



MANUEL DE PRISE EN MAIN

LOGICIEL TELEVITALE

MEDECIN GENERALISTE
SPECIALISTE
CHIRURGIEN DENTISTE

Agréé SESAM VITALE 1.40

Sommaire

1. DOSSIER PATIENT	3
1.1. Avec la carte vitale.....	3
1.2. Sans la carte vitale.....	3
1.3. Par déchargement d'un lecteur de cartes portable.....	4
1.4. Le dossier patient	5
2. LA FACTURATION	7
2.1. Facturation avec carte vitale.....	7
2.2. Facturation des actes techniques avec la CCAM	11
2.3. Facturation des actes dentaires en NGAP	14
N° de dent	14
Facturation des dépassements.....	14
Forfaits CMU dentaires	14
2.4. Facturation des actes dentaires en CCAM	15
N° de dent	15
Facturation des dépassements.....	16
Forfaits CMU dentaires	16
2.5. Bilan Bucco dentaire et soins consécutifs.....	18
2.6. Facturation de la part complémentaire	20
2.7. Facturation sans carte vitale (mode dégradé).....	23
3. LA TELETRANSMISSION	24
4. LE SUIVI DES TELETRANSMISSIONS (ARL ET NOEMIE)	25
4.1. Gestion des retours NOEMIE rejets	25
4.2. Gestion des retours NOEMIE paiements	25
5. REGLEMENTS	27
5.1. Saisie des règlements issus des retours Noemie paiement.....	27
5.2. Saisie des règlements des patients ou des complémentaires.....	27
5.3. Journal des règlements.....	28
6. SAUVEGARDE	29
7. MISE A JOUR DU LOGICIEL	30

1. Dossier patient

Pour ajouter un nouveau patient dans votre logiciel, trois moyens sont disponibles :

- avec la carte vitale
- manuellement.
- par déchargement d'un lecteur de cartes portable

1.1. Avec la carte vitale

Insérez la carte vitale du patient dans le lecteur de cartes, puis cliquez sur le bouton **Carte Vitale**

Une fenêtre avec les patients présents sur la carte apparaît. Il suffit de sélectionner le patient puis de cliquer sur le bouton **OK**.

The screenshot shows a software interface for patient management. At the top, there is a navigation bar with tabs: Assuré, Adresses, Complémentaire, Bloc-Notes, Alarmes, Consultations, Courriers, Divers, Factures, Documents. The main area is divided into several sections:


- Etat civil:** Contains fields for 'Civilité' (Madame), 'Sexe' (F), 'Né le' (15/06/1955), '60 ans', 'Nom' (DESMAUX), 'Rang Gémellaire' (1: 0 jumeau ou 1° jumea), 'Nom de jeune fille' (DURAND), 'Qualité' (Assuré), and 'Prénom' (NATHALIE).
- Assuré:** Contains 'Caisse' (01 999 9999), 'Choisir', 'Indéterminée', 'N° Immatriculation' (2 55 06 99 999 999), and '34'. Below this is the text 'CPAM - DEMONSTRATION / CPAM 999 - centre 9999'.
- Coordonnées:** Contains 'Adresse' (LE GAMMA, 95 AVENUE DES LOGISSONS), 'Localité' (13770, VENELLES), 'Tél1' (04.42.54.91.91), 'Tél2', 'Secteur', 'Email' (televitale@televitale.fr), and 'Porte'.
- Distance A.R. cabinet:** Contains 'Kms plaine', 'Kms montagne', 'Kms spéciaux', 'Plan', 'Itinéraire', and 'Imprimer'.


Les informations administratives sont automatiquement enregistrées : nom, prénom, date de naissance, qualité, caisse, complémentaire, numéro d'immatriculation. Complétez la zone **Coordonnées** (adresse facultative).


1.2. Sans la carte vitale

Ouvrez la liste des patients en cliquant sur **Fichier, Patients** puis sur le bouton **Créer**. Choisissez « A partir d'une saisie manuelle » puis précisez la qualité du patient à ajouter : (assuré ou ayant droit)

Comment souhaitez-vous créer le patient ?

 - **A partir d'une saisie manuelle**

 - **A partir d'une lecture directe de la carte Vitale**
(La carte Vitale doit être présente dans votre lecteur)

 - **A partir des informations récupérées au domicile du patient**
(Nécessite l'utilisation d'un baladeur santé ou d'un lecteur ambulateur)

Remarque : si vous souhaitez créer un **ayant droit**, il faut au préalable enregistrer l'assuré.

Saisissez les informations suivantes en vous aidant de l'attestation papier de la carte vitale : nom, prénom, date de naissance, qualité, caisse, numéro d'immatriculation.

Le bouton « **choisir la caisse** », vous permet d'affecter une caisse à votre patient. Si la caisse est absente dans la liste, vous pouvez la créer en cliquant sur le bouton **Créer** et en remplissant les zones : **Nom, Régime, Caisse** et **Centre**.

Détail du centre de gestion

Nom : CPAM 99

Régime : 01 **Caisse :** 999 **Centre :** 9999

Org. Gestion : CPAM - DEMONSTRATION

Contact : **Code gestion :**

Adresse : LE GAMMA

Adresse (suite) : 95 AVENUE DES LOGISSONS

Localité : 13770 VENELLES

Téléphone 1 : 04.42.54.91.91 **Téléphone 2 :** 04.42.54.91.92

Compte :

OK **ANNULER**

1.3. Par déchargement d'un lecteur de cartes portable

Après avoir pris l'empreinte des cartes vitale au domicile du patient à l'aide d'un lecteur de cartes portable, connectez votre lecteur à l'ordinateur et cliquez sur le bouton **Décharger factures**

La fenêtre ci-dessous indique le contenu du lecteur portable et notamment le nombre de patients

Informations sur le(s) utilisateur(s)

Informations communes aux TLA V1.31 et V1.40				Informations spécifiques aux TLA V1.40			
Professionnel	Nb patients	Nb FSE TLA	Nb FSE sécurisées	FSE partiellement sécurisées	Nb DRE TLA	Nb DRE sécurisées	DRE partiellement sécurisées
DEMO TELEVITALE	2	0	0 / 0	0	0	0 / 0	0

Informations sur le matériel

Le n° des FSE saisies sur le TLA commence par Nombre de professionnels présents dans le TLA

Numéro de série N° de version du logiciel TLA

Spécialité(s) supportée(s)

Version du cahier des charges supportée

Cliquez sur le bouton **OK** pour procéder au déchargement et à la création automatique des patients. Lorsque le déchargement est terminé, la fenêtre ci-dessous récapitule les patients créés ou mis à jour.

Liste des patients présents dans le lecteur portable

DESM AUX N ATHALIE [Mise à jour]
 SPECIMEN CARTB MARIE-AMBLIE [Création]

1.4. Le dossier patient

Détail des onglets qui apparaissent dans le dossier Patient (*certaines onglets n'apparaissent que si vous avez le logiciel TELEVITALE avec l'option dossier patient complet*)

a) Onglet « Adresse » : cet onglet est utilisé si le patient a une adresse de résidence différente de celle de son domicile administratif. Par exemple, pour les personnes en séjour dans un établissement de santé ou en maison de retraite. On peut aussi utiliser cet onglet pour indiquer l'adresse de l'employeur, dans les cas d'accidents du travail.

b) Onglet « Alarme » : voir description dans les annexes

c) Onglet « Bloc-notes » : cet onglet permet de rédiger des notes sur le patient. Il faut, au préalable, créer une rubrique en cliquant sur **Ajouter**. Attribuez un nom, exemple : 'antécédents' et notez les informations dans la rubrique « bloc-notes ».

d) Onglet « Courriers » : voir description dans les annexes

e) Onglet « Divers » : dans cet onglet, sont affichés les droits du patient qui figurent sur la carte vitale, vous pouvez également compléter des données relatives au patient telles que : son poids, sa taille, son médecin traitant.

f) Onglet « **Factures** » : Ce menu permet de visualiser les factures réalisées pour ce patient. Elles sont classées par date.

g) Onglet « **Documents** » : voir description dans les annexes

h) Onglet « **Complémentaire** »

Cet onglet (que vous retrouverez également dans l'écran de la facture) se divise en 4 zones :

- **Zone 1** : Informations issues de la carte Vitale et non modifiable
- **Zone 2** : Informations issues d'une attestation papier
- **Zone 3** : Cette case à cocher permet de visualiser le mode de gestion. Elle ne doit pas être modifiée car le logiciel la gère automatiquement en fonction de la complémentaire du patient. Si elle est cochée, cela signifie que les informations concernant la complémentaire seront transmises dans une FSE. Dans le cas contraire les informations concernant la complémentaire seront transmises dans une DRE (Demande de remboursement Electronique)
- **Zone 4** : Assistant pour sélectionner les complémentaires qui sont en mesure de recevoir les DRE.

Ces 2 boutons permettent de choisir les informations qui seront utilisées pour la facturation (soit la carte Vitale, soit l'attestation papier)

Le bouton « copier >> » permet de recopier les informations inscrites dans la carte Vitale vers la zone « informations issues d'une attestation papier » puis de modifier les dates de droits pour facturer en Tiers payant sur la part obligatoire et complémentaire. Assurez vous que la complémentaire sur l'attestation présentée par le patient est identique à celle en carte Vitale.

