



VITAL'ACT-3S

Guide de l'éditeur Version 4.24 AM/PR

XRD-2016-3748

Version 1.0

Olaqin S.A.S.
Société au capital de 10 426 643€
15 rue Pagès 92150 Suresnes France / 852 722 750 R.C.S. Nanterre
Tél. +33 (0)1 46 25 80 80 - Fax +33 (0)1 46 25 80 20
www.olaqin.fr

Sommaire

1 Présentation du VITAL'ACT-3S	7
1_1 Design, performance et évolutivité	7
1_2 Une ergonomie sur mesure.....	7
1_3 Spécialités acceptées par les VITAL'ACT-3S 4.2x/4.1x (Sauf indication contraire sur la version)	8
2 Présentation de la version 4.24.....	9
2_1 Modifications techniques.....	9
2_1_1 Correction des migrations depuis la version 3.38.06.00	9
2_1_2 Réorganisation des messages relatifs à l'utilisation de la microSD	9
2_1_3 Amélioration de la gestion des erreurs liées à la microSD.....	10
2_1_4 Amélioration de la gestion du système de fichiers sur la microSD	11
2_2 Notice explicative microSD	11
3 Présentation de la version 04.23.....	12
3_1 Intégration de fiches réglementaires	12
3_1_1 Avenant 24 : Gestion des IK infirmières.	12
3_1_2 Avenant 25 : Accompagnement à la télémedecine.....	12
3_1_3 Avenant 24 : FR-116 v2 : Actualisation de la table 15.3.....	12
3_1_4 FR-169 v4 : Convention orthoptiste.	12
3_1_5 FR171 V2 : Création de codes complémentaires à COE.	12
3_1_6 FR172 : Evolution du code prestation KMO.	12
3_1_7 FR173 : Fond Innovation – création de FIS.	12
3_1_8 FR-177 : Création d'indemnité de déplacement pour personnes âgées.....	12
3_1_9 FR-174 : AMX-BSx-IFI_Avenant 6 Infirmiers codes prestations pour les soins des patients dépendants. .	13
3_1_10 FR-175 : MIE_Avenant 6 Infirmiers Création d'une Majoration Infirmier Enfant.....	13
3_1_11 FR-180 : Evolution du coefficient maximum du code prestation DI.....	13
3_1_12 FR-154 V3 : Convention orthoptiste : création du forfait d'évaluation à domicile.....	13
3_2 Modifications techniques.....	13
3_2_1 Uniformisation de l'interprétation de l'unité du Tmax pour les ordres OT, OFC et OTAC en mode PC/SC.	13
3_2_2 Correction de l'envoi des notifications d'insertion / retrait en mode PC/SC	13
3_2_3 Modification dans la gestion des cartes SD	13
3_3 Erratum descriptif « gestion mémoire » de la version 4.20	14
3_4 Autres	14
4 Présentation de la version 04.22.....	15
5 Présentation de la version 04.21.....	16
5_1 Intégration de fiches réglementaires	16
5_1_1 FR-41v8 : Modification du montant du PAV et de son libellé	16
5_1_2 FR-142v3 : Ouverture de CCP aux sages-femmes	16
5_1_3 FR-153v3 : Consultations et majorations complexes.....	16
5_1_4 FR-158v2 : Modification du coefficient max de l'acte AMO.....	16
5_1_5 FR-163 : Création de majorations conventionnelles Sage-femme.....	16

