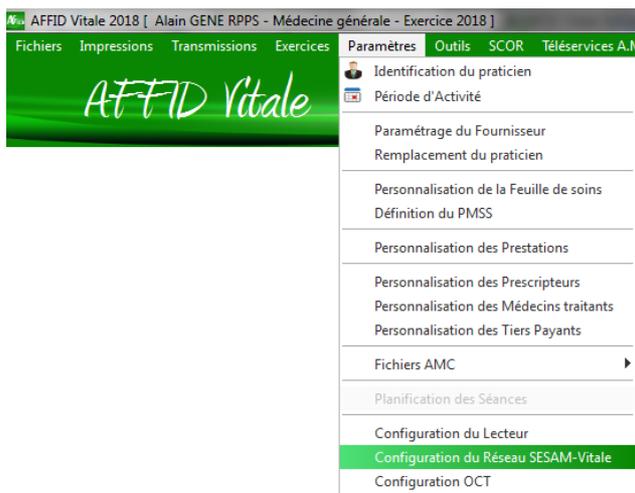
Date d'édition : 19/01/2017 ⁽²⁾Les taux, RO inclus, s'appliquent dans le cadre du respect du parcours de soins sans remboursement des franchises.

Si les données de la mutuelle sont inscrites dans la carte vitale, le logiciel le détermine automatiquement le mode de gestion.

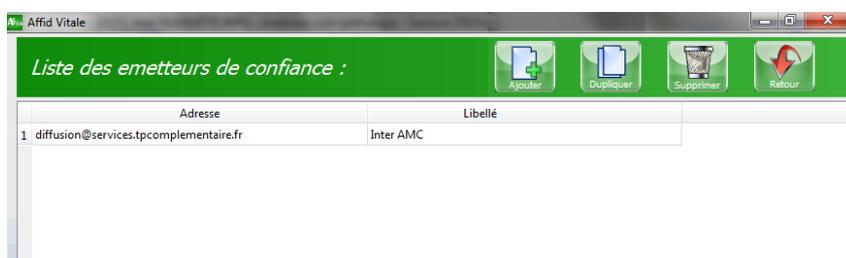
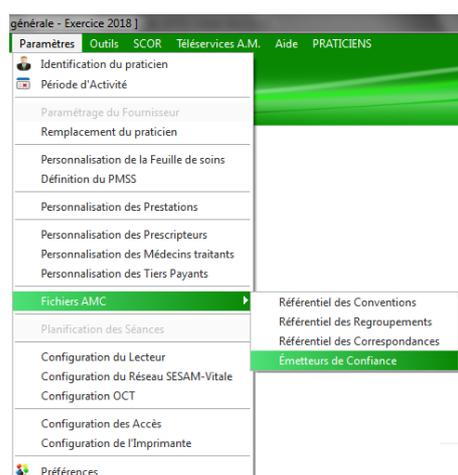
Il est indispensable, avant de faire du tiers payant en gestion séparée (DRE), de s'inscrire sur le portail de l'association INTER-AMC (www.tpcomplementaire.fr). La gestion en mode séparée impose un contrat signé entre le professionnel de santé et les mutuelles sur lesquelles le professionnel souhaite faire du tiers payant.

L'association INTER-AMC créée en 2015 référence la majorité des mutuelles et permet au professionnel de santé de :

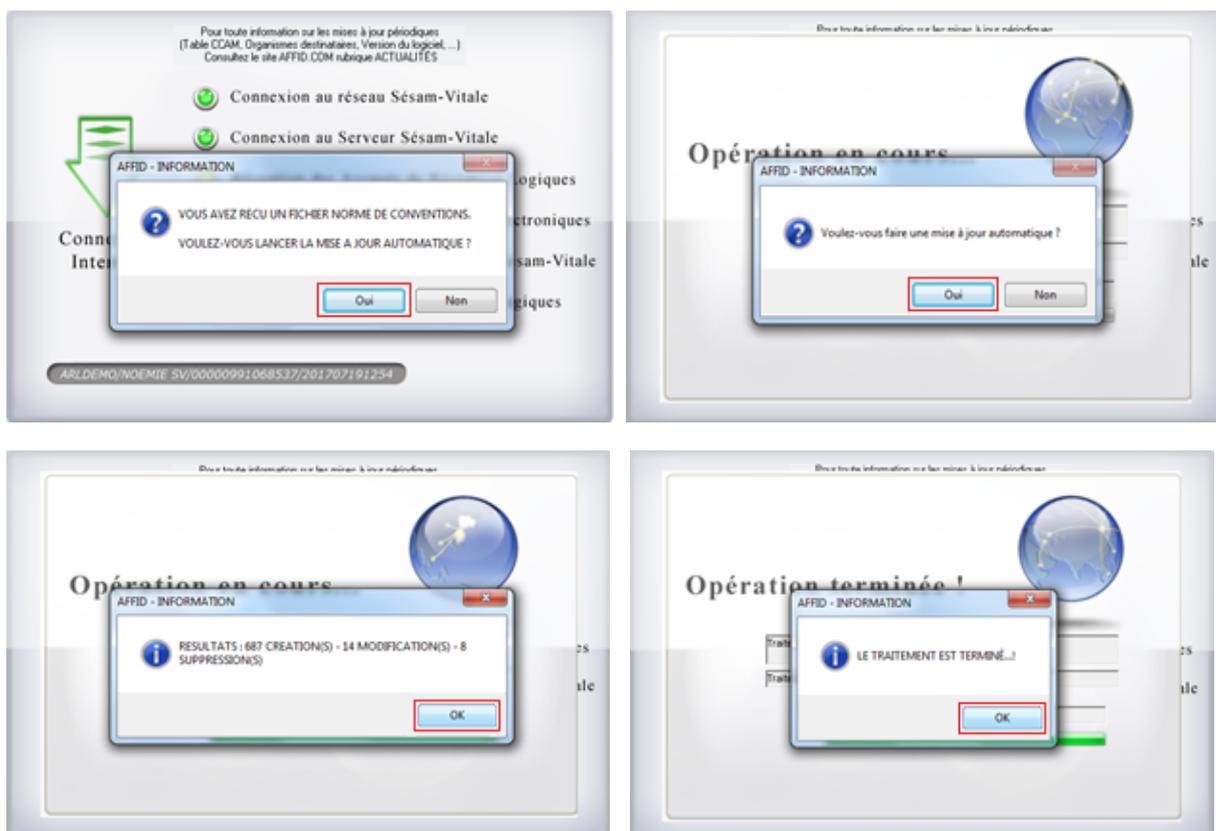
- Mettre en place, via ce portail unique, un contrat de tiers payant commun à tous les organismes complémentaires adhérents à l'association.
- Recevoir par internet les paramètres de transmission des organismes complémentaires (Table des conventions), régulièrement actualisés. La réception de la table se fait dans la boîte mail utilisée pour l'envoi des FSE et configurée dans le logiciel AFFID Vitale. L'identification de cette boîte est demandée lors de l'inscription sur le portail INTER-AMC. Accès aux identifiants dans le menu "Paramètres / Configuration du réseau SESAM-Vitale" :



- Identifier dans le logiciel de télétransmission les adresses mails des expéditeurs de table de convention comme "émetteurs de confiance" :



- Avoir une intégration automatique des mises à jour de la table des conventions lors de la télétransmission des FSE :



REMARQUE :

L'intégration automatique de la mise à jour de la table des conventions recue dans la boîte mail paramétrée dans AFFID Vitale est recommandée et évite toute erreur de saisie ou de manipulation.

Néanmoins, il est possible de saisir manuellement une convention ou d'intégrer les modifications à partir d'un fichier CSV fourni par un organisme complémentaire.

Elaboration d'une feuille de soins en tiers payant AMC

Cocher sur la feuille de soin la case « Hors Tiers payant », puis sélectionner « Tiers payant sur la part Obligatoire et Complémentaire géré par l'AMO »

Affid Vitale

Cadre De Remboursement

Hors Tiers-Payant

Tiers-Payant A.M.O. Tiers-Payant social

Tiers-Payant A.M.O. et Tiers-Payant A.M.C.

Tiers-Payant A.M.C.

Tiers-Payant Intégrale pour les régimes SCNF ou MINES

Facturation AMC

validez.

Revient sur la feuille de soins, sélectionnez alors complémentaire :

Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins			
<input checked="" type="checkbox"/> Tiers Payant (RO+RC)	<input type="checkbox"/> Pas d'accident	<input type="checkbox"/> Prescription	<input type="checkbox"/> Exonération
<input type="checkbox"/> Complémentaire	<input type="checkbox"/> Accident Droit Commun	<input type="checkbox"/> Pièce justificative	<input type="checkbox"/> Soins Médicaux Gratuits
<input type="checkbox"/> Conventions	<input type="checkbox"/> Accident du travail	<input type="checkbox"/> Attestation papier	<input type="checkbox"/> Victime d'attentat
<input checked="" type="checkbox"/> Date de référence	<input checked="" type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Carnet médical	<input checked="" type="checkbox"/> Parcours de soins

Affid Vitale

Organisme Complémentaire

Utilisation de l'ATTESTATION PAPIER du bénéficiaire des soins

« Droits mutuelle fermés »

« GESTION UNIQUE SANS DROITS » - N° Mutuelle 99011111

Numéro AMC

Numéro d'adhérent

Identifiant de l'assuré AMC

Type de convention

Type de contrat

Garanties mutuelle

Code application

Indicateur de traitement

Aiguillage STS

Code routage flux

Identifiant hôte gestionnaire

Domaine

Date d'ouverture des droits 01/01/2000

Date de fermeture des droits 01/01/2000

Prise en charge AMC

Paramètre de calcul AMC

Plafond Mensuel de Sécurité Sociale

Formule de calcul de la part complémentaire

Formule

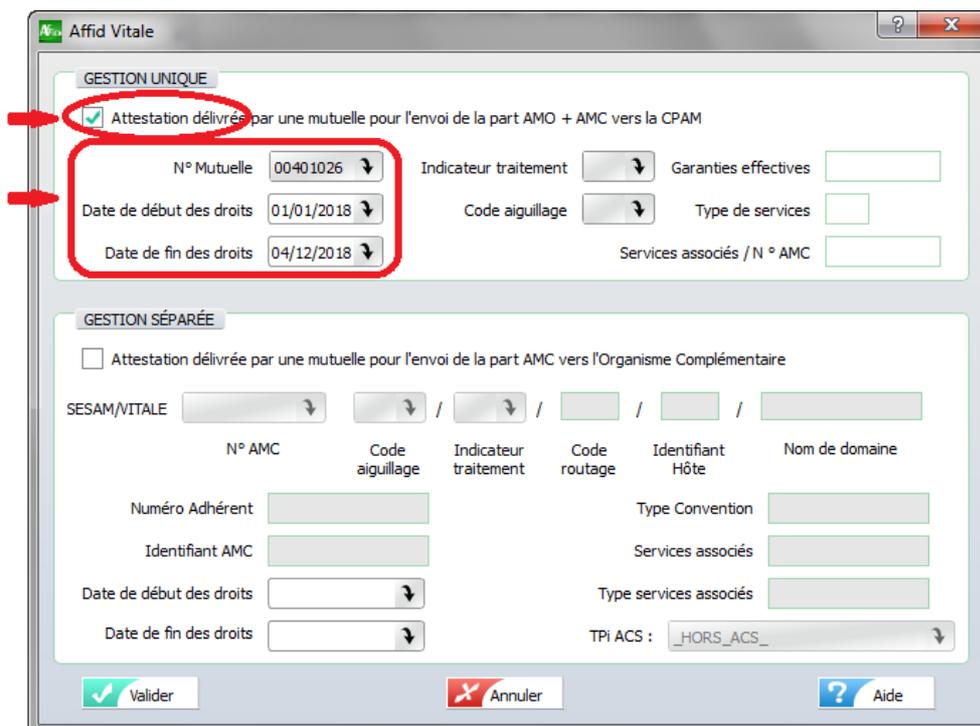
Valider Annuler Aide

Cocher « Utilisation de l'attestation papier du bénéficiaire des soins » et 

Puis renseigner les zones de saisie obligatoire :

- Soit « **Gestion Unique** » (N° d'identification Mutuelle à 8 caractères).

 Zones de saisie obligatoire



GESTION UNIQUE

Attestation délivrée par une mutuelle pour l'envoi de la part AMO + AMC vers la CPAM

N° Mutuelle: 00401026 Indicateur traitement: [dropdown] Garanties effectives: [input]

Date de début des droits: 01/01/2018 Code aiguillage: [dropdown] Type de services: [input]

Date de fin des droits: 04/12/2018 Services associés / N° AMC: [input]

GESTION SÉPARÉE

Attestation délivrée par une mutuelle pour l'envoi de la part AMC vers l'Organisme Complémentaire

SESAM/VITALE: [dropdown] / [dropdown] / [dropdown] / [dropdown] / [dropdown]

N° AMC: [input] Code aiguillage: [input] Indicateur traitement: [input] Code routage: [input] Identifiant Hôte: [input] Nom de domaine: [input]

Numéro Adhérent: [input] Type Convention: [input]

Identifiant AMC: [input] Services associés: [input]

Date de début des droits: [input] Type services associés: [input]

Date de fin des droits: [input] TPI ACS: _HORS_ACS_ [dropdown]

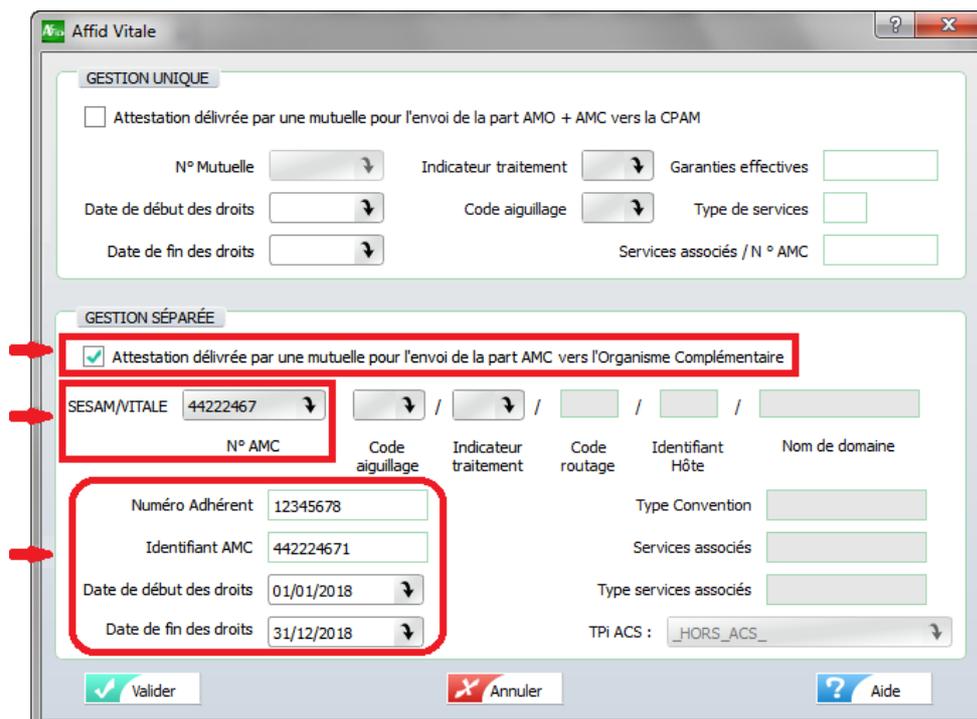
Buttons: Valider, Annuler, Aide

Remarques : Les N° de mutuelle et leur libellé peut être saisi par avance dans le menu **Paramètres** et **Personnalisation des tiers payant**

- Soit « **Gestion Séparée** » (N° de complémentaire à 9 caractères ou plus).

Concerne les organismes complémentaires ayant signé la convention avec les Professionnels de Santé ou leurs représentants.

 Zones de saisie obligatoire. (Toutes les zones obligatoires de saisie figurent sur l'attestation papier).



GESTION SÉPARÉE

Attestation délivrée par une mutuelle pour l'envoi de la part AMC vers l'Organisme Complémentaire

SESAM/VITALE: 44222467 [dropdown] / [dropdown] / [dropdown] / [dropdown] / [dropdown]

N° AMC: 44222467 Code aiguillage: [input] Indicateur traitement: [input] Code routage: [input] Identifiant Hôte: [input] Nom de domaine: [input]

Numéro Adhérent: 12345678 Type Convention: [input]

Identifiant AMC: 442224671 Services associés: [input]

Date de début des droits: 01/01/2018 Type services associés: [input]

Date de fin des droits: 31/12/2018 TPI ACS: _HORS_ACS_ [dropdown]

Buttons: Valider, Annuler, Aide

Valider votre saisie (Les informations resteront en mémoire et se réinitialiseront

automatiquement lors des nouvelles feuilles de soins pour le même patient).

Revient sur le récapitulatif des droits mutuelle :

1. Dans le cas d'une saisie de mutuelle en gestion unique, valider revient à la feuille de soins.
2. Dans le cas d'une saisie de mutuelle en gestion séparée indiquer la formule de calcul du remboursement AMC à appliquer :

Organisme Complémentaire

Utilisation de l'ATTESTATION PAPIER du bénéficiaire des soins

« Pas de complémentaire en carte »

« GESTION UNIQUE SANS DROITS » - N° Mutuelle: 442224671

Numéro AMC: []

Numéro d'adhérent: 12345687

Identifiant de l'assuré AMC: 442224671

Type de convention: []

Type de contrat: []

Garanties mutuelle: []

Code application: []

Indicateur de traitement: []

Aiguillage STS: []

Code routage flux: []

Identifiant hôte gestionnaire: []

Domaine: []

Date d'ouverture des droits: 01/01/2018

Date de fermeture des droits: 31/12/2018

Prise en charge AMC: []

Paramètre de calcul AMC

Plafond Mensuel de Sécurité Sociale: 0,00

Formule de calcul de la part complémentaire

Formule

Mode fonctionnement ACS: Coordonné par l'AMO

Valider Annuler Aide

FORMULES DE CALCUL COMPLÉMENTAIRE

Num	Formule	Libellé
14 028	Min (DR - MRO, plafond, %TR + M...	% TR + MRO + montant forfaitaire...
15 029	Min (DR - MRO, %TR - MRO)	100 % TR - MRO
16 02A	Min (DR - MRO, %TR - MRO)	% TR - MRO
17 030	Min (DR - MRO, %MRO + forfait)	4 : « Pourcentage Montant RO », %...
18 031	Min (DR - MRO, plafond, %MRO + ...	1 : « Plafond », Montant, 4 : « Pour...
19 040	Min (DR - MRO, %PMSS)	% PMSS
20 041	Min (DR - MRO, plafond, %PMSS)	% PMSS plafonné
21 042	Min (DR - MRO, %PMSS - MRO)	% PMSS - MRO
22 043	Min (DR - MRO, plafond, %PMSS ...	% PMSS - MRO, le tout plafonné
23 050	Min (DR - MRO, %TM)	% TM
24 051	Min (DR - MRO, plafond, %TM)	% TM plafonné
25 052	Min (DR - MRO, %TM)	100 % TM

Liste des paramètres

Valeur du paramètre: [] €

Rectifier

CMU Complémentaire

La prestation est un Forfait CMU

N° d'ordre de la prestation: 0

Prestation suivante

Valider Annuler Aide

Sélectionner la formule
Valider, revient à la feuille de soins.

Une Demande de Remboursement Electronique (DRE) pour l'envoi séparé vers la mutuelle est automatiquement générée.

Valider la feuille de soins.

Affiche le calcul de la part AMC au moment de la sécurisation de la feuille de soins.

Bilan de la facture

Mode de facturation : Sécurisé

TOTAL DE LA FACTURE EN TIERS PAYANT :

- TOTAL FACTURE = 25.00
- MONTANT HONORAIRES = 25.00
- BASE DE REMBOURSEMENT = 25.00
- EXONÉRATIONS = 0
- TAUX = 70
- MONTANT AMO = 17.50
- MONTANT AMC = 7.50
- TOTAL AMO = 17.50
- TOTAL AMC = 7.50
- TOTAL ASSURÉ = 0.00

- MODE DE RÈGLEMENT = TP - Tiers-Payant

CONFIRMEZ-VOUS CES MONTANTS ET LE MODE DE RÈGLEMENT ?

Oui Non

Remarque : Si vous n'avez pas les données de la convention, vous devez contacter la mutuelle **ou ne pas faire de tiers payant sur la part AMC** (Saisir les nouvelles conventions prend du temps et nécessite d'être en possession de toutes les informations la concernant)

Dans ce cas cliquez sur Annuler, revient sur la feuille de soins. Effectuer alors un tiers payant sur la part obligatoire géré par l'AMO seul.

5.6 Majorations de coordination

Codifications majorations

Ces majorations sont directement en lien avec le parcours de soins selon les conditions suivantes :

- Les majorations de coordination sont compatibles uniquement avec les codes indicateurs issus du parcours de soins MTO (Patient orienté par le médecin traitant), MTD (Accès directe spécifique) et MTH (Hors résidence habituelle du patient).
- Les majorations de coordination sont facturées uniquement si le parcours de soins est respecté et par :
 - les médecins de secteur 1
 - les médecins de secteur 1 DP et 2 ayant signé l'OPTAM
 - les médecins de tout secteur conventionnel dans le cadre de soins dispensés à un bénéficiaire de la CMU-C

Il existe 3 codes majoration

Codes majoration	Libellé descriptif
MCG	Majoration de coordination des généralistes
MCC	Majoration de coordination affectée à la CSC (Cardiologie)
MCS	Majoration de coordination Spécialiste

Les codes majoration ne peuvent être facturés seul et doivent obligatoirement être associés

Codes majoration	Codes associés
MCC	CSC
MCG	G, GS ou C, CS
MCS	C, CS, CNP ou CNP1.5

Codifications provisoires cliniciens

Cette majoration concerne les médecins spécialistes.

Lien avec le parcours de soins :

- En dehors du parcours de soins (code indicateur HCS), cette majoration pourra être facturée uniquement :
 - Par les médecins spécialistes de secteur 1
 - Par dérogation pour les médecins spécialistes de tout secteur pour les bénéficiaires de la CMU-C
- Dans le parcours de soins cette majoration pourra être facturée uniquement :
 - Par les médecins spécialistes de secteur 1
 - Par les médecins spécialistes de secteur 1 DP et 2 ayant signé l'OPTAM
 - Par les médecins spécialistes de tout secteur dans le cadre de soins dispensés à un bénéficiaire de la CMU-C

Cette majoration ne peut pas se cumuler avec le dépassement DE

Codes majoration	Libellé descriptif
MPC	Majoration Provisoire Cliniciens

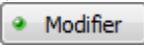
Le code majoration ne peut être facturé seul et doit obligatoirement être associé

Codes majoration	Codes associés
MPC	CS+MCS
MPC	CSC (Cardiologues)
MPC	CNP+MCS (Psychaitres)

5.7 Les dépassements

Les qualificatifs de dépassement **ne sont pas considérés comme des codes prestations** et ne peuvent donc pas être créés en tant que codes actes dans la personnalisation des prestations. Pour les appliquer vous devez inclure le montant des ces dépassements dans le montant total des honoraires

Principes

A partir de la feuille de soins déjà établie, sélectionner la prestation sur laquelle vous souhaitez effectuer un DA et cliquez sur le bouton  :

Feuille de soins électronique

N° 1723

Date 12/09/2018

Utilisation du service ADRI à transmettre Sécursisation TLA Désynchroniser

Feuille de soins

Médecin (Art. R. 161.40 et suivants du code de la sécurité sociale)

Bénéficiaire des soins et assuré(e)

Bénéficiaire ADULTE CARTE MARIE-AMELIE

Organisme de rattachement 01 - Régime général BOULOGNE SUR MER

Médecin

Monsieur GENE RPPS ALAIN

Médecine générale

Conventionne

99111104 CAB : 0 ZID : 20 ZIK : 02 CPS

Situation N°1 : Zone B sans ID - Avec Indemnité Kilométrique de montagne - Avec agrément DA

Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins

Tiers Payant (RO) Pas d'accident Prescription Exonération

Complémentaire Accident Droit Commun Pièce justificative Soins Médicaux Gratuits

Conventions Accident du travail Attestation papier Victime d'attentat

Date de référence Maternité Carnet médical Parcours de soins

Actes effectués

Date d'exécution 12/09/2018

éléments de tarification

Codes des actes	Date	Acte	Mnt	Compl.	Qualif.	Exo	Taux	Amo	Amc	Code Asso	
G	12/09/2018	G	25.00				0.00	0.00	0.00		<input type="button" value="Ajouter"/> <input checked="" type="button" value="Modifier"/> <input type="button" value="Supprimer"/> <input type="button" value="Séances"/>

Règlement en Euro

Règlement CHQ - Chèque

Nom payeur CARTE MARIE-AMELIE

Remarque

Tiers payant

Nombre 1

Total facture 25.00

Montant reçu

Part assuré

Part obligatoire

Part complémentaire

Valider Annuler Suivant

Ajoutez directement le montant de votre dépassement au montant facturé.

