

VITAL'ACT-3S

Version 3.31

XRD-2010-1532

Public

Version 2.1



www.ingenico.com

28/32, boulevard de Grenelle, 75015 Paris - France / (T) +33 (0)1 58 01 80 00 / (F) +33 (0)1 58 01 91 35

Ingenico - S.A. au capital de 53 086 309 € / 317 218 758 RCS PARIS

Sommaire

1 Présentation du VITAL'ACT-3S.....	7
1_1 Design, performance et évolutivité	7
1_2 Une ergonomie sur mesure.....	7
1_3 Spécialités acceptées par le VITAL'ACT-3S	8
2 Présentation des nouveautés de la version 3.31.....	10
2_1 Intégration des fiches règlementaires	10
2_1_1 Fiche n°42v4 – « Intégration IVG Médicamenteuse en ville »	10
2_1_2 Fiche n°95v2 – « Augmentation du maximum du coefficient de l'acte SF »	10
2_1_3 Fiche n°28v2 – « Intégration des codes majorations permanence des soins »	10
2_1_4 Fiche n°36v3 – « Majoration forfaitaire d'urgence ».....	10
2_1_5 Fiche n°41v7 – « Intégration de la participation assuré »	10
2_1_6 Fiche n°110 – Intégration du code prestation PPS « Plan Personnalisé de santé »	11
2_1_7 Fiche n°57 v6 – « Intégration des majorations liées à l'avenant 23 à la convention médicale nationale »	11
2_1_8 Fiche n°63 v4 – « Intégration de la convention nationale des pédicures podologues »	11
2_1_9 Fiche n°91 v3 – « Intégration du code prestation CDE »	11
2_1_10 Fiche n°92 v3 – « Intégration du code prestation VL »	11
2_1_11 Fiche n°96 – « Augmentation du maximum du coefficient de l'acte AMY »	12
2_1_12 Fiche n°97 – « Actualisation de la table11.2 de l'Annexe II ».....	12
2_1_13 Fiche n°100 v3 – « Intégration de la Majoration " Insuffisant Cardiaque" »	12
2_1_14 Fiche n°101 v2 – « Intégration de la Majoration Pédiatre pour enfant Prématuro ».....	12
2_1_15 Fiche n°102 v2 – « Intégration de la Majoration de Sortie d'Hospitalisation »	12
2_1_16 Fiche n°33v2 : « Prise en compte de l'Avenant Sages-Femmes »	12
2_2 Fiches d'information	13
2_2_1 Intégration de la fiche d'information FI295 : « Modification du nombre de situations du professionnel de santé remontées par le lecteur ».....	13
2_2_2 Correction de l'intégration de la fiche d'information FI82 : « Optimisation mémorisation des données cartes »	13
2_2_3 Intégration de la fiche d'information n°123 – « Carte PS remplaçant exclusif ».....	13
2_3 Corrections.....	14
3 Rappel des fonctionnalités de la version 3.30.....	15
3_1 Authentification des cartes Vitale 2	15
3_2 Performances.....	15
3_3 Port de communication	15

3_4	Compatibilité avec la CryptoLib	15
3_4_1	Contexte	15
3_4_2	Description du problème	15
3_4_3	Description de la modification	15
3_5	Intégration des fiches réglementaires	16
3_5_1	Fiche n°80 – « Ouverture "CS" et "VS" aux spécialistes en médecine générale »	16
3_5_2	Fiche n°95 - « Augmentation du maximum du coefficient de l'acte SF »	16
3_5_3	Fiche n°96 – « Augmentation du maximum du coefficient de l'acte AMY »	16
3_5_4	Fiche n°63 v2 – « Intégration de la convention nationale des pédicures podologues »	16
3_6	Evolution de tarifs	16
3_7	Corrections	17
3_8	Evolution	17
3_9	Autres	17
4	Rappel des fonctionnalités de la version 2.27	18
4_1	Correction de la saisie des prescripteurs ARL 2501	18
4_2	Prise en compte de la fiche d'information 173	18
4_2_1	Contexte	18
4_2_2	Anomalie	18
4_2_3	Solution	18
5	Rappel des fonctionnalités de la version 2.26	20
5_1	Evolutions	20
5_1_1	Acte MAU	20
5_1_2	Doublon « nouveaux actes / actes »	20
5_1_3	Message d'avertissement	20
5_1_4	Evolutions de tarifs	20
5_2	Corrections	20
6	Rappel des fonctionnalités de la version 2.25	22
6_1	Intégration des fiches règlementaires	22
6_1_1	Fiche n°57v5 - Actes psychiatriques et pédiatriques	22
6_1_2	Fiche n°92v2 - Visite longue et complexe	22
6_1_3	Fiche n°40v5 - Intégration des majorations nourrisson	22
6_1_4	Fiche n°94 - Actualisation de la table 5 bis	22
6_1_5	Evolutions de tarifs	22
6_2	Corrections	22
6_2_1	Fiche n°81 – Intégration de la majoration transitoire spécifique CSS Mayotte	22
6_2_2	Fiche n°88 – Intégration de la majoration pour acte unique	22

6_2_3	Fiche n°89 – Intégration de la majoration de coordination et d'environnement de soins infirmiers	22
6_2_4	Fiche n°93v2 – Intégration de la majoration pédiatre pour enfant	23
7	Rappel des fonctionnalités de la version 2.24	24
7_1	Intégration des fiches réglementaires	24
7_1_1	Fiche n°40v4 - Intégration des majorations nourrisson	24
7_1_2	Fiche n°81 – Intégration de la majoration transitoire spécifique CSS Mayotte	24
7_1_3	Fiche n°88 – Intégration de la majoration pour acte unique	24
7_1_4	Fiche n°89 – Intégration de la majoration de coordination et d'environnement de soins infirmiers	24
7_1_5	Fiche n°91 et 91v2 – Intégration du code prestation CDE	24
7_1_6	Fiche n°92 – Intégration du code prestation VL	24
7_1_7	Fiche n°93 et 93v2 – Intégration de la majoration pédiatre pour enfant	25
7_2	Evolutions de tarifs	25
8	Rappel des fonctionnalités de la version 2.23	26
8_1	Corrections	26
9	Rappel des fonctionnalités de la version 2.22	27
9_1	Création d'une FSE en visite	27
9_1_1	Corrections	27
9_1_2	Évolutions	27
9_2	Règlementaire	30
9_2_1	Corrections	30
9_2_2	Évolutions de Tarif	30
9_2_3	Intégration des fiches réglementaires	30
9_2_4	Intégration des fiches d'information	31
9_3	Menu	31
9_3_1	Corrections	31
9_3_2	Évolutions	31
9_4	Affichage	33
9_4_1	Corrections	33
9_4_2	Évolutions	33
9_5	Situation PS	34
9_5_1	Corrections	34
9_5_2	Évolutions	34
10	Rappel des fonctionnalités de la version 2.21	36
10_1	Ergonomie générale	36
10_1_1	L'utilisation du clavier	36
10_1_2	Corrections de la saisie alphanumérique	37

10_1_3	L'affichage.....	37
10_1_4	Paramètres par défaut du son	38
10_1_5	Gestion de l'énergie.....	38
10_1_6	Initialisation du lecteur en mode nomade	38
10_2	Le menu.....	39
10_2_1	Gestion actes	39
10_2_2	Paramètres lecteur	40
10_2_3	Paramètres CPS	41
10_2_4	Listes	42
10_2_5	Paramètres application.....	42
10_2_6	Consulter données	43
10_2_7	Tables	43
10_2_8	Quitter	43
10_3	Gestion des cartes Vitale.....	43
10_4	Bon d'examen.....	44
10_4_1	Sélection du bénéficiaire.....	44
10_4_2	Prise en charge	44
10_4_3	Bon d'examen	44
10_5	Enregistrer patient	44
10_5_1	Sélection du bénéficiaire.....	44
10_5_2	Prise en charge	45
10_6	Sécuriser facture.....	45
10_7	Acte isolé	46
10_7_1	Sélection du bénéficiaire.....	46
10_7_2	Prescription (pour les auxiliaires médicaux)	46
10_7_3	Prise en charge	46
10_7_4	Parcours de soins (pour les prescripteurs)	46
10_7_5	Règlement.....	47
10_7_6	Sélection d'un acte	48
10_7_7	Actes saisis	49
10_7_8	Indemnités de déplacement (IFD, IK).....	49
10_7_9	Prescription (pour les sages-femmes).....	49
10_7_10	Sécurisation de la facture	50
10_7_11	Quittance.....	50
10_8	Intégration des fiches règlementaires.....	50
10_8_1	Fiche n°59 v3	50
10_8_2	Fiche n°77.....	50
11	Maintenance	51
11_1	Accès.....	51
11_2	Code d'accès	51
11_3	Les fonctionnalités	52
11_3_1	Effacer tout le lecteur.....	52

11_3_2 Effacer une section.....	53
11_3_3 Infos XIRING.....	54

12 Tables règlementaires 55

12_1 Fonctionnement général	55
12_1_1 Affichage général d'une table	55
12_1_2 Sélection d'une ligne	56
12_1_3 Ajout d'une ligne.....	56
12_1_4 Réinitialisation de la table	56
12_1_5 Remarque	56
12_2 Description des tables	56
12_2_1 Table 5 : Prestations relatives à la permanence des soins	56
12_2_2 Table 5 bis : Prestations relatives au contexte d'« Urgence ».....	57
12_2_3 Tables 11 : Conditions d'élaboration d'une FSE en nature d'assurance AT ou aux accidents de la vie privée.....	57
12_2_4 Tables 12 : Tables des actes NGAP obligatoirement associés	59
12_2_5 Tables 14 : Détermination de la diminution du taux à prendre en compte hors parcours de soins.....	60
12_2_6 Tables 15 : Détermination des cas d'exclusion du parcours de soins	62
12_2_7 Tables 16 : Compatibilités des spécialités de professionnels de santé	64
12_2_8 Tables 17 : Compatibilité des majorations de coordination	65
12_2_9 Table 18 : Durée de validité de contextes particuliers du parcours de soins	66
12_2_10 Table 19 : Acte de référence pour le calcul du plafond hors parcours.....	67
12_2_11 Tables 20 : Tables des spécialités de PS utilisées pour les gestions de codes situations dans les tables 8.x.....	67
12_2_12 Tables 21 : Tables des codes prestations utilisées pour les gestions de codes situations dans les tables 8.x	68

1 Présentation du VITAL'ACT-3S

Le **VITAL'ACT-3S, premier Terminal Lecteur Ambulatoire (TLA) génération trifente fixe et portable.**

Son grand écran graphique, son pavé de navigation, ses trois fentes et son logiciel font du VITAL'ACT-3S, un outil incontournable pour les auxiliaires médicaux et les médecins.

1_1 Design, performance et évolutivité

- Grâce à un design travaillé et épuré, le VITAL'ACT-3S s'intègre parfaitement à un environnement de bureau et respecte les contraintes de place du professionnel de santé.
- Très stable sur sa station d'accueil lestée, le VITAL'ACT-3S permet l'insertion et le retrait des cartes santé d'une seule main. Son inclinaison est idéale pour une lecture immédiate des données affichées à l'écran.
- Le grand écran graphique et rétroéclairé du VITAL'ACT-3S offre un véritable confort de lecture.
- Le VITAL'ACT-3S est le premier TLA à disposer de **3 interfaces carte**. La gestion dynamique des deux interfaces supérieures permet de détecter automatiquement la nature des cartes insérées (carte Vitale ou carte associée), quelle que soit la fente utilisée. Le lecteur permet ainsi la création de feuilles de soins avec des cartes Vitale et associées très simplement, en une seule fois.
- Le VITAL'ACT-3S se connecte avec un câble USB unique, assurant à la fois le transfert des données et l'alimentation du lecteur.
- Équipé d'un voyant lumineux et d'un buzzer paramétrable, le VITAL'ACT-3S vous guide en temps réel pour la création et la signature des factures (FSE et DRE).
- Parmi les lecteurs les plus rapides du marché, le VITAL'ACT-3S optimise le temps de création et de signature des factures (FSE et DRE).
- Équipé des dernières technologies, le VITAL'ACT-3S fait partie des lecteurs les plus **rapides** du marché et a été conçu pour intégrer à terme de nouvelles fonctionnalités telles que la CCAM ou la création de DRE.
- Sa **batterie rechargeable** offre une grande autonomie, permettant une utilisation intensive tout au long de la journée.

1_2 Une ergonomie sur mesure

Le VITAL'ACT-3S est équipé d'un tout nouveau logiciel pensé et développé pour la création et la signature de factures (FSE et DRE) en un temps record.

- Équipé d'un **clavier de navigation**, le VITAL'ACT-3S permet la création et la signature de factures d'une seule main et en quelques clics.
- L'utilisation de **menus simples** et **détaillés** permet de paramétrer le VITAL'ACT-3S pour une utilisation encore plus rapide. Chaque professionnel de santé peut, en toute simplicité, créer et enregistrer des associations d'actes, des listes de médecins orienteurs, de prescripteurs, de mutuelles et même des trajets.
- L'affichage de messages d'information contextuels (titres d'écrans, pop-up, ...), sur le VITAL'ACT-3S, guide l'utilisateur pas à pas et rend l'utilisation du VITAL'ACT-3S **intuitive** et **rapide**.

Respectueux des contraintes d'utilisation en mode nomade, le VITAL'ACT-3S a toutes les qualités d'une solution portable :

- De forme épurée, **compact** et **léger**, le VITAL'ACT-3S se transporte et s'utilise facilement, il permet une prise en main simple et agréable.

- Son **grand écran rétroéclairé** offre un réel confort de lecture en toute circonstance.
- Sa **station d'accueil**, connectée au poste de travail, permet, lors du retour au cabinet, de connecter simplement et rapidement le lecteur au poste de travail pour le déchargement des données et le rechargement des batteries du VITAL'ACT-3S.

1_3 Spécialités acceptées par le VITAL'ACT-3S

La liste ci-dessous recense toutes les spécialités de professionnels de santé acceptées par le VITAL'ACT-3S. Ingenico a choisi d'accepter toutes les spécialités autorisées par le CNDA.

- Prescripteurs
 - 01-Médecine générale
 - 02-Anesthésiologie-Réa chir.
 - 03-Pathologie cardio-vasculaire
 - 04-Chirurgie générale
 - 05-Dermato Vénérologie
 - 07-Gynécologie Obstétrique
 - 08-Gastro-entérologie et Hépathe
 - 09-Médecine interne
 - 10-Neurochirurgie
 - 11-Oto-rhino-laryngologie
 - 12-Pédiatrie
 - 13-Pneumologie
 - 14-Rhumatologie
 - 15-Ophtalmologie
 - 16-Chirurgie Urologique
 - 17-Neuropsychiatrie
 - 20-Réanimation médicale
 - 21-Sage-femme
 - 31-Rééducation Réadapt. Fonc.
 - 32-Neurologie
 - 33-Psychiatrie
 - 34-Gériatrie
 - 35-Néphrologie
 - 41-Chirurgie orthopédique traumat.
 - 42-Endocrinologie, métabolisme
 - 43-Chirurgie infantile
 - 46-Chirurgie plastique reconstructrice
 - 47-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 - 48-Chirurgie vasculaire
 - 49-Chirurgie viscérale et digestive
 - 70-Gynécologie médicale
 - 71-Hématologie
 - 72-Médecine nucléaire
 - 73-Oncologie médicale
 - 75-Psychiatrie de l'enfant et ado.
 - 77-Obstétrique
 - 79-Gynécologie obstétrique et Gynécologie médicale
 - 80-Santé publique et médecine sociale

- Auxiliaires médicaux
 - 24-Infirmier
 - 26-Masseur-kinésithérapeute
 - 27-Pédicure
 - 28-Orthophoniste
 - 29-Orthoptiste

2 Présentation des nouveautés de la version 3.31

2_1 Intégration des fiches règlementaires

2_1_1 Fiche n°42v4 – « Intégration IVG Médicamenteuse en ville »

Le taux de prise en charge des forfaits relatifs à l'IVG par voie médicamenteuse passe à 100% à partir du 31/03/2013

2_1_2 Fiche n°95v2 – « Augmentation du maximum du coefficient de l'acte SF »

La décision UNCAM du 18/04/2014 modifie le coefficient de l'acte SF pour les accouchements gémellaires de 136 à 151.2

2_1_3 Fiche n°28v2 – « Intégration des codes majorations permanence des soins »

Les majorations d'astreinte sont incompatibles avec les majorations de coordination : MCC, MCS et MCG.

Dans le cadre du parcours de soins, les majorations d'astreinte ne sont compatibles qu'avec le contexte « d'Urgence médicalement justifiée » (indicateur de parcours de soins = MTU). Par conséquent, elles sont incompatibles avec tout autre indicateur de parcours de soins

2_1_4 Fiche n°36v3 – « Majoration forfaitaire d'urgence »

L'acte MU doit obligatoirement être associé à l'un des actes suivants : ACO – ADA – ADC – ATM – V – VS

2_1_5 Fiche n°41v7 – « Intégration de la participation assuré »

La mesure remplace l'exonération totale du ticket modérateur pour les actes dont le coefficient est égal ou supérieur à 60 ou dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros par l'application d'un ticket modérateur forfaitaire sur ces actes. A ce jour ce ticket modérateur forfaitaire appelé « Participation assuré » est fixé à 18 euros.

La participation assuré est appliquée :

- dès lors qu'il y a dépassement du seuil d'exonération (coefficient supérieur ou égal à 60 pour des actes NGAP ou supérieur ou égal au seuil de 120 euros pour des actes CCAM ou NGAP et CCAM),
- dès lors qu'il y a au moins un acte concerné par la participation de 18 euros.

Par séance de soins n'est appliquée qu'une seule Participation Assuré de 18 euros quel que soit le nombre d'actes cumulés pour atteindre le seuil de 120 euros ou la cotation « K 60 ». Par séance de soins il faut comprendre actes dispensés à une même date, par un même exécutant sur un même bénéficiaire.