The screenshot shows the 'Complémentaire' tab in a software interface. It is divided into two main sections:

- Zone 1:** 'Informations sur la Carte Vitale'. It contains fields for 'Nom' (CMU CAISSE), 'N°' (009999997), 'Contrat' (89), and 'Code routage' (RD). There are buttons for 'Copier >>>' and 'Convention'. Below these are fields for 'Date Début', 'Date Fin', and 'N° Adhérent'. There are also checkboxes for 'Garanties sur Honoraires' and 'Prothèses', and a section for 'L'envoi d'une demande de remboursement à la complémentaire est autorisé pour : Tiers-Payant / Hors Tiers-Payant / Pas de tarification automatique de disponible.
- Zone 2:** 'Informations issues d'une Attestation Papier ou autre support'. It contains fields for 'Nom' (CMU CAISSE ATTESTATION), 'N°' (009999997), 'Contrat' (89), and 'Code routage' (RD). There are buttons for 'Choisir', 'Retirer', and 'Convention'. Below these are fields for 'Date Début', 'Date Fin', and 'N° adhérent'. There is also an 'Indicateur traitement' dropdown and a section for 'L'envoi d'une demande de remboursement à la complémentaire est autorisé pour : Tiers-Payant / Hors Tiers-Payant / PEC.

At the bottom, there is a checkbox for 'La caisse gère également la part complémentaire (paiement unique ou transmission de décomptes)' (Zone 3) and a button for 'Assistant DRE' (Zone 4).

Dans cet exemple, les droits pour la **complémentaire CMU** en carte Vitale sont fermés (pas de date de début et pas de date de fin dans la zone1).

Si le patient présente une attestation papier il est possible de la prendre en compte :

- Soit en utilisant le bouton choisir dans la partie « *informations issues d'une attestation papier* » pour sélectionner la complémentaire
- Soit en utilisant le bouton « copier >> » (voir explications du bouton "Copier>>>" ci dessus)

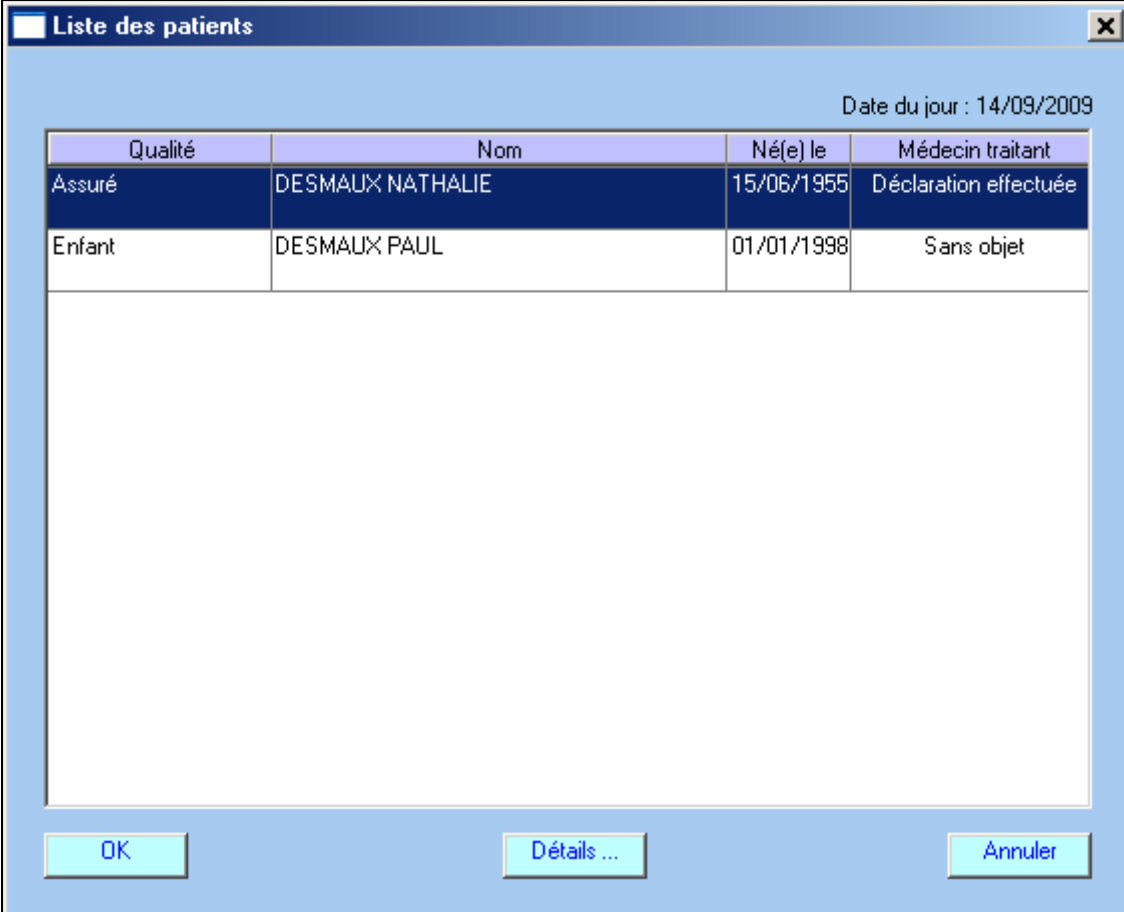
Ensuite, il faut saisir les dates de droits (début et fin de la zone 2) dans la partie « *informations issues d'une attestation papier* ».

Attention : le logiciel contrôle l'ouverture des droits pour la prise en compte de la part complémentaire. Si les droits sont fermés, il ne sera pas possible de faire un Tiers payant sur la part obligatoire et complémentaire, mais uniquement un Tiers payant sur la part obligatoire.

2. La Facturation

2.1. Facturation avec carte vitale

Insérez la carte vitale dans le lecteur de cartes. Cliquez sur le bouton **Facturer** de l'écran d'accueil, sélectionnez le patient et validez votre choix par **OK**

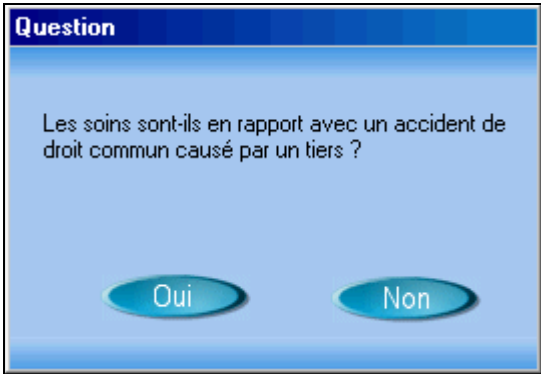


The screenshot shows a window titled "Liste des patients" with a close button in the top right corner. The date "Date du jour : 14/09/2009" is displayed in the top right. Below the date is a table with the following data:

Qualité	Nom	Né(e) le	Médecin traitant
Assuré	DESMAUX NATHALIE	15/06/1955	Déclaration effectuée
Enfant	DESMAUX PAUL	01/01/1998	Sans objet

At the bottom of the window, there are three buttons: "OK", "Détails...", and "Annuler".

Répondez à la question ci-dessous. Si les soins ne sont pas en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers, répondez Non. Si vous répondez OUI, la caisse se retournera vers l'assureur du patient pour le remboursement des soins en rapport avec son accident de droit commun



The screenshot shows a dialog box titled "Question". The text inside asks: "Les soins sont-ils en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers ?". At the bottom, there are two buttons: "Oui" and "Non".

Remarque : pour un accident de travail, il faut également répondre NON.

Dans le premier onglet de la facture, choisissez d'abord la nature d'assurance, et le cadre de remboursement.

The screenshot shows the 'Facture' software interface with the following details:

- Facture** (selected tab): Complémentaire, Actes NGAP, Actes CCAM
- N°**: 140428059, **Du**: 28/04/2014, **Catégorie**: Facture Sesam-Vitale
- Remboursements**:
 - Nature d'assurance: 10 Maladie
 - Date Evénement: [empty]
 - N° A.T.: [empty]
 - Justificatif d'exonération: Voir le détail au niveau de l'onglet acte
 - Cadre de remboursement: Pas de tiers payant
 - Caisse: CPAM - DEMONSTRATION
- Parcours coordonné de soins**:
 - Déclaration du médecin traitant: OUI
 - La facture est élaborée: par le médecin traitant déclaré par le patient
- Pièces justificatives**:
 - Nature pièce: [empty]
 - Attestation: [empty]
 - Utilisation "Titre Médecin": [checkbox]
 - Impression du bon d'examen: [checkbox]
 - Aide Médicale Etat (AME): [checkbox]
- Montants Remboursables**:
 - Total: 0.00
 - Caisse: 0.00
 - Complémentaire: 0.00
 - Assuré: 0.00
 - A payer**: 0.00 (hors règlements perçus)
- Détail des DRE associées à la facture**:

N° DRE	Date Dre	Etat DRE	Type DRE

Pour la nature d'assurance les choix possibles sont : Maladie, Maternité ou Accident du travail.

Pour le cadre de remboursement les choix possibles sont :

- Pas de tiers payant : Le patient vous paye l'intégralité de la facture.
- Tiers payant sur la part obligatoire : Le patient ne vous paye pas la part régime obligatoire.
- Tiers payant sur la part obligatoire et complémentaire : Le patient ne vous paye pas ni la part obligatoire, ni la part complémentaire.
- Tiers payant sur la part complémentaire : Le patient ne vous paye pas la part régime complémentaire.