5_2	Autres évolutions liées à la version 4.20	16
5_3	Changements importants introduits par la version 4.20	16
6	Présentation de la version 04.20 associée au nouveau logiciel système FW15.12	17
6_1	Référentiel Terminal Lecteur V04.00 : modes de communication entre le terminal et le poste de travail	17
6_1_1	Mode historique : PSS	17
6_1_2	Nouveau mode : PC/SC	17
6_2	Intégration d'avenants et de fiches réglementaires	18
6_2_1	Avenant 12 – Convention médicale 2016	18
6_2_2	Avenant 13 – Convention médicale 2016	18
6_2_3	Avenant 16 - EV100 : Accident de droit commun : changement de comportement	18
6_2_4	Avenant 20 - EV103 - Intégration de la CFE dans SESAM-Vitale	18
6_2_5	FR-81v2 : Modification du contexte de facturation MTS	19
6_2_6	FR-143v3 : Convention médicale 2016 nouveaux codes prestations pour l'avis ponctuel de consultant ...	19
6_2_7	FR-144v2 : Convention médicale 2016 : nouvelles majorations d'urgence	19
6_2_8	FR-145 : Convention médicale 2016 : Ouverture de certaines prestations aux PS de secteur 1DP et 2 pratiquant les tarifs opposables	19
6_2_9	FR-153v2 : Convention médicale 2016 : Consultations et majorations complexes	19
6_2_10	FR-154v2 : Création du forfait évaluation à domicile	19
6_2_11	FR-157 : Correction de la table 2 pour la spécialité 75	19
6_2_12	FR-158 V2 : Evolutions des coefficients du code prestation AMO	19
6_2_13	FR-159 : Correction de la table 2 bis pour l'OPTAM-CO	19
6_2_14	FR-160 - Avenant 5 à la convention masseurs-kinésithérapeutes	19
6_2_15	FR-162 : Création du code MTJ pour Mayotte	19
6_2_16	FR-164 : Compatibilité généralistes modification table 2 de l'annexe 2	19
6_2_17	FR-166 - MAJ des valeurs min/max des coefficients en table 4	20
6_2_18	Revalorisation des actes APC, APV, APY, AVY	20
6_2_19	Revalorisation de majoration pour les actes infirmiers	20
6_2_20	Base CCAM multigrille	20
6_3	Ajout de fonctionnalités	20
6_3_1	Evolution de la gestion mémoire	20
6_3_2	Module de sécurité TL4.0	21
6_4	Améliorations	22
6_4_1	IHM Ecran « Prescripteurs »	22
6_4_2	Modification de l'affichage du terminal pour certains organismes d'accident du travail.	22
6_5	Corrections	22
6_5_1	Code couverture du régime minier	22
6_5_2	Modification de diverses coquilles d'affichage	22
6_5_3	Modification de l'affichage du terminal lors de la création d'une FSE contenant deux actes NGAP et CCAM avec dépassement, dans le cas d'une victime d'attentat	22
6_5_4	Modification de la gestion du code situation dans des cas de saisie de modification de date.	23
7	Présentation de la version 04.19.....	24
7_1	Correction d'une anomalie conduisant à l'affichage multiple d'un message non souhaité	24
8	Présentation de la version 04.18 associée au nouveau logiciel système FW V15.08	25
9	Présentation des nouveautés de la version 04.18.....	26

9_1	Intégration des fiches réglementaires.....	26
9_1_1	Fiche 138v4 – Consultation obligatoire enfant.....	26
9_1_2	Fiche 144 – Convention médicale 2016 nouvelles majorations d'urgence	26
9_1_3	Fiche 152 – Consultations et majorations complexes.....	26
9_1_4	Fiche 154 – Création forfait évaluation à domicile	26
9_1_5	Fiche 156 – Evolution des coefficients du code prestation AMY	26
9_2	Ajout de fonctionnalités	26
9_2_1	Prise en compte de la FI-485.....	26
9_2_2	Corrections	26
10	Présentation des nouveautés de la version 04.17	27
10_1	Intégration des fiches réglementaires	27
10_1_1	Fiche 142v2 – Convention médicale 2016 - CCP Consultation de Contraception et Prévention	27
10_1_2	Fiche 143v2 – Convention médicale 2016 nouveaux codes prestations pour l'avis ponctuel de consultant	27
10_1_3	Fiche 149v2 – Nouvelle convention médicale 2016 : fermeture de codes prestations	27
10_2	Correction d'un problème de fonctionnement de la µSD	27
10_3	Ajout de fonctionnalités.....	27
10_3_1	Prise en compte de la FI 524	27
10_3_2	Prise en compte de la FI 131v3	27
10_3_3	Ajout automatique de l'acte DHT	28
10_3_4	Ajout de l'origine de la prescription	28
10_3_5	Mise à jour du montant en base	28
11	Présentation des nouveautés de la version 4.16	29
11_1	Ajout d'une fonctionnalité.....	29
11_2	Correction d'un problème d'affichage	29
11_3	Intégration des fiches réglementaires	29
11_3_1	FR-138v3 – Consultation Obligatoire Enfant COE.....	29
11_3_2	FR-147v2 – Victimes d'attentats - Prise en charge des DHT.....	29
11_3_3	FR-149 – Nouvelle convention médicale 2016 : fermeture de codes prestations au 1 ^{er} mai et 1 ^{er} juillet 2017	29
12	Présentation des nouveautés de la version 4.15	30
12_1	Correction d'un comportement menant à l'annulation d'une FSE.....	30
13	Présentation des nouveautés de la version 4.14	31
13_1	Intégration des fiches réglementaires	31
13_1_1	FR-137v3 – Convention médicale 2016 nouvelles majorations enfants	31
13_1_2	FR-138v2 – Consultation Obligatoire Enfant COE.....	31
13_1_3	FR-140 – Nouvelle convention médicale 2016 - Consultation majorée généralistes	31
13_2	Correction d'un comportement en maternité expirée	31
14	Présentation des nouveautés de la version 4.13	32
14_1	Message d'erreur en cas d'absence de µSD	32
15	Présentation des nouveautés de la version 4.12	33