Modifiez uniquement le montant facturé

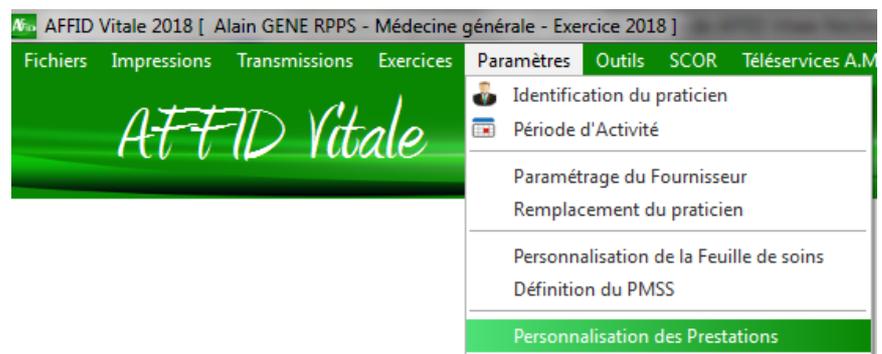
puis sélectionnez le qualificatif du dépassement dans la liste déroulante

Valider

Le montant total facturé est mis à jour dans la FSE.

Remarque : Vous pouvez aussi pré-paramétrer vos actes avec dépassement DE, DA... dans votre liste personnalisés.

Menu Paramètres / Personnalisation des prestations



A partir de votre liste des prestations personnalisées, dupliquer l'acte auquel vous souhaitez ajouter un dépassement permanent (Sélection de l'acte et bouton "Dupliquer" ou Touche F8) :

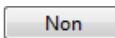
Renommer le code acte et son libellé et renseigner le montant du dépassement en sélectionnant le qualificatif du dépassement.

5.8 Principes du mode dégradé ou IRIS

AFFID Vitale gère automatiquement le mode dégradé ou IRIS, en détectant l'absence de la carte VITALE de l'assuré dans le lecteur de cartes à puces lors de l'élaboration de la feuille de soins.



- Cliquer sur le bouton  ou touche **F2-Ajouter** sans insérer de carte vitale dans le lecteur

Pour effectuer la feuille de soins sans la carte vitale de l'assuré, cliquer sur 

Quand le patient est déjà venu une première fois, en tapant simplement le début du nom, le progiciel vous affichera automatiquement les différentes informations du patient.

Le numéro national et la date de naissance de l'assuré doivent être saisis correctement, car après la validation, ils ne pourront plus être accessibles en modification avant et après la sécurisation de la feuille de soins électronique.

Code régime = 2 caractères Num

Code caisse = 3 caractères Num

Code centre = 4 caractères Num

Ces trois codes correspondent au N° de caisse de l'assuré



Cocher la case correspondante selon le cas

La date de validité de la pièce est obligatoire lorsque la pièce justificative est un bulletin de salaire... ou une carte d'assuré social. Elle servira à calculer la date de la prise en compte d'ouverture des droits à l'assurance maladie de l'assuré.



Feuille de soins électronique

N° 47
Date 12/09/2018

Feuille de soins

Médecin
(Art. R. 161.40 et suivants du code de la sécurité sociale)

Utilisation du service ADRI à transmettre
Sécurisation TLA
Désynchroniser

Bénéficiaire des soins et assuré(e) **Dégradée**

Bénéficiaire CARTE MARIE-AMELIE Organisme de rattachement **01 - Régime général**

Médecin

Monsieur GENE RPPS ALAIN
Médecine générale
Conventionne
99 1 12023 9 CAB : 0 ZID : 20 ZIK : 02 CPS

Situation N°1 : Zone B sans ID - Avec Indemnité Kilométrique de montagne - Avec agrément DA

Condition de prise en charge du bénéficiaire des soins

<input type="checkbox"/> Tiers Payant (HORS)	<input checked="" type="checkbox"/> Pas d'accident	<input type="checkbox"/> Prescription	<input type="checkbox"/> Exonération
<input type="checkbox"/> Complémentaire	<input type="checkbox"/> Accident Droit Commun	<input checked="" type="checkbox"/> Pièce justificative	<input type="checkbox"/> Soins Médicaux Gratuits
<input type="checkbox"/> Conventions	<input type="checkbox"/> Accident du travail	<input type="checkbox"/> Attestation papier	<input type="checkbox"/> Victime d'attentat
<input checked="" type="checkbox"/> Date de référence	<input type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Carnet médical	<input checked="" type="checkbox"/> Parcours de soins

Date d'exécution 12/09/2018

Actes effectués

éléments de tarification

	Date	Acte	Mnt	Compl.	Qualif.	Exo	Taux	Amo	Amc	Code Asso	
1	12/09/2018	G	25.00				0.00	0.00	0.00		<input type="button" value="Ajouter"/> <input type="button" value="Modifier"/> <input type="button" value="Supprimer"/> <input type="button" value="Séances"/>

Codes des actes

- FROTTIS
- G**
- G+CRD
- G+CRS
- G+F
- G+MCG
- G+MEG
- G+MM
- G+U
- TCG
- ID
- IK
- IKM
- JKHD001

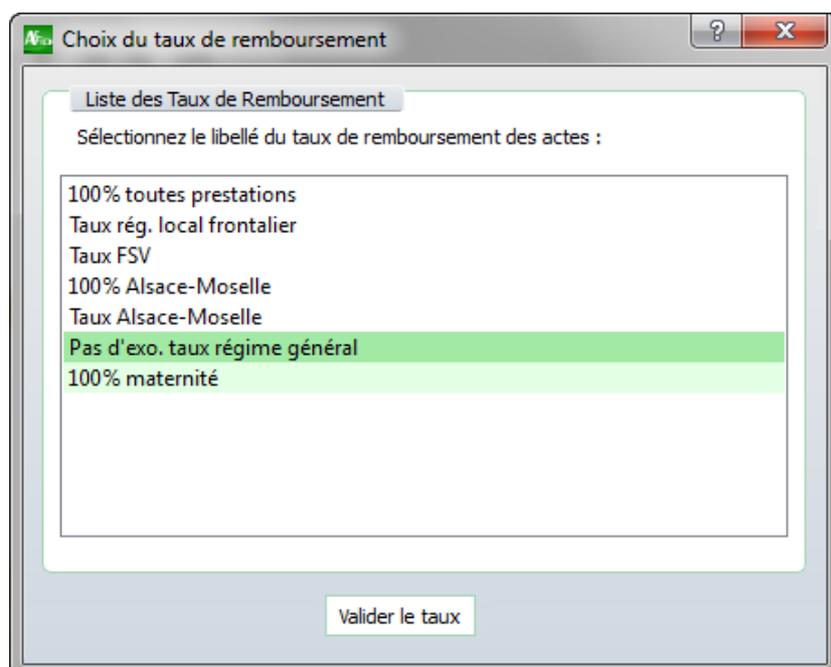
Règlement en Euro

Règlement	CHQ - Chèque	Nombre	1	Part assuré	
Nom payeur	PECIMEN CARTE ALEXIS	Total facture	25.00	Part obligatoire	
Remarque		Montant reçu		Part complémentaire	
Tiers payant					

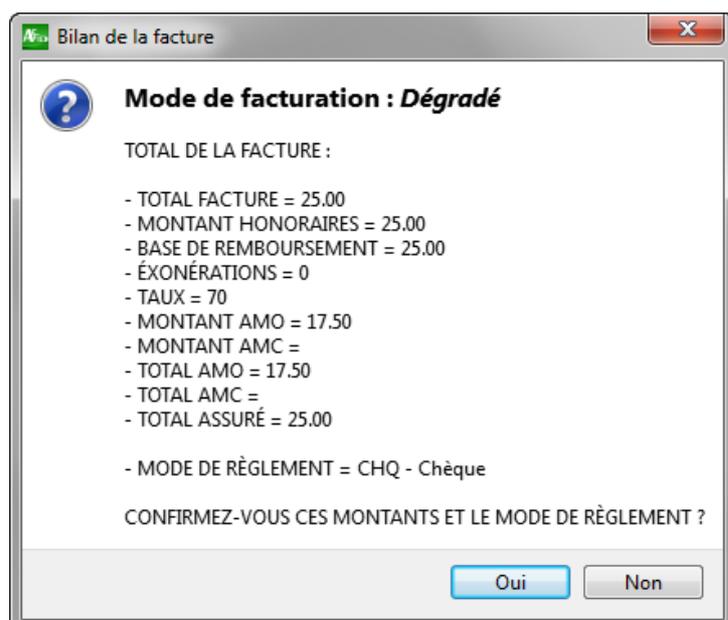
Suivant



Sélectionner et valider le taux de remboursement des actes à appliquer dans la feuille de soins



Affiche le récapitulatif de la facture dégradée en fin de sécurisation de la feuille de soins.



Les feuilles effectuées en mode dégradée se distinguent dans le livre des feuilles de soins par les pictogrammes :

Colonne S



la feuille de soins a été signée dans le mode dégradé (IRIS) sans la carte CPS ou Vitale

Colonne V

la feuille de soins est en attente de télétransmission



la feuille de soins a été transmise et est en attente d'un accusé de réception de la caisse



la feuille de soins en mode dégradé (IRIS) a reçu une notification de transmission positive

	37	22/02/2018	CARTE MARIE-AMELIE	G	25.00	CHQ	01 Régime général	FSE : Dégradé - Attente de transmission
	37	22/02/2018	CARTE MARIE-AMELIE	G	25.00	CHQ	01 Régime général	 FSE DÉGRADÉE : TRANSMISSION DÉGRADÉE OK - ATTENTE..
	37	22/02/2018	CARTE MARIE-AMELIE	G	25.00	CHQ	01 Régime général	 FSE DÉGRADÉE : ACCEPTÉE

5.9 Fonctions supplémentaires

Visualiser la feuille de soins

- Pour voir le contenu de la feuille de soins
 - Sélectionnez la feuille de soins du patient dans la liste
 - Cliquez sur le bouton  ou touche **F6-Voir**

Supprimer une feuille de soins

- Pour effacer une feuille de soins
 - Cliquez sur la feuille de soins dans la liste
 - Cliquez sur le bouton  ou touche **F4-Supprimer**

Rechercher une feuille de soins

- Pour retrouver dans la liste une feuille de soins
 - Cliquez sur le bouton  ou touche **F5-Chercher**

La recherche peut s'effectuer sur toutes les zones des entêtes de colonne.

Livre des Feuilles de Soins

Critères de recherche

Cette fonction permet de retrouver facilement un ou plusieurs enregistrements contenant le ou les critères de recherche sélectionnés.

Ces critères peuvent être :

- Une date : JJ/MM/YYYY
- Un montant : 123.00 ou 123
- Un libellé : sera affiché toutes les occurrences des caractères saisis

En cours
 Sur 3 ans
 Intégrale

N° : N°
 Date : Date ex :
 Patient : CARTE SIMON
 Acte : Acte
 Montant : Montant
 Mode : Mode

Rechercher Effacer

Résultats

S	R	N°	Date	Patient	Acte	Montant	Mode	Régime	SITUATION
1	1	N 2	25/07/2018	CARTE SIMON	G	25.00	CHQ	01 Régime général	3 FSE : REJETÉE - CON
2	1	N 8	26/07/2018	CARTE SIMON	G+F	44.06	CHQ	01 Régime général	2 FSE : ACCEPTÉE
3	1	N 11	26/07/2018	CARTE SIMON	G+MCG	30.00	TPC	01 Régime général	2 FSE : ACCEPTÉE
4	1	N 18	05/09/2018	CARTE SIMON	MJPA010	38.29	TPC	01 Régime général	2 FSE : ACCEPTÉE
5	1	N 21	05/09/2018	CARTE SIMON	G	25.00	TPC	01 Régime général	2 FSE : ACCEPTÉE
6	2	N 24	06/09/2018	CARTE SIMON	G	25.00	TPC	01 Régime général	3 FSE : REJETÉE - CON
7	1	N 25	06/09/2018	CARTE SIMON	G+QZHA001	45.56	CHQ	01 Régime général	2 FSE : ACCEPTÉE
8	1	N 32	07/09/2018	CARTE SIMON	QZRP005	22.07	TPC	01 Régime général	2 FSE : ACCEPTÉE
9	1	N 43	12/09/2018	CARTE SIMON	G	30.00	TPC	01 Régime général	2 FSE : ACCEPTÉE

La recherche peut s'effectuer sur l'année en cours ou sur plusieurs années :

En cours
 Sur 3 ans
 Intégrale

Renseigner le ou les critères de sélection souhaités :

N° : N°
 Date : Date ex :
 Patient : CARTE SIMON
 Acte : Acte
 Montant : Montant
 Mode : Mode

Cliquer sur

Rechercher

Affiche le résultat de la recherche dans la deuxième partie de la fenêtre.

Ce résultat peut être imprimé ou exporté au format CSV.

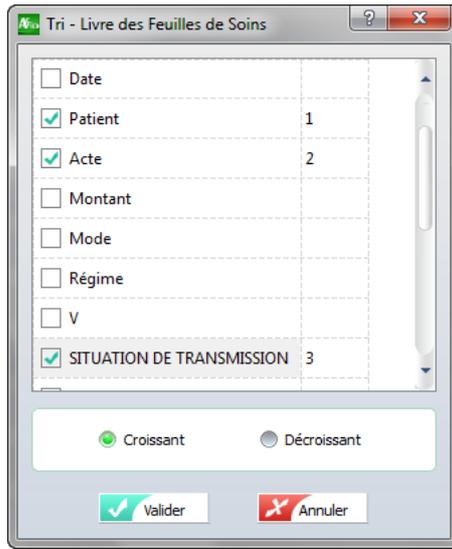
Trier les feuilles de soins

➤ Pour classer la liste des feuilles de soins

- Cliquez sur le bouton  ou touche **F7-Trier**

Les feuilles de soins sont triées par défaut par date chronologique. Il est possible d'effectuer des tris multicritères.

Choix des critères de tri : un ordre d'attribution s'applique lors de la sélection des tris.



Après la validation : la grille est triée et ordonnée selon l'ordre des tris choisis.

Les modifications de tri ne sont que temporaires et ne seront pas prises en compte lors de la réouverture de cette même fenêtre.

Un clic sur un entête colonne désactive la fonction tri.

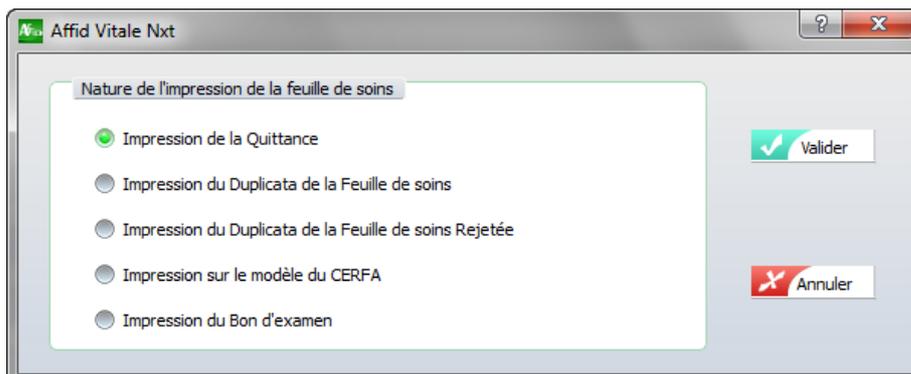
Nota : Le tri choisi pour l'affichage des feuilles de soins n'a aucune incidence sur l'édition du livre-journal qui est toujours trié par date chronologique.

5.10 Impression des documents

AFFID Vitale propose plusieurs accès aux options d'impressions.

1 - Depuis le livre des feuilles de soins pour les impressions concernant les feuilles de soins :

Sur sélection d'une FSE dans la grille ; Bouton  ou touche **F9-Imprimer**



La quittance ou ticket


 © AFFID - 2018 | GENE R.PPS ALAIN | jeudi 13 septembre 2018 - 18:13 | Page 1

QUITTANCE DE LA FEUILLE DE SOINS

Quittance n°26	GENE RPPS ALAIN Médecine générale Conventione N°99112023 9	Date de réalisation de la FSE : 06/09/2018
----------------	--	---

Bénéficiaire des Soins :	SPECIMEN CARTE MARIE-AMELIE (Assuré)
Adresse :	
Date de naissance :	01/04/1964
Rang de naissance, si jumeaux :	Enfant sans jumeau ou 1er jumeau ou triple ou ...
NIR individuel :	
Numéro d'immatriculation de l'Assuré :	264049999999 46
Identification de l'A.M.O. :	01 999 9999
Code situation + ALD bénéficiaire :	01000
Nature de l'assurance :	Maladie
Exonération :	0+0

Acte	Quantité	Coefficient	Montant Facturé	Taux	Montant A.M.O.	Montant A.M.C.	Montant Assuré
G	1	1,00	25,00	70%	17,50	0,00	25,00
JKHD001	1	1,00	12,46	70%	8,72	0,00	12,46
NB Total Acte :	2	Total Facturé :	37,46			Montant reçu :	37,46

Mode de Paiement : CHQ

La feuille de soins

Feuille de soins électronique - Duplicata

Numéro FSE : 000000026 Date d'élaboration : 06/09/2018

Bénéficiaire des soins et assuré(e)

Bénéficiaire des soins (Les nom et prénom du patient sont obligatoirement remplis par le praticien)
SPECIMEN CARTE MARIE-AMELIE

En cas de dispense de frais
code organisme : 019999999

Numéro d'immatriculation : 264049999999 46
(Si celui-ci ne vous a pas été communiqué, remplissez la ligne suivante)
Date de naissance du bénéficiaire des soins : 01/04/1964
Assuré (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré)

Adresse à préciser uniquement en cas de changement définitif ou en cas de changement d'organisme d'assurance maladie

Identification du Médecin	Identification de la structure
Médecine générale Conventione GENE RPPS ALAIN 99112023 9 - CAB - - Z.I.D.20 - Z.I.K.02 - - Mode Sécurisée	
Médecin remplaçant : Nom et prénom : Identifiant :	Dispositif de coordination de soins - réseau de santé

Condition de prise en charge du bénéficiaire (à remplir par le praticien)

maladie (si exonération du ticket modérateur cochez une case suivante) Soins dispensés au titre de l'art. L. 115

acte conforme au protocole ALD action de prévention autre

accident causé par un tiers : non ou date :

maternité date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement :

AT/MP numéro : ou date :

Parcours de soins

Médecin traitant Nouveau médecin traitant Accès direct spécifique Urgence Hors résidence habituelle

Patient orienté par le médecin traitant Médecin orienté par autre médecin que le médecin

Nom et prénom du médecin traitant :
Médecin traitant remplacé Accès hors coordination Généraliste récemment installé Médecin installé en zone sous médicalisée

Actes effectués (à remplir par le praticien)

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande :)

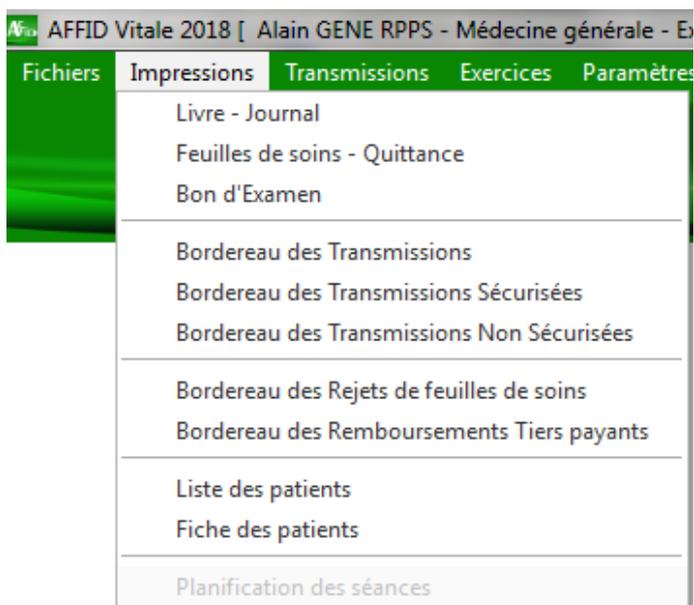
Date	Acte	Montant	Taux	Part A.M.O.	Part A.M.C.	DEP	Mention
06/09/2018	1 G	25,00	70	17,50	7,50		
06/09/2018	1 JKHD001	12,46	70	8,72	3,74		

Règlements (à remplir par le praticien)

Nombre de Prestation : 2
Montant des honoraires : 37,46
Remboursement A.M.O. : 26,22
Remboursement A.M.C. : 0,00
Participation assuré : 37,46

FSE : ACCEPTÉE

2 - Depuis le menu **Impressions** du logiciel.



