

# VITAL'ACT-3S



## Guide de l'éditeur Version 4.18 AM/PR

XRD-2016-3748

**Version 9.0**

# Sommaire

<b>1 Présentation du VITAL'ACT-3S.....</b>	<b>6</b>
1_1 Design, performance et évolutivité .....	6
1_2 Une ergonomie sur mesure.....	6
1_3 Spécialités acceptées par le VITAL'ACT-3S 4.1x (Sauf indication contraire sur la version).....	7
<b>2 Présentation des nouveautés de la version 4.18.....</b>	<b>8</b>
2_1 Intégration des fiches réglementaires .....	8
2_1_1 Fiche 138v4 – Consultation obligatoire enfant .....	8
2_1_2 Fiche 144 – Convention médicale 2016 nouvelles majorations d'urgence .....	8
2_1_3 Fiche 152 – Consultations et majorations complexes .....	8
2_1_4 Fiche 154 – Création forfait évaluation à domicile .....	8
2_1_5 Fiche 156 – Evolution des coefficients du code prestation AMY .....	8
2_2 Ajout de fonctionnalités .....	8
2_2_1 Prise en compte de la FI-485 .....	8
2_2_2 Corrections .....	8
<b>3 Présentation des nouveautés de la version 4.17.....</b>	<b>9</b>
3_1 Intégration des fiches réglementaires .....	9
3_1_1 Fiche 142v2 – Convention médicale 2016 - CCP Consultation de Contraception et Prévention .....	9
3_1_2 Fiche 143v2 – Convention médicale 2016 nouveaux codes prestations pour l'avis ponctuel de consultant .....	9
3_1_3 Fiche 149v2 – Nouvelle convention médicale 2016 : fermeture de codes prestations .....	9
3_2 Correction d'un problème de fonctionnement de la µSD.....	9
3_3 Ajout de fonctionnalités .....	9
3_3_1 Prise en compte de la FI 524 .....	9
3_3_2 Prise en compte de la FI 131v3.....	9
3_3_3 Ajout automatique de l'acte DHT .....	10
3_3_4 Ajout de l'origine de la prescription .....	10
3_3_5 Mise à jour du montant en base .....	10
<b>4 Présentation des nouveautés de la version 4.16.....</b>	<b>11</b>
4_1 Ajout d'une fonctionnalité .....	11
4_2 Correction d'un problème d'affichage .....	11
4_3 Intégration des fiches réglementaires .....	11
4_3_1 FR-138v3 – Consultation Obligatoire Enfant COE .....	11
4_3_2 FR-147v2 – Victimes d'attentats - Prise en charge des DHT .....	11
4_3_3 FR-149 – Nouvelle convention médicale 2016 : fermeture de codes prestations au 1 <sup>er</sup> mai et 1 <sup>er</sup> juillet 2017.....	11

<b>5 Présentation des nouveautés de la version 4.15.....</b>	<b>12</b>
5_1 Correction d'un comportement menant à l'annulation d'une FSE .....	12
<b>6 Présentation des nouveautés de la version 4.14.....</b>	<b>13</b>
6_1 Intégration des fiches réglementaires .....	13
6_1_1 FR-137v3 – Convention médicale 2016 nouvelles majorations enfants .....	13
6_1_2 FR-138v2 – Consultation Obligatoire Enfant COE .....	13
6_1_3 FR-140 – Nouvelle convention médicale 2016 - Consultation majorée généralistes .....	13
6_2 Correction d'un comportement en maternité expirée .....	13
<b>7 Présentation des nouveautés de la version 4.13.....</b>	<b>14</b>
7_1 Message d'erreur en cas d'absence de $\mu$ SD .....	14
<b>8 Présentation des nouveautés de la version 4.12.....</b>	<b>15</b>
8_1 Prise en charge des actes CCAM .....	15
8_2 Intégration des fiches réglementaires .....	15
8_2_1 FR-122v3 – Actualisation Table 4 Annexe 2 .....	15
8_2_2 FR-133 – Fermeture lettre clé KE .....	15
8_2_3 FR-134 – Actualisation table 22.1 .....	15
8_2_4 FR-135 – Actualisation table 4 .....	15
8_2_5 Harmonisation des saisies du numéro de prescripteur .....	15
<b>9 Présentation des nouveautés de la version 4.11.....</b>	<b>16</b>
<b>10 Présentation des nouveautés de la version 4.10 .....</b>	<b>17</b>
10_1 Intégration des fiches réglementaires .....	17
10_1_1 FR-110v5 – Code prestation PPS (Plan Personnalisé de Santé) .....	17
10_2 Avenant CDC EV78 TP –ALD - MATER.....	17
<b>11 Présentation des nouveautés de la version 3.32 .....</b>	<b>18</b>
11_1 Intégration des fiches règlementaires .....	18
11_1_1 FR-98v5 – Majoration de Coordination et ACS-MCC-MCG-MCS .....	18
11_1_2 FR-120v2 – Facturation Parcours de Soins Visite .....	18
11_1_3 FR-122 – Actualisation Table 4 Annexe 2.....	18
11_2 Prise en compte du TPi ACS .....	18
<b>12 Présentation des nouveautés de la version 3.31 .....</b>	<b>19</b>
12_1 Intégration des fiches règlementaires .....	19
12_1_1 FR-42v4 – Intégration IVG Médicamenteuse en ville.....	19
12_1_2 FR-95v2 – Augmentation du maximum du coefficient de l'acte SF .....	19
12_1_3 FR-28v2 – Intégration des codes majorations permanence des soins .....	19
12_1_4 FR-36v3 – Majoration forfaitaire d'urgence .....	19