15_1	Prise en charge des actes CCAM.....	33
15_2	Intégration des fiches réglementaires	33
15_2_1	FR-122v3 – Actualisation Table 4 Annexe 2.....	33
15_2_2	FR-133 – Fermeture lettre clé KE	33
15_2_3	FR-134 – Actualisation table 22.1	33
15_2_4	FR-135 – Actualisation table 4.....	33
15_2_5	Harmonisation des saisies du numéro de prescripteur	33
16	Présentation des nouveautés de la version 4.11	34
17	Présentation des nouveautés de la version 4.10	35
17_1	Intégration des fiches réglementaires	35
17_1_1	FR-110v5 – Code éprestation PPS (Plan Personnalisé de Santé)	35
17_2	Avenant CDC EV78 TP –ALD - MATER	35
18	Présentation des nouveautés de la version 3.32	36
18_1	Intégration des fiches règlementaires	36
18_1_1	FR-98v5 – Majoration de Coordination et ACS-MCC-MCG-MCS.....	36
18_1_2	FR-120v2 – Facturation Parcours de Soins Visite	36
18_1_3	FR-122 – Actualisation Table 4 Annexe 2	36
18_2	Prise en compte du TPi ACS	36
19	Présentation des nouveautés de la version 3.31	37
19_1	Intégration des fiches règlementaires	37
19_1_1	FR-42v4 – Intégration IVG Médicamenteuse en ville	37
19_1_2	FR-95v2 – Augmentation du maximum du coefficient de l'acte SF	37
19_1_3	FR-28v2 – Intégration des codes majorations permanence des soins	37
19_1_4	FR-36v3 – Majoration forfaitaire d'urgence.....	37
19_1_5	FR-41v7 – Intégration de la participation assuré	37
19_1_6	FR-110 – Intégration du code prestation PPS Plan Personnalisé de santé.....	37
19_1_7	FR-57 v6 – Intégration des majorations liées à l'avenant 23 à la convention médicale nationale.....	38
19_1_8	FR-59 v5 – Intégration de la convention sages-femmes.....	38
19_1_9	FR-63 v4 – Intégration de la convention nationale des pédicures podologues.....	38
19_1_10	FR-91 v3 – Intégration du code prestation CDE	38
19_1_11	FR-92 v3 – Intégration du code prestation VL	38
19_1_12	FR-96 – Augmentation du maximum du coefficient de l'acte AMY	38
19_1_13	FR-97 – Actualisation de la table 11.2 de l'Annexe 2	38
19_1_14	FR-100v3 – Intégration de la Majoration « Insuffisant Cardiaque »	39
19_1_15	FR-101v2 – Intégration de la Majoration Pédiatre pour enfant Prématuro	39
19_1_16	FR-102v2 – Intégration de la Majoration de Sortie d'Hospitalisation	39
19_1_17	FR-33v2 – Prise en compte de l'Avenant Sages-Femmes	39
19_2	Fiches d'information	39
19_2_1	Intégration de la fiche d'information FI-295 : Modification du nombre de situations du professionnel de santé remontées par le lecteur	39
19_2_2	Correction de l'intégration de la fiche d'information FI-82 : Optimisation mémorisation des données cartes	39
19_2_3	Intégration de la fiche d'information FI-123 : Carte PS remplaçant exclusif.....	40
19_3	Corrections	40
20	Rappel des fonctionnalités de la version 3.30	42
20_1	Authentification des cartes Vitale 2	42