Le livre-journal des feuilles de soins électroniques

© AFFID - 2018.1 GENE RPPS ALAIN		jeudi 13 septembre 2018 - 18:39 Page 1								
LIVRE JOURNAL DES FEUILLES DE SOINS										
Du 01/09/2018 au 13/09/2018										
<i>samedi 1 septembre 2018</i>										
N°	NOM PATIENT	ACTE	MNT DÙ	NOM PAYEUR	MODE	CAISSE CA	BANQUE	ATTENTE	REMARQUE	CENTRE
11	SPECIMEN CARTE ...	G+JKHD001	37.46	SPECIMEN CARTE ...	CHQ	0.00	37.46	0.00		01 Régime général
TOTAUX			37.46			0.00	37.46	0.00		1 RECETTE
TOTAL (CAISSE + BANQUE)							37.46			
<i>mercredi 5 septembre 2018</i>										
N°	NOM PATIENT	ACTE	MNT DÙ	NOM PAYEUR	MODE	CAISSE CA	BANQUE	ATTENTE	REMARQUE	CENTRE
12	SPECIMEN CARTE ...	G+DEQP003	39.28	SPECIMEN CARTE ...	CHQ	0.00	39.28	0.00		01 Régime général
13	SPECIMEN CARTE ...	G+DEQP003	39.28	SPECIMEN CARTE ...	CHQ	0.00	39.28	0.00		01 Régime général
14	SPECIMEN CARTE ...	G	25.00	SPECIMEN CARTE ...	CHQ	0.00	25.00	0.00		01 Régime général
15	SPECIMEN CARTE ...	G	25.00	SPECIMEN CARTE ...	TPC	0.00	0.00	25.00		01 Régime général
16	SPECIMEN CARTE ...	G	25.00	SPECIMEN CARTE ...	FAM	0.00	25.00	0.00		01 Régime général
17	SPECIMEN CARTE ...	G	25.00	SPECIMEN CARTE ...	FAM	0.00	7.50	0.00		01 Régime général
18	SPECIMEN CARTE ...	MJPA010	38.29	SPECIMEN CARTE ...	TPC	0.00	38.29	0.00		01 Régime général
19	SPECIMEN CARTE ...	G+J	22.08	SPECIMEN CARTE ...	TPC	0.00	0.00	22.08		01 Régime général
20	SPECIMEN CARTE ...	G	25.00	SPECIMEN CARTE ...	TPC	0.00	0.00	25.00		01 Régime général
21	SPECIMEN CARTE ...	G	25.00	SPECIMEN CARTE ...	TPC	0.00	0.00	25.00		01 Régime général
TOTAUX			288.87			0.00	174.31	97.06		10 RECETTES
TOTAL (CAISSE + BANQUE)							174.31			
<i>jeudi 6 septembre 2018</i>										
N°	NOM PATIENT	ACTE	MNT DÙ	NOM PAYEUR	MODE	CAISSE CA	BANQUE	ATTENTE	REMARQUE	CENTRE
22	SPECIMEN CARTE ...	G	25.00	SPECIMEN CARTE ...	TPC	0.00	0.00	25.00		01 Régime général
23	SPECIMEN CARTE ...	G+DEQP003	39.28	SPECIMEN CARTE ...	TPC	0.00	0.00	39.28		01 Régime général
24	SPECIMEN CARTE ...	G	25.00	SPECIMEN CARTE ...	TPC	0.00	0.00	25.00		01 Régime général

Bordereaux de transmission

	© AFFID - 2018.1 GENE RPPS ALAIN	jeudi 13 septembre 2018 - 18:44 Page 1
BORDEREAU DE TRANSMISSION DES FEUILLES DE SOINS		
Du 07/09/2018 au 07/09/2018		

TRANSMISSION N°019

N° FSE (Facture)	CENTRE - PATIENT	MESSAGE
30	01999@999.01.rss.fr LOT N°0017 SPECIMEN CARTE MARIE-AMELIE 2640499999999 46 NOMBRE TOTAL : 1	019999999 - Caisse de TEST FSE : ACCEPTÉE 07/09/2018 - G - 0.00 - 2018-09-07

TRANSMISSION N°020

N° FSE (Facture)	CENTRE - PATIENT	MESSAGE
31	01999@999.01.rss.fr LOT N°0018 SPECIMEN CARTE MARIE-AMELIE 2640499999999 46	019999999 - Caisse de TEST FSE : ACCEPTÉE 07/09/2018 - G+JKHD001 - 0.00 - 2018-09-07
32	LOT N°0019 SPECIMEN CARTE SIMON 2640499999999 46 NOMBRE TOTAL : 2	FSE : ACCEPTÉE 07/09/2018 - QZRP005 - 0.00 - 2018-09-07

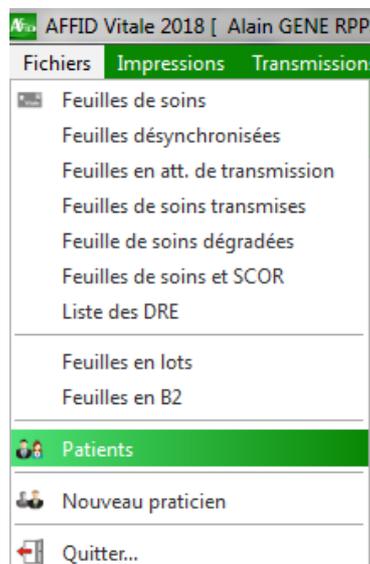
5.11 Gestion des patients

Dans cette fonction vous pouvez enregistrer les coordonnées de vos patients et noter quelques informations médico-administratives.

Cette fonction ne permet pas de gérer un dossier patient.

➤ Pour gérer les patients :

- Cliquez sur le menu **Fichiers / Patients**



AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [BEBE LAURE - SAGE-FEMME - Exercice : 2010 - Comptabilité en Euros]

Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide

Liste des Patients

Retour Aide Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Trier Dupliquer Imprimer Envoyer

S	Nom	Adresse	Code	Ville	Téléphone	Né le	N° National	Régime	Médecin	Referent
	CARTE LUCILLE					20/03/1961	1421962965165 96	Régime général		
	CARTE ENFANT SEUL BENJAMIN					10/02/1990	1550199999999 04	Régime général		
	ESSAI ADELE					22/10/1983	1420162965165 02	Régime général	DURAND JEAN	
	ESSAI AGATHE					15/04/1979	1420162965165 02	Régime général		
	ESSAI AGNES					25/12/1992	1420162965165 02	Régime général		
	ESSAI ALAIN					01/01/1942	1420162965165 02	Régime général		
	ESSAI ALAIN					01/19/1942	1421962965165 96	Régime général		
	ESSAI ALEXANDRE					05/10/1988	1421962965165 96	Régime général		
	ESSAI ALEXIS					04/09/1989	1420162965165 02	Régime général		Oui
	ESSAI AMELIE					14/09/1949	1421962965165 96	Régime général		
	ESSAI DESIRE					31/12/1998	1421962965165 96	Régime général		
	ISSNER NATACHA					01/19/1950	2501962643002 68	Caisse Retraite Prévoyer		
	PATIENT ENIM					01/19/1950	2501962643002 68	Caisse Assurance Malad		
	TROIS OSCAR					05/05/1990	1421962965165 96	Régime général		

Modification des informations du patient

➤ Pour changer les informations d'un patient :

- Sélectionnez le patient dans la liste

- Cliquez sur le bouton  ou faite **F3-Modifier**

 Numéro national d'immatriculation : 1 42 01 62 965 165 02
 Civilité: Nom: ESSAI Prénom: ADELE
 Nom patronymique: ESSAI Date de naissance: 22/10/1983
 Adresse: Code Postal: Ville: [dropdown]
 Situation de famille : Téléphone: Sexe Masculin Sexe Féminin
 Profession: Taille: Poids: Groupe sanguin:
 Régime: RÉGIME GÉNÉRAL
 Caisse : BOULOGNE/MER N° Caisse : 016225610
 Gestion: INVALIDES DE GUERRE N° Couverture : 00000
 Rang : ENFANT SANS JUMENTOU OU 1ER JUMENTOU O' N° Mutuelle :
 Qualité: ENFANT N° Adhérent :
 A.L.D : pas d'affection longue durée N° Contrat :
 (Age: 27 an(s) / Nbr mois: 319) Assurance Maladie
 Mutuelle
 ALD
 Attestation papier de la mutuelle Médecin Référent
 Observations
 Valider Annuler Aide Détaillé Suivant

Vous pouvez indiquer l'adresse et la situation du patient, mémoriser le type de contrat et le numéro d'adhérent Mutuelle et indiquer des informations médico-administratives dans la zone **Observations**.

Sélectionner un ou plusieurs patients

➤ Pour imprimer plusieurs patients à la fois :

- Cliquez sur le patient dans la liste

- Cliquez sur le bouton  ou touche **F10-Pointage**  cette coche s'affiche dans la grille et indique la sélection du patient.

Imprimer la fiche du patient

- Pour éditer la fiche du patient :
 - Cliquez sur le patient dans la liste
 - (si vous avez sélectionné plusieurs patients à l'aide de la touche F10-Pointage, alors les fiches de tous les patients sélectionnés seront imprimées)
 - Cliquez sur le bouton  ou touche **F9-Imprimer**

Vous pouvez imprimer **la liste des patients** à partir du menu **Impressions – Liste des patients**

Visualiser les consultations du patient

- Pour voir la liste des actes effectués dans l'année :
 - Cliquez sur le bouton **F6-Voir**

Supprimer un patient

- Pour enlever un patient dans la liste :
 - Cliquez sur le patient dans la liste
 - Cliquez sur le bouton  ou touche **F4-Supprimer**

Trouver un patient

- Pour retrouver dans la liste un patient :
 - Cliquez sur le bouton  ou touche **F5-Chercher**

5.12 Les feuilles de soins en visite - Lecteur vitale portable

La gestion des feuilles de soins en visite nécessite l'obtention de l'extension TLA au logiciel AFFID Vitale et un lecteur Vitale Portable

Activer dans le logiciel AFFID Vitale la fonction TLA.

- Cliquez sur **Paramètres / Personnalisation de la feuille de soins**
- Cochez l'option « Utilisation d'un Lecteur Vitale Portable »

Personnalisation Feuille de soins

01 - Mise à jour simultanée des recettes journalières dans AFFID Standard Avec recettes remplaçant

02 - Enregistrer les remboursements Tiers payants Pointer les patients

03 - Transférer les noms des patients en minuscule Sans son prénom Sur Banque B2

04 - Imprimer automatiquement le ticket de l'assuré après la saisie de la feuille de soins

05 - Imprimer directement le ticket de l'assuré sur l'Ordonnance papier habituelle

06 - Laisser la fenêtre automatiquement en arrière-plan lors de la saisie de la feuille de soins

07 - Ne pas proposer la sélection du patient lors de la lecture de la carte vitale

08 - Ne pas proposer la pré-saisie de la date de Prescription

09 - Ne pas proposer la pré-saisie de l'Entente préalable Pas d'Entente Préalable

10 - Vérifier la date système comme étant la date du jour

11 - Utilisation d'un Lecteur Vitale Portable

12 - Utilisation d'un lecteur de carte de type PC/SC

13 - Utiliser un autre mode de règlement que chèque par défaut ▾

14 - Sélectionner le code acte sur un double-clic de la souris

15 - Pas d'accident par défaut

16 - Ne pas signaler les références médicales opposables

17 - Ne pas afficher de messages à la fin de la sécurisation de la feuille de soins

18 - Feuilles de soins réalisées en maison médicale de garde

19 - Toujours sélectionner la première convention par défaut

20 - Activer la gestion de la Classification Commune des Actes médicaux - CCAM

21 - Activer la gestion de la tarification des organismes complémentaires STS

22 - Ne pas afficher les diagnostics de niveau 1 des modules STS

23 - Procédure de facturation TPi ACS par défaut ▾

24 - Toujours activer le tiers payant ALD / Maternité

25 - Tiers Payant partie Obligatoire (TP AMO)

26 - Tiers Payant partie Complémentaire (TP AMC)

Le lecteur Vitale portable.

- Pour l'initialisation des fonctions du lecteur, référez-vous à la notice d'utilisation du lecteur.
 - Configurez votre situation de facturation (AGREE MINES / RATP)
 - Configurez le numéro des entêtes des feuilles de soins (entre 001 et 999)
 - Configurez le tarif de vos prestations
- Identifier le lecteur comme lecteur portable TLA dans le logiciel AFFID Vitale.
 - Connecter le lecteur à l'ordinateur
 - Aller dans le menu **Outils / SESAM-VITALE / Lecteur Vitale Portable**
 - Avec la souris cliquer sur la touche 1 puis la touche verte directement sur l'écran de l'ordinateur
- Pour les **médecins et spécialistes** les fonctionnalités offertes par le lecteur sont les suivantes :
 - La création et la sécurisation de la feuille de soins au domicile du patient
 - Le déchargement au cabinet des feuilles de soins dans AFFID Vitale.
- Pour les **auxiliaires médicaux et sages-femmes** les fonctionnalités offertes sont les suivantes :
 - Le chargement dans le lecteur des feuilles de soins créées à partir d'AFFID Vitale
 - La sécurisation au domicile des patients des feuilles de soins chargées dans le lecteur
 - La mémorisation des données bénéficiaires lues sur la carte vitale.
 - La création et la sécurisation spontanée des feuilles de soins en visite
 - Le déchargement au cabinet des feuilles de soins dans AFFID Vitale.

Déchargement des Feuilles de soins effectuées en visite vers AFFID Vitale.

- **Connectez le lecteur sur son socle**



- Cliquez sur l'icône  à partir du tableau des feuilles de soins (Saisie des Feuilles de soins)



OU

- A partir du menu **Outils / SESAM-VITALE / Lecteur Vitale Portable**

L'écran du lecteur suivant apparaît sur votre ordinateur :



Utiliser les fonctions du lecteur avec la souris directement sur l'écran de l'ordinateur.
 Cliquer sur la touche 4 puis la touche verte

5.13 Feuille de soins avec carte employé

Il est possible d'effectuer des feuilles de soins électroniques avec une carte de personnel d'établissement (carte CPE). Ces feuilles de soins seront réalisées en mode désynchronisée et ne pourront être télétransmises qu'après sécurisation avec la carte CPS du praticien.

ATTENTION : En réseau, la saisie simultanée des feuilles de soins électroniques sur deux ordinateurs différents dans le dossier d'un même praticien est interdite.

Exemple : la secrétaire ne doit pas saisir de feuilles de soins avec sa carte de personnel d'établissement (CPE) dans le dossier du praticien DUPONT lorsque celui-ci utilise aussi le logiciel.

La lecture d'une carte CPE dans le lecteur initialise automatiquement la session employé. Les feuilles de soins sont réalisées directement en mode désynchronisé et devront-êtré sécurisées en fin de journée avec la carte CPS du praticien pour être télétransmises.

S	R	N°	Date	Patient	Acte	Montant	Mode	Régime	V	SITUATION DE TRANSMISSION	Scor
		1	13/02/2018	SPECIMEN CARTE MARIE-AMELIE	CS	23.00	TPC	01 Régime général		FSE : Attente de transmission	
		4	13/02/2018	SPECIMEN CARTE HELENE	CS	28.00	CB	01 Régime général		FSE : Attente de transmission	
		5	13/02/2018	SPECIMEN CARTE SIMON	C+DEQP003	37.26	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission	
		6	13/02/2018	SPECIMEN CARTE ALEXIS	QZJA017	78.64	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission	
		7	13/02/2018	SPECIMEN CARTE CONRAD	QZJA012	88.56	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission	
		8	13/02/2018	SPECIMEN CARTE SIMON	QZJA012+QZJ...	114.44	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission	
		9	15/02/2018	SPECIMEN CARTE MARIE-AMELIE	CS	23.00	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission	
		10	15/02/2018	SPECIMEN CARTE MARIE-AMELIE	CS	23.00	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission	
		11	16/02/2018	SPECIMEN CARTE MARIE-AMELIE	CS	23.00	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission	
		13	20/02/2018	SPECIMEN CARTE SIMON	CS	23.00	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de synchronisation	
		14	20/02/2018	SPECIMEN CARTE MARIE-AMELIE	CS+DEQP003	37.26	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de synchronisation	
		15	20/02/2018	SPECIMEN CARTE ALEXIS	CS+MIS	53.00	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de synchronisation	
		16	20/02/2018	SPECIMEN CARTE CONRAD	DZQM006	96.49	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de synchronisation	

Le mode Désynchronisé est symbolisé par un cadenas gris et ouvert en tête d'enregistrement

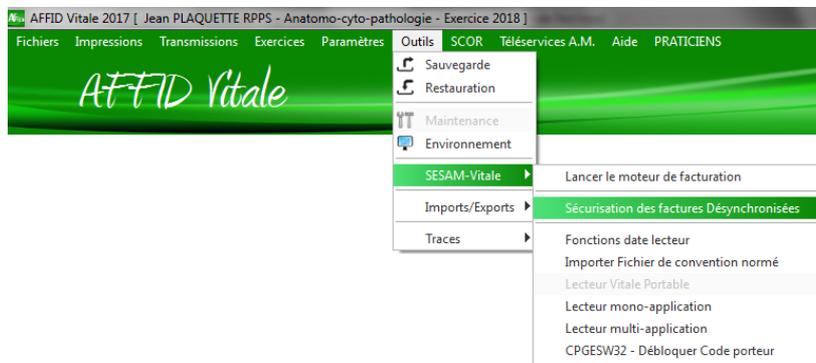


La situation de transmission est en "FSE Attente de synchronisation"

La sécurisation et l'envoi des feuilles de soins désynchronisées doit se faire par le praticien avec sa carte CPS dans le lecteur.

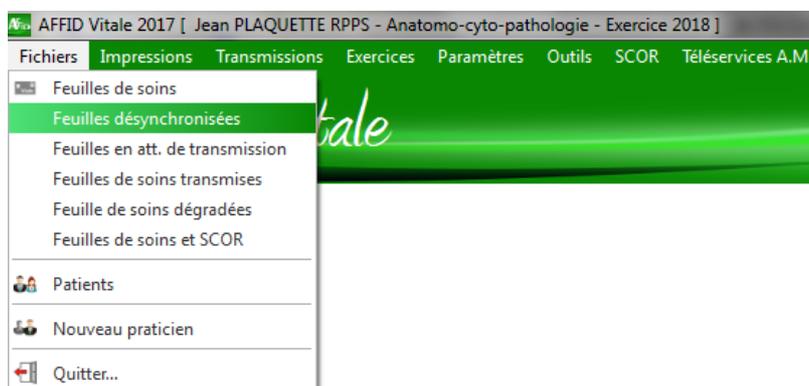
Deux accès possibles :

- Menu : **Outils / Sésam-Vitale / Sécurisation des factures désynchronisées.**



Ou

- Menu : **Fichiers / Feuilles désynchronisées.**



Les feuilles désynchronisées sont filtrées dans la grille du livre des Feuilles de soins.

Cliquer sur  ou faites **F10-Envoyer** pour sécuriser les feuilles.

S	R	N°	Date	Patient	Acte	Montant	Mode	Régime	V	SITUATION DE TRANSMISSION
		1	13/02/2018	SPECIMEN CARTE MARIE-AMELIE	CS	23.00	TPC	01 Régime général		FSE : Attente de transmission
		4	13/02/2018	SPECIMEN CARTE HELENE	CS	28.00	CB	01 Régime général		FSE : Attente de transmission
		5	13/02/2018	SPECIMEN CARTE SIMON	C+DEQP003	37.26	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission
		6	13/02/2018	SPECIMEN CARTE ALEXIS	QZJA017	78.64	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission
		7	13/02/2018	SPECIMEN CARTE CONRAD	QZJA012	88.56	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission
		8	13/02/2018	SPECIMEN CARTE SIMON	QZJA012+QZJ...	114.44	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission
		9	15/02/2018	SPECIMEN CARTE MARIE-AMELIE	CS	23.00	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission
		10	15/02/2018	SPECIMEN CARTE MARIE-AMELIE	CS	23.00	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission
		11	16/02/2018	SPECIMEN CARTE MARIE-AMELIE	CS	23.00	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission
		13	20/02/2018	SPECIMEN CARTE SIMON	CS	23.00	CHQ	01 Régime général		FSE : (synchronisée) Attente de transmission
		14	20/02/2018	SPECIMEN CARTE MARIE-AMELIE	CS+DEQP003	37.26	CHQ	01 Régime général		FSE : (synchronisée) Attente de transmission
		15	20/02/2018	SPECIMEN CARTE ALEXIS	CS+MIS	53.00	CHQ	01 Régime général		FSE : (synchronisée) Attente de transmission
		16	20/02/2018	SPECIMEN CARTE CONRAD	DZQM006	96.49	CHQ	01 Régime général		FSE : (synchronisée) Attente de transmission

Les feuilles passent en mode sécurisé, symbolisé par un cadenas jaune et fermé en tête d'enregistrement 

La situation de transmission passe à "FSE (synchronisée) Attente de transmission". Toutes les feuilles peuvent-êtres envoyées.

6 Transmissions

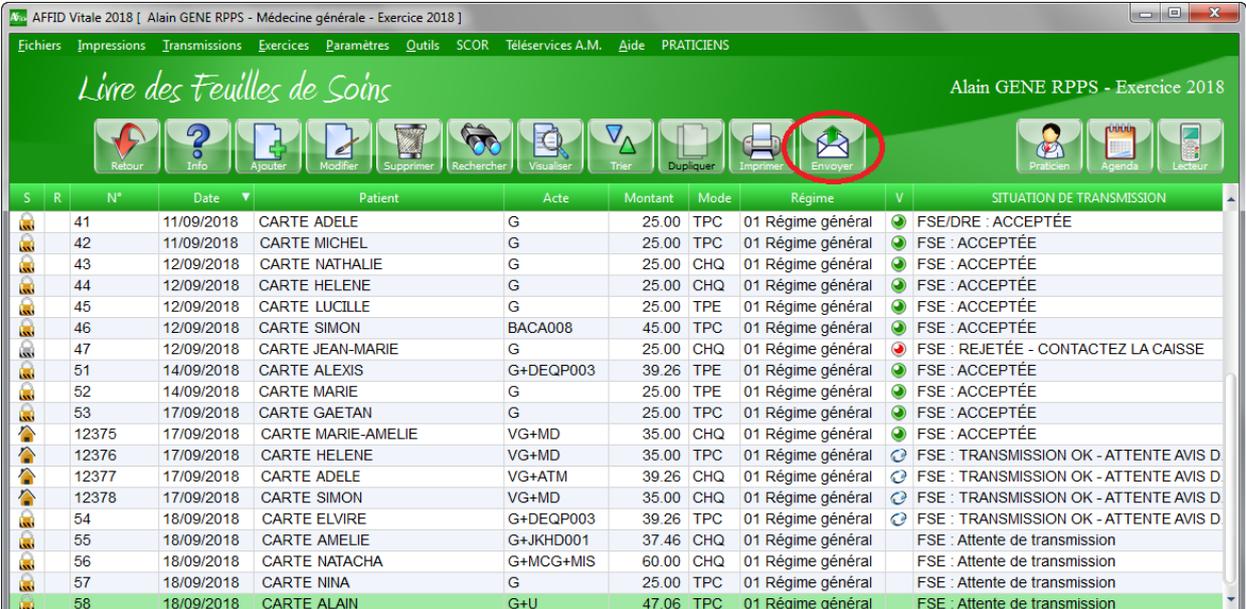
6.1 Transmission des feuilles de soins

Le Professionnel de Santé doit transmettre en fin de journée (ou à défaut d'un délai de 3 jours ouvrés pour un paiement direct et 8 jours pour les tiers payants) les lots des feuilles de soins électroniques aux Organismes d'Assurance Maladie Obligatoire, par Internet, via le Réseau SESAM-Vitale.

Les Organismes d'Assurance Maladie Obligatoire reçoivent et vérifient l'intégrité des lots des feuilles de soins électroniques transmises par le praticien. Elles vous renvoient ensuite un Accusé de Réception Logique (ARL) garantissant la bonne réception des lots (cet ARL officialise la prise en charge du flux par l'organisme).