A titre transitoire, cette mesure n'est pas appliquée aux actes dentaires.

2_1_6 Fiche n°110 – Intégration du code prestation PPS « Plan Personnalisé de santé »

L'article 48 de la LFSS vise à instaurer une coordination clinique de proximité sous l'égide du médecin traitant pour prendre en compte le risque de perte d'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus.

Ce dispositif s'adresse aux PS impliqués dans la prise en charge des personnes âgées :

- un médecin traitant
- un pharmacien
- un infirmier
- un autre PS, en fonction des besoins (masseur kinésithérapeute).

Dans le cas des personnes âgées présentant une maladie sévère ou une poly pathologie, les professionnels de santé coordonnent leur action dans le cadre du plan personnalisé de santé (PPS).

Ce plan personnalisé de santé se traduit par une rémunération annuelle répartie entre les différents PS.

A cet effet est créé le code prestation PPS qui s'adresse aux familles de PS « prescripteurs » et « auxiliaires médicaux » :

PPS : Plan Personnalisé de Santé

2_1_7 Fiche n°57 v6 – « Intégration des majorations liées à l'avenant 23 à la convention médicale nationale »

La version 6 intègre des corrections suite à remontées terrain :

- La qualité « Ascendant, descendant, collatéraux ascendants » n'est pas compatible avec l'acte MBB
- La qualité « Conjoint veuf » n'est pas compatible avec les actes MPF, MAF, MAS et MBB
- Le taux de remboursement théorique de l'acte MBB est de 70 % pour les régimes : Régime général, Régime agricole, ENIM, CNMSS, CCIP, CAVIMAC, Sections Locales Mutualistes, AMPI, Sénat, Assemblée Nationale, Port Autonome Bordeaux, CCAS RATP
- Le taux de remboursement théorique de l'acte MBB est de 85 % pour le régime CRPCEN
 - Fiche n°59 v5 – « Intégration de la convention sages-femmes »

La majoration d'urgence n'est pas compatible avec l'acte SP

2_1_8 Fiche n°63 v4 – « Intégration de la convention nationale des pédicures podologues »

Suite à la décision UNCAM du 21/03/2013, les séances de soins correspondant à la lettre clé POD peuvent désormais être réalisées à domicile.

2_1_9 Fiche n°91 v3 – « Intégration du code prestation CDE »

La version 3 intègre des corrections suite à remontées terrain :

- La majoration d'urgence n'est pas compatible avec l'acte CDE
- Les qualificatifs « Dépassement pour exigence » et « Dépassement autorisé » sont compatibles avec l'acte CDE

2_1_10 Fiche n°92 v3 – « Intégration du code prestation VL »

La version 3 intègre des corrections suite à remontées terrain :

- Les qualificatifs « Dépassement pour exigence » et « Dépassement autorisé » sont compatibles avec l'acte VL

2_1_11 Fiche n°96 – « Augmentation du maximum du coefficient de l'acte AMY »

La décision UNCAM du 19/07/2012 modifie le coefficient du code prestation AMY.
Le maximum du coefficient de l'acte AMY est porté à 20.10.

2_1_12 Fiche n°97 – « Actualisation de la table 11.2 de l'Annexe II »

Les caisses gestionnaires de MSA des départements de Moselle, Bas-Rhin et Haut-Rhin mettent en place à compter du 01/01/2013 un service de gestion pour le compte des Caisses Assurances Accidents Agricole.

La table 11.2 de l'annexe 2 au cahier des charges SESAM-Vitale doit être actualisée en conséquence afin d'autoriser l'envoi de FSE AT à ces caisses gestionnaires.

2_1_13 Fiche n°100 v3 – « Intégration de la Majoration " Insuffisant Cardiaque" »

Dans le cadre du parcours de soins « insuffisance cardiaque », est créée une consultation longue et complexe à domicile ou au cabinet. Cette consultation concerne les patients insuffisants cardiaques poly pathologiques et polymédicamentés, ayant été hospitalisés en unité de court séjour, pour un épisode de décompensation de leur pathologie. Elle doit être réalisée avant la fin du deuxième mois suivant la fin de l'hospitalisation.

Cette consultation ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration facturable une seule fois. Cette majoration est réservée au médecin traitant.

A cet effet est créé le code prestation MIC : Majoration Insuffisant Cardiaque

2_1_14 Fiche n°101 v2 – « Intégration de la Majoration Pédiatre pour enfant Pré-maturé »

Lorsque le pédiatre effectue auprès d'un enfant né « grand prématuré » ou atteint d'une maladie congénitale grave, une consultation ou une visite, il peut coter une majoration dénommée « majoration de suivi de prématurité par le pédiatre »

A cet effet est créé le code prestation MPP : Majoration suivi de Pré-maturé par Pédiatre

2_1_15 Fiche n°102 v2 – « Intégration de la Majoration de Sortie d'Hospitalisation »

Lorsque le médecin traitant effectue une consultation ou une visite auprès d'un patient fragilisé en sortie d'hospitalisation d'un service de court séjour ou de psychiatrie, il peut coter une majoration dénommée « majoration de sortie d'hospitalisation ». Elle doit être réalisée dans un délai de 30 jours suivant le jour de sortie d'hospitalisation.

A cet effet est créé le code prestation MSH : Majoration de Sortie d'Hospitalisation

2_1_16 Fiche n°33v2 : « Prise en compte de l'Avenant Sages-Femmes »

Compatibilité de l'acte KE avec la spécialité sage-femme

2_2 Fiches d'information

2_2_1 Intégration de la fiche d'information FI295 : « Modification du nombre de situations du professionnel de santé remontées par le lecteur »

Cette fiche d'information modifie le nombre de situations de facturation du professionnel de santé (présentes en carte) remontées par le Terminal Lecteur.

Le nombre de situations de facturation maximum remontées par le lecteur de carte CPS était de 8. Afin de s'aligner avec la demande terrain, il est demandé d'augmenter cette limitation. L'ensemble des exigences sur le nombre de situation évolue donc pour que la limite de 8 soit élevée à 16 et que le lecteur remonte l'ensemble des situations présentes en carte. Cette modification concerne également le fonctionnement des lecteurs TLA.

2_2_2 Correction de l'intégration de la fiche d'information FI82 : « Optimisation mémorisation des données cartes »

Les données en cache doivent être relues lorsque la carte Vitale est substituée, et non pas si elle est arrachée. Cependant, l'authentification offline de la carte Vitale 2 doit être faite systématiquement

2_2_3 Intégration de la fiche d'information n°123 – « Carte PS remplaçant exclusif »

2_2_3_1 Contexte

L'intégration des Professionnels de Santé dans le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) s'inscrit dans la démarche de simplification administrative actuellement en cours. Cette opération entraîne une modification de l'identification nationale du PS (numéro RPPS).

Les Cartes de Professionnels de Santé (dites CPS) produites à partir de ce Répertoire vont désormais contenir ce numéro RPPS (10+1 caractères) comme nouvel identifiant national, en plus du numéro de facturation (8 +1 caractères).

Cas particuliers des remplaçants exclusifs : Les Professionnels de Santé remplaçants exclusifs n'étant pas inscrits au répertoire FNPS, ils ne possèdent pas de numéro de facturation.

Par conséquent, leur CPS contient un unique identifiant, qui peut être :

- un numéro ADELI (8 +1 caractères)
- ou un numéro RPPS (10+1 caractères)

2_2_3_2 Anomalie terrain

A la lecture de la CPS, les SSV remontent l'identifiant national dans les champs 9 et 10 du groupe 2. Pour les PS remplaçants exclusifs ayant une CPS contenant leur identifiant RPPS, la fonction lireCarteCPS des SSV retourne le seul identifiant présent en carte (i.e. le numéro RPPS) dans les champs 9 et 10.

On retrouve ainsi :

- champ 9 : numéro RPPS tronqué sur 8 caractères
- champ 10 : 9ème caractère du numéro RPPS et non pas sa clé.

Lors de la saisie de sa session de remplacement, le PS qui veut se faire remplacer doit renseigner le numéro de facturation et la clé du PS remplaçant. Or, pour les PS remplaçants ayant un identifiant RPPS, le champ 10 qui contient la clé va contenir une valeur erronée (9ème caractère du numéro RPPS).

Si les progiciels font un contrôle sur cette clé, la facturation est bloquée pour ces PS.

2_2_3_3 Solution de contournement

Afin de ne pas bloquer la facturation SESAM-Vitale des PS remplaçants exclusifs, il est préférable de suspendre le contrôle de la clé lors de la saisie du numéro de facturation

2_3 Corrections

- Correction de l'impossibilité de supprimer une association d'actes lorsque 50 associations sont créées
- Modification du message « La FSE ne peut pas être réalisée en AT » car il peut être affiché en contexte Maladie.
- Le message "Bénéficiaire de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire, consultez une attestation" n'est plus affiché si la FSE est réalisée dans le contexte « hors parcours de soins »
- Prise en compte du tiers-payant intégral
- Ajout du tiers-payant coordonné
- Ajout de contrôles empêchant la saisie d'un prix unitaire à 0€ sauf pour HN et PAV
- L'exonération « Régimes spéciaux » est maintenant disponible uniquement pour les régimes spéciaux
- Modification de la gestion des OCT.
 - La case "utiliser complémentaire" est retirée.
 - L'OCT est automatiquement désactivée s'il n'y a pas de part complémentaire.
- Correction du comportement lors de l'attente de l'insertion CPS pour une suppression de FSE TLA.
- Corrections de la recherche dans les listes :
 - Correction des appuis multiples sur une touche
 - Prise en compte du fait que les listes sont triées selon l'ordre alphabétique, numérique puis symbole
- Correction du problème de double saisie du code porteur
- Correction d'un problème sur l'acte XYZ : en FSE, si on ne renseigne pas de nom pour cet acte, un message d'erreur était affiché, mais on passait quand même à l'écran suivant
- Correction de la gestion du type de situation de facturation lors de la sélection : le type enregistré était toujours celui de la dernière situation de facturation en carte
- Correction d'un problème lors de la saisie en visite d'un numéro de prescripteur existant et que la liste des prescripteurs est pleine : le numéro n'était pas pris en compte (Génère un ARL 25 01)

3 Rappel des fonctionnalités de la version 3.30

3_1 Authentification des cartes Vitale 2

Le VITAL'ACT-3S contrôle que les cartes Vitale 2 insérées sont bien des cartes émises par le GIE SESAM-Vitale. Ce contrôle s'effectue automatiquement suite à l'insertion d'une carte Vitale 2.

Tant que la carte n'a pas été authentifiée :

- Si le lecteur reçoit un Ordre Transparent ou un Ordre Noyau, il se comportera comme si la carte n'était pas encore insérée.
- Si le lecteur reçoit un Ordre de Facturation en mode Connecté (Ordre Intelligent), l'authentification est effectuée avant le traitement de l'ordre.

Si l'authentification échoue, le VITAL'ACT-3S affiche un message et traite la carte comme une carte invalide.

3_2 Performances

Les performances ont été améliorées sur les fonctionnalités accédant aux cartes : lecture de CPS, lecture de cartes Vitale 1 et Vitale 2, certification de factures, ...

3_3 Port de communication

Le VITAL'ACT-3S possède, désormais, toujours le même numéro de port COM pour sa configuration dans le GALSS. Ceci quel que soit le port USB sur lequel il est branché.

3_4 Compatibilité avec la CryptoLib

3_4_1 Contexte

Ingenico Healthcare/e-ID a choisi d'implémenter une fonctionnalité permettant de rappeler au PS qu'il doit retirer la carte Vitale pour la rendre à son patient. Cette fonction se traduit par :

- L'émission d'un bip toutes les 10 secondes
- L'affichage d'un message

Ces deux actions interviennent après la sécurisation d'une facture et jusqu'au retrait effectif de la carte Vitale.

3_4_2 Description du problème

Ce processus entraîne un comportement gênant lorsque la CryptoLib est lancée en mode automatique. En effet, cette dernière teste en continu la présence de la carte CPS dans le lecteur connecté par Ordre Transparent.

Ce comportement de la CryptoLib génère une anomalie : un bip continu au-delà des 10 secondes, si la carte Vitale est toujours insérée.

3_4_3 Description de la modification

La modification consiste à :

- Emettre quelques bips après la sécurisation de la facture,

- Effacer le message de possibilité de retrait de la carte Vitale après quelques secondes d'affichage

3_5 Intégration des fiches réglementaires

3_5_1 Fiche n°80 – « Ouverture "CS" et "VS" aux spécialistes en médecine générale »

Les médecins spécialistes en médecine générale (spécialités 22 et 23) sont autorisés à facturer les actes cotés « CS » (Consultation Spécialiste) et « VS » (Visite Spécialiste).

Les actes cotés « CS » et « VS » sont ouverts aux médecins qualifiés de spécialiste en médecine générale.

Dans l'attente que les Professionnels de Santé concernés disposent à la fois d'une carte de PS identifiant leur spécialité en médecine générale (code spécialité 22 ou 23) et d'un logiciel de facturation compatible avec ces codes spécialité, cette évolution est ouverte à la spécialité « 01 » (médecine générale) sous laquelle ils sont actuellement identifiés.

Toutefois, seuls les PS concernés par cette mesure sont autorisés à facturer les actes cotés « CS » et « VS ».

L'ouverture des actes « CS » et « VS » aux médecins spécialistes en médecine générale ne remet pas en cause les règles de cumul actuelles.

Ainsi, et pour les spécialités « 22 », « 23 » et, par dérogation « 01 », la « CS » et la « VS » deviennent cumulables avec les majorations actuellement cumulables avec les actes en « C » et la « V ».

Pour les autres spécialités de PS, les règles de cumul existantes sont maintenues (aucune évolution)

3_5_2 Fiche n°95 - « Augmentation du maximum du coefficient de l'acte SF »

L'avenant N°1 à la Convention Nationale des sages-femmes libérales prévoit, pour les accouchements, une valorisation de coefficient pour l'acte SF.

Augmentation du maximum du coefficient de l'acte SF

3_5_3 Fiche n°96 – « Augmentation du maximum du coefficient de l'acte AMY »

La décision UNCAM du 19/07/2012 modifie le coefficient du code prestation AMY.

Le maximum du coefficient de l'acte AMY est porté à 20.10.

3_5_4 Fiche n°63 v2 – « Intégration de la convention nationale des pédicures podologues »

Suite à l'arrêté du 23/11/2012, les séances de soins correspondant à la lettre clé POD peuvent désormais être réalisées à domicile

Le code prestation POD peut être facturé avec des indemnités de déplacement

3_6 Evolution de tarifs

- Prise en compte du nouveau tarif conventionnel de l'IFA pour les infirmiers
- Intégration des nouveaux tarifs Pédicure à compter du 29 mai 2013 (JO du 28/12/12)

3_7 Corrections

- Prise en compte de la gestion dynamique des coupleurs lors de la demande d'insertion de la carte Vitale pour supprimer une FSE TLA
- Correction de la lecture de la carte Vitale en gestion non dynamique

3_8 Evolution

- Le nombre maximum d'actes pouvant être insérés dans une association passe de 3 à 4 actes.
- Dans l'écran de saisie des caractéristiques d'un acte, c'est désormais le prix unitaire et la base de remboursement qui sont affichés. Le PS peut alors renseigner soit le montant total facturé, soit le dépassement à facturer pour cet acte. De plus, c'est le dernier dépassement saisi qui est conservé en mémoire et non plus le tarif facturé
- Le patient est enregistré à la fin de la sécurisation d'une FSE
- L'affichage du numéro de version du Firmware est modifié : une version 1.5.1 était affichée 1.05 et devient maintenant 15.01

3_9 Autres

- Remplacement des libellés XIRING par Ingenico. Mise à jour du copyright

4 Rappel des fonctionnalités de la version 2.27

4_1 Correction de la saisie des prescripteurs ARL 2501

Afin de faciliter la saisie d'une future FSE, le terminal enregistre les nouveaux prescripteurs dans une liste disponible pour la situation de facturation en cours. Cette liste a une profondeur maximale de 50 items par situation de facturation.

Au-delà, un nouveau prescripteur n'est pas enregistré dans la liste.

Dans le cas où la liste est pleine, un indicateur est positionné pour ne pas enregistrer la nouvelle entrée.

Si toutefois le professionnel saisit à nouveau un numéro de prescripteur alors que celui-ci est déjà présent dans la liste, la fonction de saisie retourne l'identifiant dans la liste mais ne remplit alors pas la chaîne saisie. Le programme ne considère pas ce cas, supposant que si la fonction de saisie est appelée, le prescripteur est nouveau. Il fait alors la copie dans le champ « prescripteur » de la facture d'une chaîne non renseignée, i.e. uniquement des caractères espace.

La correction apportée consiste à renseigner correctement le champ « prescripteur » dans ce cas.

4_2 Prise en compte de la fiche d'information 173

Modification de la règle de gestion FAC_IDPS pour la gestion des CPS Corses

4_2_1 Contexte

L'identification des établissements de santé se fait par le numéro FINESS, les 2 premiers numéros étant le code département.

Pour la Corse, le numéro FINESS des établissements de santé commence donc par « 2A » ou « 2B » en fonction de leur département respectif.

Ainsi le numéro FINESS est une valeur alphanumérique qui sert d'identifiant national.

Les centres de santé et établissements assimilés facturent en SESAM-Vitale avec l'identifiant national comme numéro de facturation.

Or, en facturation SESAM-Vitale, le numéro de facturation du PS est spécifié comme étant numérique (Cf. norme B2)

Dans le cadre du renouvellement des cartes de Professionnels de Santé, l'identifiant national n'est plus transcodé. Par conséquent, les numéros de facturation pour les établissements identifiés par FINESS en Corse sont alphanumériques.