Si votre spécialité est concernée par le parcours de soins coordonné, remplissez la rubrique « Existence d'une déclaration de médecin traitant » et la rubrique « contexte d'élaboration de la facture »

La rubrique « *Déclaration de médecin traitant* » peut avoir 4 valeurs :

- oui : le patient a déclaré un médecin traitant
- non : le patient n'a pas déclaré de médecin traitant
- ne sait pas : le patient ne sait pas s'il a déclaré un médecin traitant
- sans objet : le patient ou la facture ou la spécialité ne sont pas concernés par le parcours de soins (exemple : patient de moins de 16 ans, chirurgien dentiste, ...).

Le logiciel peut remplir automatiquement cette rubrique dans certaines conditions (exemple : pour un patient de moins de 16 ans le logiciel indiquera en automatique « sans objet »)

The close-up shows the 'Parcours coordonné de soins' section with the following details:

- Déclaration du médecin traitant**: [empty]
- La facture est élaborée**: OUI, NON, Ne sait pas, Sans objet

La rubrique « *La facture est élaborée* » peut avoir dix valeurs :

- par le médecin traitant déclaré par le patient
- dans le cadre d'une orientation directe par le médecin traitant
- dans le cadre d'une orientation par un autre médecin
- sans orientation (sans respect du parcours de soins)

- dans les conditions de l'accès direct spécifique
- hors résidence habituelle du patient
- par le remplaçant du médecin traitant
- en urgence
- par le nouveau médecin traitant du patient
- hors conditions d'accès direct spécifique

Parcours coordonné de soins

Déclaration du médecin traitant

La facture est élaborée

par le médecin traitant déclaré par le patient
 dans le cadre d'une orientation directe par le médecin traitant [ex MTO]
 dans le cadre d'une orientation par un autre médecin
 sans orientation (sans respect du parcours de soins) [ex HCS]
 hors résidence habituelle du patient [ex MTH]
 par le remplaçant du médecin traitant [ex MTR]
 en urgence [ex MTU]
 par le nouveau médecin traitant du patient [ex MTN]

Remarques :

- Le logiciel peut remplir automatiquement la rubrique « *La facture est élaborée* » dans certaines conditions
- *Dans le cadre d'une orientation directe par le médecin traitant" ou "dans le cadre d'une orientation par un autre médecin", la saisie du nom et prénom du médecin ayant orienté le patient est obligatoire. Si le prénom est inconnu, saisissez juste un espace*

Parcours coordonné de soins

Déclaration du médecin traitant

La facture est élaborée

dans le cadre d'une orientation directe par le médecin traitant [ex MTO]

Médecin ayant orienté

Lorsque les informations dans le premier onglet sont complétées, cliquez sur l'onglet NGAP ou CCAM, afin de spécifier les actes à facturer.

Facture		Complémentaire		Actes NGAP										Actes CCAM			ACTES			
N°	Jour	Date des actes	Heure	Désignation							Montant de l'acte	Dépas- -sement	Qualif. Dépense	I.D.	IK			TOTAL	Ajouter	Supprimer
				Dom	Qté	Acte	Coef	Maj	Demi	EP					P	M	S			
1	Lun	28/04/2014	16:00	<input type="checkbox"/>	1	CS	1.00				23.00							23.00		
2	Lun	28/04/2014	16:00	<input type="checkbox"/>	1	MCS	1.00				3.00							3.00		
3	Lun	28/04/2014	16:00	<input type="checkbox"/>	1	MPC	1.00				2.00							2.00		

Parcours soins

Créer modèle

Utiliser modèle

Agenda ...

La saisie des actes doit se faire dans le tableau ci-dessus. L'ajout d'un acte supplémentaire est possible à l'aide du bouton **Ajouter**.

Le bouton « **Parcours soins** » permet d'ouvrir un assistant pour la facturation des **consultations** et des majorations dans le cadre du parcours de soins. Après avoir coché les options correspondantes à la

facturation, cliquez sur **OK**. Les actes correspondants au parcours de soins seront automatiquement intégrés à la facture.

Parcours Coordonné de Soins

Assistant pour la facturation d'un acte CS

1/ Le patient a déclaré un médecin traitant

2/ La facture est élaborée dans les conditions de l'accès direct spécifique

3/ Allez-vous retourner des informations au médecin traitant ?
(facturation d'une majoration de coordination) Oui Non

4/ Souhaitez-vous appliquer une MPC (Majoration Provisoire Clinicien) ? Oui Non

OK **ANNULER**

Pour la facturation des actes autres que les consultations, il est possible d'utiliser les modèles de factures.

Le bouton "**Créer modèle**" permet de mémoriser un modèle de facture. Lorsque tous les actes de la facture ont été saisis en cliquant sur le bouton « **créer modèle** », le logiciel demande un nom et enregistre le modèle pour utilisation future.

Exemple : création du modèle ECG

Dans l'onglet NGAP, saisissez la consultation, dans l'onglet CCAM saisissez l'acte DEQP003, cliquez sur le bouton « **Créer modèle** » et nommez le ECG.

Le bouton « **Utiliser modèle** » permet de choisir un modèle de facture pour remplir automatiquement l'onglet NGAP et ou CCAM.

Pour valider et certifier la facture avec la carte vitale du patient, cliquez sur le bouton **Facturer en sécurisé**.

Le logiciel vous propose d'imprimer une quittance pour votre patient, elle peut lui servir de reçu. L'impression de ce document est obligatoire en cas de paiement en espèce.

Ensuite, une fenêtre vous propose d'enregistrer le paiement du patient. Si vous souhaitez tenir à jour le solde de vos factures, sélectionnez le mode de paiement (chèque, espèce), contrôlez le montant à encaisser et validez par OK. Remarque : cette option peut être désactivée si elle ne vous est pas utile.

Montant payé : 28.00 Mode paiement : Chèque

Compte : Compte bancaire p Date : 28/04/2014

Payeur : DESMAUX NATHALIE

Référence :

Calcul de rendu de monnaie

Saisir le montant perçu

Patient

Caisse

Org. compl.

Les 3 parts

OK

ANNULER

2.2. Facturation des actes techniques avec la CCAM

La procédure pour afficher l'écran de facturation est identique à celle utilisée pour saisir un acte NGAP. Un nouvel onglet dans la facture permet de saisir les actes CCAM.

Description de l'onglet CCAM

L'onglet se divise en deux parties :

- Partie supérieure : liste des actes à facturer
- Partie inférieure : détail de la ligne d'acte sélectionnée (dans l'exemple, il s'agit de la ligne n°2)

Description de la partie supérieure

Facture																
Complémentaire													Actes NGAP	Actes CCAM		
N°	Jour	Date des Actes	Heure	Dom	Code Acte	Activité Phase	Modificateurs		EP	Montant	Dépas- sement	Qualif. dépense	ID	IK		Total
							1	2						P	M	
1	Lun	28/04/2014	16:38	<input type="checkbox"/>	BJQP002	1 0				26.24						26.24
2	Lun	28/04/2014	16:38	<input type="checkbox"/>	BLQP010	1 0				12.66						12.66

Nom de la colonne	Description
N°	N° de la ligne d'acte. La couleur rouge indique l'acte courant dont le détail s'affiche dans la partie inférieure
Jour	Jour de la semaine
Date des actes – Heure	Date de l'acte - Heure de l'acte
Dom	Case à cocher indiquant si l'acte à lieu au domicile ou au cabinet
Code Acte	L'acte peut être saisi directement dans cette rubrique En cliquant sur la flèche, on fait apparaître la liste des 5 derniers actes utilisés On peut également depuis cette liste faire apparaître l'assistant de codification de la CCAM
Modificateurs 1 et 2	Modificateurs tarifant. La saisie peut s'effectuer directement dans la rubrique ou bien à l'aide de la liste déroulante associée.
EP	Case indiquant si l'acte doit être soumis à une demande d'entente préalable
Montant	Montant de l'acte
Dépassement	Permet la saisie du dépassement (par exemple pour un dépassement d'exigence)
Qualif. dépense	Qualificatif de la dépense. La saisie peut s'effectuer directement dans la rubrique ou bien à l'aide de la liste déroulante associée.

ID	Indemnité de déplacements
IK	Indemnités kilométriques avec P pour Plaine, M pour Montagne
Total	Montant des honoraires

Description de la partie inférieure

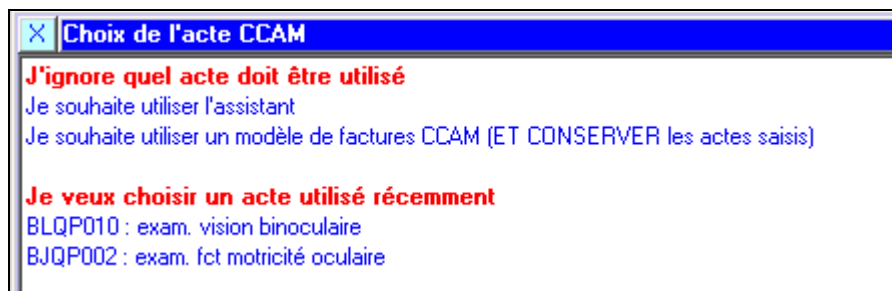
L'ascenseur situé à droite de la zone permet de faire défiler les informations associées à l'acte sélectionné.