20_2 Performances	42
20_3 Port de communication	42
20_4 Compatibilité avec la CryptoLib	42
20_4_1 Contexte	42
20_4_2 Description du problème	42
20_4_3 Description de la modification	42
20_5 Intégration des fiches réglementaires	43
20_5_1 FR-80 – Ouverture "CS" et "VS" aux spécialistes en médecine générale	43
20_5_2 FR-95 – Augmentation du maximum du coefficient de l'acte SF	43
20_5_3 FR-96 – Augmentation du maximum du coefficient de l'acte AMY	43
20_5_4 FR-63v2 – Intégration de la convention nationale des pédicures podologues	43
20_6 Evolution de tarifs	43
20_7 Corrections	43
20_8 Evolution	44
20_9 Autres	44
21 Maintenance	45
21_1 Accès	45
21_2 Code d'accès	45
21_3 Les fonctionnalités	46
21_3_1 Effacer tout le lecteur	46
21_3_2 Effacer une section	46
21_3_3 Infos Lecteur	48
22 Tables règlementaires	49
22_1 Fonctionnement général	49
22_1_1 Affichage général d'une table	49
22_1_2 Sélection d'une ligne	49
22_1_3 Ajout d'une ligne	50
22_1_4 Réinitialisation de la table	50
22_1_5 Remarque	50
22_2 Description des tables	50
22_2_1 Table 5 : Prestations relatives à la permanence des soins	50
22_2_2 Table 5 bis : Prestations relatives au contexte d'« Urgence »	51
22_2_3 Tables 11 : Conditions d'élaboration d'une FSE en nature d'assurance AT ou aux accidents de la vie privée	51
22_2_4 Tables 12 : Tables des actes NGAP obligatoirement associés	53
22_2_5 Table 14 : Détermination de la diminution du taux à prendre en compte hors parcours de soins	54
22_2_6 Tables 15 : Détermination des cas d'exclusion du parcours de soins	55
22_2_7 Tables 16 : Compatibilité des spécialités de professionnels de santé	57
22_2_8 Tables 17 : Compatibilité des majorations de coordination	59
22_2_9 Table 18 : Durée de validité de contextes particuliers du parcours de soins	60
22_2_10 Table 19 : Acte de référence pour le calcul du plafond hors parcours	61
22_2_11 Tables 20 : Tables des spécialités de PS utilisées pour les gestions de codes situations dans les tables 8.x	61
22_2_12 Tables 21 : Tables des codes prestations utilisées pour les gestions de codes situations dans les tables 8.x	61

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 les VITAL'ACT-3S 4.2x/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. Olaqin 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 traumatologique
 - 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 de la version 4.24

La version 4.24 du VITAL'ACT-3S présente des modifications techniques.

Cette version du « guide de l'éditeur » est accompagnée d'une notice explicative sur la gestion de la carte microSD.

2_1 Modifications techniques

2_1_1 Correction des migrations depuis la version 3.38.06.00

Correction d'un problème de migration de la version 3.38.06.00 vers la dernière version disponible du VA3S (4.24).

2_1_2 Réorganisation des messages relatifs à l'utilisation de la microSD

2_1_2_1 Pas de carte SD

Si aucune carte microSD n'est insérée, le message suivant apparaît :

- Carte SD non détectée. Vérifier l'insertion de la carte SD



2_1_2_2 Carte SD déjà associée

Si une carte microSD est insérée mais a été au préalable associée à un autre terminal, le message suivant apparaît :

- Carte SD attribuée à un autre terminal (numéro de série du terminal associée)



2_1_2_3 Format incompatible

Si le format de la carte microSD est incompatible (par exemple format FAT32), le message suivant apparaît :

- Carte SD incompatible (mauvais format de fichier)



2_1_2_4 Base CCAM introuvable

Dans le cas où la base CCAM n'est pas accessible, le message suivant apparaît :

- La base CCAM est introuvable.

Ce comportement est identique à la 4.23.

Note : Il est possible que certains des messages ci-dessus apparaissent deux fois lors du démarrage du terminal.

2_1_3 Amélioration de la gestion des erreurs liées à la microSD

Dans la version 04.23, le terminal redémarrait lorsqu'un des problèmes mentionnés en 2.1.2 apparaissait, ce qui empêchait le terminal d'être utilisé en TL ou d'accéder à certaines informations.