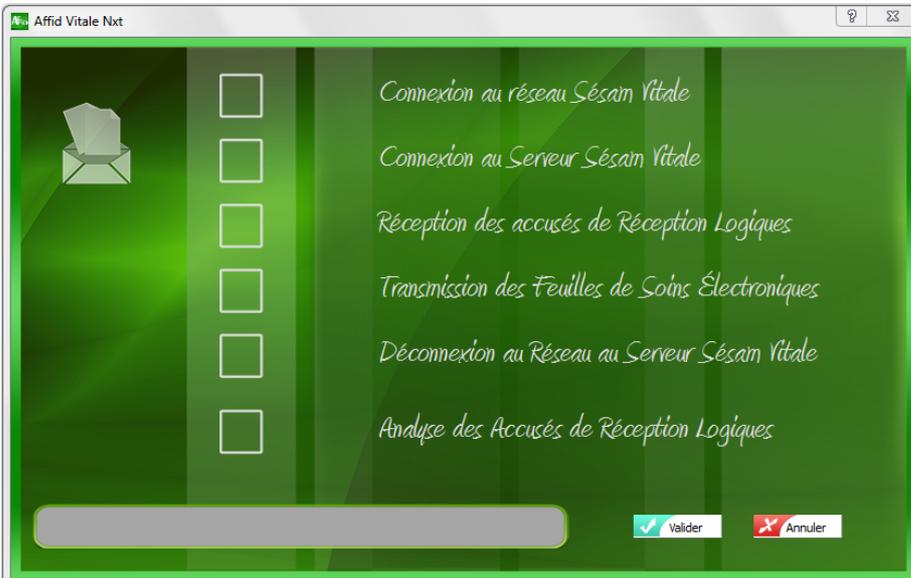
Pour télé-transmettre vos feuilles de soins accés au menu :

- Soit à partir du livre des feuilles de soins, cliquer sur le bouton  ou touche **F10-Télétransmission**



S	R	N°	Date	Patient	Acte	Montant	Mode	Régime	V	SITUATION DE TRANSMISSION
	41		11/09/2018	CARTE ADELE	G	25.00	TPC	01 Régime général	●	FSE/DRE : ACCEPTÉE
	42		11/09/2018	CARTE MICHEL	G	25.00	TPC	01 Régime général	●	FSE : ACCEPTÉE
	43		12/09/2018	CARTE NATHALIE	G	25.00	CHQ	01 Régime général	●	FSE : ACCEPTÉE
	44		12/09/2018	CARTE HELENE	G	25.00	CHQ	01 Régime général	●	FSE : ACCEPTÉE
	45		12/09/2018	CARTE LUCILLE	G	25.00	TPE	01 Régime général	●	FSE : ACCEPTÉE
	46		12/09/2018	CARTE SIMON	BACA008	45.00	TPC	01 Régime général	●	FSE : ACCEPTÉE
	47		12/09/2018	CARTE JEAN-MARIE	G	25.00	CHQ	01 Régime général	●	FSE : REJETÉE - CONTACTEZ LA CAISSE
	51		14/09/2018	CARTE ALEXIS	G+DEQP003	39.26	TPE	01 Régime général	●	FSE : ACCEPTÉE
	52		14/09/2018	CARTE MARIE	G	25.00	TPE	01 Régime général	●	FSE : ACCEPTÉE
	53		17/09/2018	CARTE GAETAN	G	25.00	TPC	01 Régime général	●	FSE : ACCEPTÉE
	12375		17/09/2018	CARTE MARIE-AMELIE	VG+MD	35.00	CHQ	01 Régime général	●	FSE : ACCEPTÉE
	12376		17/09/2018	CARTE HELENE	VG+MD	35.00	TPC	01 Régime général	●	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS D
	12377		17/09/2018	CARTE ADELE	VG+ATM	39.26	CHQ	01 Régime général	●	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS D
	12378		17/09/2018	CARTE SIMON	VG+MD	35.00	CHQ	01 Régime général	●	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS D
	54		18/09/2018	CARTE ELVIRE	G+DEQP003	39.26	TPC	01 Régime général	●	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS D
	55		18/09/2018	CARTE AMELIE	G+JKHD001	37.46	CHQ	01 Régime général	●	FSE : Attente de transmission
	56		18/09/2018	CARTE NATACHA	G+MCG+MIS	60.00	CHQ	01 Régime général	●	FSE : Attente de transmission
	57		18/09/2018	CARTE NINA	G	25.00	TPC	01 Régime général	●	FSE : Attente de transmission
	58		18/09/2018	CARTE ALAIN	G+U	47.06	TPC	01 Régime général	●	FSE : Attente de transmission

L'option de télétransmission des feuilles de soins se lance

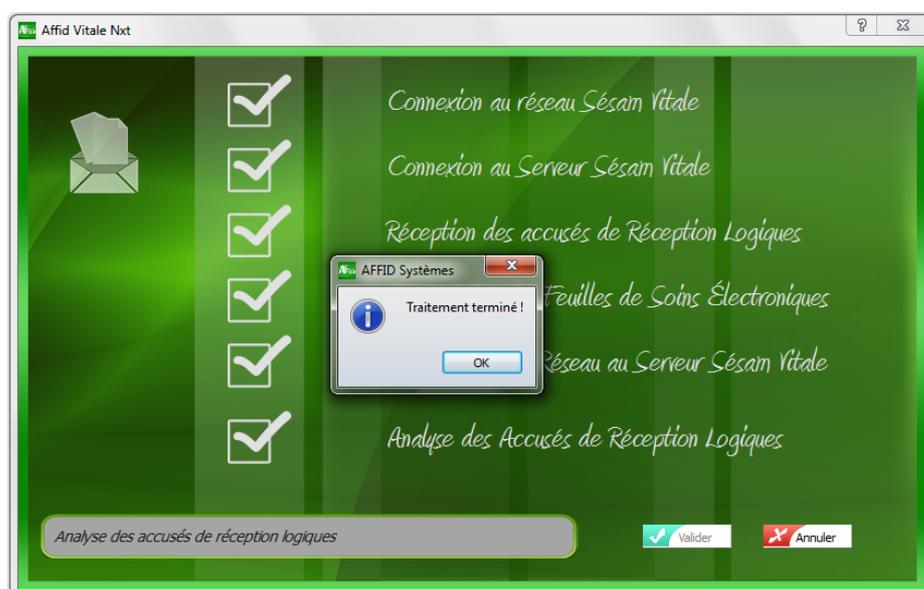
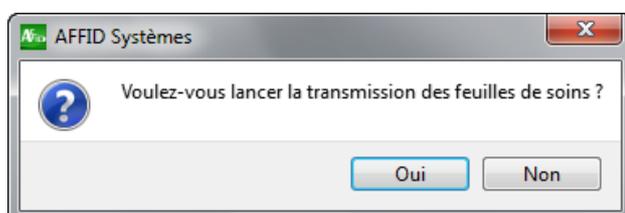


<input type="checkbox"/>	Connexion au réseau Sésam Vitale
<input type="checkbox"/>	Connexion au Serveur Sésam Vitale
<input type="checkbox"/>	Réception des accusés de Réception Logiques
<input type="checkbox"/>	Transmission des Feuilles de Soins Électroniques
<input type="checkbox"/>	Déconnexion au Réseau au Serveur Sésam Vitale
<input type="checkbox"/>	Analyse des Accusés de Réception Logiques

Cet écran présente les différentes étapes de la télétransmission des feuilles de soins électroniques.

Vous pouvez annuler l'opération en cliquant sur le bouton  ou  pour confirmer la télétransmission des feuilles de soins.

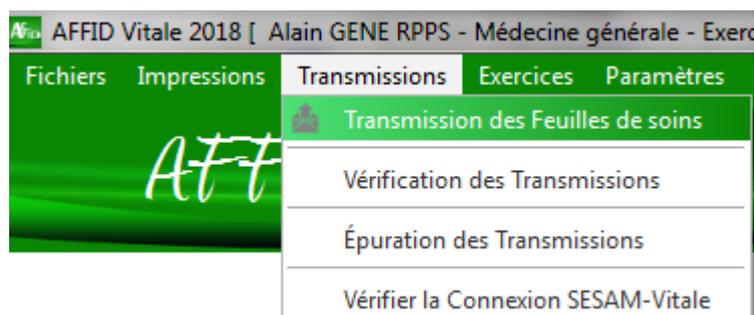
- **La carte CPS doit être présente dans le lecteur.**
- Saisir le code de la carte CPS puis valider le message pour lancer l'envoi des feuilles de soins.



Une journée de consultation moyenne chez un médecin généraliste peut produire un lot de feuilles de soins électroniques de moins de 50 Ko. Dans la majorité des cas (selon l'horaire de transmission et la vitesse de transmission ADSL), la durée de transmission d'un fichier quotidien moyen ne devrait pas dépasser 1 à 2 minutes.

Lors de la prochaine transmission le logiciel récupérera automatiquement tous les Accusés de Réception Logique (ARL) de la précédente transmission.

- Soit par le menu principal : **Transmissions**, puis sur **Transmission des feuilles**. Celui-ci n'est pas utilisé par les praticiens de manière courante, il permet de visualiser les lots et les fichiers FB2 en cas de problème sur des télétransmissions mal effectuées.



Affichage du récapitulatif des feuilles de soins à partir d'un tableau détaillant les lots de télétransmission.

A	T	N°FSE	N°LOT	N°FB2	Date d'envoi	Situation de transmission	Organisme destinataire	Entête du message smtp	Adresse de destination
		47	0030	039	14/09/2018	FSE : REJETÉE - CONTACTEZ LA CAISSE	00000001999999	SV140700/00000991120...	01999@999.0
		51	0032	041	17/09/2018	FSE : ACCEPTÉE	00000001999999	SV140700/00000991120...	01999@999.0
		52	0032	041	17/09/2018	FSE : ACCEPTÉE	00000001999999	SV140700/00000991120...	01999@999.0
		53	0033	043	17/09/2018	FSE : ACCEPTÉE	00000001999999	SV140700/00000991120...	01999@999.0
		12375	0034	044	17/09/2018	FSE : ACCEPTÉE	00000001999999	SV140210/00000991120...	01999@999.0
		12376	0035	044	17/09/2018	FSE : ACCEPTÉE	00000001999999	SV140210/00000991120...	01999@999.0
		12377	0034	044	17/09/2018	FSE : ACCEPTÉE	00000001999999	SV140210/00000991120...	01999@999.0
		12378	0036	045	17/09/2018	FSE : ACCEPTÉE	00000001999999	SV140210/00000991120...	01999@999.0
		54	0037	046	18/09/2018	FSE : ACCEPTÉE	00000001999999	SV140700/00000991120...	01999@999.0
		55	0038	047	18/09/2018	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS ...	00000001999999	SV140700/00000991120...	01999@999.0
		56	0038	047	18/09/2018	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS ...	00000001999999	SV140700/00000991120...	01999@999.0
		57	0039	047	18/09/2018	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS ...	00000001999999	SV140700/00000991120...	01999@999.0
		58	0039	047	18/09/2018	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS ...	00000001999999	SV140700/00000991120...	01999@999.0
		59	0040	048	18/09/2018	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS ...	00000001999999	SV140700/00000991120...	01999@999.0
		61				FSE : Attente de transmission			
		62				FSE : Attente de transmission			
		63				FSE : Attente de transmission			
		64				FSE : Attente de transmission			

N°FSE : Numéro de la feuille de soins

N°LOT : Numéro des lots des feuilles de soins

N°FB2 : Numéro du fichier des lots de feuilles de soins

Date d'envoi : date de la transmission des FSE

6.2 Vérification des transmissions

L'Assurance Maladie Obligatoire renvoie des informations au Professionnel de Santé suite aux transmissions des feuilles de soins directement dans sa Boite Aux Lettres dédiée à la télétransmission des feuilles de soins. Ces informations sont constituées de références NOEMIE (*Norme Ouverte d'Echange pour la Maladie avec des Intervenants Extérieurs*) :

L'accès à la vérification des télétransmissions se fait par le menu principal : **Transmissions**, puis sur **Vérification des transmissions** celui-ci n'est pas utilisé par les praticiens de manière courante, l'état des télétransmissions étant déjà affiché dans le livre des feuilles de soins. Il permet de visualiser les N° de fichier FB2, les N° de lot et les N° d'ARL en cas de problème sur des télétransmissions mal effectuées.

T	V	N° FSE	N° LOT	N° FB2	N° ARL	SITUATION DE TRANSMISSION DE LA FEUILLE DE SOINS
		9	3	2	20	FSE INITIALE : ACCEPTEE
		9	AAA	2	20	DRE INITIALE : ACCEPTEE
		10	3	6	17	FSE : ACCEPTEE
		11	2	6	17	FSE : ACCEPTEE
		12	2	6	17	FSE : ACCEPTEE
		13	3	9	22	FSE INITIALE : ACCEPTEE
		13	AAA	9	22	DRE INITIALE : ACCEPTEE
		15	3	9	22	FSE : ACCEPTEE
		16	2	9	22	FSE : ACCEPTEE
		8	3	5	22	FSE INITIALE : REJETEE
		8	AAA	5	7	DRE INITIALE : REJETEE
		17	2	3	14	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE ARL
		18	5	3	14	FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE ARL
		19	6			FSE : ATTENTE TRANSMISSION
		20	6			FSE : ATTENTE TRANSMISSION
		4	1	8	18	FSE : DEGRADÉE : TRANSMISSION DEGRADEE OK - ATTENTE AVIS DE REMISE
		14	1	8	18	FSE : DEGRADÉE : TRANSMISSION DEGRADEE OK - ATTENTE AVIS DE REMISE

Pictogrammes des feuilles de soins

Colonne T

 la feuille de soins a été transmise vers la caisse d'assurance maladie

Colonne V

 la feuille de soins a été acceptée (conforme aux normes de transmission)

 la feuille de soins a été partiellement remboursée (paiement partiel des Tiers Payants)

 la feuille de soins a été remboursée (paiement reçu des Tiers Payants)

 la feuille de soins a été rejetée (non conforme aux normes de transmission)

 la feuille de soins en mode dégradé (IRIS) a reçu une notification de transmission positive

N°FSE : Numéro de la feuille de soins

N°LOT : Numéro des lots des feuilles de soins

N°FB2 : Numéro du fichier des lots de feuilles de soins

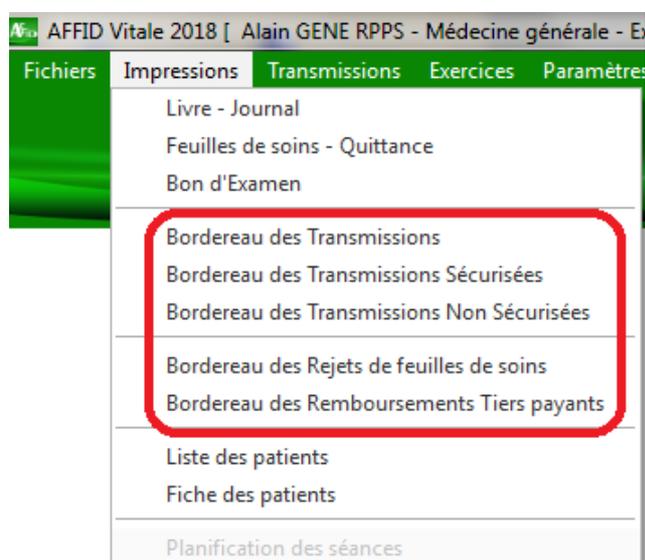
N°ARL : Numéro de l'Accusé Réception Logique

SITUATION DE TRANSMISSION... : message informatif sur la télétransmission de la FSE

6.3 Impression des documents

Les fichiers retournés par les caisses d'assurances de maladie pour acquitter les feuilles de soins électroniques sont traduits et traités automatiquement par AFFID Vitale.

Vous pouvez imprimer à partir du menu **Impressions**, le **bordereau des transmissions**, le **bordereau des Rejets de feuilles de soins** et le **bordereau des Remboursements reçus des tiers payants**.



Bordereau des Transmissions

	© AFFID - 2018.1 GENE RPPS ALAIN	jeudi 13 septembre 2018 - 18:44 Page 1
	BORDEREAU DE TRANSMISSION DES FEUILLES DE SOINS Du 07/09/2018 au 07/09/2018	

TRANSMISSION N°019

N° FSE (Facture)	CENTRE - PATIENT	MESSAGE
30	01999@999.01.rss.fr LOT N°0017 SPECIMEN CARTE MARIE-AMELIE 264049999999 46 NOMBRE TOTAL : 1	019999999 - Caisse de TEST FSE : ACCEPTÉE 07/09/2018 - G - 0.00 - 2018-09-07

TRANSMISSION N°020

N° FSE (Facture)	CENTRE - PATIENT	MESSAGE
31	01999@999.01.rss.fr LOT N°0018 SPECIMEN CARTE MARIE-AMELIE 264049999999 46 LOT N°0019	019999999 - Caisse de TEST FSE : ACCEPTÉE 07/09/2018 - G+JKHD001 - 0.00 - 2018-09-07
32	SPECIMEN CARTE SIMON 264049999999 46 NOMBRE TOTAL : 2	FSE : ACCEPTÉE 07/09/2018 - QZRP005 - 0.00 - 2018-09-07

Bordereau des rejets de feuilles de soins

	© AFFID - 2018.1 GENE RPPS ALAIN	mercredi 19 septembre 2018 - 12:04 Page 1
	BORDEREAU DES REJETS DE FEUILLES DE SOINS Du 01/01/2018 au 19/09/2018	

LISTE DES REJETS DES FEUILLES DE SOINS

N° FSE	CENTRE - PATIENT	MESSAGE
	019999999 - Caisse de TEST	
1	SPECIMEN CARTE MARIE-AMELIE 264049999999 46	25/07/2018 - lot = 0001 - FSE : REJETÉE - CONTACTEZ LA CAISSE
2	SPECIMEN CARTE SIMON 264049999999 46	25/07/2018 - lot = 0002 - FSE : REJETÉE - CONTACTEZ LA CAISSE
22	SPECIMEN CARTE CONRAD 264049999999 46	06/09/2018 - lot = 0010 - FSE : REJETÉE - CONTACTEZ LA CAISSE
23	SPECIMEN CARTE HELENE 264049999999 46	06/09/2018 - lot = 0011 - FSE : REJETÉE - CONTACTEZ LA CAISSE
24	SPECIMEN CARTE SIMON 264049999999 46	06/09/2018 - lot = 0012 - FSE : REJETÉE - CONTACTEZ LA CAISSE
33	SPECIMEN CARTE HELENE 264049999999 46	07/09/2018 - lot = 0020 - FSE : REJETÉE - CONTACTEZ LA CAISSE
47	SPECIMEN CARTE ALEXIS 264049999999 46	12/09/2018 - lot = 0030 - FSE : REJETÉE - CONTACTEZ LA CAISSE
Nombre de feuilles de soins : 7		

Bordereau des remboursements Tiers Payants

 © AFFID - 2018.1 BIDE RPPS JEAN		mercredi 19 septembre 2018 - 14:34 Page 1
BORDEREAU DES REMBOURSEMENTS Du 01/08/2018 au 30/09/2018		
LISTE DES REJETS DES FEUILLES DE SOINS		
N° FSE	CENTRE - PATIENT	MES SAGE
	013499881 -	
7	TEST ALAIN - 172192B998002 24	08.08/2018 - lot = 0005 - Base = 23.00, TM = 0.00, Remboursé = 16.10, Ajusté = 0.00, Reste = 6.90, du 08.08/2018
8	TEST ALAIN - 172192B998002 24	07.09/2018 - lot = 0006 - Base = 16.10, TM = 6.90, Remboursé = 16.10, Ajusté = 0.00, Reste = -6.90, du 07.09/2018
	Total : 013499881 -	NB = 2, Base = 39.10, TM = 6.90, Remboursé = 32.20, Ajusté = 0.00, Reste = -0.00
	TOTAL GLOBAL DE S CAISSE S :	NB = 2, Base = 39.10, TM = 6.90, Remboursé = 32.20, Ajusté = 0.00, Reste = -0.00

Un ARL négatif ou une absence d'ARL (*non-acquittement de la transmission par la caisse destinataire*) dans un délai de 2 jours suivant la transmission des fichiers impose au Professionnel de Santé de retransmettre les fichiers dans un délai de 2 jours ouvrés.

AFFID Vitale s'occupe de tout ! en cas d'absence d'acquittement des feuilles de soins électroniques par les caisses, le logiciel retransmet automatiquement les feuilles de soins concernées aux différentes caisses et vous le signale par un message d'alarme à l'écran.

Si après la retransmission et la vérification des feuilles de soins, de nouveau, dans un délai de 2 jours vous n'avez toujours pas reçu d'acquittement, vous devez impérativement imprimer toutes les feuilles de soins non acquittées comme **DUPLICATA** et les envoyer par courrier postal aux différentes caisses d'assurances de maladie.

6.4 Graphes

Vous pouvez visualiser à tout moment l'état global de toutes vos transmissions effectuées ou non vers les Caisses d'Assurance de Maladie depuis le menu : **Les Feuilles de soins** et **Evolution des transmissions** ou **répartition des transmissions**.

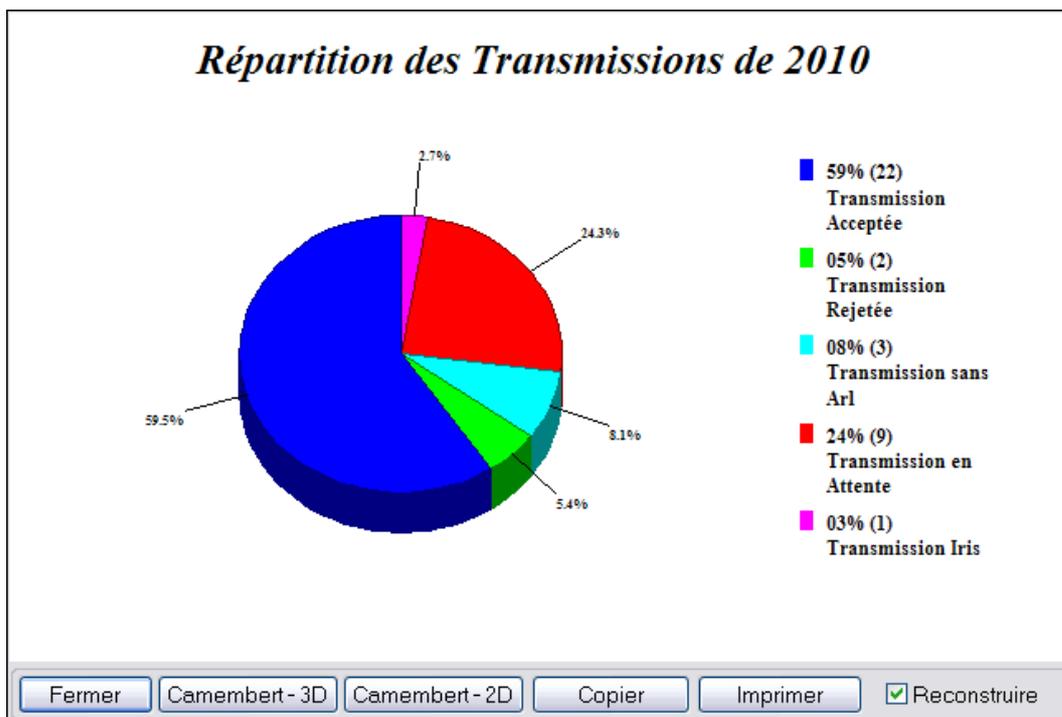
AFFID Vitale DEMONSTRATION Affid - [GENE ALAIN - MÉDECINE GÉNÉRALE - Exercice : 2010 - Comptabilité en Euros]
 Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils Aide PRATICIENS

AFFID Vitale Version 2010.2.0
 Correctif n° 1 - Décembre

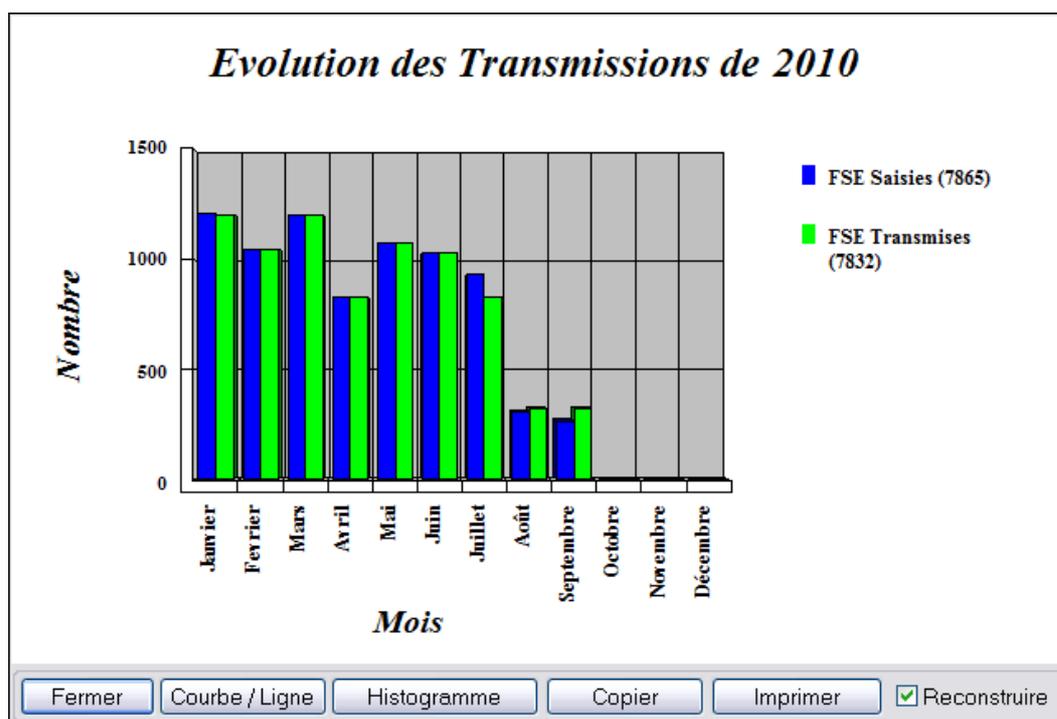
Feuilles de soins
 Paramètres
 Transmissions

Les Feuilles de soins

- Saisie
- Liste des Patients
- Impression du Livre - Journal
- Planification des Séances
- Impression des Feuilles de soins
- Lecteur Vitale Portable
- Impression du Bon d'examen
- Sécuriser les factures désynchronisées
- Personnalisation des prestations
- Evolution des transmissions
- Répartition des transmissions
- Répartition des retours Tiers payants



- **Transmission Acceptée** : Nombre de feuilles de soins acquittées définitivement.
- **Transmission Rejetée** : Nombre de feuilles de soins rejetées définitivement par les caisses.
- **Transmission sans Arl** : Nombre de feuilles de soins transmises mais non encore acquittées.
- **Transmission en Attente** : Nombre de feuilles de soins non encore transmises vers les caisses.
- **Transmission Iris** : Nombre de feuilles de soins acquittées en mode non sécurisé.