Nom de la rubrique	Description
Libellé de l'acte	La loupe, à droite du libelle, permet d'obtenir la fiche détaillée de l'acte
Code association	<p>Permet de justifier les associations d'actes non prévues par la base CCAM. La saisie peut s'effectuer directement dans la rubrique ou bien à l'aide de la liste déroulante associée. Lorsqu'une association d'actes n'est pas prévue, le logiciel indiquera :</p> <div data-bbox="387 1084 1273 1361" data-label="Image"> </div> <p>Il faut répondre Oui et saisir un code association pour <u>tous</u> les actes de la facture à la même date. Ce code indique la règle tarifaire qui s'applique : 1 : acte de tarif le plus élevé non réduit 2 : acte réduit à 50% 3 : acte réduit à 75% 4 : actes spécifiques non réduits 5 : actes réalisés à des moments discontinus d'une même journée Les valeurs 1, 2, 3 ou 5 peuvent être combinées pour les actes d'une même association.</p> <p><u>Cas particulier du code association 4</u> Le code 4 doit être identique pour tous les actes d'une même association, quand l'utilisation de ce code est autorisée il n'y a que des actes associés à 100%. Il ne peut être utilisé avec les autres codes association 1, 2, 3 ou 5.</p>
Forfait Cmu	La liste déroulante permet de choisir le type de forfait dentaire pour les patients bénéficiaires de la CMU. Le contenu de la liste varie selon l'acte saisi. Voir 2.4
Dents traitées	<p>La saisie des dents peut être réalisée de 2 manières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - saisie directe : en tapant les numéros de dents séparés par des espaces - schéma dentaire : la loupe permet d'afficher un assistant de saisie <p>Voir paragraphe 2.4</p>

Remboursement exceptionnel	Cette case doit être cochée si l'acte peut faire l'objet d'un remboursement exceptionnel par la caisse.
Supplément de charge en cabinet	Cette case permet de facturer éventuellement un supplément de charge pour un acte ayant lieu au cabinet.
Justificatif d'exonération	Le code peut être forcé en utilisant la loupe située près de la rubrique. Un écran permet alors de choisir le code et le taux de remboursement à partir d'une liste de libellés.

Assistant de saisie

En cliquant sur le triangle noir dans la colonne « **Code Acte** » le logiciel donne accès à l'assistant de saisie.



L'assistant de saisie permet :

- d'accéder à un outil de recherche avancé
- de choisir les actes à partir d'un modèle de factures préalablement établi
- de choisir les actes utilisés récemment
- d'ajouter un acte associable à l'acte courant

Outil de recherche

Deux niveaux de recherche sont possibles :

- à partir des libellés (ex: recherche des actes dont le libellé contient "écho fœtus")
- à partir des codes actes (ex: recherche des codes actes débutant par "JQQ")

Cet outil ne gère pas les synonymes (ex : recherche de "foie" différente de recherche de "hépatique")

Expression recherchée **Résultat de la recherche : 5 actes ont été trouvés.**

Options de recherche

Rechercher

Code Acte CCAM

Code	Libellé
JQEP001	Version du fœtus par manoeuvres obstétricales externes au cours de la grossesse, avec contrôle échographique et surveillance du rythme cardiaque du fœtus
JQQM002	Échographie d'une grossesse unifoetale à partir du 2ème trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance foetale
JQQM003	Échographie de surveillance de la croissance foetale avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus
JQQM007	Échographie d'une grossesse multifoetale à partir du 2ème trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux des fœtus, pour souffrance foetale
JQQM008	Échographie et hémodynamique doppler du coeur et des vaisseaux intrathoraciques du fœtus

Date de référence : 28/04/2014 Nombre d'actes présents dans la base : 3206

Fiche détaillée de l'acte

La fiche détaillée de l'acte peut être appelée depuis :

- l'outil de recherche (bouton détail)
- l'écran de facturation (loupe à côté du libellé de l'acte)

2.3. Facturation des actes dentaires en NGAP

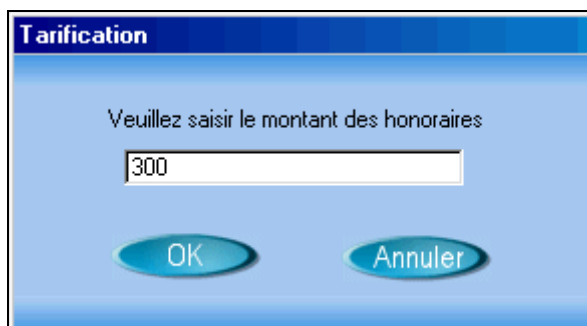
La facturation des actes dentaires NGAP comporte quelques spécificités.

N° de dent

Lors de la saisie des actes il faut préciser le n° de dent dans la colonne « **Dent** »

Facturation des dépassements

La saisie d'un dépassement s'effectue en double cliquant sur le montant de l'acte. Le logiciel vous propose de saisir le nouveau montant des honoraires et propose automatiquement comme qualificatif de dépense ED (entente directe).



Forfaits CMU dentaires

Dans le cadre de la CMU complémentaire, des dépassements de tarifs peuvent être pris en charge par la caisse dans la limite de forfaits plafonnés par la réglementation, pour certains actes de prothèse dentaire et d'orthodontie. Ces forfaits sont codifiés FDA / FDC / FDR / FDO.

Lorsque les exigences d'un patient bénéficiaire de la CMU Complémentaire vont au-delà de ce que prévoit la réglementation, les forfaits sont codifiés FPC / FPO. Le différentiel entre le coût total et le montant accordé au titre de la CMU Complémentaire est à la charge du patient.

Un forfait dentaire est toujours associé à certains actes dentaires. On ne peut avoir de forfait dentaire isolé. Le tableau ci-dessous dresse la compatibilité des forfaits avec les actes :

Code	Forfait dentaire	Compatible avec
FDA	pour prothèse adjointe SANS dépassement au-delà du plafond pour exigence du patient	PRO et SPR
FDC	pour prothèse conjointe SANS dépassement au-delà du plafond pour exigence du patient	PRO et SPR
FDR	pour réparation de prothèse SANS dépassement au-delà du plafond pour exigence du patient	PRO et SPR
FDO	pour acte d'orthodontie SANS dépassement au-delà du plafond pour exigence du patient	TO et ORT
FPC	pour prothèses conjointes AVEC dépassement au-delà du plafond pour exigence du patient	PRO et SPR
FPO	pour prothèses orthodontiques AVEC dépassement au-delà du plafond pour exigence du patient	TO et ORT

Exemple :

1/ Saisie d'un SPR 50.

Facture		Complémentaire		Actes NGAP		Actes CCAM											
N°	Jour	Date des actes	Désignation						Montant de l'acte	Dépas- -sement	Qualif. Dépense	I.D.	IK			TOTAL	
			Dom	Dent	Qté	Acte	Coef	Maj					Demi	EP	P		M
1	Lun	28/04/2014			1	SPR	50.00										107.50

2/ Ajout de l'acte FDC (bouton Ajouter)

3/ Choix du forfait dans la liste proposée en utilisant le bouton Sélectionner

Choix du forfait à appliquer							
Forfait	Montant	Applicable au	Acte	Coef.	Libellé	Ancien montant	
FDC	230.00	01/06/2006	SPR	50.00	Couronne dentaire ajustée ou coulée métallique	198.18	
FDC	239.50	01/06/2006	SPR	50.00	Couronne à incrustation vestibulaire (incisives, canines, 1ere prémolaires)	239.34	
FDC	375.00	01/06/2006	SPR	50.00	Couronne céramo métallique (incisives, canines, 1ere prémolaires)	304.90	

4/ Calcul automatique par le logiciel du montant du forfait.

Facture		Complémentaire		Actes NGAP		Actes CCAM											
N°	Jour	Date des actes	Désignation						Montant de l'acte	Dépas- -sement	Qualif. Dépense	I.D.	IK			TOTAL	
			Dom	Dent	Qté	Acte	Coef	Maj					Demi	EP	P		M
1	Lun	28/04/2014			1	SPR	50.00										107.50
2	Lun	28/04/2014			1	FDC	1.00				N						122.50

Le qualificatif de la dépense du forfait est toujours renseigné à 'N' par le logiciel (ce qui signifie que le forfait est "non remboursable par la caisse" mais qu'il est pris en charge à 100% par la complémentaire CMU)

Remarques : Le cadre de remboursement sera « Tiers payant sur la part obligatoire et complémentaire ». Le montant des honoraires est bien calculé dans TELEVITALE mais, au moment de la certification, le montant indiqué sur le lecteur de cartes est erroné. Ceci est normal !

Il est possible de saisir plusieurs forfaits dans une facture en respectant toujours l'ordre : acte puis forfait. Exemple :

Ligne	Date	Dent	Acte
1	14/04/2014	15	SPR50
2	14/04/2014	15	FDC
3	14/04/2014	26	SPR50
4	14/04/2014	26	FDC
5	14/04/2014	27	SPR50
6	14/04/2014	27	FDC

2.4. Facturation des actes dentaires en CCAM

La facturation des actes dentaires CCAM comporte quelques spécificités.