4_2_2 Anomalie

La présence d'un numéro de facturation au format alphanumérique dans les cartes Professionnels de Santé est incompatible avec l'utilisation des fournitures SESAM-Vitale.

4_2_3 Solution

Afin de résoudre cette anomalie, le numéro de facturation retourné par la lecture de la carte CPS doit être modifié par le Terminal Lecteur

Par conséquent, la règle de gestion FAC_IDPS - Numéro d'identification de facturation du Professionnel de santé doit être modifiée pour la gestion des CPS Corses.

5 Rappel des fonctionnalités de la version 2.26

5_1 Evolutions

5_1_1 Acte MAU

L'acte MAU a été intégré sur la version 2.25 conformément à la fiche réglementaire n°88. Cependant, lors de la création de la FSE, si l'indemnité de déplacement IFA est située derrière l'acte MAU, l'assurance maladie considère que l'IFA s'applique à l'acte MAU. Or, cet acte n'est pas compatible avec les indemnités de déplacement : Le non-respect de cette recommandation peut entraîner des rejets des FSE par l'assurance maladie.

Le VITAL'ACT-3S en version 2.26 s'assure que MAU est placé en dernière position dans la FSE. Ainsi lorsque le PS saisit AMI+MAU+IFA, le logiciel modifie l'ordre en AMI+IFA+MAU.

Cette modification s'applique lors de la signature de la FSE. Ainsi, les associations d'actes créées ne sont pas modifiées dans le menu, mais le seront lors de la création de la FSE.

5_1_2 Doublon « nouveaux actes / actes »

Lors d'une mise à jour du VITAL'ACT-3S depuis une version antérieure vers la version 2.26, les actes créés en tant que Nouvel acte sont supprimés lorsqu'ils existent déjà (exemple : acte MAU créé en version antérieure à 2.24).

Lors de cette suppression, le logiciel remplace, dans les associations concernées, le nouvel acte par l'acte existant.

5_1_3 Message d'avertissement

Un message d'avertissement prévient le PS qu'aucun contrôle réglementaire n'est fait lors de la création d'une association. Ce message est affiché lorsque celui-ci sélectionne le menu <Ajout mon acte>.

5_1_4 Evolutions de tarifs

- Evolution des tarifs en vigueur :
 - Le tarif des actes AMC, AMK, AMS, IFA ont été mis à jour pour les masseurs-kinésithérapeutes.
 - Le tarif des actes C, V, SF, IFD, IK, IKS, IKM ont été mis à jour pour les sages-femmes.
- Evolution des tarifs prévue après la date d'homologation :
 - L'évolution de tarif des actes AMY et IFA prévue le 06/11/2012 pour les orthoptistes sera effectuée automatiquement à cette date.
 - L'évolution de tarif des actes AMO et IFA prévue le 06/11/2012 pour les orthophonistes sera effectuée automatiquement à cette date.
 - L'évolution de tarif des actes C et V prévue le 01/09/2013 pour les sages-femmes sera effectuée automatiquement à cette date.

5_2 Corrections

- La recherche d'un prescripteur par saisie d'une lettre présentait une anomalie.

Une correction a été apportée.

- Actes support de l'acte MNO.
Les actes CS et VS n'étaient plus des actes support de l'acte MNO conformément à la fiche réglementaire 40 v5.
La version 2.26 restaure dans la table 12 PR, les actes CS et VS comme acte support de MNO conformément à la fiche réglementaire 80.

6 Rappel des fonctionnalités de la version 2.25

6_1 Intégration des fiches règlementaires

6_1_1 Fiche n°57v5 - Actes psychiatriques et pédiatriques

Pour les pédiatres, la majoration MBB est compatible avec le risque maladie.

6_1_2 Fiche n°92v2 - Visite longue et complexe

Le code prestation VL est compatible avec le code prestation MD.

6_1_3 Fiche n°40v5 - Intégration des majorations nourrisson

A compter du 07/07/2012, pour les médecins généralistes la Majoration Nourrissons Généraliste (MNO) est cumulable avec le Forfait Pédiatrique du médecin généraliste (FPE) pour les consultations et visites effectuées dans les huit jours qui suivent la naissance, au cours du neuvième ou dixième mois et au cours du vingt-quatrième ou vingt-cinquième mois de l'enfant.

6_1_4 Fiche n°94 - Actualisation de la table 5 bis

Les codes prestation de type secondaire pouvant être facturés avec une VL n'impliquent pas systématiquement une notion d'urgence.

C'est le code support auquel il est associé qui détermine cette notion.

6_1_5 Evolutions de tarifs

Le tarif des actes ont été mis à jour pour les masseurs kinésithérapeutes.

6_2 Corrections

6_2_1 Fiche n°81 – Intégration de la majoration transitoire spécifique CSS Mayotte

Correction du contrôle de compatibilité de l'acte avec les indemnités de déplacement : il est effectué avec l'acte support auquel la majoration ou le forfait est rattaché.

6_2_2 Fiche n°88 – Intégration de la majoration pour acte unique

Correction du contrôle de compatibilité de l'acte avec les indemnités de déplacement : il est effectué avec l'acte support auquel la majoration ou le forfait est rattaché.

6_2_3 Fiche n°89 – Intégration de la majoration de coordination et d'environnement de soins infirmiers

Correction du contrôle de compatibilité de l'acte avec les indemnités de déplacement : il est effectué avec l'acte support auquel la majoration ou le forfait est rattaché.

6_2_4 Fiche n°93v2 – Intégration de la majoration pédiatre pour enfant

Correction du contrôle de compatibilité de l'acte avec les indemnités de déplacement : il est effectué avec l'acte support auquel la majoration ou le forfait est rattaché.

7 Rappel des fonctionnalités de la version 2.24

7_1 Intégration des fiches règlementaires

7_1_1 Fiche n°40v4 - Intégration des majorations nourrisson

Les majorations nourrissons étaient déjà intégrées dans les versions précédentes du VITAL'ACT-3S. L'âge maximal des enfants pour lesquels un pédiatre peut coter une majoration nourrisson pédiatre (MNP) est passé de 24 à 25 mois inclus.

7_1_2 Fiche n°81 – Intégration de la majoration transitoire spécifique CSS Mayotte

L'article 2 de l'arrêté du 17 janvier 2006 portant approbation de l'avenant n°9 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes (JO du 29 janvier 2006) prévoit la « création d'une majoration transitoire spécifique pour les spécialistes de Mayotte ».

A cet effet est créé le code prestation MTS – Majoration Transitoire Spécifique. Cette majoration est réservée aux médecins spécialistes Mahorais.

7_1_3 Fiche n°88 – Intégration de la majoration pour acte unique

L'article 3 de l'arrêté du 25 novembre 2011 portant approbation de l'avenant n°3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux (JO du 26 novembre 2011) prévoit la « création d'une majoration pour acte unique » afin de valoriser les actes réalisés de façon unique à l'occasion d'une séance de soins au cabinet de l'infirmier ou au domicile du patient.

A cet effet est créé le code prestation MAU – Majoration pour acte unique. Cette majoration est réservée aux infirmières et infirmiers libéraux.

7_1_4 Fiche n°89 – Intégration de la majoration de coordination et d'environnement de soins infirmiers

L'article 3 de l'arrêté du 25 novembre 2011 portant approbation de l'avenant n°3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux (JO du 26 novembre 2011) prévoit la « création d'une majoration de coordination et d'environnement de soin infirmier » pour reconnaître le rôle prépondérant de l'infirmier dans la prise en charge à domicile de ses patients.

A cet effet est créé le code prestation MCI – Majoration de coordination et d'environnement de soin infirmier. Cette majoration est réservée aux infirmières et infirmiers libéraux.

7_1_5 Fiche n°91 et 91v2 – Intégration du code prestation CDE

La convention médicale du 26 juillet 2011 prévoit en son article 27.1 de soutenir la priorité de santé publique en matière de prévention et de dépistage. Dans ce cadre, les parties signataires souhaitent la mise en œuvre d'une consultation spécifique de dépistage réalisée par les dermatologues et valorisée à hauteur de 2 consultations.

A cet effet est créé le code prestation CDE – Consultation spécifique de dépistage. Cet acte est réservé aux spécialistes en dermatologie.

7_1_6 Fiche n°92 – Intégration du code prestation VL

La convention médicale du 26 juillet 2011 prévoit en son article 27 .2 d'améliorer la prise en charge de certaines pathologies chroniques. Une consultation réalisée au domicile des patients atteints d'une

maladie neuro dégénératives et tout particulièrement ceux atteints de la maladie d'Alzheimer apparaît nécessaire pour mieux appréhender la situation du patient.

A cet effet est créé le code prestation VL – Visite Longue et complexe – valorisé à hauteur de 2V.

7_1_7 Fiche n°93 et 93v2 – Intégration de la majoration pédiatre pour enfant

La convention médicale du 26 juillet 2011 prévoit en son article 27.1 de soutenir la priorité de santé publique en matière de prévention et de dépistage. Dans ce cadre les parties signataires souhaitent que les pédiatres exerçant dans le secteur à honoraires opposables bénéficient d'une majoration spécifique complémentaire pour les enfants de 25 mois à 6 ans.

A cet effet est créé le code prestation MPE – Majoration Pédiatre pour Enfant – valorisé à hauteur de 3 euros. Cette majoration est réservée aux pédiatres de secteur I et pour les bénéficiaires de la CMU, elle s'applique le cas échéant aux pédiatres de secteur II.

Elle s'applique aux consultations et aux visites.

7_2 Evolutions de tarifs

Le tarif de l'acte IFA a été mis à jour pour les infirmiers.

8 Rappel des fonctionnalités de la version 2.23

8_1 Corrections

- Certaines FSE PC sécurisées sur un VITAL'ACT-3S pouvaient être rejetées au motif d'un NIR mal renseigné dans la FSE.
- Une erreur sur le contrôle de la validité de la CPS empêchait la création de FSE.
- La sélection de l'Indicateur de Parcours de Soins « Médecin traitant de substitution » générait un IPS à « hors parcours » dans la FSE.
- La zone date accident de la vie privée était mal initialisée dans les données bénéficiaires.

9 Rappel des fonctionnalités de la version 2.22

9_1 Création d'une FSE en visite

9_1_1 Corrections

- Il était impossible de faire du hors tiers-payant avec des actes relatifs à la permanence des soins
- Le montant était modifié lors de la sélection du dépassement « Aucun » pendant l'édition d'un acte dont le coefficient est supérieur à 1 par défaut
- Les montants conventionnels des majorations étaient forcés à 0 € pour les spécialités 27 et 28
- Pour les sages-femmes, la saisie des données de la prescription était demandée systématiquement.
- La gestion des jours fériés dont la date est variable comprenait une erreur : les jours fériés de l'an 2000 étaient considérés comme fériés tous les ans

9_1_2 Évolutions

9_1_2_1 Lecture de la carte vitale

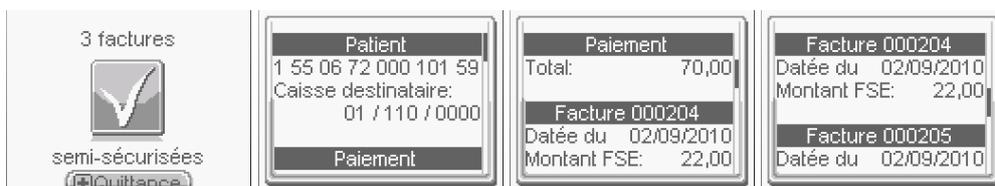
La lecture de la carte Vitale est maintenant décomposée en 2 étapes qui permettent d'accélérer significativement la lecture de la carte

9_1_2_2 Sécurisation de factures PC

- Les factures sont cochées par défaut
- La sélection du bénéficiaire se fait dans une sous-liste. Afin de simplifier la navigation, les informations détaillées du bénéficiaire ne sont plus accessibles



- Le symbole '€' n'apparaît plus sur ces écrans, conformément aux tests d'homologation imposés par le GIE SESAM-Vitale
- Le message « Facture sécurisée » a été remplacé par « Facture semi-sécurisée » lors de la certification désynchronisée
- Le bandeau « Quittance » apparaît aussi lorsque plusieurs factures ont été sécurisées. Dans ce cas, la quittance est composée :
 - d'un bloc contenant le NIR et la caisse destinataire du bénéficiaire,
 - d'un bloc indiquant le total de toutes les factures sécurisées,
 - pour chaque facture sécurisée, un bloc indiquant le numéro de la facture, sa date et son montant.



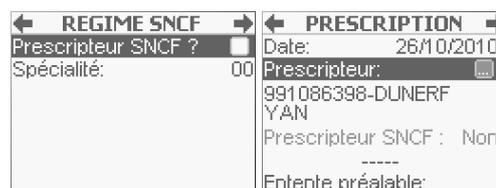
9_1_2_3 Sélection du bénéficiaire

Lors de la sélection du bénéficiaire, un bandeau indique la date des soins. Il est possible de modifier cette date en appuyant sur la touche « + ».



9_1_2_4 Écran prescription

L'écran spécifique du régime SNCF a été modifié. Il apparait juste après la sélection d'un prescripteur :



9_1_2_5 Prise en charge

- Dans le cas des patients exonérés et régimes spéciaux, l'exonération est présélectionnée en fonction du code situation lu en carte
- L'écran de renseignement d'accident du travail a évolué :
 - Si un ou des AT sont contenus dans la carte Vitale, l'utilisateur doit entrer dans l'item « Sélection AT » afin de choisir s'il veut sélectionner un AT en carte ou bien saisir un nouvel AT



- S'il sélectionne un AT en carte, l'écran « Prise en charge » est renseigné avec les données de l'AT en carte. S'il sélectionne <Nouvel AT>, il doit renseigner lui-même ces champs.



9_1_2_6 Règlement

Le message d'informations sur la mutuelle en carte indique si la mutuelle est en gestion unique ou en gestion séparée.



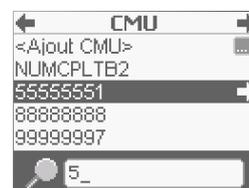
9_1_2_7 Sélection de la complémentaire

L'écran « Complémentaire » se présente de la manière suivante :

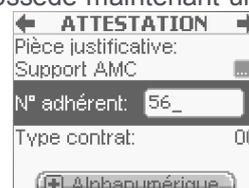
- Si une mutuelle ouverte est présente en carte, la case « Utiliser mutuelle carte » est cochée par défaut (sauf si c'est une mutuelle en gestion séparée et que l'option OCT n'est pas activée). Lorsque la case « Utiliser mutuelle carte » est cochée, la ligne « Attestation mutuelle » est grisée, et inversement.
- Il n'est pas possible de passer à l'écran suivant sans avoir coché l'une de ces deux cases (sauf si le code service renseigné est 01 ou 02). En règle générale, si le tiers-payant est impossible, l'utilisateur est prévenu avant d'avoir renseigné tous les champs
- Si la mutuelle en carte est utilisée (même en forçant la période des droits), l'écran de saisie de mutuelle n'est plus proposé
- Pour préciser le type de la complémentaire, le bouton « + » permet de naviguer entre le type « Mutuelle » ou « CMU » :



- Il est possible de rechercher une mutuelle/CMU par saisie alphanumérique.



- Dans l'écran « Attestation », la zone de saisie du numéro d'adhérent possède maintenant un bandeau permettant de passer du type numérique à alphanumérique (et inversement)



9_1_2_8 Saisie des actes

- Il n'est plus possible de modifier le coefficient, le dépassement, la quantité ou les taux de remboursement de l'acte HN.
- L'écran de récapitulation des actes saisis présente maintenant un bandeau « Infos facture » permettant d'afficher, avant la sécurisation, les même informations que la quittance



- Si le code IK du PS vaut 0, la ligne « Ajouter un IK » est grisée
- Si la FSE contient 15 actes, les lignes « Ajouter un acte », « Ajouter un IFD » et « Ajouter un IK » sont grisées.

9_1_2_9 Utilisation des trajets

- Lorsque l'item « Ajouter un IK » est sélectionné, si des trajets sont enregistrés, l'écran suivant est affiché :



- La touche « + » permet de revenir à la saisie classique d'un IK.

9_1_2_10 Validation de la FSE

Au moment de la validation de la FSE, si le PS avait choisi TP AMC (ou TP AMO+AMC) et que la part sur la complémentaire est nulle, il est proposé à l'utilisateur de basculer en hors tiers payant (ou TP AMO).

9_2 Règlementaire

9_2_1 Corrections

- L'ajout d'une ligne dans la table règlementaire 12 n'était pas pris en compte lors de la réalisation d'une FSE
- Une mauvaise gestion des touches de validation rendait impossible l'ajout d'une nouvelle ligne dans la table règlementaire 12

9_2_2 Évolutions de Tarif

Le tarif des actes C et V ont été mis à jour.

9_2_3 Intégration des fiches réglementaires

9_2_3_1 Fiche n° 80

Ouverture des actes « CS » et « VS » aux médecins qualifiés en médecine générale.

9_2_3_2 Fiche n°82

Relèvement du seuil d'exonération du ticket modérateur.

9_2_3_3 Fiches n°21V3, n°49V4, n°83V2

Baisse du taux de prise en charge des médicaments à vignettes bleues

9_2_4 Intégration des fiches d'information

9_2_4_1 Fiche n°71

Dès lors que le logiciel détecte un code situation dont la valeur est 0103, 0107, 0110, 0203, 0405, 1003 ou 9003, la nature d'assurance maternité est proposée par défaut au PS.