Dans la version 04.24, pour ces quatre cas d'erreur précédents, le terminal ne s'éteint plus mais **désactive la fonction TLA** et affiche le message suivant :

- Application TLA désactivée



Ce message est repris sur la page d'accueil du terminal :

- APPLICATION TLA DESACTIVEE



Dans ce cas, l'utilisation du terminal en mode TL est toujours possible. Il est également possible d'accéder à l'ensemble des informations sur ce qui est installé sur le terminal.

2_1_4 Amélioration de la gestion du système de fichiers sur la microSD

Au démarrage du terminal, la cinématique suivante est appliquée :

1. Contrôle de la présence de la microSD
2. Contrôle du format du système de fichiers de la microSD
3. Contrôle de la présence de la base CCAM
4. Contrôle du numéro de série du terminal
5. Contrôle de la création de l'arborescence de base

Après les contrôles techniques de la microSD, le premier contrôle effectué (après la présence de la base CCAM) est celui permettant de s'assurer que la microSD est bien associée avec le terminal sur lequel elle est insérée.

Ensuite, l'ensemble des répertoires et fichiers nécessaires à l'exécution de l'application est vérifié. Si un répertoire ou un fichier nécessaire n'existe pas ou n'est plus accessible, l'application est capable de restaurer le système de fichiers.

2_2 Notice explicative microSD

Cette version du guide de l'éditeur est accompagnée d'une notice explicative « **OLAQIN-VA3S_Procedures_microSD.pdf** » qui fournit les recommandations d'utilisation de la micro SD avec les différentes version TLA, en détaillant :

- Les pré requis micro SD en fonction de la version TLA
- Le tableau de compatibilité
- Le guide de migration
- Les cas d'erreurs micro SD

3 Présentation de la version 04.23

La version 4.23 du VITAL'ACT-3S présente deux types de modification :

- Intégration de fiches réglementaires.
- Modifications techniques.

3_1 Intégration de fiches réglementaires

3_1_1 Avenant 24 : Gestion des IK infirmières.

3_1_2 Avenant 25 : Accompagnement à la télémédecine.

3_1_3 Avenant 24 : FR-116 v2 : Actualisation de la table 15.3.

La version « v2 » de cette fiche réglementaire prend en compte à la facturation en prévention (ajout de la valeur 7 pour le champ exonération du ticket modérateur en base) dans la version V57 de la CCAM, les trois actes suivants : - la Mammographie bilatérale (acte QEQK001), - la Remnographie [IRM] du sein avec injection intraveineuse de produit de contraste (acte QEQJ001), - la Remnographie [IRM] du sein sans injection intraveineuse de produit de contraste (acte QEQN001)

3_1_4 FR-169 v4 : Convention orthoptiste.

Création des codes prestation :

- FOH : Forfait Handicap Orthophonie
- FPH : Forfait Post Hospitalisation Orthophonie
- MEO : Majoration Enfant Orthophonie

3_1_5 FR171 V2 : Création de codes complémentaires à COE.

Cinq nouveaux codes prestation sont créés en complément du code prestation COE (qui correspond uniquement aux consultations complexes pour les 3 examens de l'enfant donnant lieu à certificat) :

- COB : Examen Obligatoire enfant 100% B
- COD : Examen Obligatoire enfant 100% D
- COG : Examen Obligatoire enfant 100% G
- COH : Examen Obligatoire enfant 100% H
- COM : Examen Obligatoire enfant 100% M

3_1_6 FR172 : Evolution du code prestation KMO.

Evolution du coefficient maximum du code prestation KMO à 40

3_1_7 FR173 : Fond Innovation – création de FIS.

Création du code prestation :

- FIS – Forfait Innovation Santé

3_1_8 FR-177 : Création d'indemnité de déplacement pour personnes âgées.

Création du code prestation :

- IFV : Indemnité Forfaitaire Déplacement pour personne âgée

3_1_9 FR-174 : AMX-BSx-IFI_Avenant 6 Infirmiers codes prestations pour les soins des patients dépendants.

Création de cinq codes prestation :

- AMX : Soins infirmiers externalisés
- BSA : Forfait bilan de soins légers
- BSB : Forfait bilan de soins intermédiaires
- BSC : Forfait bilan de soins lourds
- IFI : Forfait de déplacement infirmiers

3_1_10 FR-175 :

MIE_Avenant 6 Infirmiers Création d'une Majoration Infirmier Enfant.