- **Fse Saisies** : Nombre de feuilles de soins réalisées dans l'année.
- **Fse Transmises** : Nombre de feuilles de soins envoyées aux caisses dans l'année.

6.5 Epuration des transmissions

Les règles de conservation des données sur le poste de travail du Professionnel de Santé sont réglementées d'une période de 90 jours au moins.

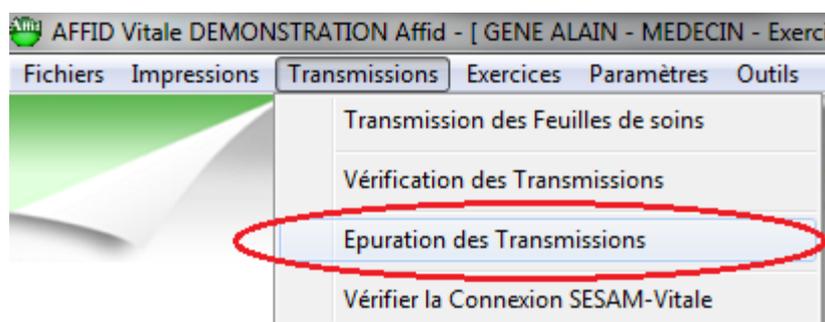
Les données à supprimer sur le poste de travail sont les fichiers de transmission et les fichiers retournés par les Assurances de Maladie.

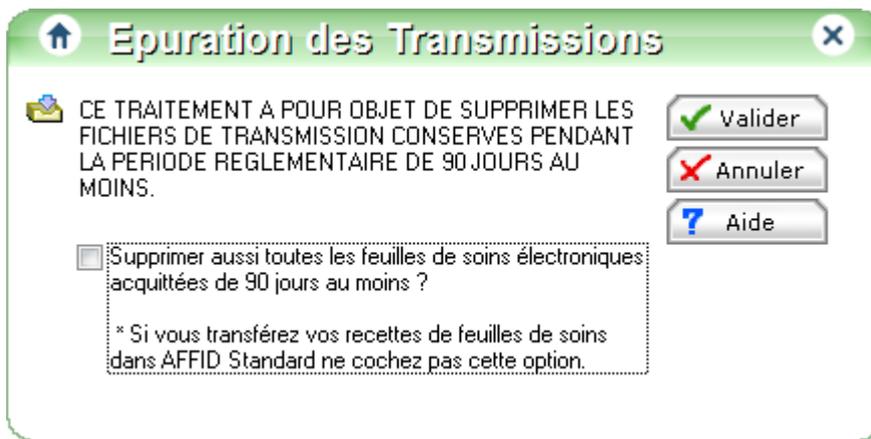
Toutes les feuilles de soins sont laissées à la discrétion du Professionnel de Santé en fonction de ses besoins.

Avant de lancer l'épuration des feuilles de soins électroniques, faites une sauvegarde de vos données ([Voir Chapitre : Sauvegarde](#))¹⁶⁴

Pour supprimer les fichiers de transmission :

- Cliquez sur le menu **Transmissions** puis sur **Epuration des transmissions**





- Si vous voulez supprimer **irréversiblement** dans la grille toutes les feuilles de soins électroniques acquittées depuis 90 jours au moins, cochez l'option **Supprimer les feuilles de soins électroniques...**



Si vous possédez AFFID Standard, ne cochez pas l'option « **Supprimer aussi toutes les feuilles de soins acquittées de 90 jours au moins ?** »

- Cliquez sur le bouton **Valider** pour confirmer la suppression.

La taille probable en fin d'année de l'ensemble des fichiers (*Feuilles de soins + fichiers intermédiaires et fichiers de transmissions*) varie entre 20Mo et 60Mo selon votre activité.

Vous pouvez archiver vos feuilles de soins sur un support disque amovible ou clé USB

7 SCOR

Le service SCOR permet lors de la réalisation des Feuilles de Soins Electroniques, d'associer à la FSE des pièces justificatives numérisées et de les télétransmettre directement aux caisses de rattachement des assurés.

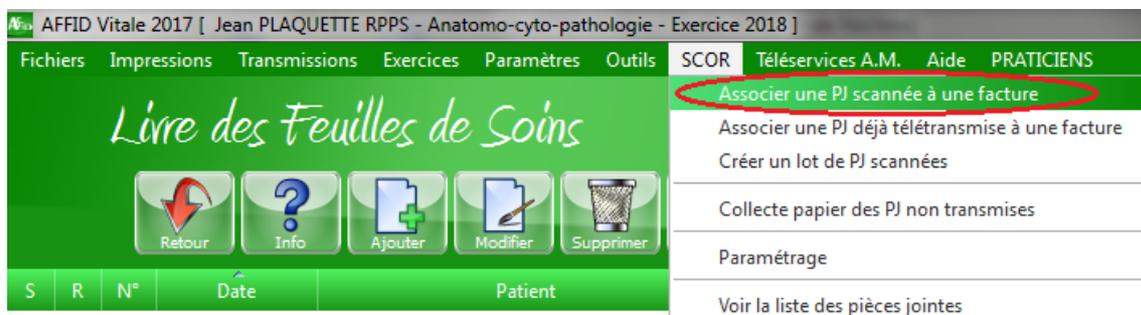
Votre poste doit être équipé d'un scanner permettant la numérisation en recto ou recto/verso et produisant des images d'une résolution de 200 dpi minimum. Les PDF générés doivent être au minimum en version 1.4 et de taille inférieure à 250 Ko.

- Les pièces justificatives numérisées (notamment les ordonnances) sont automatiquement classées et archivées en lots, de manière sécurisée, par le module SCOR du logiciel.
- Une fois scannées, les pièces justificatives peuvent être conservées dans le dossier du patient.
Il est ainsi plus simple d'assurer le bon suivi des documents de vos patients et de leur transmettre ultérieurement une copie, si nécessaire.
- Avec SCOR, vous êtes dispensé d'adresser à votre Caisse Primaire le duplicata de la pièce justificative originale sur support papier. La pièce numérique a la même valeur juridique et comptable que l'original papier.

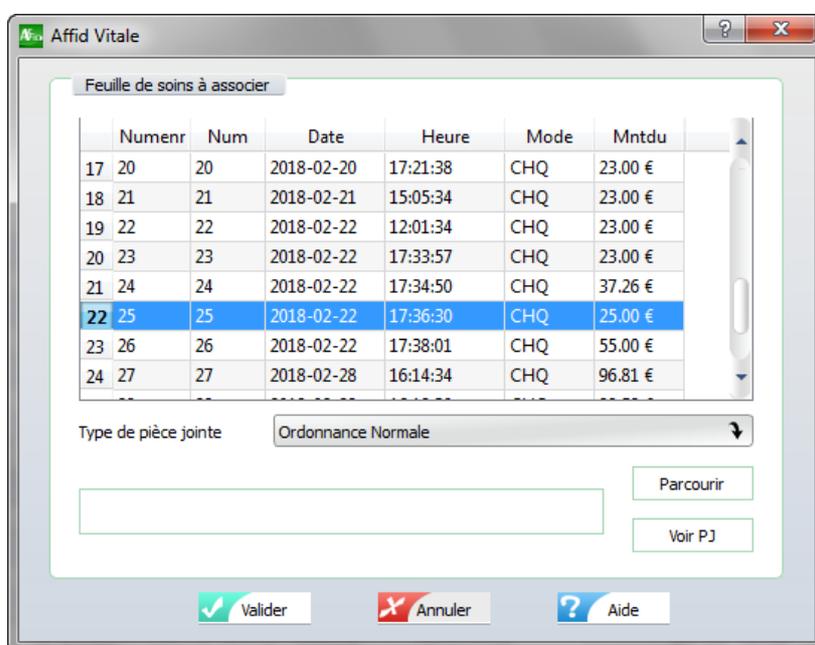
7.1 Associer une pièce jointe scannée à une facture

Le Professionnel de Santé doit avant tout scanner les documents à associer en fichier PDF et connaître le chemin d'accès du dossier où ils sont stockés.

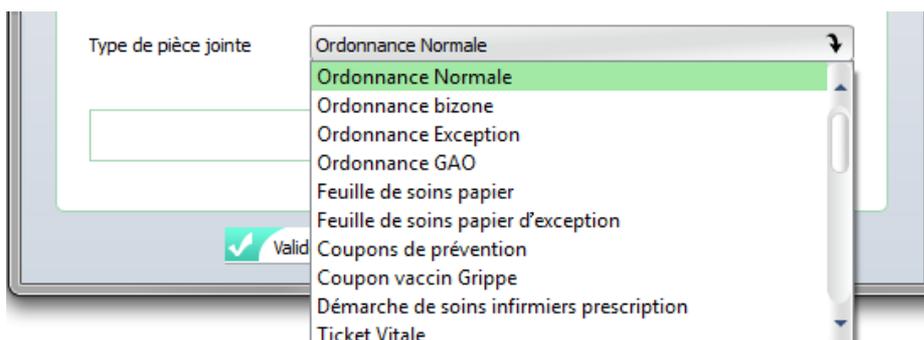
Cliquez sur le menu **SCOR / Associer une PJ scannée à une facture**



- Cet écran permet d'effectuer l'association entre une pièce jointe scannée et une feuille de soins électronique.

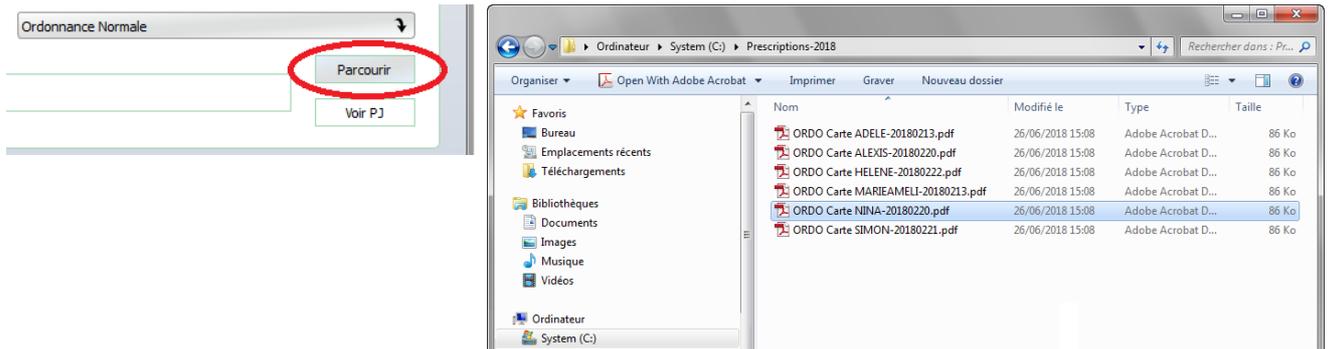


- Partie haute de la fenêtre (Liste des FSE) : sélectionner la feuille de soins pour laquelle vous souhaitez associer une pièce jointe.
- Partie moyenne de la fenêtre : renseigner le type de pièce jointe à associer à la feuille de soins sélectionnée. Champ renseigné par défaut à : "Ordonnance Normale", en cliquant sur la flèche affiche la liste des types de pièces dans le menu déroulant.

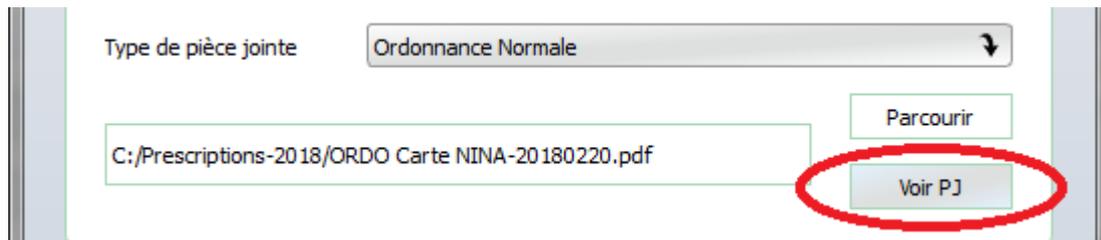


Cliquer sur "Parcourir" pour accéder au dossier de vos pièces scannées et sélectionner le

document à associer à votre feuille de soins.

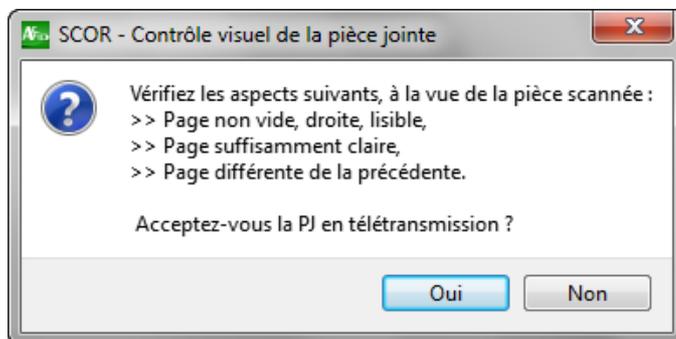


Avant de Valider, il est possible de visualiser le document sélectionné en cliquant sur 'Voir PJ'

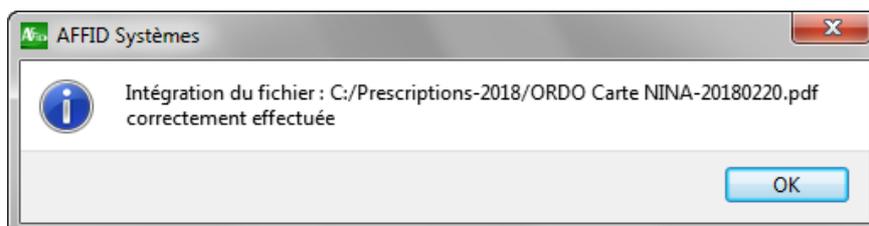


➤ Partie basse de la fenêtre :  Valider l'association ou  Annuler pour sortir sans associer de pièce.

Sur Validation, la pièce sélectionnée sera affichée à l'écran pour vérification de conformité. Fermer l'aperçu et valider le message de contrôle :

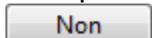


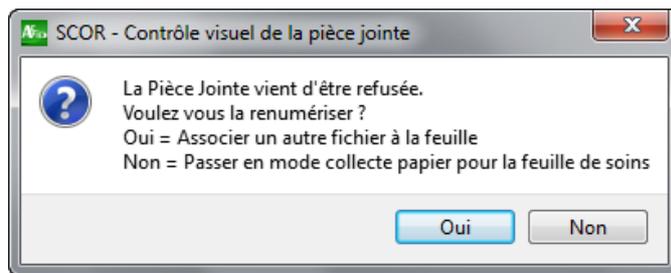
• Si la pièce jointe répond aux critères exigés, valider le message de contrôle par .



Le document sera alors intégré à la télétransmission et envoyé dès que la feuille de soins sera acceptée.

• Si la pièce jointe ne répond pas aux critères exigés, valider le message de contrôle par





Oui Permet de revenir à la fenêtre d'association des pièces jointes pour réassocier le document après renumérisation.

Non Permet de passer le document associé en mode collecte papier. Dans ce cas, un lien externe Papier sera spécifié dans le flux SCOR pour la FSE associée. Le document PDF ne sera pas télétransmis et fera l'objet d'un envoi courrier, mais la pièce jointe à la feuille de soins restera archivée dans le logiciel.



Dans le livre des feuilles de soins, un pictogramme signale chaque feuille de soins avec pièce jointe associée dans la colonne Scor.

S	R	N°	Date	Patient	Acte	Montant	Mode	Régime	V	SITUATION DE TRANSMISSION	Scor
		5	13/02/2018	CARTE MARIE-AMELIE	G	25.00	TP	01 Régime général		FSE : REMBOURSEE [AMO : 17.50 - AMC : 7.50 €]	
		6	13/02/2018	CARTE HELENE	G	25.00	TPC	01 Régime général		FSE : REMBOURSEE [AMO : 17.50 €]	
		8	13/02/2018	CARTE ADELE	G	25.00	TPC	01 Régime général		FSE : REMBOURSEE [AMO : 17.50 €]	
		9	15/02/2018	CARTE SIMON	VG+MD	35.00	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		10	15/02/2018	CARTE ELVIRE	VG+MD	35.00	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		11	15/02/2018	CARTE AMELIE	VG+MD	35.00	TP	01 Régime général		FSE : REMBOURSEE [AMO : 24.50 - AMC : 10.50 €]	
		12	20/02/2018	CARTE NATACHA	G	25.00	FAM	01 Régime général		FSE DÉGRADÉE : ACCEPTÉE	
		13	20/02/2018	CARTE NINA	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		14	20/02/2018	CARTE ALAIN	G	25.00	TPC	01 Régime général		FSE : REJETÉE	
		15	20/02/2018	CARTE ALEXIS	G+MIS	55.00	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		16	20/02/2018	CARTE JEAN-MICHEL	G+MEG	30.00	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		17	20/02/2018	CARTE CONRAD	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		18	20/02/2018	CARTE MARIE	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		19	20/02/2018	CARTE GAETAN	G	25.00	TP	01 Régime général		FSE/DRE : REMBOURSEE [AMO : 17.50 - AMC : 7.50 €]	
		20	20/02/2018	CARTE ADELE	G-URG	47.60	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		21	20/02/2018	CARTE MICHEL	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		22	20/02/2018	CARTE NATHALIE	G	25.00	TP	01 Régime général		FSE/DRE : REMBOURSEE [AMO : 17.50 - AMC : 0.00 €]	
		23	20/02/2018	CARTE HELENE	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : ACCEPTÉE	
		24	21/02/2018	CARTE LUCILLE	G+DEQP003	39.26	CHQ	01 Régime général		FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...	
		25	21/02/2018	CARTE SIMON	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...	
		26	21/02/2018	CARTE JEAN-MARIE	G+MIS	55.00	CHQ	01 Régime général		FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...	
		27	21/02/2018	CARTE ALEXIS	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...	
		28	21/02/2018	CARTE MARIE	G-URG	47.60	CHQ	01 Régime général		FSE DÉGRADÉE : TRANSMISSION DÉGRADÉE OK - ATTENTE...	
		29	21/02/2018	CARTE GAETAN	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...	
		30	21/02/2018	CARTE EMILIE	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : TRANSMISSION OK - ATTENTE AVIS DE REMISE ...	
		31	22/02/2018	CARTE MARIE	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : (synchronisée) Attente de transmission	
		32	22/02/2018	CARTE JEAN	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : (synchronisée) Attente de transmission	
		33	22/02/2018	CARTE AMELIE	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission	
		34	22/02/2018	CARTE NATACHA	G-URG	47.60	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission	
		35	22/02/2018	CARTE HELENE	G	25.00	TP	01 Régime général		FSE : Attente de transmission	
		36	22/02/2018	CARTE JEANNE	G+DEQP003	39.26	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de transmission	
		37	22/02/2018	CARTE SIMON	G	25.00	CHQ	01 Régime général		FSE : Dégradé - Attente de transmission	
		38	22/02/2018	CARTE NATHAN	G+MIS	55.00	CHQ	01 Régime général		FSE : Attente de synchronisation	

Colonne Scor

-  Feuille de soins avec pièce jointe en mode télétransmission
-  Feuille de soins avec pièce jointe en mode collecte papier

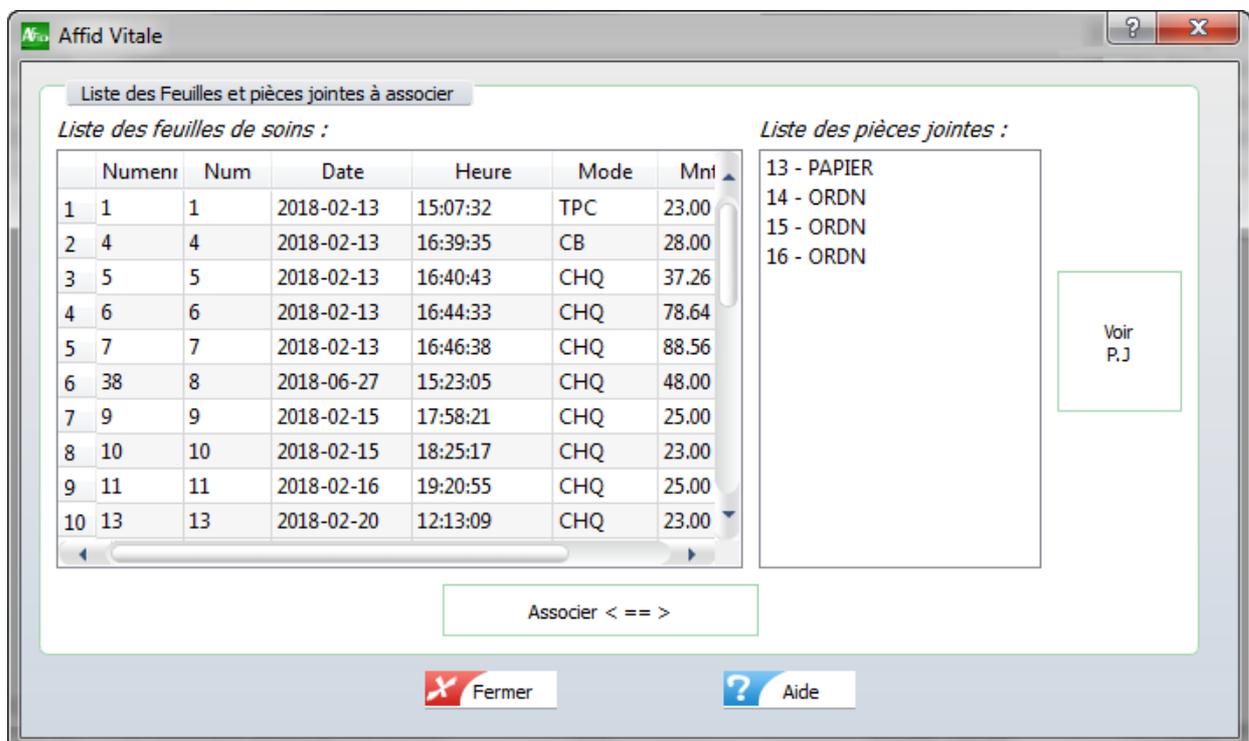
7.2 Associer une pièce jointe déjà transmise à une facture

Il est possible d'associer une pièce jointe déjà transmise pour des factures dites intermédiaires

Cliquez sur le menu **SCOR / Associer une PJ déjà transmise à une facture**



- Cet écran permet d'effectuer l'association entre une pièce jointe déjà transmise avec une autre feuille de soins électronique.