12_1_5	FR-41v7 – Intégration de la participation assuré .....	19
12_1_6	FR-110 – Intégration du code prestation PPS Plan Personnalisé de santé .....	19
12_1_7	FR-57 v6 – Intégration des majorations liées à l'avenant 23 à la convention médicale nationale .....	20
12_1_8	FR-59 v5 – Intégration de la convention sages-femmes.....	20
12_1_9	FR-63 v4 – Intégration de la convention nationale des pédicures podologues .....	20
12_1_10	FR-91 v3 – Intégration du code prestation CDE .....	20
12_1_11	FR-92 v3 – Intégration du code prestation VL .....	20
12_1_12	FR-96 – Augmentation du maximum du coefficient de l'acte AMY .....	20
12_1_13	FR-97 – Actualisation de la table 11.2 de l'Annexe 2 .....	20
12_1_14	FR-100v3 – Intégration de la Majoration « Insuffisant Cardiaque ».....	20
12_1_15	FR-101v2 – Intégration de la Majoration Pédiatre pour enfant Prématuré .....	21
12_1_16	FR-102v2 – Intégration de la Majoration de Sortie d'Hospitalisation .....	21
12_1_17	FR-33v2 – Prise en compte de l'Avenant Sages-Femmes .....	21
12_2	Fiches d'information.....	21
12_2_1	Intégration de la fiche d'information FI-295 : Modification du nombre de situations du professionnel de santé remontées par le lecteur .....	21
12_2_2	Correction de l'intégration de la fiche d'information FI-82 : Optimisation mémorisation des données cartes .....	21
12_2_3	Intégration de la fiche d'information FI-123 : Carte PS remplaçant exclusif .....	21
12_3	Corrections .....	22
13	Rappel des fonctionnalités de la version 3.30 .....	24
13_1	Authentification des cartes Vitale 2.....	24
13_2	Performances .....	24
13_3	Port de communication .....	24
13_4	Compatibilité avec la CryptoLib .....	24
13_4_1	Contexte .....	24
13_4_2	Description du problème .....	24
13_4_3	Description de la modification .....	24
13_5	Intégration des fiches réglementaires .....	25
13_5_1	FR-80 – Ouverture "CS" et "VS" aux spécialistes en médecine générale .....	25
13_5_2	FR-95 – Augmentation du maximum du coefficient de l'acte SF .....	25
13_5_3	FR-96 – Augmentation du maximum du coefficient de l'acte AMY .....	25
13_5_4	FR-63v2 – Intégration de la convention nationale des pédicures podologues .....	25
13_6	Evolution de tarifs .....	25
13_7	Corrections .....	25
13_8	Evolution.....	26
13_9	Autres .....	26
14	Maintenance .....	27
14_1	Accès.....	27
14_2	Code d'accès.....	27
14_3	Les fonctionnalités .....	28

14_3_1 Effacer tout le lecteur .....	28
14_3_2 Effacer une section.....	28
14_3_3 Infos Lecteur .....	30