9_3 Menu

9_3_1 Corrections

- Une erreur existait dans la gestion des associations d'actes lors de la création d'une FSE : si le nom d'une association était inclus dans un autre, l'association affichée pouvait être différente de celle sélectionnée.
- Lors de la suppression d'un nouvel acte, la table des nouveaux actes n'était pas réindexée. Cela pouvait créer un décalage lors de la sélection.
- Lorsque la liste des médecins orienteurs était pleine, l'ajout d'un nouvel enregistrement pendant la création de la FSE était encore possible
- Lorsque la liste des mutuelles était pleine, l'ajout d'un nouvel enregistrement pendant la création de la FSE était encore possible

9_3_2 Évolutions

9_3_2_1 Aspect général des menus

La présentation des menus (menu principal et menu de choix d'opération après l'insertion d'une carte Vitale) a été modifiée. Elle se présente désormais de la façon suivante :

Les différents items sont accessibles par les touches « HAUT » et « BAS » et sélectionnables par les touches « DROITE » ou « VAL ». Les touches « GAUCHE » et « ANN » permettent de sortir.

L'ordre des items a été modifié :

- Menu réduit :
 - Position -1 : Paramètres application
 - Position 0 : Informations
 - Position 1 : Paramètres lecteur
- Menu complet :
 - Position -3 : Informations
 - Position -2 : Consulter données
 - Position -1 : Paramètres CPS
 - Position 0 : Listes
 - Position 1 : Gestion actes
 - Position 2 : Paramètres lecteur
 - Position 3 : Paramètres application



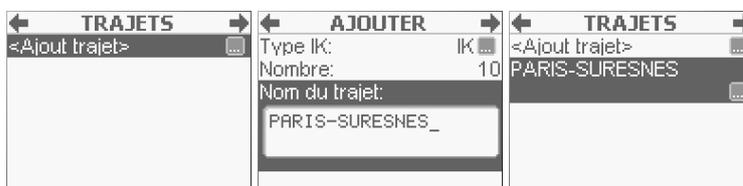
- Position 4 : Tables règlementaires
- Menu carte Vitale :
 - Pour les auxiliaires médicaux :
 - Position -1 : Acte isolé
 - Position 0 : Sécuriser facture
 - Position 1 : Enregistrer patient
 - Position 2 : Bon d'examen
 - Pour les prescripteurs :
 - Position -1 : Bon d'examen
 - Position 0 : Acte isolé
 - Position 1 : Enregistrer patient

9_3_2_2 Gestion actes

- Dans le menu « Modifier un acte », il n'est plus possible de modifier les taux et le coefficient de l'acte HN.
- Dans le menu « Modifier un acte », les actes qui ont été décochés dans le menu « Afficher un acte » n'apparaissent plus
- Dans le menu « Afficher un acte », une ligne <Réinitialiser> a été ajoutée permettant de rétablir la configuration initiale
- Lors de la modification du tarif d'un acte contenu dans une association, l'association prend en compte le nouveau tarif ; elle n'est plus supprimée.
- Ajout de la fonctionnalité de recherche pour les nouveaux actes

9_3_2_3 Listes

- Ajout des listes de trajet permettant d'enregistrer une indemnité kilométrique (type et nombre)



- L'item « Mes actes » a été déplacé dans le menu « Listes ».
- Ajout de la fonctionnalité de recherche pour le menu « Mes actes »
- Ajout d'un item « Importer une liste » lorsqu'il y a des listes pouvant être récupérées depuis un autre PS. Si cet item est sélectionné, un écran propose de choisir le type de liste à importer. Enfin un dernier écran propose de choisir le PS où se trouve la liste à importer



9_3_2_4 Consulter données

- Dans l'écran « Informations patient » ont été ajoutées les renseignements suivants :
 - Le code couverture
 - L'adresse du bénéficiaire
 - Le contexte de facturation
 - La période des droits mutuelle
- Le libellé « Droits AMO : fermés » a été remplacé par « Droits AMO : pas de droits ouverts en carte »
- Les contrats de la mutuelle actifs sont affichés sous forme de cases cochées

9_4 Affichage

9_4_1 Corrections

Lorsque le lecteur était connecté en RS232, l'image de la batterie ne changeait pas selon si l'alimentation était branchée ou non.

9_4_2 Évolutions

- Pendant la saisie alphanumérique : sur un appui long, un caractère est affiché au moment de l'appui. Ce caractère est remplacé par le chiffre associé si l'appui dépasse 1 seconde.
- Ajout de la gestion du changement d'heure automatique
- Mise en place de listes circulaires
- Lors des retours arrière, les valeurs précédemment saisies restent renseignées
- Ajout d'une flèche sur les écrans information, avertissement et erreur, pour indiquer à l'utilisateur qu'il est possible de passer cet écran par un appui touche
- L'icône  n'est plus affichée si la ligne correspondante est grisée
- De manière générale, même si le contexte ne permet pas la sélection d'une ligne dans un écran, elle apparaît quand même, mais en grisé (au lieu de ne pas apparaître).
- La recherche alphanumérique a été revue : elle permet de rechercher une chaîne de caractères (et non plus seulement le premier caractère d'une chaîne). Pour ce faire, la chaîne recherchée est affichée dans un bandeau de type « zone de recherche » en bas de l'écran. Ce bandeau disparaît si les touches « HAUT » ou « BAS » sont appuyées. Les touches « GAUCHE » et « ANN » permettent d'effacer la saisie.
- Mise en place de l'auto-complétion lors de la saisie des dates : par exemple, si les touches « 1 » puis « VAL » sont appuyées, la date complétée sera 01/MM/AAAA (avec MM = mois en cours et AAAA = année en cours).
- Au démarrage, si le dernier niveau de la batterie est atteint, le message d'avertissement « Batterie faible » est affiché
- Lorsque l'écran du VITAL'ACT-3S est éteint, le lecteur peut être simplement en veille ou bien éteint. Dans les précédentes versions, l'extinction du lecteur est automatique au bout de 6 heures d'inactivité. La nouveauté de la version 2.22, est l'extinction du lecteur (au lieu de la mise en veille) lorsque le dernier niveau de la batterie est atteint. Cette action est réalisée lors de l'appui sur la touche ON/OFF par l'utilisateur ou bien lors du temps d'inactivité défini dans le menu « Paramètres lecteur »

Un écran intitulé 'PRESTATIONS' montrant une liste de services avec des valeurs numériques et des cases à cocher. En bas, il y a une zone de recherche avec 'MP_' et une loupe.

PRESTATIONS	
MPC	2,00
MPJ	5,00
MTA	20,00
SES	30,00
TDR	0,00

9_5 Situation PS

9_5_1 Corrections

Les IK et les trajets ne sont plus proposés pour les PS dont la spécialité n'est pas compatible avec les déplacements.

9_5_2 Évolutions

- Lors de la sélection d'une situation PS :
 - S'il n'y a qu'une seule situation en carte, un pop-up est affiché comportant le nom et le prénom du PS, ainsi que le numéro ADELI de la situation PS en carte



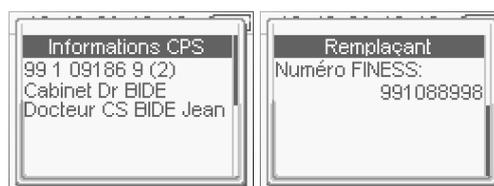
- Si plusieurs situations PS sont en carte, une liste est affichée comportant le numéro ADELI, le nom de la structure (si celui-ci est renseigné) permettant de sélectionner la situation voulue



- Lorsque plusieurs situations PS sont enregistrées dans le lecteur, un bandeau « Informations CPS » est affiché sur l'écran d'attente de la carte Vitale.



Un appui sur « + » lorsque ce bandeau est présent affiche un écran comportant le numéro ADELI, le nom de la structure et le nom et prénom du PS en cours. Si le PS a déclaré un remplaçant : le numéro ADELI du remplaçant est également inscrit. Si le PS est un remplaçant : le numéro ADELI, le nom et le prénom du titulaire sont affichés



- Pour un remplaçant, lors de la sélection du titulaire, le numéro ADELI, le nom et le prénom des titulaires sont affichés

← CHOIX TITULAIRE →

991091869 (2)	
CS BIDE	→
Jean	

10 Rappel des fonctionnalités de la version 2.21

10_1 Ergonomie générale

10_1_1 L'utilisation du clavier

10_1_1_1 Dans les écrans

- Les touches « DROITE » et « VAL » ont le même effet : elles permettent de valider l'écran.
- Les touches « GAUCHE » et « ANN » ont le même effet : elles permettent de revenir à l'écran précédent.
- Les touches « HAUT » et « BAS » permettent de se déplacer dans l'écran.



Les icônes ← et → sont maintenant affichées dans la barre des titres.

L'icône → est maintenant affichée dans le corps de l'écran pour indiquer que l'appui sur les touches « DROITE » ou « VAL » sélectionnera la ligne.

10_1_1_2 Dans les menus

- Les touches « DROITE », « GAUCHE », « HAUT » et « BAS » permettent de se déplacer.
- La touche « ANN » permet de sortir du menu.
- Les touches « ■■■ » et « VAL » permet de valider l'icône sélectionnée.



10_1_1_3 Dans les sous-menus

- Seule la touche « ■■■ » permet d'accéder à un sous-menu
L'icône ■■■ est maintenant affiché sur chaque ligne sur laquelle un sous-menu est disponible même lorsque la ligne n'est pas sélectionnée.
- Les touches « DROITE » et « VAL » permettent de sélectionner l'item.
L'icône → est maintenant affichée lorsque la touche est accessible.



10_1_1_4 Dans les écrans « Question »

- L'appui sur les touches « GAUCHE » ou « ANN » permet d'annuler la question et de revenir à l'écran précédent
- L'appui sur les touches « DROITE » ou « VAL » permettent de sélectionner la réponse à la question.



L'icône → est maintenant affichée dans les réponses lorsque la touche est accessible

10_1_1_5 Lors d'une saisie

Si le champ de saisie est vide ou s'il a déjà été validé (curseur en première position) :

- Si l'on appuie sur les touches « GAUCHE » ou « ANN », l'écran est annulé.
- Si l'on appuie sur les touches « DROITE » ou « VAL », l'écran est validé.

Si une saisie est en cours :

- Si l'on appuie sur les touches « GAUCHE » ou « ANN » :
 - la zone de saisie est effacée
 - le curseur se repositionne au début de la zone.
- Si l'on appuie sur les touches « DROITE », « VAL », « HAUT » ou « BAS » :
 - la saisie est contrôlée et validée
 - le curseur s'éteint
 - le symbole ✓ est affiché

Si un écran est composé d'une seule zone et que cette zone est éditable, un appui sur les touches « DROITE » ou « VAL », entraîne la validation de la saisie et de l'écran.

Le cadre de saisie est maintenant affiché sur la même ligne que le libellé à chaque fois que cela est possible.

Un cadre de saisie sur deux lignes est affiché pour les saisies supérieures à 20 caractères.

10_1_1_6 Pour cocher une case

Seule la touche « ■■■ » permet de cocher/décocher une case

10_1_2 Corrections de la saisie alphanumérique

Lorsqu'un appui long était effectué pour saisir un chiffre, le curseur se décalait

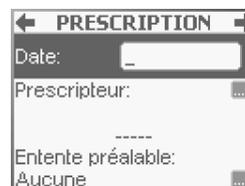
Le temps inter-touche a été modifié de 500 ms à 1 seconde, pour les saisies alphanumériques

La recherche alphanumérique dans une liste a été corrigée. Exemple : dans l'écran de sélection d'un acte, pour se positionner sur la ligne de l'acte V, l'appui sur la touche 8 (qui permet d'accéder aux lettres t, u et v dans la saisie alphanumérique) se positionnait de manière aléatoire sur la ligne voulue.

10_1_3 L'affichage

10_1_3_1 Les modifications

- Des lignes vides ont été remplacées par des séparateurs (-----).
- Le symbole € a été ajouté aux montants dans le récapitulatif des actes saisis et la quittance



- L'affichage des numéros de facture (FSE TLA, FSE PC, DRE PC) a été modifié. Il est maintenant affiché sous la forme :

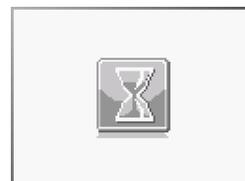
Entête	Numéro de facture
X X X	X X X X X X

- Le trait horizontal au milieu des écrans « pleins » a été supprimé.



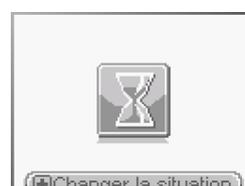
- L'icône indiquant que la touche « + » est accessible a été modifiée 
- Le libellé de certains messages d'information, d'avertissement et d'erreur a été modifié
- Le libellé de certains titres d'écrans a été modifié pour s'adapter à l'ajout des icônes  et 
- Le libellé de certains champs dans le corps des écrans a été modifié

- Des écrans **Action en cours** ont été ajoutés, pour que l'utilisateur ait un retour visuel de prise en compte sur un appui touche.
- Les icônes du menu ont été modifiées



10_1_3_2 Les durées

- Le temps d'affichage des messages d'information, d'avertissement et d'erreur est le même. La durée est paramétrable dans le menu.
- Le temps d'affichage de l'écran permettant de changer la situation en cours est modifiable dans le menu.



10_1_4 Paramètres par défaut du son

- Le son est activé par défaut.
- Les niveaux de volumes ont été modifiés.

10_1_5 Gestion de l'énergie

- Si le VITAL'ACT-3S est connecté à un PC en RS232, mais qu'il n'est pas alimenté :
 - il se met en veille après le nombre de secondes paramétré dans le menu **Paramètres Lecteur / Temps affichage / Écran accueil**. Il sort de veille sur les événements suivants :
 - L'appui sur une touche,
 - Le branchement sur de l'alimentation,
 - L'insertion d'une carte dans l'un des deux coupleurs externes
 - l'image de la pile indique le niveau de batterie restant.
- Si le VITAL'ACT-3S est connecté à un PC :
 - le rétro-éclairage est éteint. La version 2.21 permet d'allumer le rétro-éclairage du lecteur à la réception d'un ordre du poste de travail. Cette fonctionnalité est modifiable dans le menu.
 - l'animation de batterie en charge est remplacée par une batterie pleine, lorsque la charge est terminée,

- La batterie affichée sur l'écran d'accueil du mode nomade propose 3 niveaux $\geq 70\%$ () , $\geq 50\%$ () et $\geq 30\%$ () .



10_1_6 Initialisation du lecteur en mode nomade

- Tant qu'aucune CPS n'est insérée dans le lecteur, la saisie de l'entête FSE n'est pas demandée. Il est alors possible d'allumer le lecteur, de visualiser l'écran d'accueil et d'accéder au menu
- L'identification du terminal n'est imposée que lors de l'insertion de la première carte Vitale.
- Des problèmes lors de la saisie de l'entête FSE ont été corrigés.

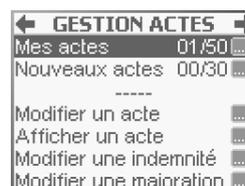
10_2 Le menu

Les images des icônes *Gestion actes*, *Paramètres lecteur*, *Paramètres CPS*, *Listes*, *Consulter données* et *Bloc notes* ont été modifiées.



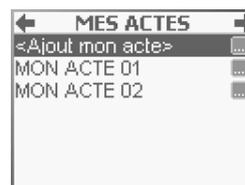
10_2_1 Gestion actes

- L'item *Associer actes* a été renommé en *Mes actes*.
- L'item *Nouvel acte* a été renommé en *Nouveaux actes*.

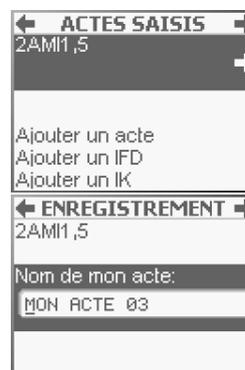


10_2_1_1 Mes actes

- Le nom par défaut d'une association a été modifié et est maintenant **MON ACTE XX**.
- La saisie de la quantité d'un acte est proposée.
- Les majorations **DA**, **DM** et le cumul **DE+DM** ne sont plus accessibles par les auxiliaires médicaux et les sages-femmes selon la réglementation.
- Les contrôles de réglementation ont été supprimés lors de la création d'une association d'actes ; ils sont effectués globalement lors de la création de la FSE en visite.
Étant donné que les actes d'une FSE peuvent être associés dans différentes fonctions :
 - Création d'une association d'actes dans le menu du lecteur VITAL'ACT-3S,
 - Création d'une association d'actes dans le logiciel VITAL'PC,
 - Création d'une FSE simple en mode nomade,Il paraît plus pertinent d'effectuer les contrôles à un seul endroit.



- Les zéros non significatifs n'apparaissent plus dans le coefficient.
- Le coefficient est toujours affiché pour les auxiliaires médicaux, même si celui-ci est à 1.
- Le titre de l'écran de sélection d'un nouvel acte est le code du premier acte sélectionné, suivi de **+...**
- Sur l'écran d'enregistrement de l'association, l'association créée est affichée.



- Dans l'écran de sélection d'une IFD, l'item **non remboursable** est affiché sur l'écran de sélection du type d'IFD.
- Dans l'écran de sélection d'une IK :
 - La sélection du type d'IK se fait dans une sous liste,

– L'item **non remboursable** est affiché sur le même écran.

- Après avoir sélectionné l'item **Ajouter acte**, sur l'écran récapitulatif, l'acte sélectionné par défaut est le dernier choisi.
- Les actes peuvent être supprimés un à un.
- Sur l'écran récapitulatif des actes saisis, les items **Ajouter un acte**, **Ajouter un IFD** et **Ajouter un IK** sont accessibles en appuyant sur les touches « DROITE » ou « VAL ».
- La validation de l'association se fait en se positionnant sur la première ligne puis en appuyant sur les touches « DROITE » ou « VAL ».

10_2_1_2 Nouveaux actes

Il est maintenant impossible de créer un acte dont le code commence par un espace.

10_2_1_3 Modifier un acte

Une correction a été apportée à la modification du taux. En effet, la modification était prise en compte même si l'écran était annulé.

10_2_1_4 Afficher un acte

- La colonne grisée qui indique les actes compatibles avec la spécialité du PS en cours est déplacée à droite. Son titre a été supprimé.
- Le titre de la colonne permettant de cocher les actes à afficher dans la liste de sélection modifiable a été modifié en **Afficher**.