Dans la partie droite de la fenêtre, sélectionner la feuille de soins pour laquelle vous souhaitez associer une pièce jointe déjà transmise, puis dans la partie gauche sélectionner la pièce jointe concernée,

puis cliquer sur le bouton

Associer < == >

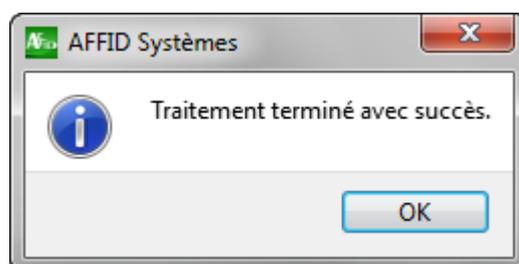
7.3 Créer un lot de pièces jointes scannées

Si l'option "SCOR automatique en facturation" n'a pas été activée dans le paramétrage du menu SCOR, l'utilisateur devra alors générer manuellement la mise en lot des pièces jointes scannées pour qu'elles soient intégrées à la télétransmission.

Accès par le menu : **SCOR / Créer un lot de PJ scannées**



Valider le message



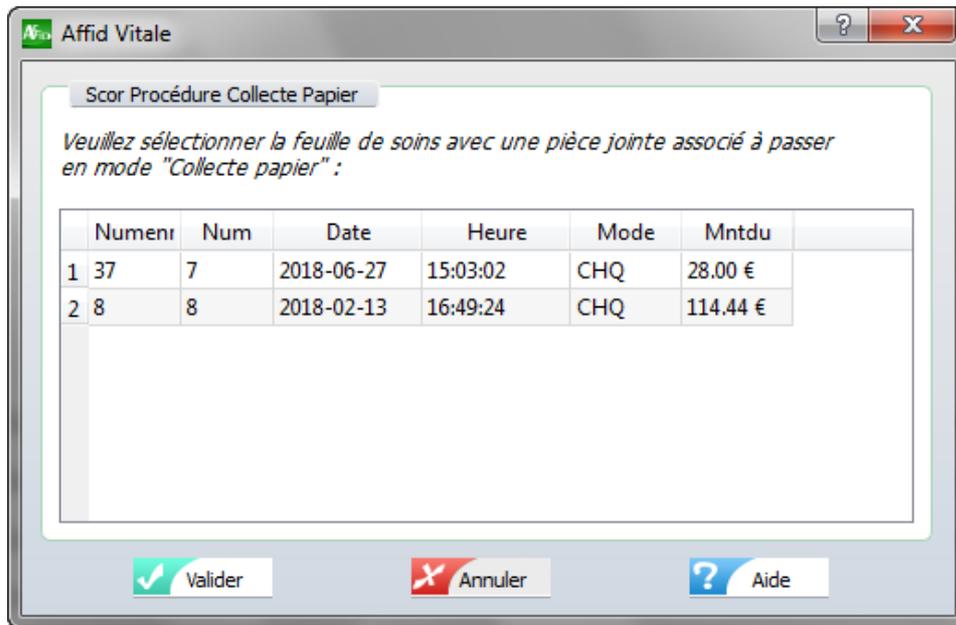
7.4 Collecte papier des pièces jointes non transmises

Il est possible de passer des pièces jointes associées aux feuilles de soins et non transmises en mode collecte Papier.

Accès par le menu : **SCOR / Collecte papier des PJ non transmises**



- Cet écran liste toutes les feuilles de soins avec une pièce jointe associée non transmise.



Sélectionner la feuille de soins dont vous souhaitez passer le document associé en mode collecte papier.

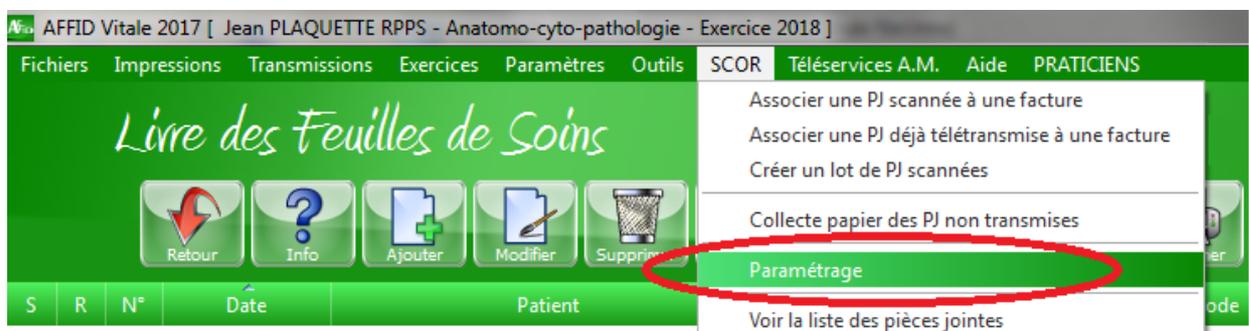
Puis  Valider.

Dans ce cas, un lien externe Papier sera spécifié dans le flux SCOR pour la FSE associée. Le document PDF ne sera pas télétransmis et fera l'objet d'un envoi courrier, mais la pièce jointe à la feuille de soins restera archivée dans le logiciel.

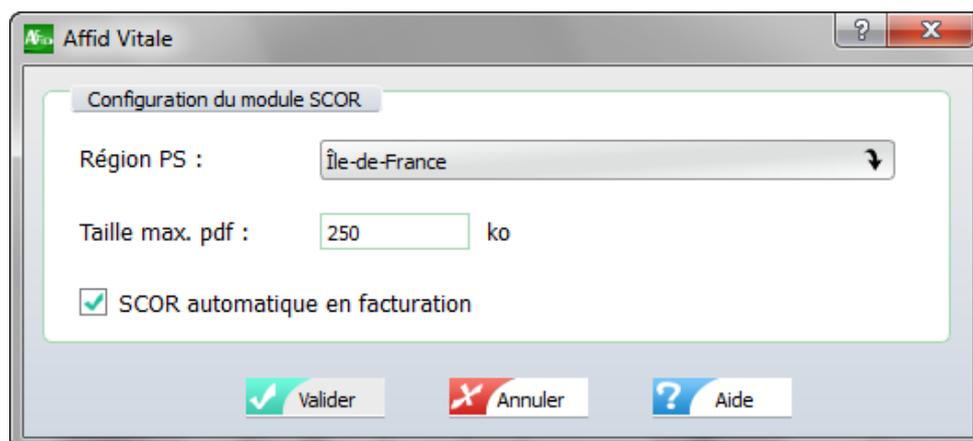
7.5 Paramétrage SCOR

Cette fonction permet de paramétrer l'option SCOR pour télétransmettre aux caisses de rattachement les pièces justificatives numérisées associées aux feuilles de soins électroniques.

Cliquez sur le menu **SCOR / Paramétrage**



Renseigner les options :



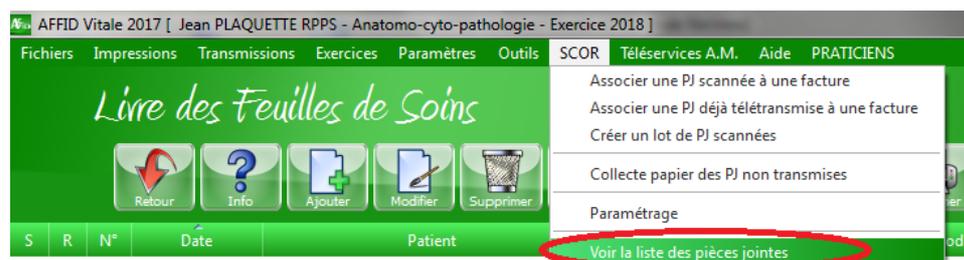
En cochant l'option "SCOR automatique en facturation" :
Le logiciel gère automatiquement les mises en lot et les envois des pièces justificatives associées aux Feuilles de soins.

Rappel : Les PDF générés doivent être au minimum en version 1.4 et de taille inférieure à 250 Ko. Les images d'une résolution de 200 dpi minimum.

7.6 Liste des pièces jointes

L'accès à l'historique des pièces justificatives jointes associées aux feuilles de soins électronique peut se faire :

Depuis le menu **SCOR / Voir la liste des pièces jointes**



ou

Depuis le menu **Fichiers / Feuilles de soins et SCOR**



AFFID Vitale 2017 [Alain FIRMIER - Infirmier(e) - Exercice 2018]

Fichiers Impressions Transmissions Exercices Paramètres Outils SCOR Téléservices A.M. Aide PRATICIENS

Alain F

Retour Info Ajouter Modifier Supprimer Rechercher Visualiser Trier Dupliquer Imprimer Envoyer

N° Scor	Type PJ	Etat PJ	Statut	N° FSE	N° B2	Date FSE	Patient	Acte	Montant
1	ORDN	●	PJ acquittée	1	003	27/03/2018	CARTE ADELE	AIS	7.95
2	ORDN	●	PJ acquittée	6	005	27/03/2018	CARTE SIMON	AIS	7.95
3	ORDN	●	PJ acquittée	8	007	27/03/2018	CARTE ELVIRE	AIS	7.95
4	ORDN	●	PJ acquittée	9	008	27/03/2018	CARTE AMELIE	AIS	7.95
5	ORDN	●	PJ refusée	10	009	27/03/2018	CARTE NATACHA	AIS	7.95
6	ORDN	●	PJ refusée	11	010	27/03/2018	CARTE NINA	AIS	7.95
7	ORDN	●	PJ refusée	12	012	27/03/2018	CARTE LUCILLE	AIS	7.95
8	ORDN	●	PJ acquittée	14	014	27/03/2018	CARTE ALAIN	AIS	7.95
12	ORDN	●	PJ acquittée	16	016	28/03/2018	CARTE JEAN-MICHEL	AIS	7.95
13	ORDN	●	PJ refusée	17	018	28/03/2018	CARTE CONRAD	AIS	7.95
23	ORDN	●	PJ acquittée	18	020	05/06/2018	CARTE MARIE	AIS	6.62
36	ORDN	●	PJ acquittée	19	022	14/06/2018	CARTE GAETAN	AIS	6.62
38	ORDN	●	PJ acquittée	20	023	14/06/2018	CARTE ADELE	AIS	6.62
39	ORDN	●	PJ acquittée	25	025	15/06/2018	CARTE MICHEL	AIS	6.62
40	ORDN	●	PJ envoyée	26	026	15/06/2018	CARTE FERNANDE	AIS	6.62
41	ORDN		Attente de transmission	46		27/06/2018	CARTE GAETAN	AIS	6.62
42	PAPIER			48		27/06/2018	CARTE ADELE	AIS	6.62

Cet historique de pièces jointes reprend le même fonctionnement et les mêmes pictogrammes que le suivi des feuilles de soins télétransmises.

Etat PJ



la pièce jointe a été envoyée (attente de réponse des caisses)



la pièce jointe a été acceptée (conforme aux normes de transmission)



la pièce jointe a été rejetée (non conforme aux normes de transmission)

8 Outils

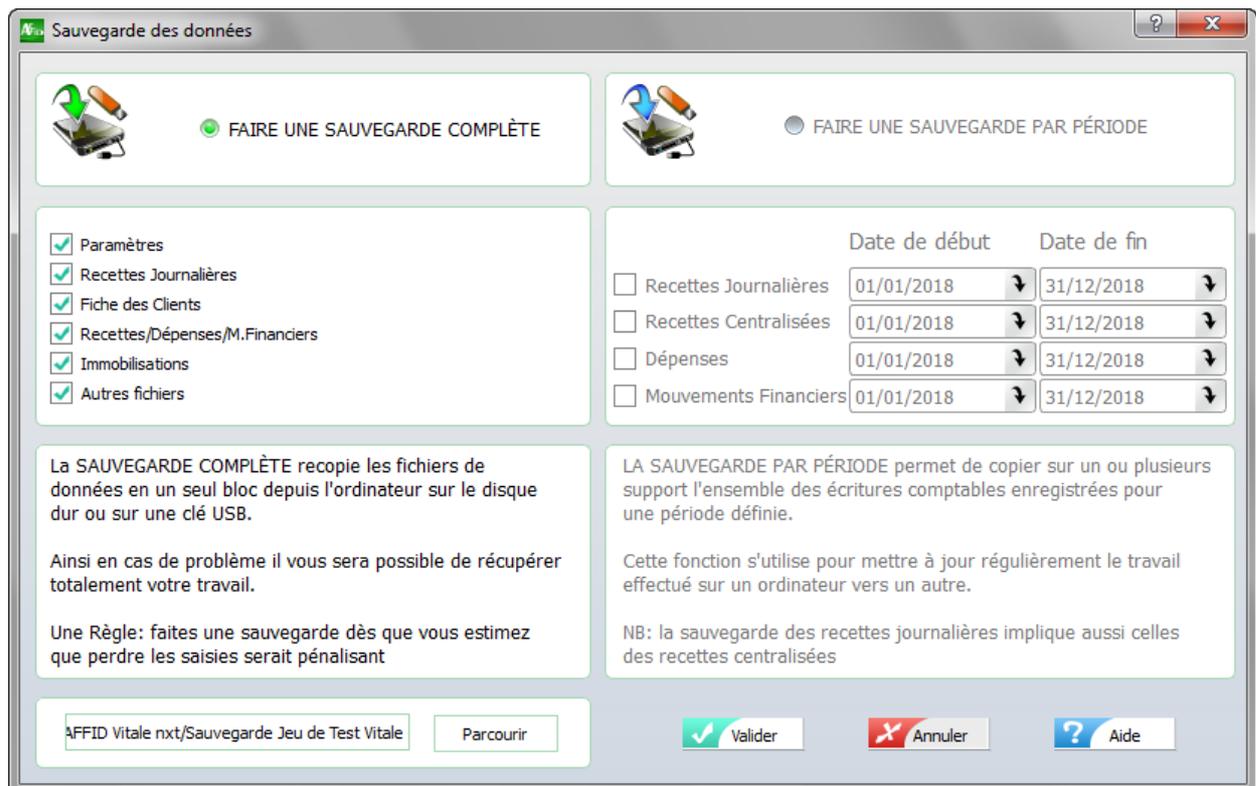
8.1 Sauvegarde

La **Sauvegarde** recopie tous les fichiers de données (*de l'exercice encours*) du Professionnel de Santé depuis le disque dur de votre ordinateur sur un support externe de sauvegarde (clé USB, disque dur externe ou autre) préalablement connecté.

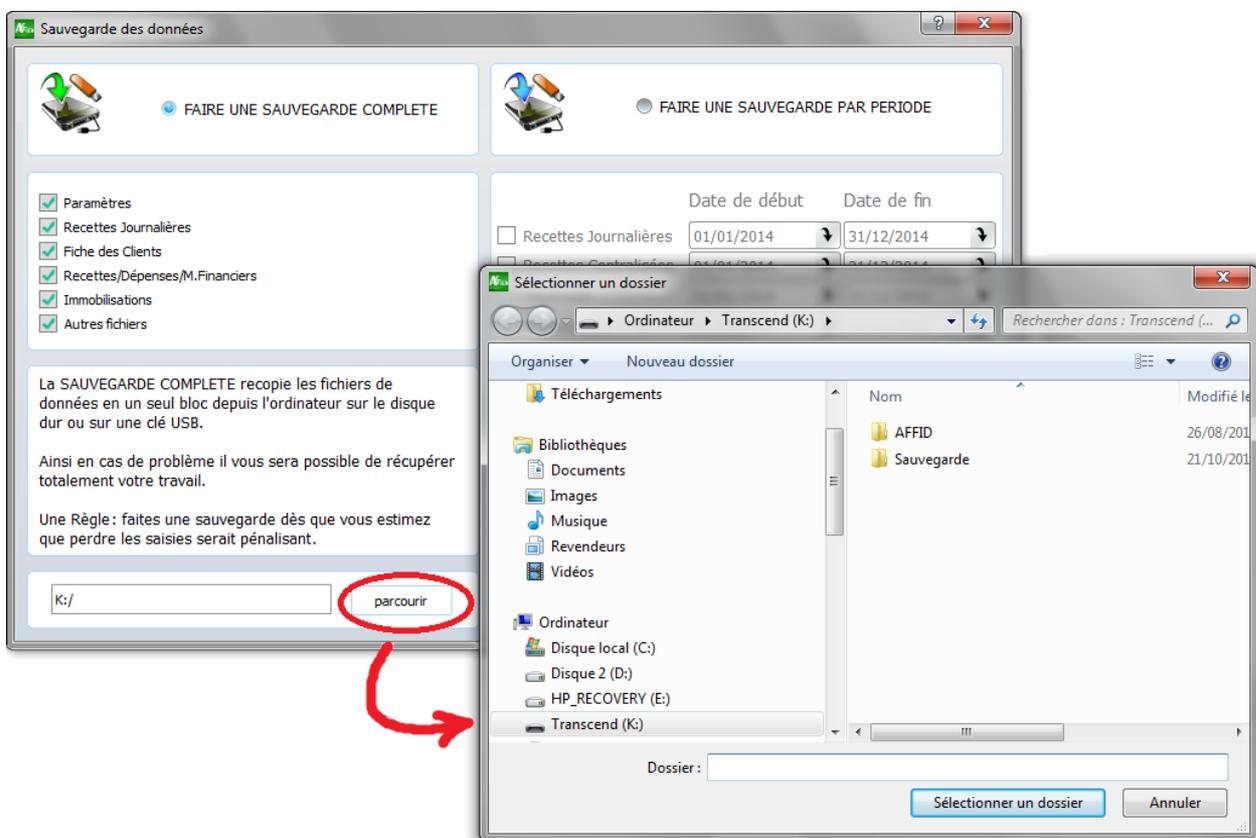
Pour sauvegarder vos feuilles de soins :

- Cliquez sur le menu **Outils** puis sur **Sauvegarde**



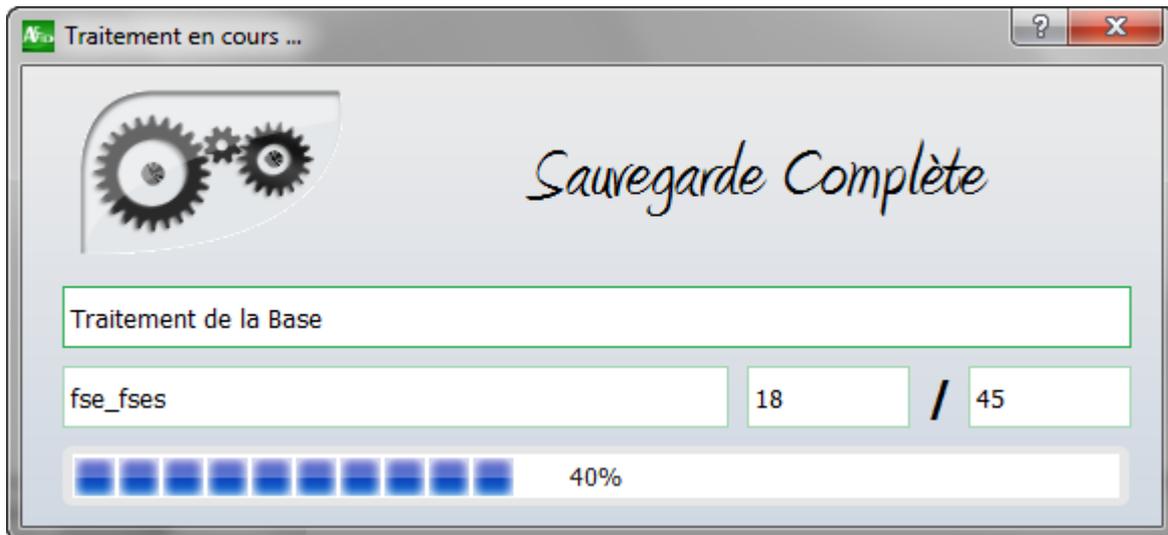


Sélectionner l'emplacement du support de sauvegarde souhaité (Garde en mémoire le dernier chemin d'accès sélectionné sur le poste).

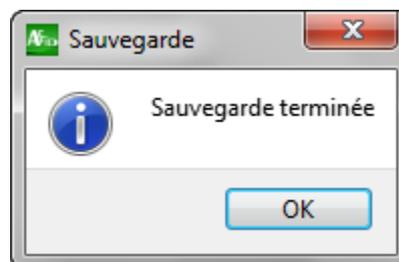


Puis pour lancer la sauvegarde.

Après validation une barre de progression indique la copie en cours des fichiers



A la fin de la copie valider le message.

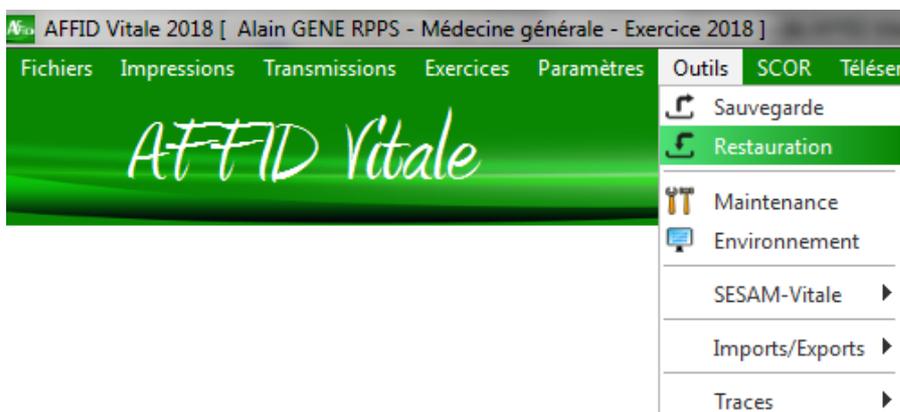


8.2 Restauration

Ce module recopie tous les fichiers de données (*de l'exercice en cours*) du Professionnel de Santé, préalablement sauvegardés sur un support externe de sauvegarde vers le disque dur de votre micro-ordinateur.