## **15 Tables règlementaires.....31**

<b>15_1 Fonctionnement général .....</b>	<b>31</b>
15_1_1 Affichage général d'une table .....	31
15_1_2 Sélection d'une ligne .....	31
15_1_3 Ajout d'une ligne .....	32
15_1_4 Réinitialisation de la table .....	32
15_1_5 Remarque .....	32
<b>15_2 Description des tables .....</b>	<b>32</b>
15_2_1 Table 5 : Prestations relatives à la permanence des soins.....	32
15_2_2 Table 5 bis : Prestations relatives au contexte d'« Urgence » .....	33
15_2_3 Tables 11 : Conditions d'élaboration d'une FSE en nature d'assurance AT ou aux accidents de la vie privée .....	33
15_2_4 Tables 12 : Tables des actes NGAP obligatoirement associés .....	35
15_2_5 Table 14 : Détermination de la diminution du taux à prendre en compte hors parcours de soins .....	36
15_2_6 Tables 15 : Détermination des cas d'exclusion du parcours de soins .....	37
15_2_7 Tables 16 : Compatibilité des spécialités de professionnels de santé.....	39
15_2_8 Tables 17 : Compatibilité des majorations de coordination.....	41
15_2_9 Table 18 : Durée de validité de contextes particuliers du parcours de soins.....	42
15_2_10 Table 19 : Acte de référence pour le calcul du plafond hors parcours.....	43
15_2_11 Tables 20 : Tables des spécialités de PS utilisées pour les gestions de codes situations dans les tables 8.x.....	43
15_2_12 Tables 21 : Tables des codes prestations utilisées pour les gestions de codes situations dans les tables 8.x.....	43

# 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 4.1x (Sauf indication contraire sur la version)

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 Vénéréologie
  - 07-Gynécologie Obstétrique
  - 08-Gastro-entérologie et Hépatologie
  - 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 4.18

### 2\_1 Intégration des fiches règlementaires

#### 2\_1\_1 Fiche 138v4 – Consultation obligatoire enfant

Modification du comportement à adopter pour la COE (Consultation Obligatoire Enfant).

#### 2\_1\_2 Fiche 144 – Convention médicale 2016 nouvelles majorations d'urgence

Ajout de trois majorations :

- MCU : Majoration Correspondant Urgence
- MRT : Majoration Régulation médecin traitant
- MUT : Majoration Urgence médecin Traitant

#### 2\_1\_3 Fiche 152 – Consultations et majorations complexes

Création de 4 actes dans le cadre de l'Avenant 12 :

- CCE
- CCX
- MCX
- MTX

#### 2\_1\_4 Fiche 154 – Création forfait évaluation à domicile

Création du code prestation FOT : Forfait évaluation domicile handicap.

#### 2\_1\_5 Fiche 156 – Evolution des coefficients du code prestation AMY

Le coefficient du code prestation AMY peut avoir une valeur maximale portée à 30,5.

### 2\_2 Ajout de fonctionnalités

#### 2\_2\_1 Prise en compte de la FI-485

Dans la perspective du support de la base CCAM V50, la tarification est revue pour prendre en compte les différents contextes.

#### 2\_2\_2 Corrections

- Un problème de compatibilité avec le qualificatif de dépense pouvait empêcher le renseignement de l' "Entente directe" pour les actes: MEG, MEP, NFE, NFP, COE, G, GS, VG et VGS.
- Correction dans l'affichage du coefficient à deux chiffres après la virgule dans le récapitulatif.



## 3 Présentation des nouveautés de la version 4.17

### 3\_1 Intégration des fiches règlementaires

#### 3\_1\_1 Fiche 142v2 – Convention médicale 2016 - CCP Consultation de Contraception et Prévention

- Création du code prestation CCP.

#### 3\_1\_2 Fiche 143v2 – Convention médicale 2016 nouveaux codes prestations pour l'avis ponctuel de consultant

- Fin d'indexation des avis de consultants sur la lettre code C.