N° de dent

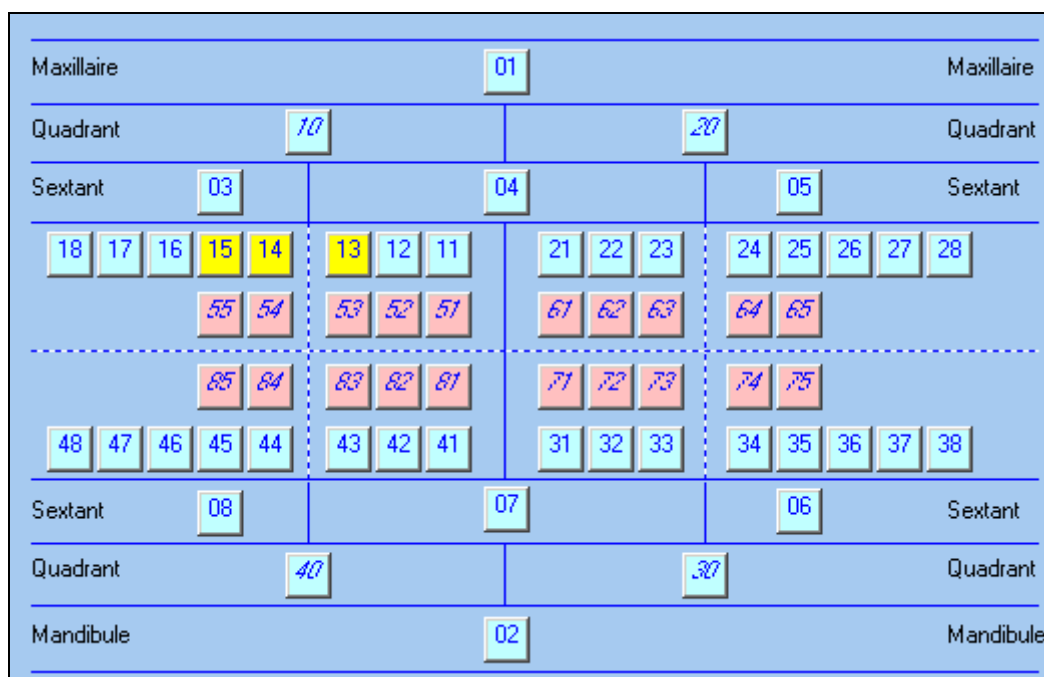
La saisie des dents peut être réalisée de deux manières :

- saisie directe : en tapant les numéros de dents séparés par des espaces. Le nombre minimum de dents à saisir est indiqué en début de rubrique.

Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'a

3 dents : 13 14 15 Forfait Cmu Prix

- schéma dentaire : le bouton loupe permet d'afficher un assistant de saisie. Les numéros en italique sont incompatibles avec l'acte saisi. Les numéros sélectionnés sont en jaune.



Facturation des dépassements

La saisie d'un dépassement s'effectue en double cliquant sur le montant de l'acte. Le logiciel vous propose de saisir le nouveau montant des honoraires et propose comme qualificatif de dépense :

- D pour entente directe pour les actes prothétiques
- E pour dépassement d'exigence suite à une demande particulière du patient pour les soins conservateurs et chirurgicaux.

Le qualificatif de dépense peut être changé en sélectionnant une autre valeur dans la colonne correspondante.

Forfaits CMU dentaires

Dans le cadre de la CMU complémentaire, des dépassements de tarifs peuvent être pris en charge par la caisse dans la limite de forfaits plafonnés par la réglementation. Ces forfaits sont codifiés FDA / FDC / FDR. Un forfait dentaire est toujours associé à un acte dentaire. On ne peut avoir de forfait dentaire isolé.

Lorsque les exigences d'un patient bénéficiaire de la CMU complémentaire vont au-delà de ce que prévoit la réglementation, le forfait est codifié FPC. Dans ce cas, le différentiel entre le coût total et le montant accordé au titre de la CMU complémentaire est à la charge du patient.

Rappel : lors de la facturation d'un patient bénéficiant de la CMU complémentaire, le cadre de remboursement est « Tiers payant sur la part obligatoire et complémentaire ».

Code	Forfait dentaire
FDA	pour prothèse adjointe SANS dépassement au-delà du plafond pour exigence du patient
FDC	pour prothèse conjointe SANS dépassement au-delà du plafond pour exigence du patient
FDR	pour réparation de prothèse SANS dépassement au-delà du plafond pour exigence du patient
FPC	pour prothèses conjointes AVEC dépassement au-delà du plafond pour exigence du patient

Exemple :

1/ Saisie d'un couronne métallique HBLD038.

N°	Jour	Date des Actes	Heure	Dom	Code Acte	Activité Phase	Modificateurs		EP	Montant	Dépas- -sement	Qualif. -dépense	ID	IK		Total
							1	2						P	M	
1	Lun	02/06/2014	10:02		HBLD038	1 0				107.50						107.50

2/ Choix du forfait dans la partie inférieure

Pose d'une couronne dentaire dentoportée métallique

1 dent : Forfait Cmu Prix

Le logiciel indique le montant maximum autorisé

Choix du forfait dentaire

FDC - 230.00€ - Pose 1 couronne dentaire dentoportée métallique
 FPC - 230.00€ - Pose 1 couronne dentaire dentoportée métallique

3/ Calcul automatique par le logiciel du montant du forfait.

Pose d'une couronne dentaire dentoportée métallique

1 dent : Forfait Cmu **FDC** Prix **122.50**

4/ Calcul automatique par le logiciel du montant total de l'acte

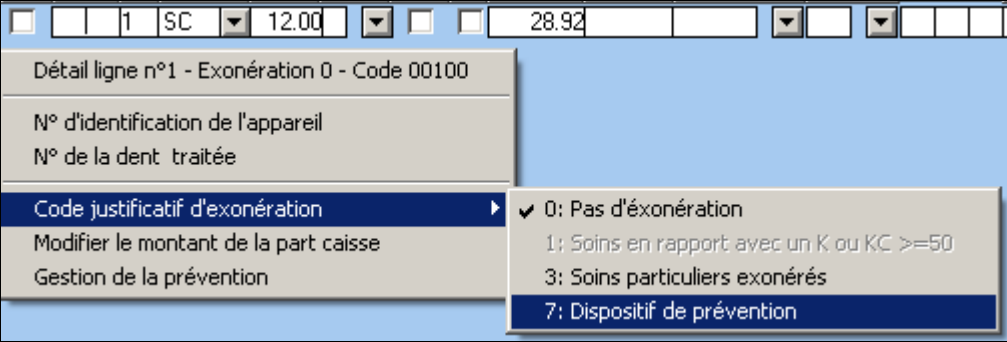
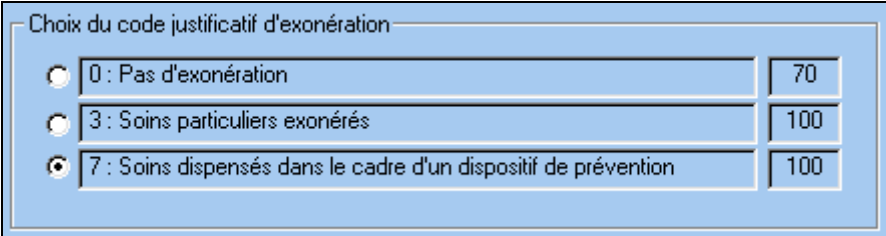
N°	Jour	Date des Actes	Heure	Dom	Code Acte	Activité Phase	Modificateurs		EP	Montant	Dépas- -sement	Qualif. -dépense	ID	IK		Total
							1	2						P	M	
1	Lun	02/06/2014	10:02		HBLD038	1 0				107.50						230.00

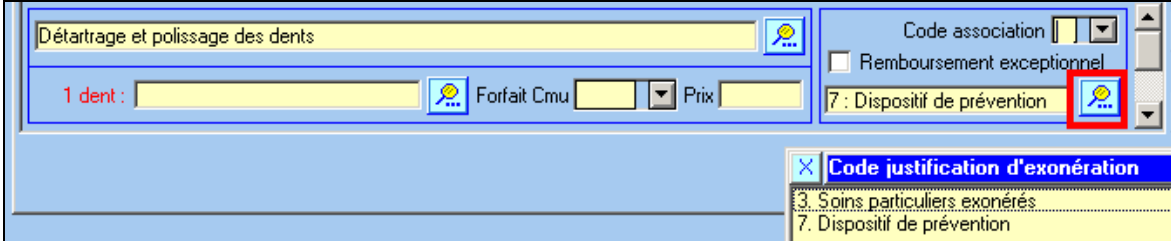
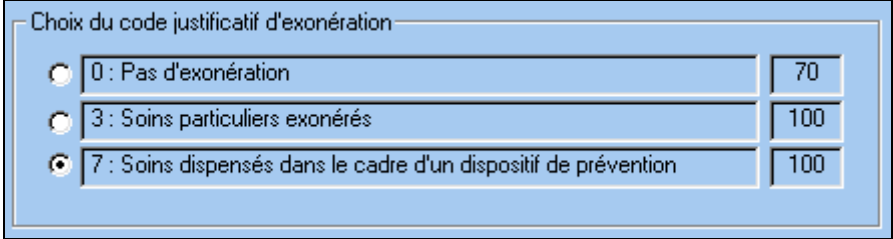
2.5. Bilan Bucco dentaire et soins consécutifs

Cet examen est facturé de la façon suivante : Bilan bucco dentaire sans radio : acte BDC ou Bilan bucco dentaire avec une ou deux radios : acte BR2 ou Bilan bucco dentaire avec trois ou quatre radios : acte BR4. L'acte BDC ou BR2 ou BR4 doivent être facturés de la façon suivante : taux 100 % - exonération 7 - Tiers payant sur la part obligatoire (l'assuré ne paye pas les soins)

Les soins consécutifs à l'examen de prévention sont également pris en charge à 100% et doivent s'achever dans les six mois suivant l'examen. Il s'agit uniquement des soins conservateurs et chirurgicaux et des actes radiographiques. Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus. Pour la facturation des soins consécutifs à l'examen de prévention, on utilisera : exonération 7 – taux 100% - Pas de Tiers payant (l'assuré paye les soins et sera remboursé à 100% par sa caisse) sauf pour les 6 et 9 ans où il faut appliquer le tiers payant sur la part obligatoire