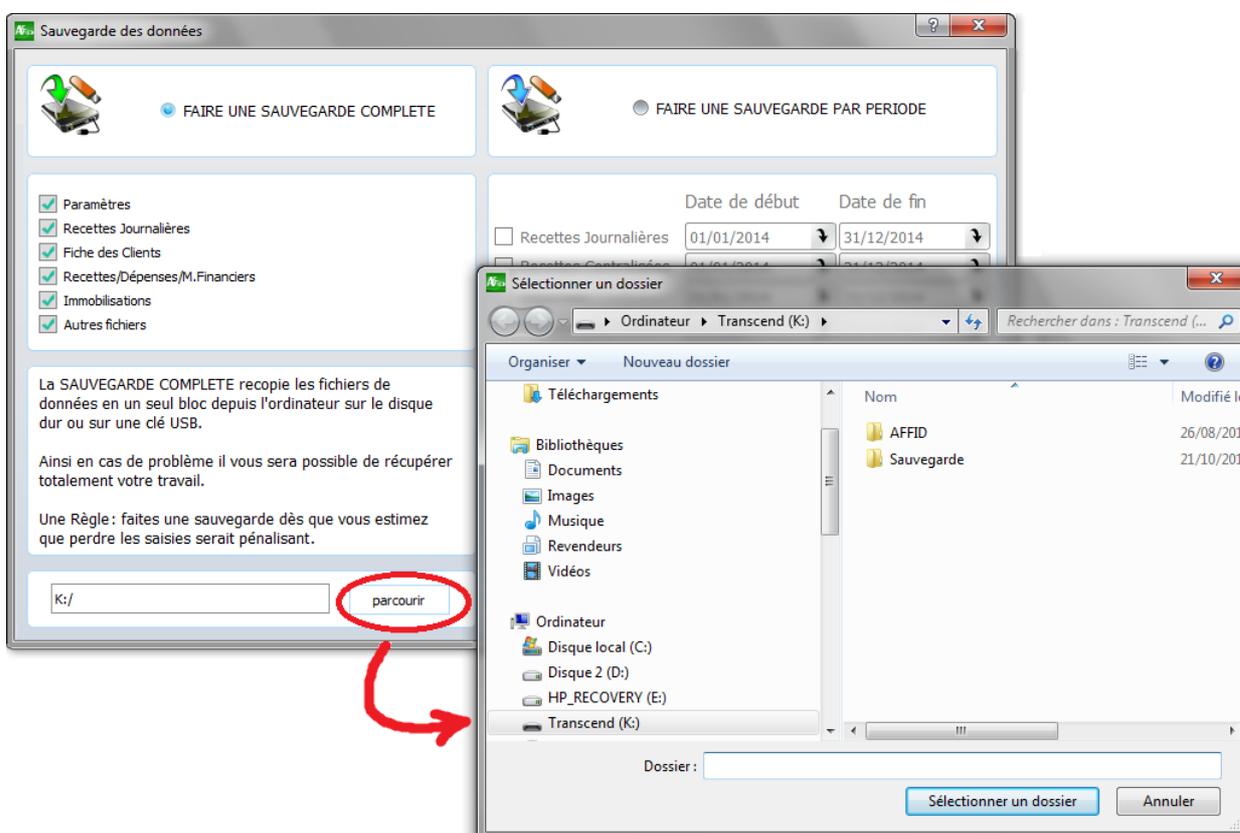
Pour restaurer vos feuilles de soins :

- Cliquez sur le menu **Outils** puis sur **Restauration**



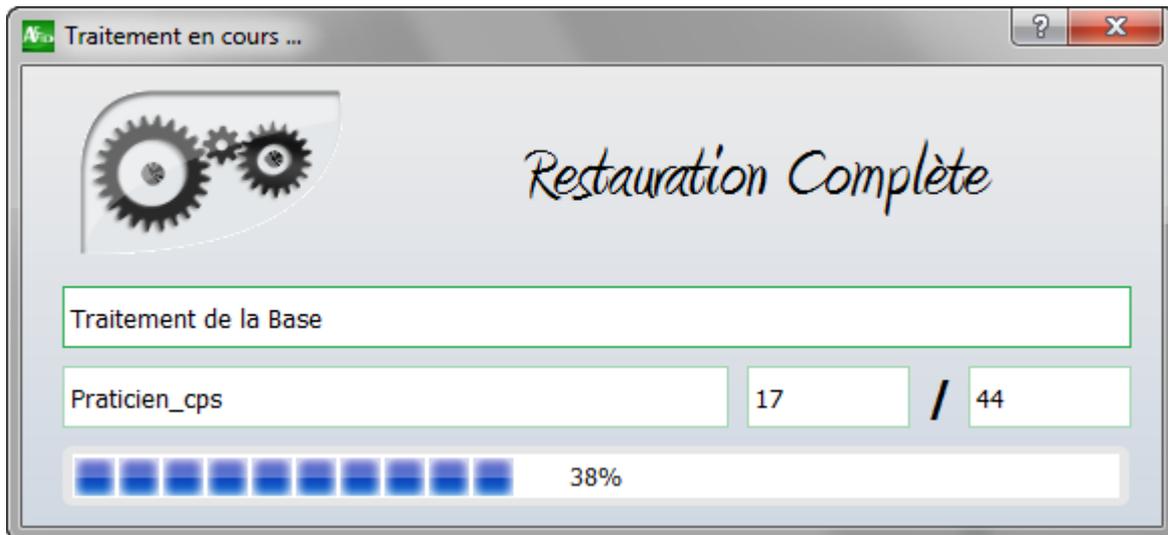


Sélectionner l'emplacement du support de sauvegarde (Garde en mémoire le dernier chemin d'accès sélectionné sur le poste).

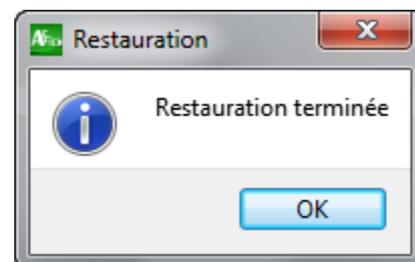


Puis  Valider pour lancer la restauration.

Après validation une barre de progression indique la restauration en cours des fichiers.



A la fin de la restauration valider le message.



Attention !

La restauration remplace les fichiers du disque dur de l'ordinateur par ceux du support externe !

Toutes les saisies effectuées sur le disque dur après la date de sauvegarde ne sont donc pas conservées.

A chaque fermeture, AFFID archive automatiquement les données saisies sur le disque dur de votre ordinateur d'où l'importance de fermer le logiciel quand vous ne l'utilisez pas pour créer un point de restauration en cas d'accident.

8.3 Points de sauvegardes AFFID

A chaque fermeture AFFID, archive automatiquement les données saisies sur le disque dur de votre ordinateur (C:/Users/Affid), **d'où l'importance de fermer le logiciel quand vous ne l'utilisez pas (à midi par exemple)**, pour créer un point de restauration.

Les 15 derniers points de sauvegarde sont conservés permettant de minimiser la perte de données en cas d'incident sur votre machine.

8.4 Maintenance

Ce module permet :

1. Le contrôle de la cohérence des bases et la remise à niveau des feuilles de soins. Par suite d'incidents électriques (de micro-coupures), ou d'interruption de traitements, certains bases peuvent être endommagées sur le disque dur.
2. La récupération des recettes et le pointage des Tiers payants dans le logiciel AFFID Recettes ou AFFID Standard.

Reconstruction des feuilles de soins

Pour vérifier et corriger vos feuilles de soins :

- Cliquez sur le menu **Outils** puis sur **Maintenance**



Resynchronisation avec la moteur

Remise à niveau des feuilles de soins (différentiel)

Vérifier cohérence des FSE / LOTS / B2

Remise à niveau des PJ SCOR

Date de début : 20/09/2018

Date de fin : 20/09/2018

Reconstruction des recettes journalières avec la comptabilité

Transférer les recettes journalières dans AFFID standard

Transférer et Pointer les Virements Tiers Payants dans AFFID Standard

Date de début : 20/09/2018

Date de fin : 20/09/2018

Buttons: Valider, Annuler, Aide

Cocher les cases :

- **Remise à niveau des feuilles de soins** : Corrige les anomalies feuilles de soins.
- **Vérifier cohérence des FSE / LOTS / B2** : Corrige les anomalies formatage / Lotsr.
- **Remise à niveau des PJ Scor** : Corrige les anomalies pièces jointes SCOR

Reconstruction des recettes journalières en comptabilité

Si vous utiliser le logiciel AFFID Standard ou AFFID Recettes

- **Transférer les recettes...** Enregistre les actes dans AFFID Standard / AFFID Recettes.
- **Transférer et pointer les virements...** Pointe les virements dans AFFID Standard / AFFID Recettes.

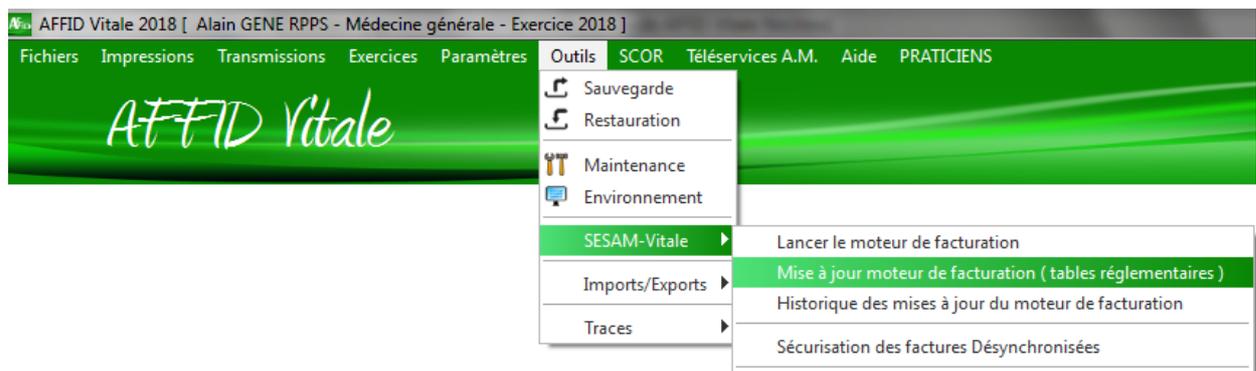
Cliquez sur le bouton  pour lancer la reconstruction.

8.5 Mises à jour réglementaires SESAM-VITALE

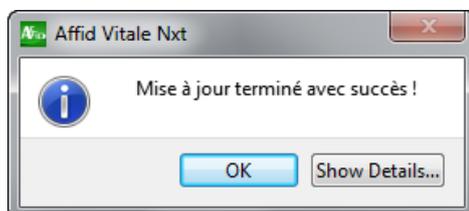
Le cahier des charges SESAM-VITALE évolue régulièrement. A chaque nouvelle réglementation, vous pouvez déclencher la mise à jour logiciel dès sa disponibilité en ligne.

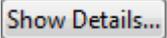
Passage des mises à jour

Depuis le menu Outils / SESAM-Vitale / Mise à jour moteur de facturation (Tables réglementaires)

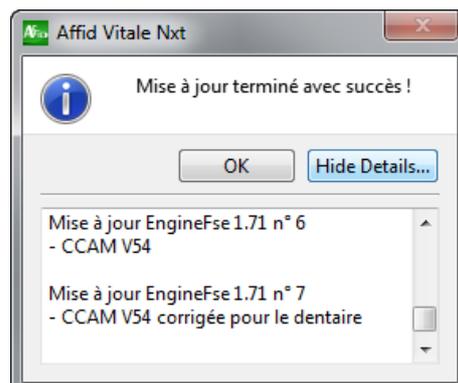


La sélection de cette option déclenche automatiquement la mise à jour

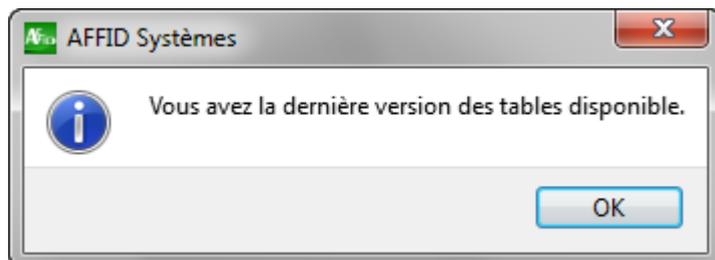


En fin de traitement, possibilité de visualiser le détail de(s) mise(s) à jour par le bouton .

Valider par  pour fermer le message



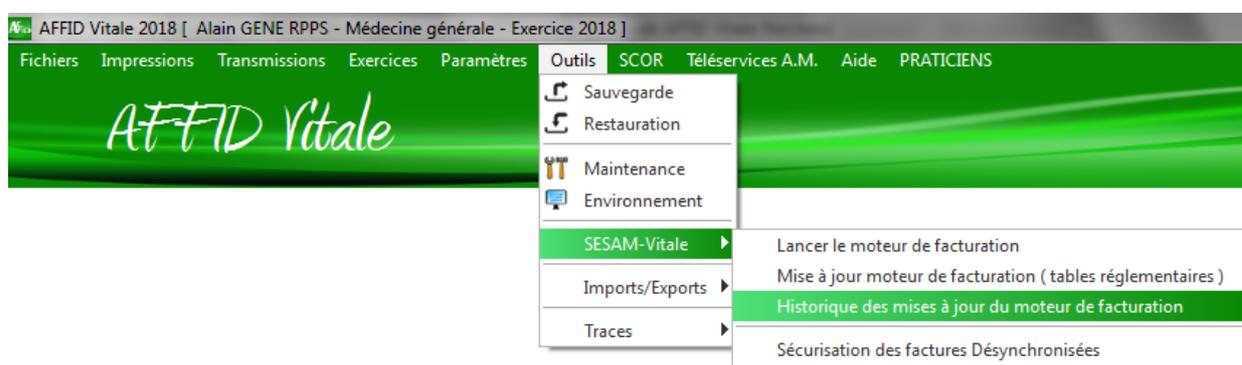
Si aucune nouvelle mise à jour n'est disponible valider le message d'information pour revenir au logiciel.



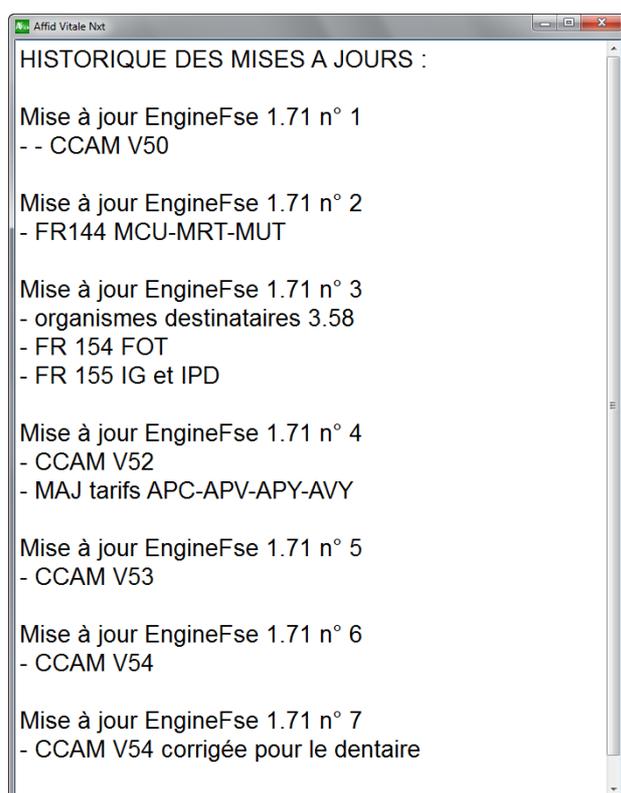
Historique des mises à jour

Cette option permet de vérifier les réglementations déjà implémentées dans le logiciel

Menu Outils / SESAM-Vitale / Historique des mises à jour du moteur de facturation



Affiche l'historique des mise à jour



8.6 Débloquer Carte CPS

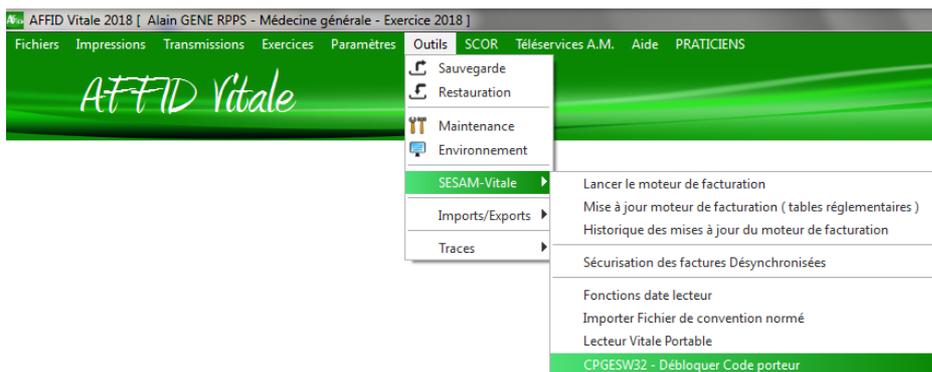
Pour débloquer la carte CPS :

En premier lieu, il faut le code de déblocage de la carte CPS. Ce code figure sur le courrier du GIPCPS accompagnant l'expédition de votre carte. (Le code de déblocage de la carte n'est pas le code porteur, c'est un code à 8 chiffres)

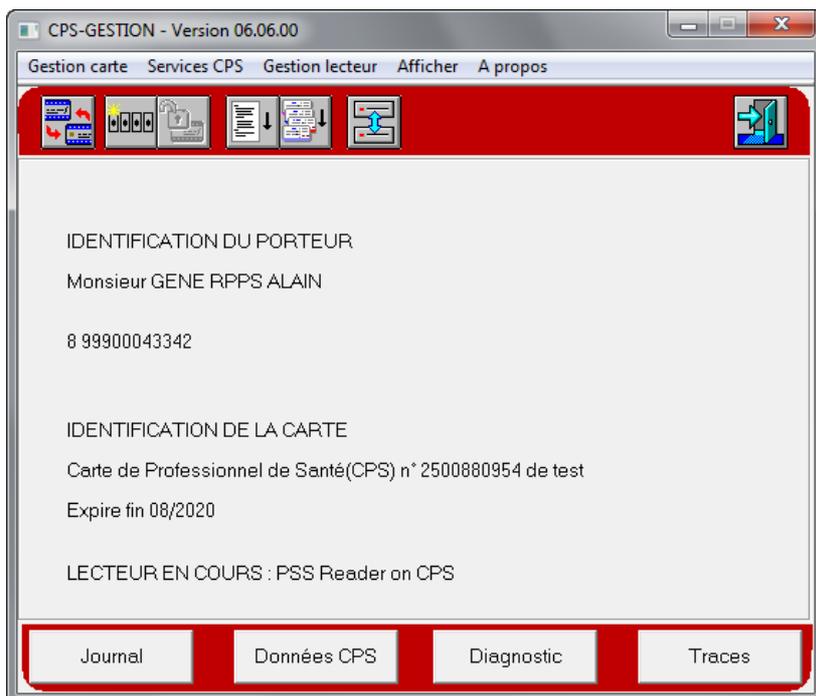
En cas de perte contacté le GIPCPS **tél : 08 25 85 20 00**

Insérer la carte dans le lecteur.

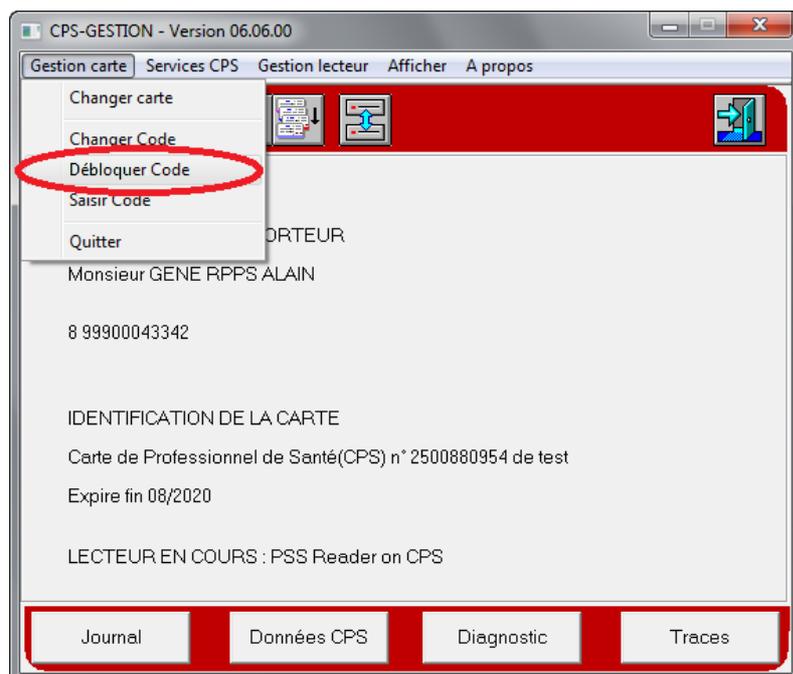
Depuis le menu Outils / SESAM-Vitale / CPGESW32 - Débloquer Code porteur



Ouverture du module de Gestion CPS



Aller sur le menu : Gestion Carte / Débloquer Code



Suivre les instructions

9 Annexes

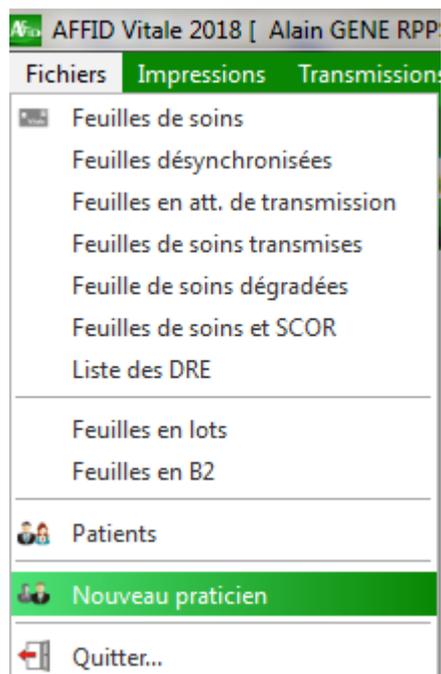
9.1 AFFID Vitale et plusieurs licences

Lors de l'installation du progiciel de Santé, une seule licence d'exploitation est créée par défaut. En exécutant pour la première fois l'application, vous accéderez automatiquement à l'identification du premier praticien.

Installation des licences Affid Vitale

Pour installer sur le même ordinateur plusieurs licences d'exploitation :

- Cliquez sur le menu **Fichiers** puis sur **Nouveau Praticien**



- Insérez d'abord la carte du Professionnel de Santé concerné dans le lecteur de carte à puces
- Saisissez le **Nom**, **Prénom** et le **Numéro de Série** du praticien.
- Cliquez sur le bouton **Valider** pour confirmer l'identification.

Après la création du nouveau praticien, une liste composée de toutes les licences déjà créées apparaîtra à l'écran vous demandant d'en sélectionner l'une d'entre elles.

Vous pouvez à tout moment changer ou parcourir les dossiers de tous les praticiens installés en cliquant sur l'option **(PRATICIENS)** en haut à droite du menu (ou avec le clic droit de la souris).

9.2 AFFID en réseau

Les logiciels AFFID Systèmes sont conçus pour fonctionner dans une architecture mono-poste ou réseau.

L'installation des logiciels AFFID est simple à mettre en oeuvre mais doit respecter une méthodologie et un paramétrage spécifique, à la fois sur le serveur et sur chaque poste client.



La saisie simultanée des feuilles de soins électroniques sur deux ordinateurs différents dans le dossier d'un même praticien est interdite.