#### 3\_1\_3 Fiche 149v2 – Nouvelle convention médicale 2016 : fermeture de codes prestations

Les codes suivants ne sont plus supportés :

Au 1<sup>er</sup> mai 2017 :

- MAS Majoration Annuelle de Synthèse
- MGE Majoration Généraliste Enfant
- MNO Majoration Nourrisson Généraliste
- MNP Majoration Nourrisson Pédiatre
- MPE Majoration Pédiatre Enfant
- FPE Forfait Pédiatrique

Et au 1<sup>er</sup> juillet 2017 :

- CA Consultation approfondie
- MPJ Majoration Provisoire Cliniciens moins de 16 ans

Au 1<sup>er</sup> novembre 2017 :

- MBB Majoration nourrisson avant huit jours
- MPP Majoration suivi de prématuré par pédiatre

### 3\_2 Correction d'un problème de fonctionnement de la µSD

Un problème d'hypersensibilité de certaines cartes µSD occasionnait des dysfonctionnements sur le terrain.

### 3\_3 Ajout de fonctionnalités

#### 3\_3\_1 Prise en compte de la FI 524

Suspension de la mise en application du Tiers Payant généralisé automatique initialement prévue au 30 novembre 2017.

#### 3\_3\_2 Prise en compte de la FI 131v3

"Règles cumul NGAP et CCAM" mise à jour suite à la décision UNCAM du 24 mars 2017.

### **3\_3\_3 Ajout automatique de l'acte DHT**

Depuis les écrans de prise en charge MALADIE, ACCIDENT DU TRAVAIL et MATERNITE, le PS peut désormais saisir le fait que son patient est une victime d'attentat.

### **3\_3\_4 Ajout de l'origine de la prescription**

Lors de la saisie des informations de la prescription, il est maintenant possible de saisir son origine.

### **3\_3\_5 Mise à jour du montant en base**

Le montant de l'acte VRM a été mis à jour.

## 4 Présentation des nouveautés de la version 4.16

### 4\_1 Ajout d'une fonctionnalité

L'utilisateur peut maintenant enregistrer ses trajets et les facturer en tant que prestation dès lors qu'un acte au moins a été sélectionné dans la FSE.

### 4\_2 Correction d'un problème d'affichage

Lors de la sélection d'un remplaçant, les dates d'activité enregistrées pouvaient être mal affichées (exemple : 06/08/2017 remplacé par 06/08/0017).

### 4\_3 Intégration des fiches réglementaires

#### 4\_3\_1 FR-138v3 – Consultation Obligatoire Enfant COE

Mise en place de la consultation spécifique COE (Consultation Obligatoire Enfant).

#### 4\_3\_2 FR-147v2 – Victimes d'attentats - Prise en charge des DHT

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2017 a étendu le tiers payant aux dépassements d'honoraires et ce sous la forme d'un dépassement : DHT.

#### 4\_3\_3 FR-149 – Nouvelle convention médicale 2016 : fermeture de codes prestations au 1<sup>er</sup> mai et 1<sup>er</sup> juillet 2017

Au 1<sup>er</sup> mai 2017, les codes suivants ne sont plus supportés :

- MAS Majoration Annuelle de Synthèse
- MGE Majoration Généraliste Enfant
- MNO Majoration Nourrisson Généraliste
- MNP Majoration Nourrisson Pédiatre
- MPE Majoration Pédiatre Enfant
- FPE Forfait Pédiatrique

Au 1<sup>er</sup> juillet 2017 :

- - CA Consultation approfondie
- - MPJ Majoration Provisoire Cliniciens moins de 16 ans

## 5 Présentation des nouveautés de la version 4.15

### 5\_1 Correction d'un comportement menant à l'annulation d'une FSE

Une correction a été apportée pour corriger la problématique suivante :  
Certains terminaux font face à l'impossibilité de mener une FSE à terme lors de l'utilisation de la carte μSD avec des versions supérieures à la 4.12 de l'application V3S TLA.

## 6 Présentation des nouveautés de la version 4.14

### 6\_1 Intégration des fiches réglementaires

#### 6\_1\_1 FR-137v3 – Convention médicale 2016 nouvelles majorations enfants

Création des codes prestations :

- MEG : Majoration Enfant Généraliste
- MEP : Majoration Enfant Pédiatre
- NFE : Nouveau Forfait Enfant
- NFP : Nouveau Forfait Pédiatrique

#### 6\_1\_2 FR-138v2 – Consultation Obligatoire Enfant COE

Mise en place de la consultation spécifique COE (Consultation Obligatoire Enfant).