Acte	Afficher	
AIS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
AMC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
AMK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

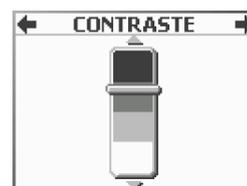
10_2_2 Paramètres lecteur

Le contenu des menus **Paramètres du lecteur** et **Paramètres de l'application** a été réorganisé. Ce menu contient maintenant les items :

- Contraste,
- Rétro-éclairage
- Son
- Verrouillage clavier
- Date
- Heure
- Temps affichage
- Vitesse du lecteur
- N° PAD

10_2_2_1 Contraste

- L'image de la barre de contraste a été modifiée : elle est maintenant verticale.
- Les touches « HAUT » et « BAS » permettent de régler le contraste.
- Les touches « DROITE » et « VAL » permettent de sortir de cet écran en validant la valeur sélectionnée
- Les touches « GAUCHE » et « ANN » permettent de sortir de cet écran sans enregistrer une nouvelle valeur.



10_2_2_2 Rétro-éclairage

- Un nouvel item a été ajouté : **Activer en connecté**. Il permet de choisir si le rétro-éclairage est activé à la réception d'un ordre en mode connecté.
- Si les cases des deux items sont décochées :
 - Le champ **Durée** est grisé et non accessible
 - Le rétro-éclairage s'éteint.



10_2_2_3 Son

- L'image de la barre de volume a été modifiée
- La case **Activer** a été supprimée : Pour désactiver le son, il faut le mettre à zéro.
- Les touches « HAUT » et « BAS » permettent de régler le contraste.
- Les touches « DROITE » et « VAL » permettent de sortir de cet écran en validant la valeur sélectionnée
- Les touches « GAUCHE » et « ANN » permettent de sortir de cet écran en conservant l'ancienne valeur.



10_2_2_4 Temps affichage

- Lors de l'accès à cet écran, si la touche « BAS » était appuyée, le lecteur ne répondait plus. Ce problème a été corrigé.
- Le paramétrage du temps d'affichage du bandeau **Changer de situation** a été ajouté.
- Le paramétrage du temps d'affichage des messages d'informations, d'avertissements et d'erreurs a été ajouté. Il est identique pour tous.



10_2_2_5 Vitesse du lecteur

Des vitesses de communication avec le PC lorsque le VITAL'ACT-3S est connecté en RS232 ont été ajoutées. Les valeurs possibles sont :

- 1 = 9600 bauds
- 2 = 19600 bauds
- 4 = 38400 bauds
- 6 = 57600 bauds
- 12 = 115200 bauds

10_2_3 Paramètres CPS

Le cadre de l'item **Date installation en zone sous-médicalisée** englobe maintenant les 2 lignes du titre.



10_2_3_1 Paramétrer remplaçant

- L'item **Numéro de CPS** a été renommé en **Numéro FINESS**
- L'item **Numéro FINESS** est grisé et n'est pas accessible si la case **Activer** est décochée.
- Lorsque l'on coche la case **Activer**, l'item **Numéro FINESS** est sélectionné par défaut.

- Lorsqu'un remplaçant est désactivé, selon le cahier des charges, il doit être supprimé. Le message d'action en cours pouvait être ambigu, c'est pourquoi le message **Suppression CPS** a été renommé en **Suppression de la CPS du remplaçant**.
- Lorsqu'un remplaçant est modifié, le remplaçant actif doit être supprimé puis le nouveau remplaçant doit être enregistré. Le message d'action en cours pouvait être ambigu, c'est pourquoi le message **Suppression CPS** a été renommé en **Mise à jour des données remplaçant**.

10_2_4 Listes

10_2_4_1 Prescripteurs

L'item **Numéro de CPS** a été renommé en **Numéro FINESS**



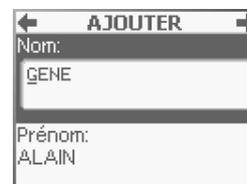
← MODIFIER →	
Numéro FINESS:	991086398
Nom:	DUNERF
Prénom:	

10_2_4_2 Mutuelles

- Si le nom de la mutuelle n'est pas saisi, il est égal au numéro.
- Lors de l'enregistrement d'une mutuelle, l'utilisateur doit indiquer si cette mutuelle est en gestion séparée. Si la case n'est pas cochée, alors la mutuelle est en gestion unique par défaut.

10_2_4_3 Médecins orienteurs

- La zone de saisie du nom du médecin orienteur est proposée sur deux lignes afin de pouvoir saisir 25 caractères.
- Le champ **Nom du médecin** orienteur doit contenir au moins un caractère différent d'un espace
- Le champ **Prénom du médecin orienteur** doit contenir au moins un caractère différent d'un espace



← AJOUTER →	
Nom:	GENE
Prénom:	ALAIN

10_2_5 Paramètres application

Le contenu des menus **Paramètres du lecteur** et **Paramètres de l'application** a été réorganisé. Ce menu contient maintenant les items :

- Gestion trifente
- Entête FSE
- Supprimer CPS
- Maintenance.

Les touches « GAUCHE » et « ANN » permettent de sortir de cet écran sans enregistrer des valeurs modifiées.

10_2_5_1 Supprimer CPS

- Cette fonction a été ajoutée pour permettre de supprimer une situation de facturation, même si la carte correspondante n'est pas présente dans le lecteur.
- Il est demandé de retirer la carte CPS systématiquement après la suppression d'une situation de facturation.

10_2_5_2 Entête FSE

Un message d'erreur est affiché si l'entête FSE saisie n'est pas valide dès l'appui sur la touche « DROITE » ou « VAL ».

10_2_5_3 Maintenance

Ce menu de maintenance a été réorganisé.

Après avoir saisi le premier code, un second mot de passe est demandé qui est égal à **24680** ou le code généré à partir de l'aléa. Ce menu permet d'accéder aux fonctions suivantes :

- Effacer tout le lecteur
- Effacer une section
- Infos XIRING

Une description de ce menu est disponible au 11.

10_2_6 Consulter données

- Une nouvelle fonction a été ajoutée dans ce menu qui permet de supprimer un patient.
- Les données d'un patient sont maintenant affichées dans une sous liste.

10_2_7 Tables

- L'accès à ce menu est dorénavant protégé par un code qui égal à **0805**.
- De nouveaux éléments réglementaires ont été ajoutés pour être conforme aux dernières fiches règlementaires.
- L'icône  est affichée sur toutes les lignes et indique que les items sont maintenant accessibles par un appui sur la touche « ■■■ », et non plus sur la touche « DROITE ».

10_2_8 Quitter

Le menu **Bloc-notes** a été supprimé. L'emplacement de cette fonction permet maintenant de quitter le menu.

10_3 Gestion des cartes Vitale

- Un problème survenait de manière aléatoire lors de l'insertion d'une carte Vitale : l'écran oscillait rapidement entre les écrans **Introduisez la carte Vitale** et **Lecture carte**). Ce problème a été corrigé.
- La détection de la connexion est maintenant réalisée lorsque la carte Vitale est insérée et que le lecteur affiche le menu Vitale.
- Le retrait de la carte Vitale n'est plus imposé à la fin d'un traitement (**Acte isolé**, **Enregistrer patient**, **Bon d'examen** ou **Sécuriser facture**), ce qui permet de réaliser plusieurs opérations sans retirer la carte.
- Pour les auxiliaires médicaux et les sages-femmes, la recherche de factures PC à sécuriser est systématiquement effectuée après la lecture de la carte Vitale quelle que soit la fonction choisie. Ceci permet de proposer les factures en attente de sécurisation pour tous les patients présents sur la carte.

10_4 Bon d'examen

10_4_1 Sélection du bénéficiaire

- Lors de la sélection du bénéficiaire des soins, les informations complémentaires du patient sont accessibles par l'appui sur la touche « **■ ■ ■** ». Ces informations sont maintenant affichées dans un écran de type sous-liste.
- Les informations du patient étant affichées dans une sous-liste, la validation de cet écran permet de revenir à la sélection du bénéficiaire.



10_4_2 Prise en charge

- Les conditions de proposition des contextes **Maladie**, **Maternité** et **Accident du travail** contenaient des erreurs. Elles ont été corrigées.
- Les données du contexte de prise en charge sont réinitialisées chaque fois que l'on change de contexte.

10_4_2_1 Maladie

La date de l'accident de la vie privée n'est plus renseignée par défaut avec la date du jour.

10_4_2_2 Accident du travail

- Si des accidents du travail sont présents dans la carte Vitale, l'item **<Nouvel AT>** est tout de même affiché.
- Si une erreur est détectée lors de la saisie de la date de l'accident, un message est affiché, puis le lecteur se repositionne sur l'écran de saisie.

10_4_2_3 Maternité

- La date de maternité n'est plus renseignée par défaut avec la date du jour.
- Si la date de maternité est invalide, un message est affiché, puis le lecteur se repositionne sur l'écran de saisie.

10_4_3 Bon d'examen

- Le bon d'examen propose maintenant les informations relatives à l'organisme complémentaire.
- Une confirmation est demandée pour quitter le bon d'examen.

10_5 Enregistrer patient

10_5_1 Sélection du bénéficiaire

- Lors de la sélection du bénéficiaire des soins, les informations complémentaires du patient sont accessibles par l'appui sur la touche « **■ ■ ■** ». Ces informations sont maintenant affichées dans un écran de type sous-liste.
- Les informations du patient étant affichées dans une sous-liste, la validation de cet écran permet de revenir à la sélection du bénéficiaire.



un
la

10_5_2 Prise en charge

- Les conditions de proposition des contextes **Maladie**, **Maternité** et **Accident du travail** contenaient des erreurs. Elles ont été corrigées.
- Les données du contexte de prise en charge sont réinitialisées chaque fois que l'on change de contexte.

10_5_2_1 Maladie

La date de l'accident de la vie privée n'est plus renseignée par défaut avec la date du jour.

10_5_2_2 Accident du travail

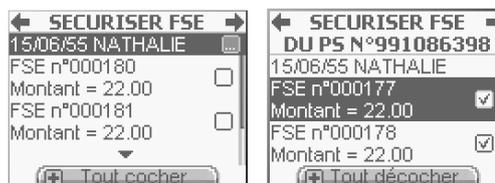
- Si des accidents du travail sont présents dans la carte Vitale, l'item **<Nouvel AT>** est tout de même affiché.
- Si une erreur est détectée lors de la saisie de la date de l'accident, un message est affiché, puis le lecteur se repositionne sur l'écran de saisie.

10_5_2_3 Maternité

- La date de maternité n'est plus renseignée par défaut avec la date du jour.
- Si la date de maternité est invalide, un message est affiché, puis le lecteur se repositionne sur l'écran de saisie.

10_6 Sécuriser facture

- Si aucune facture PC n'est enregistrée sur le lecteur, un message d'information est affiché.
- Si une ou plusieurs factures sont présentes dans le lecteur pour la carte Vitale insérée, l'application propose :
 - la sécurisation des factures réalisées par la CPS en cours
 - puis la sécurisation désynchronisée des factures réalisées par les autres PS.L'utilisateur doit cocher les factures qu'il veut sécuriser.
- La touche « + » permet de sélectionner ou désélectionner toutes les factures.
- Si aucune case n'est cochée lors de la validation de l'écran, une confirmation est demandée.
- Si une seule case est cochée, l'application :
 - Sécurise la facture,
 - Affiche la quittance
 - Poursuit le traitement sans proposer de nouveau la liste des factures.
- Si plusieurs cases sont cochées, les factures sélectionnées sont sécurisées, puis le lecteur récapitule le nombre de factures sécurisées.



- Les données du bénéficiaire sont affichées dans les quittances.

10_7 Acte isolé

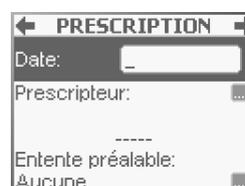
10_7_1 Sélection du bénéficiaire

- Lors de la sélection du bénéficiaire des soins, les informations complémentaires du patient sont accessibles par l'appui sur la touche « ■■■ ». Ces informations sont maintenant affichées dans un écran de type sous-liste.
- Les informations du patient étant affichées dans une sous-liste, la validation de cet écran permet de revenir à la sélection du bénéficiaire.



10_7_2 Prescription (pour les auxiliaires médicaux)

- La date de prescription n'est plus renseignée par défaut avec la date du jour
- La date de prescription est sélectionnée par défaut.
- L'item **Prescripteur** est affiché sur deux lignes lorsqu'il n'est pas renseigné, et sur trois lignes lorsqu'il l'est.
- L'item **Entente préalable** est affiché sur deux lignes.
- La date d'entente préalable n'est plus renseignée par défaut avec la date du jour
- L'antériorité de la date d'entente préalable à la date de prescription n'était pas contrôlée. Ce problème a été corrigé



10_7_3 Prise en charge

- Les conditions de proposition des contextes **Maladie**, **Maternité** et **Accident du travail** contenaient des erreurs. Elles ont été corrigées.
- Les données du contexte de prise en charge sont réinitialisées chaque fois que l'on change de contexte.

10_7_3_1 Maladie

La date de l'accident de la vie privée n'est plus renseignée par défaut avec la date du jour.

10_7_3_2 Accident du travail

- Si des accidents du travail sont présents dans la carte Vitale, l'item **<Nouvel AT>** est tout de même affiché.
- Si une erreur est détectée lors de la saisie de la date de l'accident, un message est affiché, puis le lecteur se repositionne sur l'écran de saisie.

10_7_3_3 Maternité

- La date de maternité n'est plus renseignée par défaut avec la date du jour.
- Si la date de maternité est invalide, un message est affiché, puis le lecteur se repositionne sur l'écran de saisie.

10_7_4 Parcours de soins (pour les prescripteurs)

- Le champ correspondant au type de parcours de soins est affiché sur deux lignes.
- Les libellés du parcours de soins ont été modifiés pour s'adapter à la nouvelle zone d'affichage.



- Le champ **Traitant déclaré** peut être renseignée par défaut, même si la ligne est grisée.
- Lorsque le type de parcours de soins choisi nécessite le renseignement de l'un des autres items, celui-ci est automatiquement sélectionné.

10_7_5 Règlement

- Le titre **Tiers-payant** a été renommé en règlement.
- Si le patient a une mutuelle en carte, un message d'information affiche le nom de cette mutuelle.
Ce message est ensuite de nouveau disponible sur l'écran de sélection du type de tiers-payant en appuyant sur la touche « + ».
- La sélection du type de tiers-payant se fait maintenant par les quatre choix suivants :
 - Pas de tiers-payant
 - Tiers-payant AMO
 - Tiers-payant AMO+AMC
 - Tiers-payant AMC.
- Si la transmission via un OCT est activée, une ligne supplémentaire est ajoutée : **Utiliser complémentaire**.



10_7_5_1 Complémentaire

- Si une mutuelle ou un code service est en carte, les informations suivantes sont affichées :
 - Son numéro,
 - L'état des droits : ouverts ou fermés.
- Si aucune mutuelle ou code service n'est inscrit dans la carte, cette information est affichée.
- Le renseignement des données relatives à la part complémentaire a été modifié dans sa présentation. Il est maintenant proposé à l'utilisateur trois choix :
 - Utiliser les données de la carte,
 - Indiquer qu'une attestation mutuelle a été présentée
 - Et/ou forcer le code service. Dans ce cas, un item supplémentaire est affiché, permettant de saisir le code service à utiliser.



10_7_5_2 Mutuelle

- Si l'utilisateur coche la case **Il s'agit d'une CMU**, les mutuelles **99999997**, **88888888** et **55555551** sont ajoutées à la liste des mutuelles enregistrées par l'utilisateur.
- Si l'utilisateur sélectionne **<Ajout mutuelle>** en ayant préalablement choisi d'utiliser les données en carte, le numéro de la mutuelle en carte est proposé par défaut dans le champ **Numéro**.
- Les mutuelles autres que **99999997**, **88888888** et **55555551** sont classées par ordre alphabétique.



10_7_5_3 Attestation

Cet écran permet de sélectionner la nature de la pièce justificative dans les cas suivants :

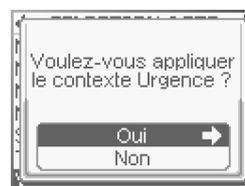
- Si la mutuelle est une CMU en gestion unique.
- Si la mutuelle est en gestion unique, l'utilisateur peut également saisir le numéro d'adhérent et le type de contrat.
- Si la mutuelle est en gestion séparée, l'utilisateur peut également saisir



le numéro d'adhérent, la zone libre 1 et la zone libre 2.

10_7_6 Sélection d'un acte

- Lors de la sélection d'un acte NGAP,
 - Si l'utilisateur est un prescripteur, les touches du clavier ont la fonction suivante :
 - La touche « ■■■ » permet de sélectionner l'acte et d'accéder aux paramètres de l'acte
 - Les touches « DROITE » ou « VAL » permettent de sélectionner l'acte sans afficher son paramétrage.
 Ce comportement est valable pour tous les actes NGAP, excepté pour l'acte **XYZ** qui doit obligatoirement être renseigné.
 - Si l'utilisateur est un auxiliaire médical, les touches du clavier ont la fonction suivante :
 - La touche « ■■■ » est sans effet pour obliger l'utilisateur à renseigner les paramètres de l'acte. L'icône ■■■ a été supprimée
 - Les touches « DROITE » ou « VAL » permettent de sélectionner l'acte et d'accéder aux paramètres de l'acte.
- Si l'acte sélectionné est inscrit dans la table 5bis – **Prestations relatives au contexte d'urgence** - et que ce contexte d'urgence n'a pas été sélectionné dans l'écran **Parcours de soins**, un message proposant de l'appliquer est proposé.