Exemple : la secrétaire ne doit pas saisir de feuilles de soins avec sa carte de personnel d'établissement (CPE) dans le dossier du praticien DUPONT lorsque celui-ci utilise aussi le logiciel.

9.2.1 installation sur le serveur

Que ce soit pour une première installation ou une mise à jour du logiciel, il faut toujours commencer par le serveur. Toutes les applications du réseau doivent être fermées.

- Insérez le cédérom dans votre lecteur de CD-ROM.
Attendre l'apparition automatique de l'écran d'installation...

Si l'écran n'apparaît pas après quelques minutes :

- Allez dans le **Poste de travail** de Windows
- Double-cliquez sur le lecteur de CD-ROM
- Double-cliquez sur AFFID_CD.EXE



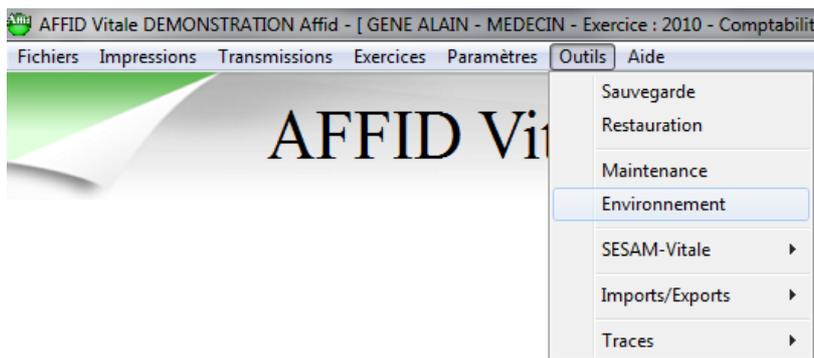
- Dans la zone **Dossier d'installation**, doit s'afficher par défaut l'emplacement du dossier (**C:\AFFID-W1**)
Pour une installation dans un autre dossier, vous devez contacter AFFID Systèmes.
- Le nom du dossier d'installation est imposé (AFFID-W1) et ne doit en aucun être modifié pour des raisons de maintenance du logiciel et d'interface du logiciel **AFFID Vitale** avec d'autres applications.
- Cliquer sur le bouton du logiciel à installer (AFFID Vitale)



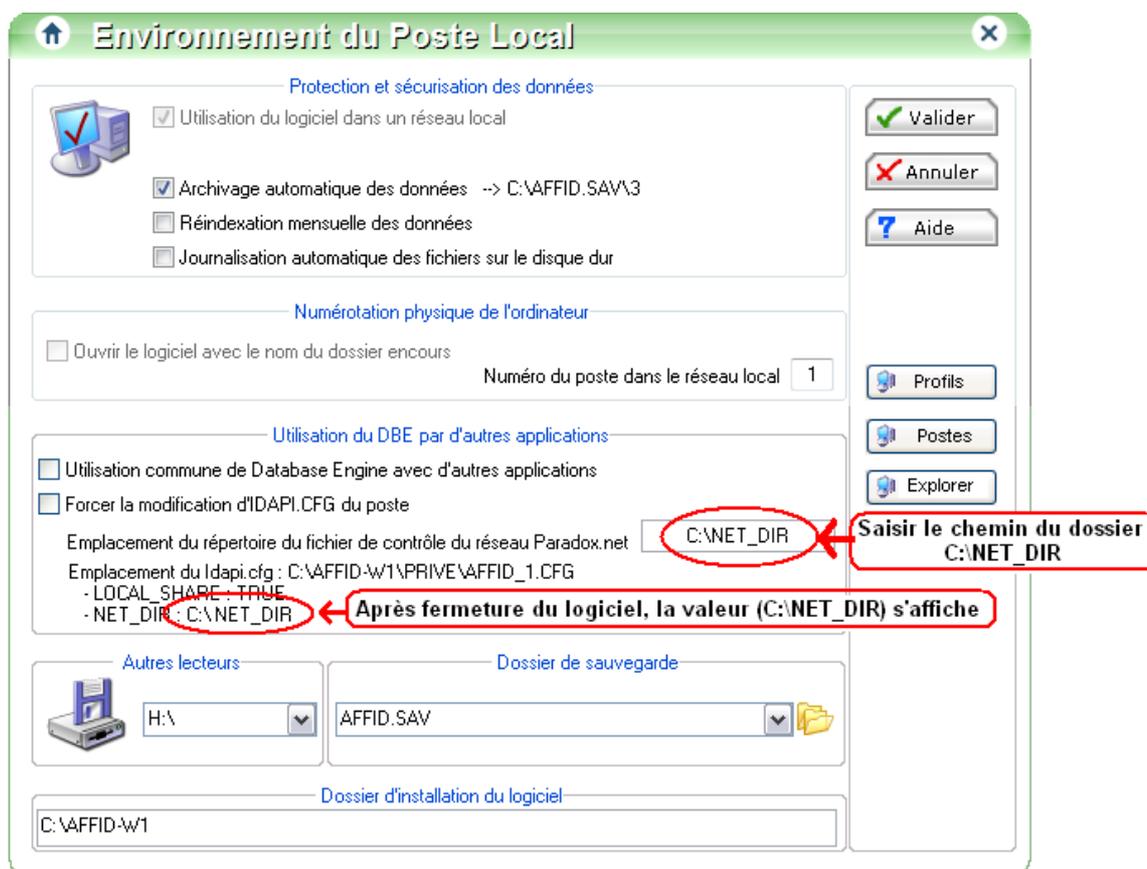
(Si un message s'affiche, cliquez sur Oui pour commencer l'installation)

Le programme d'installation copie tous les fichiers du logiciel vers le disque dur de votre ordinateur dans le dossier **C:\AFFID-W1**.

- **Lancez le logiciel** et créez toutes les licences ([voir chapitre : AFFID Vitale et plusieurs licences](#))^[173].
- **Sélectionnez** l'option **Outils / Environnement**



En réseau un dossier de gestion de réseau, situé sur le disque dur (C:), doit être spécifié (le nom générique habituel est : NET_DIR)



Quittez et fermez le logiciel sur le Serveur.

9.2.2 installation sur le poste client

Sur chaque poste client, votre installateur vous aura défini au préalable un lecteur réseau (Z:) qui pointe sur le disque de votre serveur. En allant dans l'icône "poste de travail" vous devez voir apparaître ce lecteur réseau. Si ce n'est pas le cas, contactez votre installateur.

Toutes les applications du réseau doivent être fermées.

- Insérez le cédérom dans votre lecteur de CD-ROM.
Attendre l'apparition automatique de l'écran d'installation...

Si l'écran n'apparaît pas après quelques minutes :

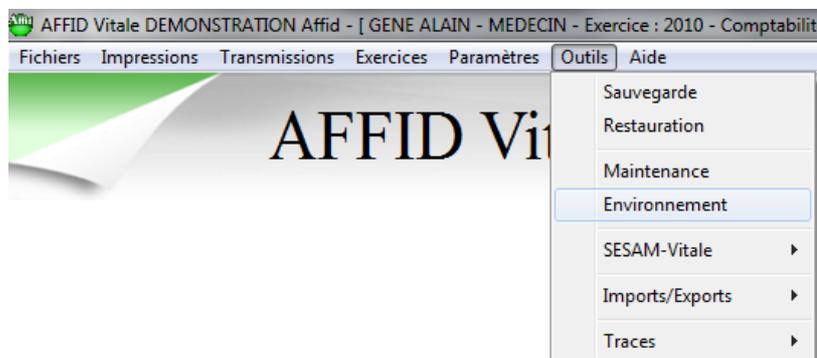
- Allez dans le **Poste de travail** de Windows
- Double-cliquez sur le lecteur de CD-ROM
- Double-cliquez sur AFFID_CD.EXE

Cochez l'option « **J'installe sur un poste client relié au serveur** » et sélectionner le dossier d'installation : **Z:\AFFID -W1**



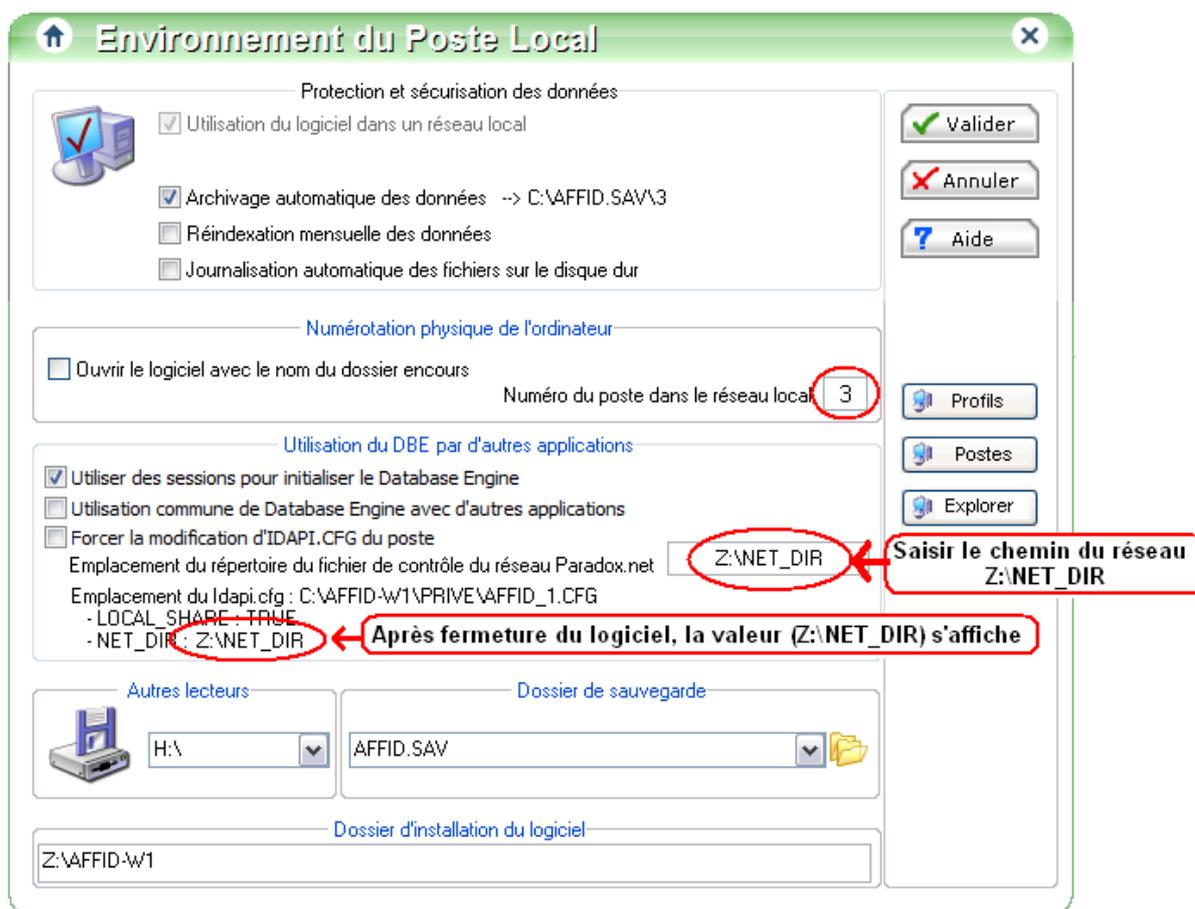
Après l'installation, lancez le logiciel AFFID sur le poste client.

- Sélectionnez l'option **Outils / Environnement**



La procédure d'installation AFFID a attribué automatiquement un numéro d'identification au poste.

Exemple : 1=Serveur, 2=premier poste client connecté au Progiciel, 3=deuxième



Quittez et fermez le logiciel sur le poste client et effectuez cette même installation sur les autres postes.



La saisie simultanée des feuilles de soins électroniques sur deux ordinateurs différents dans le dossier d'un même praticien est interdite.

Exemple : la secrétaire ne doit pas saisir de feuilles de soins avec sa carte de personnel d'établissement (CPE) dans le dossier du praticien DUPONT lorsque celui-ci utilise aussi le logiciel.

9.3 AFFID Vitale et AFFID Standard

AFFID Vitale est un logiciel de Santé destiné à l'élaboration et à la télétransmission des feuilles de soins électroniques. Sa vocation n'est en aucun cas de faire la gestion de dossiers patients et d'autant moins la gestion de la comptabilité.

AFFID Standard est un logiciel professionnel de comptabilité et de fiscalité destiné aux Professionnels de Santé, son utilisation ne nécessite aucune connaissance particulière ni en informatique ni en comptabilité.

La gestion des feuilles de soins électroniques implique la facturation et le paiement de la prestation, de ce fait AFFID Standard est le relais idéal pour la gestion des recettes journalières issues des feuilles de soins électroniques et l'intégration automatique dans la comptabilité générale du praticien.

Pour établir ce lien, les deux produits doivent être installés sur le même ordinateur et sur le même disque dur.

A partir du menu **Paramètres / Personnalisation des feuilles de soins**, vous pouvez activer l'option : **Mise à jour simultanée des recettes journalières avec AFFID Standard**

The screenshot shows a window titled "Personnalisation Feuille de soins" with the following options:

- 01 - Mise à jour simultanée des recettes journalières dans AFFID Standard
- 02 - Enregistrer les remboursements Tiers payants
- 03 - Transférer les noms des patients en minuscule
- Avec recettes remplaçant
- Pointer les patients
- Sur Banque B2
- Sans son prénom
- 04 - Imprimer automatiquement le ticket de l'assuré après la saisie de la feuille de soins
- 05 - Imprimer directement le ticket de l'assuré sur l'Ordonnance papier habituelle
- 06 - Laisser la fenêtre automatiquement en arrière-plan lors de la saisie de la feuille de soins
- 07 - Ne pas proposer la sélection du patient lors de la lecture de la carte vitale
- 08 - Ne pas proposer la pré-saisie de la date de Prescription
- 09 - Ne pas proposer la pré-saisie de l'Entente préalable
- Pas d'Entente Préalable
- 10 - Vérifier la date système comme étant la date du jour
- 11 - Utilisation d'un Lecteur Vitale Portable
- 12 - Utilisation d'un lecteur de carte de type PC/SC
- 13 - Utiliser un autre mode de règlement que chèque par défaut
- 14 - Sélectionner le code acte sur un double-clic de la souris
- 15 - Pas d'accident par défaut
- 16 - Ne pas signaler les références médicales opposables
- 17 - Ne pas afficher de messages à la fin de la sécurisation de la feuille de soins
- 18 - Feuilles de soins réalisées en maison médicale de garde
- 19 - Toujours sélectionner la première convention par défaut
- 20 - Activer la gestion de la Classification Commune des Actes médicaux - CCAM
- 21 - Activer la gestion de la tarification des organismes complémentaires STS
- 22 - Ne pas afficher les diagnostics de niveau 1 des modules STS
- 23 - Procédure de facturation TPI ACS par défaut
- 24 - Toujours activer le tiers payant ALD / Maternité
- 25 - Tiers Payant partie Obligatoire (TP AMO)
- 26 - Tiers Payant partie Complémentaire (TP AMC)

Buttons on the right: Valider, Annuler, Aide.

Les ajouts, modifications et suppressions des prestations à partir des feuilles de soins électroniques sont pris en compte automatiquement et instantanément dans la comptabilité AFFID Standard.

Les tiers payants sont également enregistrés et pointés automatiquement par AFFID Vitale vers AFFID Standard, lors de la réception des Paiements et des remboursements des Organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et Complémentaire si vous avez coché les options **"Enregistrer les remboursements tiers payants"** et **"Pointer les patients"**.

Les règlements des prestations en Attentes ou Impayées, doivent être gérés directement dans la comptabilité AFFID Standard.

Vous pouvez installer AFFID Standard au cabinet et au domicile, afin de gérer au cabinet toutes vos recettes journalières avec AFFID Vitale, en fin de journée, faire une sauvegarde par période des recettes journalières dans AFFID Standard et les restaurer au domicile dans votre comptabilité générale.

- A -

- Abrégé de nomenclature CCAM pour les généralistes 65
- Accès aux feuilles de soins électroniques 95
- Accès aux modules 25
- Activer dans le logiciel AFFID Vitale la fonction TLA 143
- AFFID Vitale et AFFID Standard 179
- AFFID Vitale et plusieurs licences 173
- Ajout d'un remplaçant 37
- Ajouter une feuille de soins 95
- Association d'actes CCAM 59
- Association de code NGAP 59
- Associer une pièce jointe à une facture 157
- Associer une pièce jointe déjà transmise à une facture 160

- B -

- Boutons et touches de fonction 25

- C -

- Carte CPS Bloquée 172
- Code de convention fournisseur 36
- Code spécialité fournisseur 36
- Collecte papier des pièces jointes non transmises 161
- Configuration de l'imprimante 88
- Configuration des accès 87
- Configuration du lecteur de cartes 81
- Configuration du réseau SESAM-Vitale 84
- Configuration d'un OCT 86
- Configuration Internet 15
- Configuration lecteur 14
- Contrôle d'accès 12
- Copie d'un code CCAM ou NGAP avec prise en compte de conditions de facturation différentes 61
- Création d'un Emetteur de confiance 80
- Création d'un médecin traitant 72
- Création d'un prescripteur 71
- Création d'un Regroupement 77
- Création d'un tiers payant 73
- Création d'une Convention 76
- Création d'une Correspondance 78
- Création d'une prestation selon la nouvelle nomenclature (NGAP) 44
- Création et personnalisation d'une prestation liée à vos habitudes de travail 44
- Créer un lot de pièces jointes scannées 161
- Critères de sélection d'impression 30

- D -

- Débloquer la carte CPS 172
- Débloquer le code porteur (Carte CPS) 172
- Déchargement des feuilles de soins effectuées en visite vers AFFID Vitale 143
- Définition du PMSS 43
- Démarrage du logiciel 12
- Dépassement Entente directe ED 130
- Dépassements autorisés DA 130
- Dépassements Exigence particulière de malade DE 130

- Description de la feuille de soins 93
- Dossier patient en version 1.31 8

- E -

- Elaboration d'une feuille de soins 95
- Emetteurs de confiance 75
- Epuration des transmissions 155

- F -

- Feuille de soins avec carte employé 146
- Feuilles de soins désynchronisées 146
- Filtre dans les grilles 28
- Fonctionnalités des écrans de saisie 25
- Fonctionnalités des grilles 28
- Fonctions du logiciel 24
- FSEet SCOR 163

- G -

- Gestion des impressions 30
- Gestion des mots de passe 87
- Gestion des N° de série 87
- Gestion des patients
 - Imprimer la fiche du patient 141
 - Modification des informations du patient 141
 - Sélectionner un ou plusieurs patients 141
 - Supprimer un patient 141
 - Trouver un patient 141
 - Visualiser les consultations du patient 141
- Gestion des périodes de remplacement 37
- Gestion des remplaçants 37
- Gestion du parcours de soins
 - Dépassements 130
 - Majorations de coordination 129
- Graphes
 - Evolution des télétransmissions 153
 - Répartition des télétransmissions 153

- I -

- Identification du fournisseur 36
- Identification du tiers payant 73
- Identification praticien 31, 33
- Impression des documents 138
- Impression du livre-journal des feuilles de soins électroniques 138
- Impression du ticket ou quittance 138
- Impression d'une feuille de soins 138
- Imprimante par défaut 88
- Imprimer la fiche du patient 141
- Initialisation carte CPE 146
- Initialisation du lecteur 14
- Initialisation Praticien 12
- Installation 8
- Installation en réseau
 - installation sur le poste client 175
 - Installation sur le serveur 175
- installation sur le poste client 177
- installation sur le serveur 175

Intégration d'une acte à partir du référentiel CCAM dans les prestations 49

- L -

Lancement logiciel 12
Le lecteur vitale portable 143
Les accidents du travail 107
les ACS 112
Les ALD (Affection Longue Durée) 108
les AME (Aide Médicale d'Etat) 115
les CMU 109
Les codes associations 65
Les codes modificateurs en CCAM 65
Les complémentaires 121
Les ententes préalables 120
Les feuilles de soins électroniques 89
Les feuilles de soins en visite - Lecteur vitale portable 143
Les graphes 153
Les tiers payant AMC (Assurance Maladie Complémentaire) 121
Licence AFFID Vitale 173
Liste des Conventions 76
Liste des correspondances 78
Liste des pièces jointes 163
Liste des Regroupements 77

- M -

Maintenance
Reconstruction des feuilles de soins 169
Majorations de coordination 129
Maternité 108
Mémorisation du code CPS 33
Menu des impressions 30
Menu général 24
Mise en place logiciel 8
Mises à jour SESAM-VITALE - Fiches réglementaires 170
Modalité de facturation des actes CCAM 49
Modification d'un montant de prestation
Majorations et dépassements 17
Modification d'un Emetteur de confiance 80
Modification d'un médecin traitant 72
Modification d'un prescripteur 71
Modification d'un Regroupement 77
Modification d'un tiers payant 73
Modification d'une Convention 76
Modification d'une Correspondance 78
Modification des informations du patient 141
Modification d'une prestation existante 44
Modules 24
Mot de passe 12
Mutuelles Gestion séparée 121
Mutuelles Gestion unique 121

- N -

N° de série 12
N° Série 173

Nouveau praticien 173

- O -

Option OPTAM 33
Options du menu 24
Ouverture logiciel 12

- P -

Paramétrage connection Internet 84
Paramétrage de la connexion Internet 15
Paramétrage des codes actes CCAM 49
Paramétrage des codes actes en série 59
Paramétrage des prescripteurs 71
Paramétrage des prestation 17
Paramétrage d'identification OCT 86
Paramétrage du fournisseur 36
Paramétrage du lecteur 14
Paramétrage option SCOR 162
Paramétrages 31
Période d'activité 31, 35
Personnalisation des autres recettes 31
Personnalisation des Emetteurs de confiance 80
Personnalisation des feuilles de soins 31, 41
Personnalisation des médecins traitants 72
Personnalisation des prescripteurs 71
Personnalisation des prestations 17, 31, 44
Personnalisation des tiers payants 73
Points de sauvegardes AFFID 168
Prestations actives et non actives 17
Principes du mode dégradé ou IRIS 132
Prise en main rapide
Elaboration d'une feuille de soins 22
Télétransmission des feuilles de soins 22

- Q -

Qualificatifs de dépassements 130

- R -

Recherche d'actes CCAM 49
Reconstruction des feuilles de soins 169
Référentiel des Conventions 75
Référentiel des Correspondances 75
Référentiel des Regroupements 75
Remplacement du praticien 37
Restauration 166

- S -

Saisie de prestations d'actes CCAM dans la feuille de soins
Utilisation courante 101
Utilisation Exceptionnelle 101
Utilisation ponctuelle 101
Sauvegarde 164
Sécurisation des données 168
Sécurisation des feuilles de soins 146
Sélectionner un ou plusieurs patients 141
Session employé 146
Suppression d'un Emetteur de confiance 80

Suppression d'un médecin traitant 72
Suppression d'un prescripteur 71
Suppression d'un Regroupement 77
Suppression d'un tiers payant 73
Suppression d'une Convention 76
Suppression d'une Correspondance 78
Suppression d'un filtre 28
Suppression d'un remplaçant 37
Suppression d'une prestation personnalisée 64
Supprimer un patient 141

- T -

Taille des colonnes 28
Transmission - Impression des documents
Bordereau de transmission des feuilles de soins 151
Liste des feuilles de soins 151
Liste des remboursements des tiers payants 151
Transmission des feuilles de soins 148
Tris dans les grilles 28
Trouver un patient 141
Types de traitement 25

- V -

Vérification des transmissions 150
Visualisation détaillée des caractéristiques et conditions de facturation d'un acte CCAM 49
Visualiser les consultations du patient 141