#### 6\_1\_3 FR-140 – Nouvelle convention médicale 2016 - Consultation majorée généralistes

4 codes prestations créés au 1 mai 2017 :

- G
- GS
- VG
- VGS

### 6\_2 Correction d'un comportement en maternité expirée

Lors d'une maternité expirée, les droits pris en compte pour les soins sont désormais ceux correspondant à la période qui suit la maternité en carte.

## 7 Présentation des nouveautés de la version 4.13

Cette version est destinée à l'ensemble des spécialités supportées dans le chapitre.

### 7\_1 Message d'erreur en cas d'absence de $\mu$ SD

Dans le cas d'une mise à jour vers la version 4.12 d'un professionnel AM sans  $\mu$ SD, l'application remontait régulièrement un message d'erreur d'absence de cette  $\mu$ SD.

Le comportement de l'application a été modifié pour n'émettre une alerte QUE lors d'une tentative d'accès aux données de la carte  $\mu$ SD (si elle est absente), c'est-à-dire sur une demande de facturation d'un acte CCAM.

## 8 Présentation des nouveautés de la version 4.12

Cette version est destinée à l'ensemble des spécialités supportées dans le chapitre .

### 8\_1 Prise en charge des actes CCAM

L'application a évolué pour supporter le dictionnaire CCAM pour les spécialités supportées.

### 8\_2 Intégration des fiches réglementaires

#### 8\_2\_1 FR-122v3 – Actualisation Table 4 Annexe 2

Mise à jour de la table 4 du CDC-Editeurs pour mise en conformité avec la réglementation.  
Mise à jour des coefficients minimum et maximum de certains codes prestations.

#### 8\_2\_2 FR-133 – Fermeture lettre clé KE

Fermeture de la lettre clé KE au 31/07/2016.

#### 8\_2\_3 FR-134 – Actualisation table 22.1

Correction d'une erreur dans la table entre orthoptistes et orthophonistes.

#### 8\_2\_4 FR-135 – Actualisation table 4

Mise à jour de la table 4 du CDC-Editeurs pour mise en conformité avec la réglementation.  
Incompatibilité acte C et déplacements pour la spécialité 21.

#### 8\_2\_5 Harmonisation des saisies du numéro de prescripteur

Afin d'harmoniser les saisies du numéro de prescripteur pour l'ensemble des PS, cette fonctionnalité a été revue.

- ⇒ Le problème d'acceptation d'un numéro à 8 digits présent sur la version 3.32 et 4.11 du Vital'Act-3S n'est pas présent sur la 4.12.



## 9 Présentation des nouveautés de la version 4.11

Le Vital'Act-3S permet la réalisation en visite de FSE qui sont déchargées au retour au cabinet sur le poste de travail du Professionnel de Santé. Dans le cas du TLA V04.10, lorsque la FSE est déchargée sur un poste en version inférieure à l'addendum 7, cela génère un rejet au niveau des centraux de l'Assurance Maladie. Ce rejet est dû au nouveau critère de regroupement en lot implémenté pour la MSA et la CNMSS qui n'est pas correctement géré par les FSV antérieures à l'Addendum 7 (FSV 1.40.10 et antérieures).

- ✓ L'évolution sur l'implémentation d'un critère de regroupement pour l'Addendum 7.

**Cette version est exclusivement destinée aux Auxiliaires Médicaux**

# 10 Présentation des nouveautés de la version 4.10

- La version 4.10 du VITAL'ACT-3S présente les améliorations fonctionnelles liées à l'évolution du référentiel TLA 4.10 :

- Évolutions fonctionnelles suivant le CDC 1.40 addendum 2bis vers la version 1.40 addendum 7
- Déchargement FSE Non chiffré
- Prise en charge des sessions de remplaçant

Cette version est exclusivement destinée aux Auxiliaires Médicaux

## 10\_1 Intégration des fiches réglementaires

### 10\_1\_1 FR-110v5 – Code prestation PPS (Plan Personnalisé de Santé)

Création du code de prestation PPS qui s'adresse aux familles de PS «prescripteurs» et «auxiliaires médicaux» : **PPS : Plan Personnalisé de Santé.**

## 10\_2 Avenant CDC EV78 TP –ALD - MATER

Application du Tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Pour les versions de VITAL'ACT-3S évoluant conformément au référentiel TLA 3.30, un guide de l'éditeur spécifique (Version TLA 3.3X) détaillant les nouveautés réglementaires sera publié à chaque évolution de maintenance sur ce référentiel (non reprises dans ce document).