Saisie des factures : le tableau ci-dessous vous indique les manipulations en fonction du contexte

Contexte de Facturation	Onglet Facture Rubrique « cadre de remboursement »	Onglet NGAP ou CCAM	Exonération et Taux
Bilan avec ou sans carte vitale du patient	Choisir « Tiers payant sur part obligatoire »	Saisir BDC ou BR2 ou BR4	L'exonération 7 et le taux 100 % sont calculés automatiquement
Soins NGAP consécutifs avec carte vitale du patient	Choisir : « Tiers payant sur la part obligatoire » pour les 6 et 9 ans « Pas de tiers payant » pour les 9, 15 et 18 ans	Saisir les actes consécutifs à l'examen de prévention et qui sont pris en charge à 100% dans l'onglet NGAP	<p>Pour chaque acte NGAP, cliquez avec le bouton <u>droit</u> de la souris sur l'acte, sélectionnez dans le menu « code justificatif d'exonération » puis la valeur 7 (Dispositif de prévention)</p> 
Soins NGAP consécutifs sans la carte vitale du patient	Choisir : « Tiers payant sur la part obligatoire » pour les 6 et 9 ans « Pas de tiers payant » pour les 9, 15 et 18 ans	Saisir les actes consécutifs à l'examen de prévention et qui sont pris en charge à 100% dans l'onglet NGAP	<p>Pour chaque acte NGAP, cliquez avec le bouton <u>droit</u> de la souris sur l'acte, sélectionnez dans le menu « choisir le code exonération » puis la valeur 7 dans la fenêtre ci-dessous (dispositif de prévention)</p> 

<p>Soins CCAM consécutifs avec carte vitale du patient</p>	<p>Choisir : « Tiers payant sur la part obligatoire » pour les 6 et 9 ans « Pas de tiers payant » pour les 9, 15 et 18 ans</p>	<p>Saisir les actes consécutifs à l'examen de prévention et qui sont pris en charge à 100% dans l'onglet CCAM</p>	<p>Pour chaque acte CCAM, sélectionnez en bas de l'onglet CCAM l'exonération « 7 - dispositif de prévention » en cliquant sur le bouton contenant une loupe</p> 
<p>Soins CCAM consécutifs sans la carte vitale du patient</p>	<p>Choisir : « Tiers payant sur la part obligatoire » pour les 6 et 9 ans « Pas de tiers payant » pour les 9, 15 et 18 ans</p>	<p>Saisir les actes consécutifs à l'examen de prévention et qui sont pris en charge à 100% dans l'onglet CCAM</p>	<p>Pour chaque acte CCAM, sélectionnez en bas de l'onglet CCAM l'exonération « 7 - dispositif de prévention » en cliquant sur le bouton contenant une loupe</p> 

2.6. Facturation de la part complémentaire

Dans la facture l'onglet complémentaire se divise en 4 zones :

The screenshot shows a software interface for complementary insurance billing. At the top, there are fields for patient information: 'Prescription', 'Pour le patient : DESMAUX NATHALIE', and 'Date de début des soins ou du traitement orthodontique 12/06/2008'. Below this, there are tabs for 'Facture', 'Complémentaire', and 'Actes NGAP'. The main area is divided into two columns. The left column is titled 'Informations sur la Carte Vitale' and contains fields for 'Nom CV-72727272', 'N° 72727272', 'Contrat 00', 'Code routage DC', 'Affilié à M : Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)', and 'Convention > TP/ GIE SESAM VITALE'. The right column is titled 'Informations issues d'une Attestation Papier ou autre support' and contains fields for 'Nom CMU CAISSE ATTESTATION', 'N° 0099999997', 'Contrat 89', 'Code routage RO', 'Affilié à', and 'Convention > TP/ GIE SV DEMO'. Below these columns are two tables for 'Garanties sur' and 'L'envoi d'une demande de remboursement à la complémentaire est autorisé pour :'. At the bottom, there are checkboxes for 'La caisse gère également la part complémentaire (paiement unique ou transmission de décomptes)', a field for '% pris en charge par la complémentaire 30', and a checkbox for 'Le taux est un % du tarif de convention'. Buttons for 'OK', 'Annuler', and 'Facturer en sécurisé' are at the bottom right.

Ce bouton permet de choisir les informations qui seront utilisées pour la facturation (soit la carte vitale, soit l'attestation papier)

Ce bouton permet de choisir une attestation papier présente dans la base. Si une attestation est déjà choisie, il faut utiliser le bouton retirer au préalable pour affecter une autre mutuelle

Zone 1
Informations issues de la carte vitale

Zone 2
Informations issues d'une attestation papier

Zone 3
Mode de gestion pour la complémentaire sélectionnée. Si la case est cochée, cela signifie que les informations concernant la complémentaire seront transmises dans une FSE. Dans le cas contraire les informations concernant la complémentaire seront transmises dans une DRE

Zone 4
Taux de prise en charge. Pour faire apparaître la rubrique « le taux est un % du tarif de convention », il faut au préalable activer l'option « utiliser le % par défaut de la complémentaire » dans le menu Outils - options, onglet Divers.

Exemple de calcul de la part complémentaire avec un dépassement d'honoraire

Facturation d'un TO 90 à 693.50, la complémentaire prenant en charge 300% du tarif de convention.

La caisse rembourse 100 % du TO 90, soit 193.50. La complémentaire rembourse 300 % du tarif de convention, soit 300% de 193.50 moins ce que rembourse la caisse, soit 387.

Méthode n° 1 : saisie du montant remboursé par la complémentaire (387 euros)

- Indiquer dans la facture « tiers payant sur la part obligatoire et complémentaire »
- S'assurer que le patient à bien une complémentaire dans l'onglet « complémentaire »
- Saisir les actes (et le dépassement) et cliquer sur le bouton facturer en sécurisé.
- Dans l'écran récapitulatif les totaux en fin de facturation, saisir le montant (387) que rembourse la complémentaire dans la colonne *souhaité*.

?	Date Acte	Heure	Prestation	Montant Acte			Montant Déplacement			Montant IK		
				Souhaité	Calculé	Plafond	Souhaité	Calculé	Plafond	Souhaité	Calculé	Plafond
	12/06/2008	16:52	TO 90	387.00	96.75	500.00						

Récapitulatif des parts			
Montant total de la facture	693.50	Montant prise en charge par la complémentaire	387.00
Montant prise en charge par la caisse	193.50	Montant total à la charge de l'assuré	113.00

Méthode n° 2 : saisie du taux de remboursement (300%)

- Indiquer tiers payant sur la part obligatoire et complémentaire
- S'assurer que le patient à bien une complémentaire dans l'onglet « complémentaire », cocher "*le taux est un % du tarif de convention*" et saisir le taux de remboursement de la complémentaire. Le logiciel calcule la part à la charger de la complémentaire et proposera ce montant dans la fenêtre récapitulative en fin de facturation

<input checked="" type="checkbox"/> La caisse gère également la part complémentaire (paiement unique ou transmission de décomptes)	
% pris en charge par la complémentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Le taux est un % du tarif de convention

300

2.7. Facturation sans carte vitale (mode dégradé)

Dans le menu **Facturation**, cliquez sur **Mode dégradé**. Dans ce mode la carte vitale est absente, mais la présence du lecteur de cartes et de la carte CPS est obligatoire.

Indiquez :

- le patient (vous pouvez taper les premières lettres de son nom),
- la nature d'assurance (maladie, maternité, accident de travail)
- le cadre de remboursement (Tiers payant ou non)
- Les informations du parcours de soins (identique au mode sécurisé)
- l'exonération.

Pour le justificatif d'exonération les valeurs possibles sont :

0 - pas d'exonération

3 - soins particuliers exonérés (pris en charge à 100 %)

4 - ALD (pris en charge à 100 %)

5 - Assuré exonéré (invalidité, pris en charge à 100 %)

7 - Prévention (campagne de prévention, pris en charge à 100 %)

9 - FNS (fond national de solidarité, pris en charge à 80%)

Dans le cadre du tiers payant, le choix du justificatif d'exonération est très important et doit correspondre à la situation du patient. Si vous réalisez une facture sans tiers payant (le patient paye l'intégralité), choisissez « *0 - pas d'exonération* ».

La saisie des actes (NGAP et ou CCAM) est identique au mode sécurisé (présence de la carte vitale du patient).

Pour valider la facture cliquez sur le bouton **Facturer en dégradé**. Le logiciel imprimera la feuille de soins.

3. La télétransmission

Dans l'écran d'accueil, cliquez sur le bouton **Transmettre**. Le logiciel vous propose la liste des factures en attente de télétransmission. Ces factures doivent être regroupées en lot. Cette opération nécessite la présence du lecteur et de la carte CPS.

1. FSE à sécuriser	2. DRE à sécuriser	3. FSE à transmettre	4. DRE à transmettre	5. Fichiers à transmettre						Tout choisir
N° Facture	Dégradé	TP	Nom du patient	Destinataire	Date de facturation	Montant	Caisse	Mutuelle	Assuré	Ne rien choisir
120430259	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EXEMPLE DE CARTE OLIVIER	CPAM - DEMONSTRATION	30/04/2012	15.30	9.18	0.00	6.12	Préparer
120430260	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	EXEMPLE DE CARTE OLIVIER	CPAM - DEMONSTRATION	30/04/2012	22.92	13.75	9.17	0.00	
120430267	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	EXEMPLE DE CARTE NATACHA	CPAM - DEMONSTRATION	30/04/2012	173.60	104.13	0.00	69.47	

Sélectionnez la ou les factures à l'aide de la souris, ou utilisez le bouton **Tout choisir** pour sélectionner toutes les factures. Cliquez sur le bouton **Préparer** et puis saisissez le code porteur de votre carte CPS.