10_7_6_1 Sélection du premier acte

- S'il existe des associations d'actes enregistrés par l'utilisateur, elles sont proposées par défaut :
 - Elles sont affichées par ordre alphabétique,
 - Il est possible d'effectuer une recherche par le clavier alphanumérique,
 - La navigation se fait également par l'appui des touches « HAUT » et « BAS »,
 - L'accès à la sélection des actes NGAP est indiqué par l'affichage de l'icône +
 - La sélection d'une association se fait par les touches « DROITE » ou « VAL »
- Si l'utilisateur appuie sur la touche « + » ou s'il n'a pas d'actes mémorisés des associations d'actes, la sélection des actes NGAP est proposée :
 - Ils sont affichés par ordre alphabétique,
 - Il est possible d'effectuer une recherche par le clavier alphanumérique,
 - La navigation se fait également par l'appui des touches « HAUT » et « BAS »,
 - Si des associations d'actes sont enregistrées, l'affichage de l'icône + indique qu'il est possible de retourner à leur sélection.



10_7_6_2 Sélection des actes suivants

Lorsqu'un premier acte a été sélectionné et ajouté à la FSE, les modifications appliquées à cet écran de sélection d'un acte sont les suivantes :

- Le titre est modifié et devient le code du premier acte sélectionné, suivi de +...
- La liste d'actes proposée par défaut est celle des actes NGAP et non plus celle des associations d'actes. Il est toujours possible d'accéder aux associations d'actes par l'appui sur la touche « + ».



- L'acte surligné par défaut est le dernier sélectionné.

10_7_6_3 Paramètres d'un acte

- Le paramétrage de l'acte **HN** est accessible mais ne permet que la saisie du montant.
- Les majorations **DA**, **DM** et cumul **DE+DM** ne sont plus proposées aux auxiliaires médicaux et aux sages-femmes.
- Le taux de prise en charge de l'acte est affiché, grisé.
- Si l'acte est exonéré, le forçage du taux n'est pas accessible.
- La fonction de saisie du champ **Quantité d'un acte** a été ajoutée.
- Un problème d'affichage du taux dans l'écran **Forçage taux** a été corrigé.

10_7_7 Actes saisis

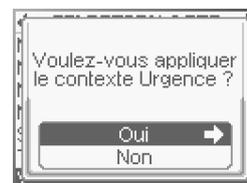
- Les touches « GAUCHE » ou « ANN » permettent d'annuler le dernier acte ajouté : seul le récapitulatif des actes est mis à jour. Si le contexte du parcours de soins a été modifié par le lecteur à cause de l'acte supprimé, ou s'il existe une ambiguïté sur le parcours de soins (urgence, exclus), cette annulation provoque le retour à l'écran **Parcours de soins**.
- Si l'utilisateur veut supprimer le seul acte saisi, le lecteur revient à l'écran **Sélection acte**.



- La sélection des fonctions **Ajouter un acte**, **Ajouter un IFD** ou **Ajouter un IK** se fait par l'appui sur les touches « DROITE » ou « VAL ».
- La validation de la FSE pour lancer la sécurisation se fait par l'appui sur les touches « DROITE » ou « VAL » lorsque la première ligne est sélectionnée.

10_7_8 Indemnités de déplacement (IFD, IK)

- La sélection de l'indemnité IFA est gérée de la même manière que toutes les autres indemnités.
- Si un seul type d'IFD est compatible avec la spécialité de la CPS, l'indemnité est affichée et grisée.
- Si plusieurs types d'IFD sont compatibles, l'icône  est affichée, et la liste des IFD est accessible en appuyant sur la touche « ... ».
- Si l'indemnité sélectionnée est inscrite dans la table 5bis et que le contexte d'urgence n'est pas appliqué, il est proposé au PS de le faire.
- Si l'indemnité sélectionnée est inscrite dans la table 5bis – **Prestations relatives au contexte d'urgence** - et que ce contexte d'urgence n'a pas été sélectionné dans l'écran **Parcours de soins**, un message proposant de l'appliquer est proposé.
- Un problème d'affichage de la part obligatoire des IK a été corrigé.
- Le problème de gestion de la touche « ANN » dans l'écran de remboursement des IK a été corrigé.



10_7_9 Prescription (pour les sages-femmes)

L'annulation par l'appui sur les touches « GAUCHE » ou « ANN » de la question **Voulez-vous saisir les données de la prescription ?** a été corrigée : le lecteur affiche, de nouveau l'écran **Actes saisis**.

10_7_10 Sécurisation de la facture

- La sélection du choix quant à l'action à réaliser sur la FSE a été modifiée : il faut se positionner sur l'action désirée et la valider en appuyant sur les touches « DROITE » ou « VAL ».
- Un écran du type **Action en cours** a été ajouté dès la validation du choix **Sécuriser la FSE** afin de montrer à l'utilisateur que son action a été prise en compte.



10_7_11 Quittance

- Le libellé **Dû** a été renommé en **A payer**.
- Si la FSE a été réalisée en hors tiers-payant ou en tiers-payant sur la partie obligatoire, la part remboursable par la caisse est affichée
- Si la FSE a été réalisée en tiers-payant sur la partie obligatoire et sur la partie complémentaire, les parts remboursables par la caisse et par la mutuelle sont affichées
- Si la FSE a été réalisée en tiers-payant sur la partie complémentaire seule, la part remboursable par la mutuelle est affichée
- Le sous-titre de section **Tiers-payant** a été renommé en **Règlement**.

10_8 Intégration des fiches règlementaires

10_8_1 Fiche n°59 v3

Les actes **CG** et **SP** sont compatibles avec la majoration **Milieu de nuit** (Application de l'article 14 des dispositions générales de la NGAP)

10_8_2 Fiche n°77

Les arrêtés des 13 et 14 janvier 2010 étendent le cadre de la vaccination contre la grippe A H1N1 au secteur ambulatoire.

Les médecins libéraux sont rémunérés pour les actes de vaccination contre la grippe A H1N1 réalisés au cours d'une séance de vaccination spécifique et collective au cabinet du médecin ou au domicile du patient.

Cette évolution nécessite la création du code prestation VAC – Acte de vaccination grippe A H1N1

11 Maintenance

Pour faciliter les interventions de la maintenance, de nouvelles fonctionnalités ont été ajoutées dans le VITAL'ACT-3S :

- Permettre d'effacer la mémoire du lecteur sans outil externe à fournir à l'utilisateur (du type EraseDataFlash pour les lecteurs Baladeur Santé)
- Afficher un menu d'informations du lecteur plus complet que celui accessible via le menu *Infos lecteur*.

Les objectifs de ces fonctions doivent être :

- faciles à expliquer à un utilisateur par téléphone,
- relativement dissimulées,
- protégées pour éviter des erreurs de manipulations.

Pour répondre à ces objectifs, ces fonctionnalités sont accessibles dans le menu **Paramètres application / Paramétrage**, et protégées par deux mots de passe.

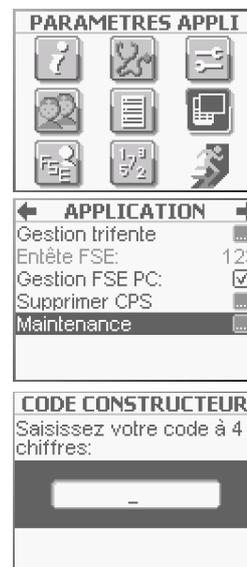
De plus, deux modes d'effacement de la mémoire sont proposés :

- Effacement d'une section : effacement d'une section de données de la mémoire.
- Effacement du lecteur :
 - Effacement des données TLA : tous les PS, l'entête FSE, l'identification terminal, ...
 - Effacement des données systèmes : Vitesse, niveau du contraste, ...

11_1 Accès

Pour accéder au menu maintenance :

- A partir de l'écran d'accueil (**Introduisez la carte CPS** ou **Introduisez la carte Vitale**), appuyer sur la touche « ■■■ ». L'écran suivant apparaît :
- Déplacer le curseur jusqu'à l'icône **Paramétrage appli** avec les touches de navigation puis valider avec la touche « ■■■ » ou la touche « VAL ». Le menu suivant apparaît alors à l'écran :
- Déplacer le curseur jusqu'à la ligne **Maintenance** avec les touches de navigation puis valider avec la touche « ■■■ ». Un écran apparaît alors, demandant la saisie du code constructeur.



11_2 Code d'accès

Le code constructeur a pour valeur : **6742**

Si l'utilisateur annule la saisie du code (en appuyant sur les touches « GAUCHE » ou « ANN ») ou saisit un code incorrect, le lecteur retourne au menu paramétrage.

Après la saisie d'un code correct, le lecteur affiche un aléa de 6 caractères :



L'utilisateur doit fournir ce nombre à son éditeur/mainteneur, car il permet de générer le code de maintenance.

La fenêtre de saisie du code de maintenance apparait ensuite :

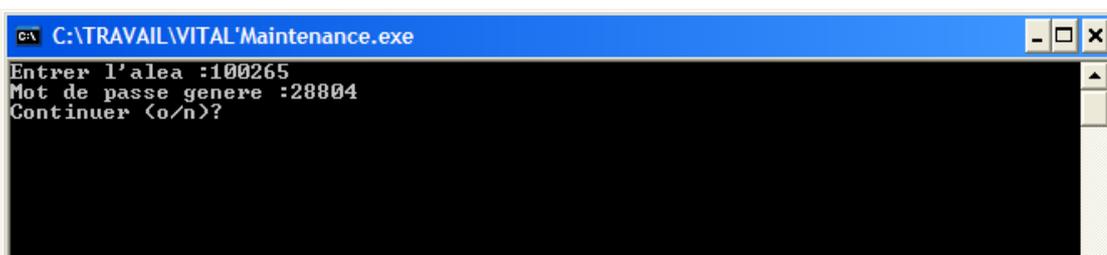
Deux types de codes peuvent être utilisés :

- Le code maintenance généré à partir de l'aléa
- Le code statique destiné aux éditeurs. Il a pour valeur **24680**



Pour obtenir le code maintenance, l'éditeur doit lancer le programme **VITAL'Maintenance.exe** (ce programme est disponible, sur demande auprès d'Ingenico)

Il faut alors saisir l'aléa donné par le lecteur pour obtenir le code maintenance correspondant.

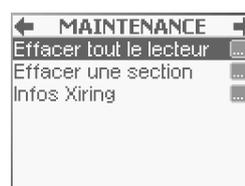


Si l'utilisateur annule la saisie du code (en appuyant sur les touches « GAUCHE » ou « ANN ») ou saisit un code incorrect, le lecteur retourne au menu paramétrage.

Après la saisie d'un code correct, le lecteur affiche le menu de maintenance.

Les items accessibles sont :

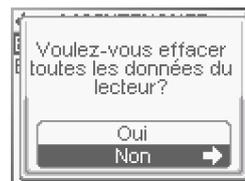
- **Effacer tout le lecteur** : permet d'effacer toutes les données du lecteur.
- **Effacer une section** : permet d'effacer une section de données de la mémoire du lecteur.
- **Infos XIRING** : permet de consulter des informations du lecteur.



11_3 Les fonctionnalités

11_3_1 Effacer tout le lecteur

Lorsque l'utilisateur sélectionne la ligne **Effacer tout le lecteur** dans le menu de maintenance, une demande de confirmation est proposée à l'utilisateur.



- Si l'utilisateur sélectionne **Non**, alors le lecteur retourne au menu maintenance
- Si l'utilisateur sélectionne **Oui**, alors le lecteur efface les données Lecteur. Le message de d'information suivant s'affiche :



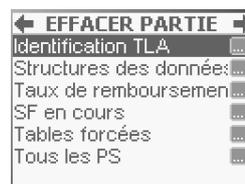
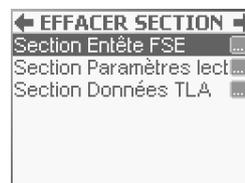
Une fois ce message validé, le lecteur redémarre automatiquement.

11_3_2 Effacer une section

Lorsque l'utilisateur sélectionne la ligne **Effacer une section** dans le menu de maintenance, un nouvel écran est proposé à l'utilisateur.

Trois choix sont proposés :

- **Section Entête FSE** : permet d'effacer l'entête FSE et le flag d'identification du terminal
- **Section Paramètres lect** : permet d'effacer les paramètres du lecteur (Contraste, Son, ...)
- **Section Données TLA** : lorsque l'utilisateur sélectionne cette ligne, un nouvel écran est proposé avec 6 choix :



11_3_2_1 Section Entête FSE

Lorsque l'utilisateur sélectionne cette ligne (en appuyant sur la touche « **...** »), une confirmation est demandée. Après validation, un message d'information est affiché et le lecteur redémarre.



11_3_2_2 Section Paramètres lect

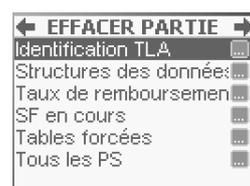
Lorsque l'utilisateur sélectionne cette ligne (touche « **...** »), une confirmation est demandée. Après validation, un message d'information est affiché et le lecteur redémarre.



11_3_2_3 Section Données TLA

Lorsque l'utilisateur sélectionne cette ligne, un nouvel écran est proposé avec 6 choix :

- **Identification TLA** : le lecteur ne sera plus activé, il faut l'identifier avec un logiciel PdT
- **Structure des données** : effacement des données concernant situation de facturation sauf le numéro de facturation
- **Taux de remboursement** : réinitialisation du taux de remboursement de toutes les prestations
- **SF en cours** : effacement de la situation de facturation en cours
- **Tables forcées** : réinitialisation des tables de forçages
- **Tous les PS** : effacement de toutes les situations de facturation enregistrées sur le lecteur



une

Lorsque l'utilisateur sélectionne une de ces lignes (touche « ■■■ »), une confirmation est demandée. Après validation, un message d'information est affiché et le lecteur redémarre, par exemple :



11_3_3 Infos XIRING

Cet item donne accès à un écran d'informations composé de trois parties :

- Informations sur le software, où l'on peut en particulier voir le numéro de version sur 4 nombres et la taille de l'application :



- Informations sur le Firmware, où l'on peut en particulier voir le numéro de version sur 4 nombres et la taille du Firmware :



- Informations sur le lecteur, où l'on peut en particulier voir le PID et l'état des connectiques, ainsi que l'avancement de la charge de la batterie :



12 Tables règlementaires

12_1 Fonctionnement général

Pour accéder aux tables règlementaires :

- A partir de l'écran d'accueil (**Introduisez la carte CPS** ou **Introduisez la carte Vitale**), appuyer sur la touche « ■■■ ». L'écran suivant apparaît :



- Un écran apparaît alors, demandant la saisie du code d'accès :
Le code d'accès a pour valeur : **0805**
Si l'utilisateur annule la saisie du code (en appuyant sur les touches « GAUCHE » ou « ANN ») ou saisit un code incorrect, le lecteur retourne au menu.



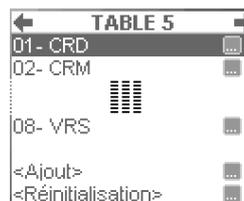
- Un menu proposant la liste des tables pouvant être forcées est alors affiché :
Pour sélectionner une table, l'utilisateur doit appuyer sur la touche « ■■■ ». La sélection d'une table entraîne l'affichage de la table sélectionnée.

Si l'utilisateur appuie sur les touches « GAUCHE » ou « ANN », le lecteur retourne au menu.



12_1_1 Affichage général d'une table

L'affichage s'effectue sous la forme d'un menu :



12_1_2 Sélection d'une ligne

Lorsque l'utilisateur sélectionne une ligne (ligne ajoutée ou appartenant à la table initiale), 2 cas peuvent se présenter :

- Soit l'affichage de la ligne nécessite d'être détaillée : toutes les informations ne pouvaient être affichées sur une seule ligne. Dans ce cas, lorsque l'utilisateur appuie sur la touche « ■■■ », le détail de la ligne sélectionnée est affichée. L'appui sur les touches « DROITE » ou « VAL » permet de choisir si la ligne doit être supprimées ou non.
- Soit l'affichage de la ligne ne nécessite pas d'être détaillée : toutes les informations ont pu être affichées sur une seule ligne. Dans ce cas, lorsque l'utilisateur appuie sur la touche « ■■■ », il est alors demandé à l'utilisateur s'il souhaite ou non supprimer la ligne.

12_1_3 Ajout d'une ligne

- L'ajout d'une ligne n'est possible que si le nombre maximum de lignes à ajouter n'a pas été atteint : si l'item <Ajout> n'est pas grisé, il est alors possible d'ajouter une ligne.
- Les lignes ajoutées par les utilisateurs sont toujours affichées après celles déjà inscrites lors de la création du logiciel.
- La saisie des informations d'une ligne dépend de la table considérée et sera détaillée dans la suite de ce document.
- Attention, aucun contrôle n'est effectué par rapport aux autres lignes saisies (pas de contrôles de doublon ou de cohérence).

12_1_4 Réinitialisation de la table

Lorsque l'utilisateur choisit de réinitialiser la table, une confirmation est demandée à l'utilisateur. S'il confirme, la table est réinitialisée : identique à la sortie d'usine.

12_1_5 Remarque

Si l'utilisateur souhaite modifier une ligne, alors il doit dans un premier temps supprimer cette ligne, puis dans un second temps, il doit ajouter une nouvelle ligne en saisissant les nouveaux paramètres.

12_2 Description des tables

12_2_1 Table 5 : Prestations relatives à la permanence des soins

Dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte suite à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de la permanence de soins, la dispense d'avance de frais doit être proposée sur la part AMO par le Professionnel de Santé (le bénéficiaire des soins peut refuser la dispense d'avance des frais).

Cette table contient la liste des codes prestation relatifs à la permanence des soins.

TABLE 5	
01- CRD	...
02- CRM	...
03- CRN	...
04- CRS	...
05- VRD	...
06- VRM	...
07- VRN	...
08- VRS	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

- Description de l'affichage
Chaque ligne contient uniquement un code prestation relatif. Ainsi, lors de la sélection d'une ligne, l'application propose directement la suppression de celle-ci.
- Nombre maximum de lignes en ajout
Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à cette table est **3**
- Saisie d'une ligne à ajouter

L'utilisateur sélectionne une prestation parmi la liste des prestations.