# **11 Présentation des nouveautés de la version 3.32**

## **11\_1 Intégration des fiches règlementaires**

### **11\_1\_1 FR-98v5 – Majoration de Coordination et ACS-MCC-MCG-MCS**

Corrections des conditions de facturation de la MCC dans le contexte d'Urgence du parcours de soins.  
Ouverture de la possibilité de facturer la Majoration de Coordination Cardiologie (MCC) aux bénéficiaires de l'AME-C et CMU-C hors parcours de soins.

### **11\_1\_2 FR-120v2 – Facturation Parcours de Soins Visite**

Suppression de la génération automatique du contexte d'Urgence en cas de facturation d'une Visite.  
L'indicateur de parcours de soins reste cependant positionné automatiquement à « U » en cas de complément « Nuit », « Dimanche » ou « jour férié » ainsi qu'en cas de modificateur correspondant à de l'urgence pour les actes CCAM.

### **11\_1\_3 FR-122 – Actualisation Table 4 Annexe 2**

Mise à jour de la table 4 du CDC-Editeurs pour mise en conformité avec la réglementation.  
Mise à jour des coefficients minimum et maximum de certains codes prestations.

## **11\_2 Prise en compte du TPi ACS**

L'application supporte désormais le TPi-ACS.

## 12 Présentation des nouveautés de la version 3.31

### 12\_1 Intégration des fiches règlementaires

#### 12\_1\_1 FR-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.

#### 12\_1\_2 FR-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.

#### 12\_1\_3 FR-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.

#### 12\_1\_4 FR-36v3 – Majoration forfaitaire d'urgence

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

#### 12\_1\_5 FR-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 les 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.

#### 12\_1\_6 FR-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.

## **12\_1\_7 FR-57 v6 – Intégration des majorations liées à l'avenant 23 à la convention médicale nationale**

La version 6 intègre des corrections suite à des 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

## **12\_1\_8 FR-59 v5 – Intégration de la convention sages-femmes**

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

## **12\_1\_9 FR-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.

## **12\_1\_10 FR-91 v3 – Intégration du code prestation CDE**

La version 3 intègre des corrections suite à des 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

## **12\_1\_11 FR-92 v3 – Intégration du code prestation VL**

La version 3 intègre des corrections suite à des remontées terrain :

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

## **12\_1\_12 FR-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.

## **12\_1\_13 FR-97 – Actualisation de la table 11.2 de l'Annexe 2**

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 Agricoles.

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.

## **12\_1\_14 FR-100v3 – 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

polypathologiques et polymédicamenteuses, 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

## **12\_1\_15 FR-101v2 – Intégration de la Majoration Pédiatre pour enfant Prématuro**

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 Prématuro par Pédiatre

## **12\_1\_16 FR-102v2 – 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

## **12\_1\_17 FR-33v2 – Prise en compte de l'Avenant Sages-Femmes**

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

## **12\_2 Fiches d'information**

### **12\_2\_1 Intégration de la fiche d'information FI-295 : 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 du terrain, il est demandé d'augmenter cette limitation. L'ensemble des exigences sur le nombre de situations 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.

### **12\_2\_2 Correction de l'intégration de la fiche d'information FI-82 : 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

### **12\_2\_3 Intégration de la fiche d'information FI-123 : Carte PS remplaçant exclusif**

#### **12\_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)

## 12\_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.

## 12\_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

## 12\_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)

# 13 Rappel des fonctionnalités de la version 3.30

## 13\_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.

## 13\_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, ...

## 13\_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.

## 13\_4 Compatibilité avec la CryptoLib

### 13\_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.

### 13\_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.

### 13\_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

## 13\_5 Intégration des fiches réglementaires

### 13\_5\_1 FR-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)

### 13\_5\_2 FR-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

### 13\_5\_3 FR-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.

### 13\_5\_4 FR-63v2 – 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

## 13\_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 décembre 2012)

## 13\_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

## 13\_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

## 13\_9 Autres

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

## 14 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 fonctionnalités 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.