Lorsque les lots ont été créés, le logiciel vous propose la liste des fichiers à transmettre.

1. FSE à sécuriser	2. DRE à sécuriser	3. FSE à transmettre	4. DRE à transmettre	5. Fichiers à transmettre						Tout choisir
Type	Nom Fichier	Lot(s)	Date	Destinataire	E-Mail					Ne rien choisir
FSE	LD0001	1,2	02/05/2012	CPAM - DEMONSTRATION	Flux de demonstration vers 01999@999.01.rss.fr					Transmettre

Sélectionnez les fichiers à transmettre en cliquant sur le bouton « **tout choisir** » et cliquez sur le bouton **Transmettre**. Les lots seront télétransmis aux caisses destinataires.

Remarque : le délai pour transmettre une facture en tiers payant est de 7 jours, pour une facture sans tiers payant le délai est de 2 jours.

A l'issue de la télétransmission, un bordereau de télétransmission sera imprimé pour chaque lot. Ce bordereau précise la liste des factures télétransmises.

Pour les factures réalisées avec la carte vitale du patient, l'envoi de ce bordereau à la caisse n'est pas nécessaire. Pour les factures réalisées sans la carte vitale du patient (mode dégradé), il faut envoyer à chaque caisse le bordereau de télétransmission et les feuilles de soins correspondantes.

Pour les lots de DRE, aucun document ne doit être envoyé aux complémentaires.

Si vous souhaitez imprimer à nouveau un bordereau de télétransmission, cliquez dans la barre d'outils, sur le menu « **télétransmission** » et choisissez la rubrique « **journal des lots et bordereaux** ». Dans la liste des lots de FSE, ou des lots de DRE, sélectionnez votre lot et cliquez sur le bouton « **bordereau** ». Le logiciel vous proposera un aperçu avant impression de votre bordereau.

4. Le suivi des télétransmissions (ARL et Noemie)

Les ARL sont des accusés de réception, ils sont envoyés par la caisse, dans votre boîte aux lettres, afin de confirmer la bonne réception des lots.

Pour les lots contenant des factures sécurisées (avec la carte Vitale), cet ARL est obligatoire, la caisse doit l'envoyer au plus tard dans les 48H à partir de la télétransmission. En l'absence d'ARL, le lot doit être renvoyé.

Le logiciel récupère automatiquement dans votre boîte à lettre ces accusés de réception et fait un suivi automatique des lots à re-émettre.

Les retours NOEMIE sont des messages concernant le traitement de vos factures, il y a 2 types de retours :

- les paiements indiquent que le règlement a été effectué sur votre compte.
- les rejets signifient le refus de paiement de la caisse suite à une erreur sur la facturation.

Les retours NOEMIE (paiements et rejets) sont envoyés uniquement pour les factures en tiers payant. Lors de la télétransmission le logiciel consulte systématiquement votre boîte aux lettres et récupère l'ensemble des retours qui vous sont destinés.

4.1. Gestion des retours NOEMIE rejets

Après consultation de la boîte aux lettres le logiciel vous propose d'imprimer les rejets reçus. Quelque soit votre réponse les rejets sont stockés dans le menu *Télétransmission - rapport noemie par lot*.

Rapport NOEMIE des lots de FSE		Rapport NOEMIE des lots de DRE	
Lot	Organisme de gestion	Recu le	
22	CPAM - SARREGUEMINES	03/04/2012	Rejet(s) de factures
801	CPAM - MOSELLE	03/04/2012	Rejet(s) de factures
67	CPAM - MOSELLE	03/04/2012	Rejet(s) de factures
26	CPAM - MOSELLE	21/03/2012	Rejet(s) de factures
4	MGEM MOSELLE	13/03/2012	Rejet(s) de factures
3	CPAM - MOSELLE	13/03/2012	Rejet(s) de factures
47	CPAM - MOSELLE	13/03/2012	Rejet(s) de factures
801	CPAM - MOSELLE	05/03/2012	Rejet(s) de factures
14	CPAM - MOSELLE	05/03/2012	Rejet(s) de factures

Le bouton **Rapport** dans cette liste permet de visualiser et/ou d'imprimer les rejets reçus pour un lot donné.

4.2. Gestion des retours NOEMIE paiements

Après consultation de la boîte aux lettres le logiciel propose d'imprimer les règlements reçus. Quelque soit votre réponse les paiements sont stockés :

- dans le menu *Télétransmission - rapport noemie par lot*.
- dans le menu *Télétransmission - Paiement Noemie par journée comptable*

La liste dans le menu *Télétransmission - rapport noemie par lot* permet de visualiser et/ou d'imprimer les paiements reçus pour un lot donné. Ce document est synthétique et contient uniquement les paiements des factures réalisées avec le logiciel. Il ne contient donc pas :

- les paiements des aides (aide au démarrage télétransmission, aide à la maintenance, aide pérenne,...)
- les indus ou trop perçus
- les régularisations effectuées par la caisse.

La liste dans le menu *Télétransmission - Paiement Noemie par journée comptable* permet de visualiser

et/ou d'imprimer les paiements reçus pour une journée et une caisse donnée de manière plus détaillée. Ce document contient les mêmes informations de l'éventuel bordereau papier que la caisse vous fait parvenir.

Il contient :

- le montant payé acte par acte (avec un total par facture, par lot, par journée)
- les paiements des factures non réalisées avec le logiciel (exemple : un professionnel travaillant en cabinet et en hôpital. L'hôpital effectue la facturation pour le compte du professionnel)
- les paiements des aides (aide au démarrage télétransmission, aide à la maintenance, aide pérenne,...)
- les paiements des contrats médecins référents
- les indus ou trop perçus
- les régularisations effectuées par la caisse.

Vous pouvez choisir le type de document à imprimer après consultation de la boîte aux lettres. Le choix s'effectue dans le menu Outils - Options, onglet impression, rubrique "Format d'impression du bordereau des paiements".

5. Règlements

Lorsque vous recevez des règlements de la caisse, d'une complémentaire ou d'un patient, vous pouvez les saisir dans le logiciel en utilisant le bouton **REGLEMENT** du menu principal. Cet écran vous permet de mettre à jour le solde de vos factures et de connaître les factures impayées. Ces règlements pourront ensuite être exportés dans une comptabilité externe (ciel compta libérale par exemple)

5.1. Saisie des règlements issus des retours Noemie paiement

Facture(s) non soldée(s) : 6								
n° Facture	Facturé le	Nom du patient	Lot	N° Caisse	D	Patient	Caisse	O.C.
100326137	26/03/2010	DESMAUX PAUL		01 999 9999	<input checked="" type="checkbox"/>	0.00	9.18	0.00
110705180	05/07/2011	CARTE FACTICE CHARLOTTE		01 999 9999	<input checked="" type="checkbox"/>	0.00	56.90	0.00
120111227	11/01/2012	EXEMPLE DE CARTE OLIVIER	1	01 999 9999	<input checked="" type="checkbox"/>	0.00	45.90	30.60
120111228	11/01/2012	CARTE ENFANT SEUL BENJAMIN	1	01 999 9999	<input checked="" type="checkbox"/>	0.00	210.45	140.25
120430259	30/04/2012	EXEMPLE DE CARTE OLIVIER		01 999 9999	<input checked="" type="checkbox"/>	6.12	9.18	0.00
120430260	30/04/2012	EXEMPLE DE CARTE OLIVIER		01 999 9999	<input checked="" type="checkbox"/>	0.00	13.75	9.17

Masquer les factures non validées

↓ cliquez sur les flèches pour déplacer les lignes ↑

TOTAUX : 6.12 345.36 180.02

Facture(s) à encaisser : 1								
N° Facture	Facturé le	Nom du Patient	Lot	N° caisse	D	Patient	Caisse	O.C.
120430267	30/04/2012	EXEMPLE DE CARTE NATACHA		01 999 9999	<input checked="" type="checkbox"/>	69.47	104.13	0.00

Des retours NOEMIE sont arrivés, cliquez sur NOEMIE pour les traiter

TOTAUX : 69.47 104.13 0.00

Montant : 104.13 Mode de paiement : Virement

Compte : Compte bancaire professionnel Date : 02/05/2012

Payeur : CPAM - DEMONSTRATION

Référence :

Part(s) à encaisser

Patient

Caisse

Org. compl.

Caisse et O.C.

Les 3 parts

Lorsque le logiciel vous avertit de la réception de paiement en provenance de la caisse, le bouton **Noemie** en bas à droite s'active. Cliquez une fois sur ce bouton. A partir des informations de la caisse, le logiciel recherche les factures qui ont été payées et les basculer dans « factures à encaisser ». Cliquez sur le bouton **encaisser** pour mettre à jour le solde de vos factures.

5.2. Saisie des règlements des patients ou des complémentaires

La procédure à suivre est la suivante :

- dans la liste des factures non soldées, sélectionnez la ou les factures à encaisser
- cliquez sur la flèche pour faire basculer ces factures dans la liste des factures à encaisser
- choisissez la part à encaisser (patient ou org. Complémentaire)
- saisissez la date de paiement, le mode de paiement, le compte, le payeur et une éventuelle référence (n° de bordereau par exemple)
- cliquez sur le bouton **encaisser**.