Création d'un code prestation :

- MIE : Majoration Infirmier Enfant

3_1_11 FR-180 : Evolution du coefficient maximum du code prestation DI.

Modification de la valeur maximale du coefficient maximal de la table 4 du code prestation DI.

3_1_12 FR-154 V3 : Convention orthoptiste : création du forfait d'évaluation à domicile.

La facturation de FOT inclue les indemnités de déplacement.

Il est de la responsabilité du PS de ne pas ajouter d'indemnité forfaitaire avec l'acte FOT.

3_2 Modifications techniques

3_2_1 Uniformisation de l'interprétation de l'unité du Tmax pour les ordres OT, OFC et OTAC en mode PC/SC.

Dans certains cas, la valeur de Tmax était interprétée avec la mauvaise unité de temps. Ce problème est désormais corrigé.

3_2_2 Correction de l'envoi des notifications d'insertion / retrait en mode PC/SC

Réinitialisation systématique de la variable d'état indiquant la présence d'un hôte PC/SC lors de l'énumération USB. Cela permet de s'affranchir de la nécessité d'être connecté à l'hôte PC/SC lors du démarrage du terminal, sinon les notifications d'insertion / retrait carte n'étaient pas envoyées à l'hôte PC/SC.

3_2_3 Modification dans la gestion des cartes SD

Les cartes SD fournies par Olaqin pour le VITAL'ACT-3S sont préformatées avec un système de fichiers propriétaire, compatible avec le VITAL'ACT-3S (non pris en charge par Windows).

Dans les versions antérieures (4.20, 4.21 et 4.22) le terminal pouvait dans certains cas tenter de reformatter des cartes dont le système de fichiers lui était inconnu. Cette tentative de formatage a été supprimée à partir de la version 4.23 car elle n'a pas montré son efficacité. En cas d'impossibilité d'accéder à la carte SD **dû à une carte SD mal formatée**, le terminal affiche les messages d'erreur suivants : « Base CCAM introuvable » puis « Erreur CREATE_DIRECTORY_ERROR mmc:\FTLAWMemorySf » puis « Carte SD incompatible avec le terminal. Merci de contacter votre revendeur SVP » suivi de l'extinction du terminal.

Attention : seules les cartes SD fournies par Olaqin sont compatibles avec les VITAL'ACT-3S. Ces cartes SD ne doivent pas être reformatées par un logiciel tiers car le système de fichiers ne serait pas compatible.

3_3 Erratum descriptif « gestion mémoire » de la version 4.20

Les paragraphes de la section « Ajout de fonctionnalités » comportant le descriptif de la gestion mémoire de la version TLA 4.20 ont été **mis à jour** car ils comportaient des imprécisions :

- 6_3_1 « Evolution de la gestion mémoire »
- 6_3_2 « Module de sécurité TL4.0 »

Ces paragraphes concernent toutes les versions TLA à partir de la version 4.20 (inclus cette version).

3_4 Autres

Notes sur le document : remplacement des libellés Ingenico par Olaqin. Mise à jour du copyright.

4 Présentation de la version 04.22

La version 04.22 du VITAL'ACT-3S présente deux corrections de maintenance :

- Correction d'une anomalie dans le menu permettant de passer du mode PSS au mode PC/SC.
- Modification de l'unité de la valeur de timeout (tmax) sur les trames santé PC/SC.

5 Présentation de la version 04.21

5_1 Intégration de fiches réglementaires

5_1_1 FR-41v8 : Modification du montant du PAV et de son libellé

Deux modifications sont apportées :

- L'acte PAV s'appelle dorénavant Participation Assuré aux actes couteux
- Le montant de l'acte PAV passe de 18€ à 24€

5_1_2 FR-142v3 : Ouverture de CCP aux sages-femmes

Au 10 février 2019, les sages-femmes sont autorisées à facturer l'acte de première consultation de contraception et de prévention pour les jeunes filles de 15 à 18 ans CCP

5_1_3 FR-153v3 : Consultations et majorations complexes

Création des codes prestations CSE et CTE et de la majoration MIA

5_1_4 FR-158v2 : Modification du coefficient max de l'acte AMO

Au 1/01/2019, la valeur maximum du coefficient de l'acte AMO est 40.