12_2_2 Table 5 bis : Prestations relatives au contexte d'« Urgence »

Certaines prestations induisent nécessairement le contexte d'**Urgence** au regard du parcours de soins.

Cette table contient la liste des codes prestation demandant obligatoirement le contexte d'**Urgence**.

- Description de l'affichage
Chaque ligne de la table contient uniquement un code prestation (**Actes**, **Indemnité** ou **Majoration**). Ainsi, lors de la sélection d'une ligne, l'application propose directement la suppression de celle-ci.
- Nombre maximum de lignes en ajout
Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à cette table est **5**
- Saisie d'une ligne à ajouter
L'utilisateur sélectionne dans un premier écran le type de prestation (**Actes**, **Indemnité** ou **Majoration**) et dans un second écran une prestation parmi la liste.

TABLE 5 BIS	
01- N	...
02- U	...
03- F	...
04- CRD	...
05- CRM	...
06- CRN	...
07- CRS	...
08- IK	...
09- IKM	...
10- IKS	...
11- KA	...
12- MD	...
13- MDD	...
14- MDE	...
15- MDI	...
16- MDN	...
17- MM	...
18- V	...
19- VA	...
20- VNP	...
21- VRD	...
22- VRM	...
23- VRN	...
24- VRS	...
25- VS	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

12_2_3 Tables 11 : Conditions d'élaboration d'une FSE en nature d'assurance AT ou aux accidents de la vie privée

12_2_3_1 Table 11.2 : Contrôle de l'acceptation d'une FSE Accident du Travail par régime

Cette règle a pour objet de vérifier que le régime et ou la caisse d'affiliation maladie de l'assuré accepte une feuille de soins électronique au risque **Accident du Travail**.

- Description de l'affichage
 - Chaque ligne de la table contient uniquement un organisme. Ainsi lors de la sélection d'une ligne, l'application propose directement la suppression de celle-ci.
 - Les caractères **X** indiquent une partie du numéro d'organisme qui ne sera pas contrôlée. Par exemple la ligne **99 XXX XXX** correspond à tous les numéros d'organisme du régime 99.
 - Par rapport à la table 11.2 du cahier des charges, ici seuls les organismes refusant l'acceptation d'une FSE AT sont traités.
- Nombre maximum de lignes en ajout
Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à cette table est **5**
- Saisie d'une ligne à ajouter
L'utilisateur saisit un numéro d'organisme sur 9 caractères. La saisie est alphanumérique mais seuls les caractères numériques (0 à 9) et les **X** sont acceptés.

Attention : pour qu'ils puissent être interprétés, les caractères **X** doivent être saisis par bloc et ne doivent correspondre qu'au numéro de caisse ou au numéro de centre. Ainsi, il est possible de saisir un code caisse à **XXX** et ou un code centre à **XXXX**.

TABLE 11.2	
01- 02 571 XXXX	...
02- 02 575 XXXX	...
03- 02 579 XXXX	...
04- 02 671 XXXX	...
05- 02 675 XXXX	...
06- 02 679 XXXX	...
07- 02 681 XXXX	...
08- 02 685 XXXX	...
09- 02 689 XXXX	...
10- 08 XXX XXXX	...
11- 09 XXX XXXX	...
12- 10 XXX XXXX	...
13- 12 XXX XXXX	...
14- 14 XXX XXXX	...
15- 15 XXX XXXX	...
16- 16 XXX XXXX	...
17- 91 XXX XXXX	...
18- 92 XXX XXXX	...
19- 93 XXX XXXX	...
20- 94 XXX XXXX	...
21- 95 XXX XXXX	...
22- 96 XXX XXXX	...
23- 99 XXX XXXX	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

Par contre, par exemple, pour un organisme saisi à **9X1231234**, le code régime sera considéré comme inconnu et pour un organisme saisi à **011231234X**, le numéro de centre sera considéré comme inconnu.

12_2_3_2 Table 11.3 : Contrôle de l'acceptation d'une FSE Accident du Travail pour les premiers soins

Cette règle a pour objet de vérifier que l'organisme gestionnaire de l'Accident du Travail accepte une feuille de soins électronique au risque **Accident du Travail** même si celui-ci n'est pas encore connu de la caisse.

Dans le cas contraire une feuille de soins papier doit être établie.

TABLE 11.3	
01-01XXXXXXXXONN	...
02-02XXXXXXXXONN	...
03-04XXXXXXXXONN	...
04-05XXXXXXXXONN	...
05-06XXXXXXXXONN	...
06-07XXXXXXXXONN	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

- Description de l'affichage
 - Les 12 caractères de la ligne se lisent ainsi :
 - les 9 premiers caractères correspondent au numéro d'organisme,
 - le dixième caractère correspond à l'acceptation du support **Feuillet AT**,
 - le onzième caractère correspond à l'acceptation du support **Certificat d'affiliation**
 - le douzième caractère correspond à l'acceptation du support **Déclaration de la victime**.
 - Chaque ligne de la table contient uniquement un organisme et les types de support acceptés. Ainsi lors de la sélection d'une ligne, l'application propose directement la suppression de celle-ci.
 - Les caractères **X** indiquent une partie du numéro d'organisme qui ne sera pas contrôlée. Par exemple la ligne débutant par **01XXXXXXXX** correspond à tous les numéros d'organisme du régime 01.
- Nombre maximum de lignes en ajout
Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à cette table est **5**
- Saisie d'une ligne à ajouter
L'utilisateur saisit le numéro d'organisme et les supports acceptés. Ainsi 12 caractères sont à saisir comme suit :
 - les 9 premiers caractères correspondent au numéro d'organisme,
 - le dixième caractère correspond à l'acceptation du support **Feuillet AT**,
 - le onzième caractère correspond à l'acceptation du support **Certificat d'affiliation**
 - le douzième caractère correspond à l'acceptation du support **Déclaration de la victime**.

La saisie est alphanumérique mais seuls les caractères numériques (0 à 9) et les **X** sont acceptés pour les 9 premiers caractères et seul les caractères **O** et **N** sont acceptés pour les 3 derniers caractères à saisir.

Attention : pour qu'ils puissent être interprétés, les caractères **X** doivent être saisis par bloc et ne doivent correspondre qu'au numéro de caisse ou au numéro de centre. Ainsi, il est possible de saisir un code caisse à **XXX** et ou un code centre à **XXXX**. Par contre, par exemple, pour un organisme saisi à '**9X1231234**', le code régime sera considéré comme inconnu et pour un organisme saisi à '**011231234X**', le numéro de centre sera considéré comme inconnu.

12_2_3_3 Table 11.4 : Conditions d'élaboration d'une FSE relative à un accident de la vie privée pour le régime agricole

Si le numéro de la caisse gestionnaire appartient à cette table (table des caisses gestionnaires) ne gérant pas les accidents de la vie privée alors le PS ne peut pas effectuer de feuille de soins électronique.

- Description de l'affichage
Chaque ligne de la table contient uniquement un code régime et un numéro de caisse gestionnaire. Ainsi lors de la sélection d'une ligne, l'application propose directement la suppression de celle-ci.
- Nombre maximum de lignes en ajout
Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à cette table est **5**

TABLE 11.4	
01- 02 571	...
02- 02 575	...
03- 02 579	...
04- 02 671	...
05- 02 675	...
06- 02 679	...
07- 02 681	...
08- 02 685	...
09- 02 689	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

- Saisie d'une ligne à ajouter
L'utilisateur saisit un code régime sur 2 caractères et un numéro de caisse gestionnaire sur 3 caractères. La saisie est alphanumérique mais seuls les caractères numériques (0 à 9) et les **X** sont acceptés.
Attention : pour qu'ils puissent être interprétés, les caractères **X** doivent être saisis par bloc et ne doivent correspondre qu'au numéro de régime ou au numéro de caisse. Ainsi, il est possible de saisir un code caisse à **XXX**. Par contre, par exemple, pour la saisie **9X123**, le code régime sera considéré comme inconnu et pour une saisie à **0112X**, le numéro de caisse sera considéré comme inconnu.

12_2_4 Tables 12 : Tables des actes NGAP obligatoirement associés

Ces tables donnent la liste des codes prestation qui doivent être obligatoirement associés.

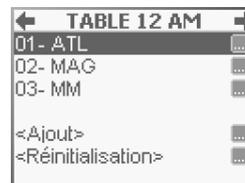
12_2_4_1 Table 12 PR : Prescripteurs

- Description de l'affichage
Chaque ligne de la table contient uniquement un code prestation (code prestation de type secondaire ; i.e. acte ne pouvant être facturé seul).
2 lignes successives peuvent contenir le même code prestation.
- Affichage de la sélection
Après avoir sélectionné une ligne, la liste des prestations associées au code prestation sélectionné est affichée.
- Nombre maximum de lignes en ajout
Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à cette table est **5**
- Saisie d'une ligne à ajouter
L'utilisateur sélectionne :
 - D'abord, la prestation de type secondaire.
 - Ensuite, la prestation associée
 - Enfin, l'application affiche un menu avec 2 choix :
 - **Ajouter un acte** : permet d'ajouter un troisième code prestation associé
 - **Ajouter une association** : permet de créer une nouvelle association avec l'acte secondaire sélectionnée à la première étape.

TABLE 12 PR	
01- CRN	...
02- CRM	...
03- CRD	...
04- CRS	...
05- FMV	...
06- FPE	...
07- KFD	...
08- KFD	...
09- MAF	...
10- MAS	...
11- MBB	...
12- MCE	...
13- MCG	...
14- MCS	...
15- MD	...
16- MDE	...
17- MDN	...
18- MDI	...
19- MDD	...
20- MGE	...
21- MM	...
22- MNO	...
23- MNP	...
24- MNP	...
25- MPC	...
26- MPC	...
27- MPC	...
28- MPC	...
29- MPF	...
30- MPJ	...
31- MTA	...
32- MTC	...
33- VRN	...
34- VRM	...
35- VRD	...
36- VRS	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

12_2_4_2 Table 12 AM : Auxiliaires médicaux

- Description de l'affichage
Chaque ligne de la table contient uniquement un code prestation (code prestation de type secondaire ; i.e. acte ne pouvant être facturé seul).
2 lignes successives peuvent contenir le même code prestation.
- Affichage de la sélection
Après avoir sélectionné une ligne, la liste des prestations associées au code prestation sélectionné est affichée.
- Nombre maximum de lignes en ajout
Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à cette table est **5**
- Saisie d'une ligne à ajouter
L'utilisateur sélectionne :
 - D'abord, la prestation de type secondaire.
 - Ensuite, la prestation associée
 - Enfin, l'application affiche un menu avec 2 choix :
 - **Ajouter un acte** : permet d'ajouter un troisième code prestation associé
 - **Ajouter une association** : permet de créer une nouvelle association avec l'acte secondaire sélectionnée à la première étape.



12_2_5 Tables 14 : Détermination de la diminution du taux à prendre en compte hors parcours de soins

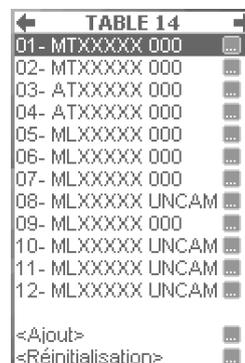
Pour les cas concernés par le parcours de soins, le taux doit être, sauf exception, diminué en cas de non-respect du parcours de soins c'est à dire quand la position par rapport au parcours de soins est égal à **Hors parcours**.

La valeur de diminution du taux de remboursement dépend de différents paramètres :

- le code régime du bénéficiaire,
- la caisse gestionnaire du bénéficiaire,
- la nature d'assurance,
- la nature de prestation,
- l'existence de la déclaration d'un Médecin Traitant
- le code justificatif d'exonération.

12_2_5_1 Table14 : Table de détermination de diminution du taux hors parcours de soins

- Description de l'affichage
L'affichage d'une ligne se découpe en 2 parties :
 - Les 7 premiers caractères de la ligne se lisent ainsi :
 - les 2 premiers correspondent à la nature d'assurance,
 - les 2 suivants correspondent au code régime
 - les 3 derniers à la caisse gestionnaire.
 Les caractères **X** indiquent une partie du numéro d'organisme qui ne sera pas contrôlée. Par exemple la ligne débutant par **MLXXXXX** correspond à tous les codes régimes et caisses gestionnaires.
 - Les 3 derniers caractères correspondent à la diminution du taux.
- Le taux valorisé à **000** indique qu'il n'y a pas de diminution de taux



- Affichage de la sélection
Lorsque que l'on sélectionne une ligne, l'écran qui apparait se lit comme suit :

- **Nature** : Indique la nature d'assurance en toute lettre.
 - **Organisme** : Indique le code régime et la caisse gestionnaire
 - **Actes** : Indique la nature de prestation ; 3 valeurs sont possibles :
 - **Tous** : toutes les prestations sont concernées
 - **Table 14.1** : seules les prestations de la table 14.1 sont concernées
 - **Hors table 14.1** : toutes les prestations sauf celles de la table 14.1 sont concernées
 - **Exonération** : Indique le code justificatif d'exonération ; 4 valeurs sont possibles :
 - **ALD** : seul le code justificatif d'exonération ALD est concerné
 - **Tous sauf ALD** : tous les codes justificatifs d'exonération sauf ALD sont concernés.
 - **Tous** : tous les codes justificatifs d'exonération sont concernés
 - **Sans objet**
 - **Parcours de soins** : Indique la situation au regard PS ; 3 valeurs sont possibles :
 - **Hors accès direct** : seule la situation **Hors accès direct spécifique** est concernée
 - **Autre hors accès direct** : toutes les situations sauf **Hors accès direct** sont concernées
 - **Tous** : toutes les situations sont concernées
 - **Médecin traitant déclaré** : indique l'existence de la déclaration d'un médecin traitant ; 2 valeurs sont possibles :
 - **Oui**
 - **Non / Ne sait pas**
 - **Diminution du taux** : Indique la valeur de la diminution du taux hors parcours.
- Nombre maximum de lignes en ajout
Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à cette table est **3**
 - Saisie d'une ligne à ajouter
L'utilisateur doit :
 - Sélectionner la nature d'assurance
 - Saisir le code régime puis la caisse gestionnaire. La saisie est alphanumérique mais seuls les caractères numériques (0 à 9) et les **X** sont acceptés.
Attention : pour qu'ils puissent être interprétés, les caractères '**X**' doivent être saisis par bloc et ne doivent correspondre qu'au code régime ou au numéro de caisse. Ainsi, il est possible de saisir un code régime à **XX** ou un code caisse à **XXX**. Par contre, par exemple, pour une saisie à '**9X123**', le code régime sera considéré comme inconnu.
 - Sélectionner la nature de prestation
 - Sélectionner le code justificatif d'exonération
 - Sélectionner la situation au regard PS
 - Répondre à la question quant à l'existence de la déclaration d'un médecin traitant
 - Saisir la diminution du taux hors parcours. La saisie est numérique et pour être valide la valeur saisie ne doit pas être supérieure à 100.

12_2_5_2 Table 14.1 : Prestations non soumises à la MTM

- Description de l'affichage
Chaque ligne de la table contient uniquement un code prestation (**IFD** ou **prestation**). Ainsi lors de la sélection d'une ligne, l'application propose directement la suppression de celle-ci.
- Nombre maximum de lignes en ajout

TABLE 14.1	
01- CA	...
02- FPE	...
03- HN	...
04- ID	...
05- MHU	...
06- MNO	...
07- MNP	...
08- MPJ	...
09- PH1	...
10- PH4	...
11- PH7	...
12- TDR	...
13- VNP	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à cette table est **5**

- Saisie d'une ligne à ajouter
L'utilisateur sélectionne dans un premier écran le type de prestation (*majoration*, *IFD* ou *prestation*) et dans un second écran une prestation parmi la liste.

12_2_6 Tables 15 : Détermination des cas d'exclusion du parcours de soins

Cette règle caractérise la facture au regard du parcours de soins :

- Non concernée par le parcours de soins,
- Concernée par le parcours de soins.
Cette règle s'applique à compter du 01/07/2005.
- Sont non concernés par le parcours de soins :
 - Les cas d'exclusion du parcours de soins qui dépendent :
 - de la spécialité du PS (voir table 15.1),
 - de la situation du bénéficiaire (voir table 15.2),
 - de la nature des soins (voir table 15.3).
 - Les cas d'Urgence.
- Dans le cas contraire les factures sont concernées par le parcours de soins.
Les notions d'âge définies dans les tables utilisées s'entendent du premier jour de l'âge min à la veille de la date anniversaire de l'âge max.

12_2_6_1 Table 15.1 : Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la spécialité du PS

Cette table donne la liste des spécialités de PS exclues du parcours de soins.

- Description de l'affichage
Chaque ligne de la table contient uniquement un code spécialité. Ainsi lors de la sélection d'une ligne, l'application propose directement la suppression de celle-ci.
- Nombre maximum de lignes en ajout
Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à cette table est **5**
- Saisie d'une ligne à ajouter
L'utilisateur saisit un code spécialité (2 caractères maximum). La saisie est numérique.