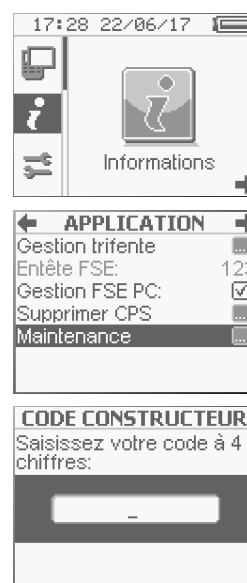
De plus, deux modes d'effacement de la mémoire sont proposés :

- 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, ....

### 14\_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.



### 14\_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 apparaît ensuite :

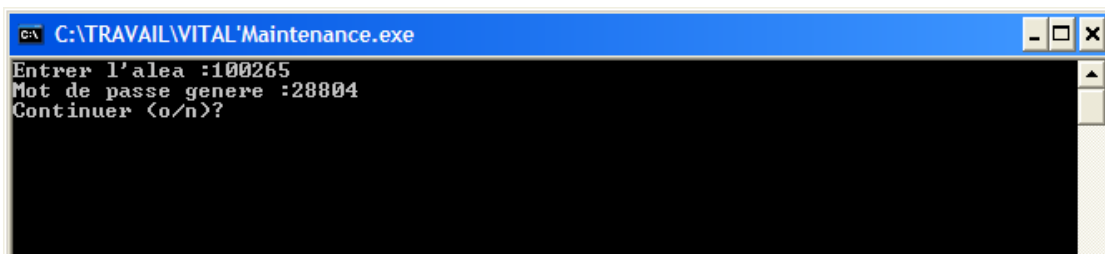
Deux types de codes peuvent être utilisés :

- Le code maintenance généré à partir de l'aléa



- Le code statique destiné aux éditeurs. Il a pour valeur **24680**

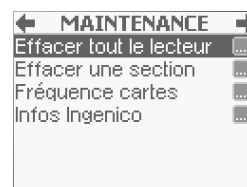
Pour obtenir le code maintenance, l'éditeur doit lancer le programme **VITAL'Maintenance.exe** (ce programme est disponible, sur demande auprès d'Ingenico)  
Il faut alors saisir l'aléa donné par le lecteur pour obtenir le code maintenance correspondant.



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 :

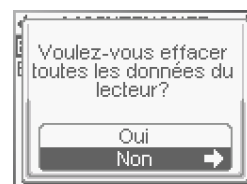
- Effacer tout le lecteur** : permet d'effacer toutes les données du lecteur.
- Effacer une section** : permet d'effacer une section de données de la mémoire du lecteur.
- Fréquence cartes** : permet de modifier la fréquence des cartes
- Infos Ingenico** : permet de consulter des informations du lecteur.



## 14\_3 Les fonctionnalités

### 14\_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 d'information suivant s'affiche :

Une fois ce message validé, le lecteur redémarre automatiquement.

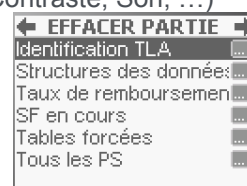
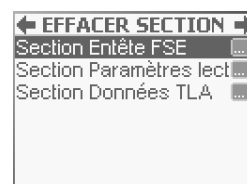


### 14\_3\_2 Effacer une section

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.



### 14\_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.



### 14\_3\_2\_2 Section Paramètres lecteur

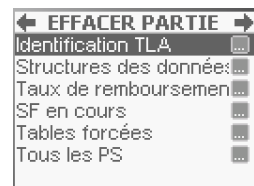
Lorsque l'utilisateur sélectionne cette ligne (touche « **...** »), une confirmation est demandée. Après validation, un message d'information est affiché et le lecteur redémarre.



### 14\_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 une 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



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 :





### 14\_3\_3 Infos Lecteur

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

- Informations sur le nombre de CPS enregistrées et la mémoire disponible.
- Informations sur la version de Base CCAM et sa date.
- Informations sur le Firmware, où l'on peut en particulier voir le numéro de version ainsi que la version applicative du TLA

← INFOS LECTEUR →	
VITAL'ACT-3S	
CPS enregistrées:	1/12
Mémoire disponible:	100%
Base CCAM	
Version CCAM:	43.50
Version SRT:	1.73
Datée du:	18/08/2016
Versions	
CDC:	1.40 RAM
Firmware:	v15.06
Application:	04.12
CRC:	0000
© Ingenico	2010-2016

# 15 Tables règlementaires

## 15\_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.



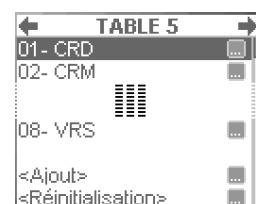
- Un menu proposant la liste des tables pouvant être forcées est alors affiché :  
Pour sélectionner une table, l'utilisateur doit appuyer sur la touche « ■■■ ». La sélection d'une table entraîne l'affichage de la table sélectionnée.