5_1_5 FR-163 : Création de majorations conventionnelles Sage-femme

Au 10/02/2019, deux codes prestations sont créés pour les sages-femmes :

- DSP : Forfait Sortie Précoce
- MSF : Majoration Sage-Femme

5_2 Autres évolutions liées à la version 4.20

En dehors des pilotes techniques, la version 4.20 n'a pas été diffusée sur le terrain :

Nous vous invitons à **consulter le chapitre suivant** (présentation de la version 4.20) pour connaître l'ensemble des nouveautés apportées par cette version 4.21.

5_3 Changements importants introduits par la version 4.20

Nous vous invitons à consulter la section « 6_3 Ajout de fonctionnalités » de la version 4.20, en particulier la section « **Evolution de la gestion mémoire** » qui impacte la carte SD ainsi que la section « **Module de sécurité TL4.0** » qui peut impacter le terminal et sa mise à jour.

6 Présentation de la version 04.20 associée au nouveau logiciel système FW15.12

La version 4.20 du VITAL'ACT-3S présente les améliorations fonctionnelles liées à l'évolution du référentiel TLA 4.20 :

- Les fonctionnalités du référentiel Terminal Lecteur Applicatif v04.20 sont intégrées à l'application TLA.
- Les fonctionnalités réglementaires TLA implémentées sont basées sur la version V4.19 augmentées des nouvelles fonctionnalités demandées dans le référentiel 4.20.
- Les fonctionnalités du référentiel Terminal Lecteur TL 4.00 sont implémentées dans le terminal.

Ces évolutions sont décrites ci-dessous.

6_1 Référentiel Terminal Lecteur V04.00 : modes de communication entre le terminal et le poste de travail

Le référentiel Terminal Lecteur V04.00 du GIE SESAM-Vitale introduit un nouveau mode de communication entre le terminal et le poste de travail.

6_1_1 Mode historique : PSS

Ce mode est le mode 'historique' de communication PSS entre le terminal et le poste de travail, utilisé jusqu'alors dans les précédents référentiels. Il est conservé et activé par défaut dans la configuration TL4.00.

Ce mode utilise le(s) driver(s) précédemment mis à disposition avec les versions logicielles 04.1x et 03.3x (pas de changements).

6_1_2 Nouveau mode : PC/SC

Ce nouveau mode de communication repose sur la norme « PC/SC » pour le dialogue entre le terminal, le poste de travail et, in fine, les cartes à puce.

L'utilisation du mode PC/SC permet également de convoyer des trames PSS via la fonction SCardControl du « resource manager PC/SC ». Ce mode de transmission est conforme au référentiel TL V04.00 et constitue un mode de compatibilité intermédiaire entre le PSS et le PC/SC.

/ Drivers et compatibilité

Le mode PC/SC nécessite un driver propriétaire Olaqin:

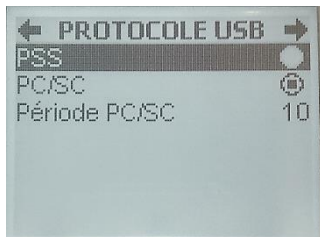
- Si le terminal est neuf et que le PC de l'utilisateur peut accéder à Windows Update, le terminal s'installera automatiquement. Cette méthode est recommandée pour l'installation du driver.
- L'utilisateur peut également récupérer sur le site web d'Olaqin :
 - L'installateur de driver PC/SC Olaqin pour Windows
 - L'installateur de driver PC/SC Olaqin pour macOS
 - Le driver PC/SC Olaqin Linux.

Les environnements supportés sont :

- Microsoft Windows 10, 8.1, 7
- macOS 10.13, 10.14, 10.15.
- Linux noyau 2.6 et ultérieur

/ Sélection du protocole

Le protocole PSS est sélectionné par défaut sur le terminal. Pour changer le mode de communication, il suffit de le configurer dans le menu « Paramètres de l'application » > « Protocole USB ».



Lorsque le protocole PC/SC est choisi, le paramètre période est réglé par défaut à 10s. Il est recommandé de ne pas modifier ce paramètre.

Une fois le changement de protocole validé, le terminal redémarre. Il n'y a pas de redémarrage du terminal si l'utilisateur n'a pas modifié le protocole.

Une fois le driver PC/SC installé en mode PC/SC, le lecteur de carte à puce « Ingenico SESAM-VITALE reader » apparaît dans le gestionnaire de périphérique Windows.