Remarque : dans la liste des factures à encaisser, vous pouvez modifier le montant ou cas ou celui-ci ne correspondrait pas au montant payé.

Action des autres boutons :

Irrécouvrable : à utiliser lorsque vous n'aurez jamais le paiement. Les factures se trouvant dans la liste des factures à encaisser seront soldées.

Le bouton « afficher » permet de réduire la liste des factures non soldées et faciliter ainsi la sélection.

5.3. Journal des règlements

Un contrôle général est possible dans le « Journal des règlements » que vous trouverez dans le menu facturation.

Liste de toutes les factures. Pour limiter la période d'affichage, cliquez ici

n° Facture	Facturé le	Nom du patient	N° Caisse	Organisme	Montant	Solde caisse	Solde O.C.	Solde patient
110207081	07/02/2011	SIMON PASCALE	03 311 1300	CMR - DEMONSTRATION	215.15	0.00	0.00	0.00
110207080	07/02/2011	DUPUIS ALAIN	90 349 0000	CAVIMAC - DEMONSTRATION	328.95	197.37	0.00	131.58
110207076	07/02/2011	BEALIVAU MARIE	03 311 1300	CMR - DEMONSTRATION	61.50	61.50	0.00	0.00
110207079	07/02/2011	DURAND FABIENNE	01 349 9881	CPAM - DEMONSTRATION	307.20	307.20	0.00	0.00

Filtere puis Entrée

Détail des règlements

Réglé le	Payeur	Montant	Mode	Compte	Référence	Part	Etat
02/05/2012	CMR - DEMONSTRATION	215.15	VIR	BANQUE		Caisse	

Légende des factures
 Facture soldée
 Facture non soldée

Recherche
Rechercher

Masquer les factures non validées

Impression règlements :
Du : 01/05/2012
Au : 02/05/2012
Pour le compte : TOUS
Mode de règlement : TOUS
 Irrécouvrable
 Non transféré en comptabilité

Niveau de détail :
Aucun
Factures
Actes+déplacements

Imprimer

Modifier
Supprimer
Fermer

Les factures qui apparaissent en jaune sont celles qui ont reçu un retour noémie ou qui ont été encaissées manuellement : elles sont donc soldées. Les factures qui apparaissent en blanc ne sont pas encore soldées.

Remarque : à partir du menu Facturation, rubrique « interrogation et relances de comptes », il est possible d'utiliser un outil qui permet (pour une période donnée) :

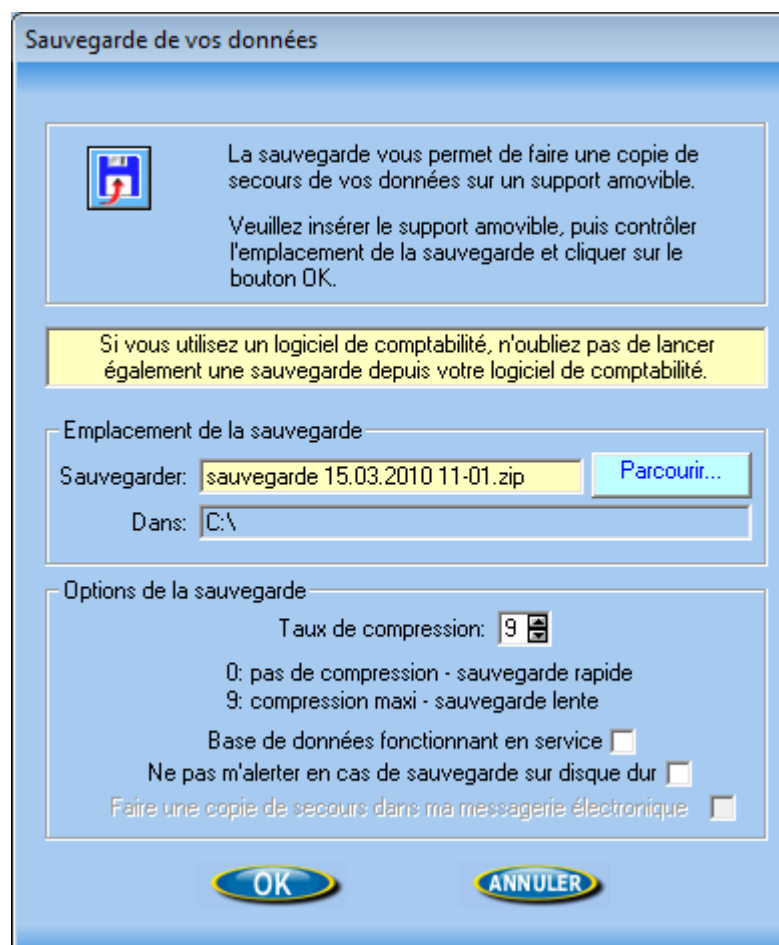
- la consultation du compte d'un patient, d'une caisse ou d'une complémentaire pour connaître les sommes dues
- l'impression d'un relevé de compte avec aperçu avant impression
- l'impression de lettres de rappel (relance) à deux niveaux.
- la consultation de l'historique des relances.

6. Sauvegarde

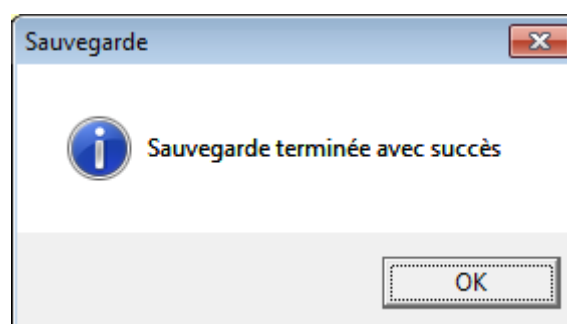
Les sauvegardes permettent de réaliser une copie intégrale de toutes les données importantes de votre logiciel (dossier patient, télétransmission, etc.). Elles vous assurent que, quoiqu'il arrive à votre ordinateur, vos fichiers ne seront pas perdus. **Une sauvegarde spécifique est nécessaire à chaque logiciel (une pour TELEVITALE et une pour CIEL Compta par exemple)**. La sauvegarde est utilisée en cas de panne de l'ordinateur, de changement de matériel, d'attaque de vos données par un virus informatique ou de tout autre problème.

La sauvegarde doit être réalisée sur un **support amovible** (Clé USB, disque dur externe) et au minimum une fois par semaine. Si vous utilisez le logiciel régulièrement, cette fréquence devra être augmentée et dans ce cas il est conseillé de faire une sauvegarde quotidienne.

Pour accéder à la sauvegarde, cliquez dans le menu **Outils**, et choisissez **Sauvegarde**. L'écran suivant apparaît :



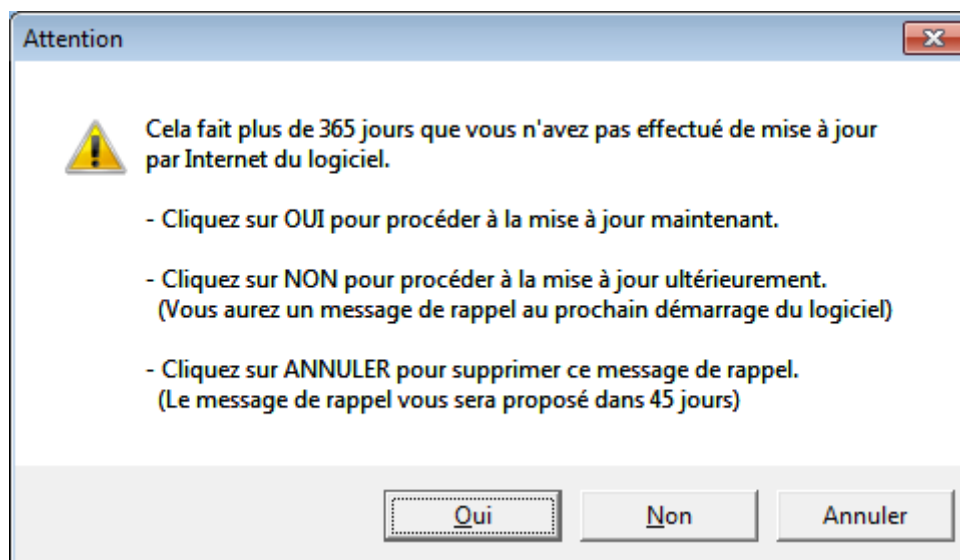
Le bouton **Parcourir** vous permet de changer l'emplacement où sera stockée votre sauvegarde. A la fin de la sauvegarde un message vous informe du résultat. Rangez votre support de sauvegarde en lieu sur.



7. Mise à jour du logiciel

Nous sommes amenés régulièrement à effectuer des modifications réglementaires ou des améliorations dans le logiciel. Pour télécharger ces mises à jour, il vous suffit d'aller dans le menu Outils, Mise à jour Internet.

Remarque : tous les 45 jours, le logiciel vous propose de télécharger la dernière mise à jour. Acceptez cette proposition. Si votre logiciel est déjà à jour, un message vous informera qu'aucun téléchargement n'est nécessaire.



La durée du téléchargement est variable selon le type de votre connexion : 15 minutes environ en bas débit et 3 minutes environ haut débit (ADSL).

En cas de coupure lors du téléchargement, vous pouvez relancer l'opération. Le téléchargement reprendra juste après la coupure.

Lors de l'opération de mise à jour, une fenêtre vous indique le temps restant et le pourcentage du téléchargement déjà effectué.

A la fin de l'opération un document vous informe des modifications et améliorations apportées au logiciel.