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



### 15\_1\_1 Affichage général d'une table

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



### 15\_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 détaillé : 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 affiché. L'appui sur les touches « DROITE » ou « VAL » permet de choisir si la ligne doit être supprimée ou non.

- Soit l'affichage de la ligne ne nécessite pas d'être détaillé : 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.

### 15\_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).

### 15\_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.

### 15\_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.

## 15\_2 Description des tables

### 15\_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.

## 15\_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>	...

## 15\_2\_3 Tables 11 : Conditions d'élaboration d'une FSE en nature d'assurance AT ou aux accidents de la vie privée

### 15\_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**.

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.

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>	...

## 15\_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 seuls 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.

## 15\_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.

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>	...

- 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**

- 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.

## 15\_2\_4 Tables 12 : Tables des actes NGAP obligatoirement associés

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

### 15\_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>	...
01- ATL	...
02- MAG	...
03- MM	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

### 15\_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.

## 15\_2\_5 Table 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 égale 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.

### 15\_2\_5\_1 Table 14 : 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

TABLE 14	
01- MTXXXXX 000	...
02- MTXXXXX 000	...
03- ATXXXXX 000	...
04- ATXXXXX 000	...
05- MLXXXXX 000	...
06- MLXXXXX 000	...
07- MLXXXXX 000	...
08- MLXXXXX UNCAM	...
09- MLXXXXX 000	...
10- MLXXXXX UNCAM	...
11- MLXXXXX UNCAM	...
12- MLXXXXX UNCAM	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

- Affichage de la sélection

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

- **Nature** : Indique la nature d'assurance en toutes lettres.
- **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 du 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 du 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.

### 15\_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  
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.

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>	...

### 15\_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 minimum à la veille de la date anniversaire de l'âge maximum.

## 15\_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.

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

## 15\_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 apparaît se lit comme suit :
  - **Organisme** : Indique le numéro d'organisme
  - **NIR** : Indique le NIR (qui peut également contenir des caractères **X**)
  - **Mutuelle** : Indique l'identification mutuelle (qui peut également contenir des caractères **X**)
  - **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 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

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

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.

### 15\_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 que 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.
- 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 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.

TABLE 15.3	
01- FHV X ML	...
02- FMV X ML	...
03- VAC X XX	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

### 15\_2\_7 Tables 16 : Compatibilité des spécialités de professionnels de santé

#### 15\_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
- Affichage de la sélection  
Lorsque que l'on sélectionne une ligne, l'écran qui apparaît 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 :

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>	...

- 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.

## 15\_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 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

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>	...

- Affichage de la sélection

Lorsque que l'on sélectionne une ligne, l'écran qui apparaît 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.

## 15\_2\_8 Tables 17 : Compatibilité des majorations de coordination

### 15\_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 apparaît 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 indiquent 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 :
  - 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**.

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>				

### 15\_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	NN
04-	2	OUI	OO
05-	3	NON	NN
06-	3	OUI	OO
<Ajout>			
<Réinitialisation>			

- Affichage de la sélection  
Lorsque que l'on sélectionne une ligne, l'écran qui apparaît 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 indiquent si les majorations de coordination sont compatibles avec **les bénéficiaires hors CMU-C** ou avec **les bénéficiaires 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 en CMU-C**.

## 15\_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 :

- **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.

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

- 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 indiquent 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



## 15\_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>	...

## 15\_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  
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.

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

TABLE 20.4	
01- 21	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

TABLE 20.5	
01- 24	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

## 15\_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 21.1	
01- IK	...
02- IKM	...
03- IKS	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

- 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 21.2	
01- K	...
02- KC	...
03- KCC	...
04- KE	...
05- Z	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

- 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 21.5	
01- IK	...
02- IKM	...
03- IKS	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

- 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 21.6	
01- C	...
02- SF	...
03- V	...
<Ajout>	...
<Réinitialisation>	...

- 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.