TABLE 15.1	
01- 21	...
02- 24	...
03- 26	...
04- 27	...
05- 28	...
06- 29	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

12_2_6_2 Table 15.2 : Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la situation du bénéficiaire des soins

- Description de l'affichage
Chaque ligne de la table contient uniquement un organisme.
Les caractères **X** indiquent une partie du numéro d'organisme qui ne sera pas contrôlée. Par exemple la ligne **XX XXX XXXX** correspond à un numéro d'organisme quelconque.
- Affichage de la sélection
Lorsque que l'on sélectionne une ligne, l'écran qui apparait se lit comme suit :
 - **Organisme** : Indique le numéro d'organisme
 - **NIR** : Indique le NIR (qui peut également contenir des caractères **X**)

TABLE 15.2	
01- XX XXX XXXX	...
02- XX XXX XXXX	...
03- 01 976 XXXX	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

- **Mutuelle** : Indique l'identification mutuelle (qui peut également contenir des caractères **X**)
 - **Age min.** : Indique la valeur de l'âge minimum. Un âge qui a pour valeur **00** signifie que cet âge n'est pas contrôlé
 - **Age max.** : Indique la valeur de l'âge maximum. Un âge qui a pour valeur **00** signifie que cet âge n'est pas contrôlé
- Nombre maximum de lignes en ajout
Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à cette table est **3**
 - Saisie d'une ligne à ajouter
L'utilisateur doit :
 - Saisir l'organisme (9 caractères). La saisie est alphanumérique mais seuls les caractères numériques (0 à 9) et les **X** sont acceptés.
Attention : pour qu'ils puissent être interprétés, les caractères **X** doivent être saisis par bloc et ne doivent correspondre qu'au code régime ou au numéro de caisse ou au numéro de centre. Ainsi, il est possible de saisir un code régime à **XX** et ou code caisse à **XXX** et ou un code centre à **XXXX**.
Par contre, par exemple, pour un organisme saisi à **9X1231234**, le code régime sera considéré comme inconnu et pour un organisme saisi à **011231234X**, le numéro de centre sera considéré comme inconnu.
 - Saisir le NIR (15 caractères). La saisie est alphanumérique mais seuls les caractères numériques (0 à 9) et les **X** sont acceptés. Le NIR étant ensuite contrôlé caractère par caractère, les **X** peuvent donc être saisis à n'importe quel emplacement.
 - Saisir l'identification mutuelle (10 caractères). La saisie est alphanumérique mais seuls les caractères numériques (0 à 9) et les **X** sont acceptés. Si le numéro de mutuelle à saisir a une taille inférieure à 10, l'utilisateur doit compléter avec des **0** (Exemple : pour enregistrer le numéro **12345678**, l'utilisateur doit saisir **0012345678**). Le numéro de mutuelle étant ensuite contrôlé caractère par caractère, les **X** peuvent donc être saisis à n'importe quel emplacement.
 - Saisir l'âge minimum (2 caractères maximum). La saisie est numérique. Une valeur à **0** signifie que cet âge ne sera pas contrôlé.
 - Saisir l'âge maximum (2 caractères maximum). La saisie est numérique. Une valeur à **0** signifie que cet âge ne sera pas contrôlé.

12_2_6_3 Table 15.3 : Cas d'exclusion du parcours de soins en fonction de la nature des soins

- Description de l'affichage
 - Chaque ligne se lit comme suit :
 - Les 3 premiers caractères correspondent au code prestation.
 - Le caractère suivant correspond au code justificatif d'exonération. Le caractère **X** indique tous les codes justificatifs sont concernés.
 - Les 2 derniers caractères correspondent à la nature d'assurance.
 - Lors de la sélection d'une ligne, l'application propose directement la suppression de celle-ci.

01- FHV X ML	⋮
02- FMV X ML	⋮
03- VAC X XX	⋮
<Ajout>	⋮
<Réinitialisation>	⋮

que

- Sélectionner une prestation parmi la liste des prestations.
- Sélectionner la nature d'assurance
- Saisir le code justificatif d'exonération (1 caractère). La saisie est alphanumérique mais seuls les caractères numériques (0 à 9) et le **X** sont acceptés.

12_2_7 Tables 16 : Compatibilités des spécialités de professionnels de santé

12_2_7_1 Table 16.1 : Avec la situation d'« Accès direct spécifique »

- Description de l'affichage

- Chaque ligne se lit comme suit :
 - Les 2 premiers caractères correspondent au code spécialité,
 - Les 2 suivants correspondent à l'âge minimum. Un âge qui a pour valeur **00** signifie que cet âge n'est pas contrôlé
 - Les 2 derniers correspondent à l'âge maximum. Un âge qui a pour valeur **00** signifie que cet âge n'est pas contrôlé

TABLE 16.1	
01- 07 00 00	...
02- 15 00 00	...
03- 17 16 26	...
04- 33 16 26	...
05- 70 00 00	...
06- 75 16 26	...
07- 77 00 00	...
08- 79 00 00	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

- Affichage de la sélection

Lorsque que l'on sélectionne une ligne, l'écran qui apparait se lit comme suit :

- **Spécialité** : Indique le code spécialité
- **Age minimum** : Indique la valeur de l'âge minimum. Un âge qui a pour valeur **00** signifie que cet âge n'est pas contrôlé
- **Age maximum** : Indique la valeur de l'âge maximum. Un âge qui a pour valeur **00** signifie que cet âge n'est pas contrôlé

- Nombre maximum de lignes en ajout

Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à cette table est **3**

- Saisie d'une ligne à ajouter

L'utilisateur doit :

- Saisir le code spécialité (2 caractères maximum). La saisie est numérique. Une valeur à **0** signifie que toutes les spécialités sont prises en compte.
- Saisir l'âge minimum (2 caractères maximum). La saisie est numérique. Une valeur à **0** signifie que cet âge ne sera pas contrôlé.
- Saisir l'âge maximum (2 caractères maximum). La saisie est numérique. Une valeur à **0** signifie que cet âge ne sera pas contrôlé.

12_2_7_2 Table 16.2 : Avec la situation « Hors accès direct spécifique »

- Description de l'affichage

Chaque ligne se lit comme suit :

- Les 2 premiers caractères correspondent au code spécialité,
- Les 2 suivants correspondent à l'âge minimum. Un âge a pour valeur **00** signifie que cet âge n'est pas contrôlé
- Les 2 derniers correspondent à l'âge maximum. Un âge a pour valeur **00** signifie que cet âge n'est pas contrôlé

TABLE 16.2	
01- 07 00 00	...
02- 15 00 00	...
03- 17 26 00	...
04- 33 26 00	...
05- 70 00 00	...
06- 75 26 00	...
07- 77 00 00	...
08- 79 00 00	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

qui

qui

- Affichage de la sélection

Lorsque que l'on sélectionne une ligne, l'écran qui apparait se lit comme suit :

- **Spécialité** : Indique le code spécialité
 - **Age minimum** : Indique la valeur de l'âge minimum. Un âge qui a pour valeur **00** signifie que cet âge n'est pas contrôlé
 - **Age maximum** : Indique la valeur de l'âge maximum. Un âge qui a pour valeur **00** signifie que cet âge n'est pas contrôlé
- Nombre maximum de lignes en ajout
Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à cette table est **3**
 - Saisie d'une ligne à ajouter
L'utilisateur doit :
 - Saisir le code spécialité (2 caractères maximum). La saisie est numérique. Une valeur à **0** signifie que toutes les spécialités sont prises en compte.
 - Saisir l'âge minimum (2 caractères maximum). La saisie est numérique. Une valeur à **0** signifie que cet âge ne sera pas contrôlé.
 - Saisir l'âge maximum (2 caractères maximum). La saisie est numérique. Une valeur à **0** signifie que cet âge ne sera pas contrôlé.

12_2_8 Tables 17 : Compatibilité des majorations de coordination

12_2_8_1 Table 17 : Selon le contexte du parcours de soins et la spécialité du PS

- Description de l'affichage
Chaque ligne se lit comme suit :
 - Les 2 premiers caractères correspondent au code IPS ; il peut être valorisé à blanc,
 - Le groupe suivant correspond à la déclaration du médecin traitant ; 3 valeurs sont possibles : **OUI, NON, SO** (sans objet)
 - Les 3 derniers caractères correspondent au code spécialité. La valeur **0** indique que toutes les spécialités sont concernées. La valeur **100** indique que toutes les spécialités différentes de **01** sont prises en compte
- Affichage de la sélection
Lorsque que l'on sélectionne une ligne, l'écran qui apparait se lit comme suit :
 - **Code IPS** : Indique le code IPS ; il peut être valorisé à blanc
 - **Médecin traitant** : indique la déclaration du médecin traitant. 3 valeurs sont possibles : **Oui, Non, SO** (sans objet).
 - **Spécialité** : Indique le code spécialité. La valeur **000** indique que toutes les spécialités sont concernées. La valeur **100** indique que toutes les spécialités différentes de **01** sont prises en compte.
 - **Compatibilité avec la majoration** : Deux cases à cocher indique si l'acte est compatible avec les majorations **MCG** et **MCS**.
- Nombre maximum de lignes en ajout
Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à cette table est **3**
- Saisie d'une ligne à ajouter
L'utilisateur doit :

TABLE 17	
01- SO 000	...
02- U SO 000	...
03- T SO 000	...
04- N SO 000	...
05- R OUI 000	...
06- J OUI 001	...
07- B OUI 000	...
08- H OUI 001	...
09- H NON 001	...
10- H OUI 100	...
11- H NON 100	...
12- D OUI 000	...
13- O SO 000	...
14- M OUI 000	...
15- M NON 000	...
16- S SO 000	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

- Sélectionner l'indicateur de parcours de soins.
- Répondre à la question quant à la déclaration d'un médecin traitant,
- Saisir le code spécialité du PS (3 caractères maximum). La saisie est numérique. La valeur **0** indique que toutes les spécialités sont concernées. La valeur **100** indique que toutes les spécialités différentes de **01** sont prises en compte. Une valeur supérieure à **100** est refusée par l'application.
- Cocher ou non les cases pour indiquer la comptabilité de l'acte avec les majorations **MCG** et **MCS**.

12_2_8_2 Table 17 bis : Dans le parcours de soins en fonction de la convention du PS et du bénéficiaire

- Description de l'affichage

Chaque ligne se lit comme suit :

- Le premier caractère correspond au code conventionnel.
- Les 2 caractères suivants correspondent à l'option de coordination. 3 valeurs sont possibles : **OUI**, **NON**, **SO** (sans objet)
- Le quatrième caractère correspond à la compatibilité des majorations de coordination pour **les bénéficiaires hors CMU-C** : **O** signifie **Oui** et **N** signifie **Non**.
- Le dernier caractère correspond à la compatibilité des majorations de coordination pour **les bénéficiaires en CMU-C** : **O** signifie **Oui** et **N** signifie **Non**.

TABLE 17 BIS			
01-0	SO	NN	...
02-1	SO	OO	...
03-2	NON	NO	...
04-2	OUI	OO	...
05-3	NON	NO	...
06-3	OUI	OO	...
<Ajout> ...			
<Réinitialisation> ...			

- Affichage de la sélection

Lorsque que l'on sélectionne une ligne, l'écran qui apparait se lit comme suit :

- **Code conventionnel** : Indique le code conventionnel
- **Option de coordination** : indique l'option de coordination. 3 valeurs sont possibles :
 - La case est cochée signifie **Oui**,
 - La case n'est pas cochée signifie **Non**,
 - La case est grisée signifie **SO** (sans objet).
- **Autorisation pour les bénéficiaires** : Deux cases à cocher indique si les majorations de coordination sont compatibles avec **les bénéficiaires hors CMU-C** ou avec **les bénéficiaires possédant en CMU-C**.

- Nombre maximum de lignes en ajout

Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à cette table est **2**

- Saisie d'une ligne à ajouter

L'utilisateur doit :

- Saisir le code conventionnel (1 caractère). La saisie est numérique. Les valeurs acceptées sont : 0 à 3
- Répondre à la question quant à la sélection de l'option de coordination
- Cocher ou non les cases pour indiquer la comptabilité des majorations de coordination avec **les bénéficiaires hors CMU-C** ou avec **les bénéficiaires possédant en CMU-C**.

12_2_9 Table 18 : Durée de validité de contextes particuliers du parcours de soins

Certains contextes du parcours de soins ne sont possibles que pour certaines spécialités de PS et pendant une durée limitée.

Cette table contient les données du contrôle qui permet de vérifier, à la date des soins, la validité du contexte saisi par le PS :

TABLE 18	
01- J 01 60	...
02- B 00 60	...
<Ajout> ...	
<Réinitialisation> ...	

- **Généraliste récemment installé** par rapport à la date de première installation en exercice libéral du PS
 - **Médecin installé en zone sous médicalisée** par rapport à la date d'installation en zone sous médicalisée.
- Description de l'affichage
Chaque ligne se lit comme suit :
 - Le premier caractère correspond au code IPS. Les valeurs possibles sont **J – Récemment installé** ou **B – Installé en zone sous médicalisée**
 - Les 2 caractères suivants correspondent au code spécialité. La valeur **0** indique que toutes les spécialités sont concernées.
 - Les 2 derniers caractères correspondent à la durée de validité du contexte (exprimée en nombre de mois).
 - Affichage de la sélection
Lorsque que l'on sélectionne une ligne, l'écran qui apparaît se lit comme suit :
 - **Parcours de soins** : Deux cases à cocher indique quel contexte est affecté - **J – Récemment installé** ou **B – Installé en zone sous médicalisée**
 - **Spécialité** : Indique le code spécialité. La valeur **0** indique que toutes les spécialités sont concernées
 - **Durée de validité** : indique la durée de validité du contexte
 - Nombre maximum de lignes en ajout
Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à cette table est **2**
 - Saisie d'une ligne à ajouter
L'utilisateur doit :
 - Cocher l'un des contextes de parcours de soins
 - Saisir le code spécialité du PS (2 caractères maximum). La saisie est numérique. La valeur **0** indique que toutes les spécialités sont concernées.
 - Saisir la durée de validité du contexte (2 caractères maximum). La saisie est numérique et est exprimée en nombre de mois

12_2_10 Table 19 : Acte de référence pour le calcul du plafond hors parcours

Le calcul du plafond hors parcours correspond à la somme des tarifs (tarifs pris en compte = tarif de la spécialité 02) de toutes les lignes de la table.

- Description de l'affichage
Chaque ligne de la table contient uniquement un code prestation. Ainsi lors de la sélection d'une ligne, l'application propose directement la suppression de celle-ci.
- Nombre maximum de lignes en ajout
Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à cette table est **3**
- Saisie d'une ligne à ajouter
L'utilisateur sélectionne une prestation parmi la liste des prestations.

TABLE 19	
01- CS	...
02- MPC	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

12_2_11 Tables 20 : Tables des spécialités de PS utilisées pour les gestions de codes situations dans les tables 8.x

- Table 20.1 : Table des spécialités utilisées pour la gestion du code situation 0401 des tables 8.1 et 8.2

TABLE 20.1	
01- 07	...
02- 70	...
03- 77	...
04- 79	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

Chaque ligne de la table contient uniquement un code spécialité. Ainsi lors de la sélection d'une ligne, l'application propose directement la suppression de celle-ci.

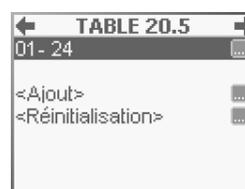
- Table 20.4 : Table des spécialités utilisées pour la gestion du code situation 0900 de la table 8.1

Chaque ligne de la table contient uniquement un code spécialité. Ainsi lors de la sélection d'une ligne, l'application propose directement la suppression de celle-ci.



- Table 20.5 : Table des spécialités utilisées pour la gestion du code situation 0900 de la table 8.2

Chaque ligne de la table contient uniquement un code spécialité. Ainsi lors de la sélection d'une ligne, l'application propose directement la suppression de celle-ci.



- Nombre maximum de lignes en ajout
Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à ces tables est **2**
- Saisie d'une ligne à ajouter
L'utilisateur saisit un code spécialité (2 caractères maximum). La saisie est numérique.

12_2_12 Tables 21 : Tables des codes prestations utilisées pour les gestions de codes situations dans les tables 8.x

- Table 21.1 : Tables des codes prestations utilisées pour la gestion du code situation 0400 dans la table 8.1

Chaque ligne de la table contient uniquement un code prestation. Ainsi lors de la sélection d'une ligne, l'application propose directement la suppression de celle-ci.



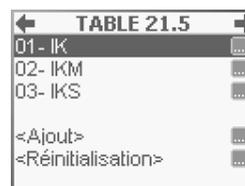
- Table 21.2 : Tables des codes prestations utilisées pour la gestion du code situation 0401 dans la table 8.1

Chaque ligne de la table contient uniquement un code prestation. Ainsi lors de la sélection d'une ligne, l'application propose directement la suppression de celle-ci.



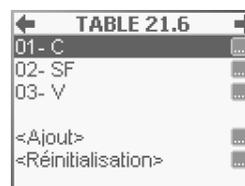
- Table 21.5 : Tables des codes prestations utilisées pour la gestion du code situation 0900 dans la table 8.1

Chaque ligne de la table contient uniquement un code prestation. Ainsi lors de la sélection d'une ligne, l'application propose directement la suppression de celle-ci.



- Table 21.6 : Tables des codes prestations utilisées pour la gestion du code situation 0900 dans la table 8.1

Chaque ligne de la table contient uniquement un code prestation. Ainsi lors de la sélection d'une ligne, l'application propose directement la suppression de celle-ci.



- Table 21.7 : Tables des codes prestations utilisées pour la gestion du code situation 0900 dans la table 8.1
Chaque ligne de la table contient uniquement un code prestation. Ainsi lors de la sélection d'une ligne, l'application propose directement la suppression de celle-ci.

TABLE 21.7	
01- IK	...
02- IKM	...
03- IKS	...
04- PH1	...
05- SES	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

- Table 21.8 : Tables des codes prestations utilisées pour la gestion des codes situations 0400 et 0900 dans la table 8.2
Chaque ligne de la table contient uniquement un code prestation. Ainsi lors de la sélection d'une ligne, l'application propose directement la suppression de celle-ci.

TABLE 21.8	
01- IK	...
02- IKM	...
03- IKS	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

- Nombre maximum de lignes en ajout
Le nombre maximum de lignes pouvant être ajoutées à ces tables est **3**
- Saisie d'une ligne à ajouter
L'utilisateur sélectionne dans un premier écran le type de prestation (**Majoration**, **IFD** ou **Actes**) et dans un second écran une prestation parmi la liste.