Un seul lecteur de carte apparaît dans le gestionnaire de périphérique (énumération multi-slots), quel que soit le nombre de fentes carte présentées physiquement par le terminal.

Le « resource manager PC/SC » voit pour sa part un « reader » par fente cartes disponible sur le terminal.

/ Accès aux interfaces

Les interfaces carte sont accessibles depuis le poste de travail via le protocole PC/SC et présentent le nommage suivant, en accord avec le référentiel GIE SESAM-VITALE :

- Ingenico XXXXXXXX TL XIRING 1 0 => Interface 1 exclusivement dédiée à la carte CPS
- Ingenico XXXXXXXX TL XIRING 2 0 => Interface 2 dédiée à la carte SESAM-VITALE
- Ingenico XXXXXXXX TL XIRING 3 0 => Interface 3 dédiée à la carte SESAM-VITALE

XXXXXXXXX représente le numéro de série du terminal.

L'utilisation des ordres TLA en mode full PC/SC est possible par intégration des requis du CDC 1.40.13.

6_2 Intégration d'avenants et de fiches réglementaires

6_2_1 Avenant 12 – Convention médicale 2016

Prise en compte de l'avenant 12 « EV91-A Convention médicale 2016 - Tarification NGAP » :

- EV91-1 OPTAM / OPTAM-CO : nouveaux contrats de pratiques tarifaires PS
- EV91-3 Consultations revalorisées et contrôle des tarifs opposables
- EV91-4 Nouvelles prestations NGAP
- EV91-5 Actes complexes : codes prestation réservés PS.

6_2_2 Avenant 13 – Convention médicale 2016

Prise en compte de l'avenant 13 « EV91-2 Convention Médicale 2016 - Tarification CCAM » et intégration du support de la base CCAM à partir de la version 50.

6_2_3 Avenant 16 - EV100 : Accident de droit commun : changement de comportement

Pour les professionnels de santé prescrits par un prescripteur, l'information « soins en rapport avec un accident de droit commun » est désormais positionnée par défaut à « NON » lors du parcours de création de la FSE.

6_2_4 Avenant 20 - EV103 - Intégration de la CFE dans SESAM-Vitale

L'objectif de cet avenant est de permettre la facturation SESAM Vitale pour les adhérents au Régime de la Caisse des Français à l'étranger.

6_2_5 FR-81v2 : Modification du contexte de facturation MTS

L'avenant 6 à la convention nationale des médecins prévoit la création d'une majoration transitoire spécifique pour les patients de moins de 16 ans, pour les PS de Mayotte appelée MTJ. La facturation de MTS n'est dès lors plus autorisée pour les patients de moins de 16 ans (voir 6_2_15)

6_2_6 FR-143v3 : Convention médicale 2016 nouveaux codes prestations pour l'avis ponctuel de consultant

Cette évolution réglementaire autorise la compatibilité des avis ponctuels de consultants avec les compléments d'actes Nuit et Férié ainsi que la majoration MM.

6_2_7 FR-144v2 : Convention médicale 2016 : nouvelles majorations d'urgence

Modification des tables 2, 2 bis et 12 pour le support des majorations MCU, MRT et MUT.

6_2_8 FR-145 : Convention médicale 2016 : Ouverture de certaines prestations aux PS de secteur 1DP et 2 pratiquant les tarifs opposables

Modification des tables 2 bis et 17 bis pour la facturation par les PS de secteur 1DP et 2 des actes G, GS, VG et VGS.

6_2_9 FR-153v2 : Convention médicale 2016 : Consultations et majorations complexes

Mise à jour de la table 12 pour le support des actes et des majorations complexes.

6_2_10 FR-154v2 : Création du forfait évaluation à domicile

Modification du statut d'acte secondaire pour FOT et positionnement dans la FSE après les indemnités de déplacement.

6_2_11 FR-157 : Correction de la table 2 pour la spécialité 75

Ajout des codes prestations CNP et VNP possibles pour la spécialité 75 (Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent).

6_2_12 FR-158 V2 : Evolutions des coefficients du code prestation AMO

Modification de la valeur maximale du coefficient du code acte AMO de 36 à 40.

6_2_13 FR-159 : Correction de la table 2 bis pour l'OPTAM-CO

Mise en cohérence des conditions d'accès aux codes prestations des PS de secteur 2 ayant signé l'OPTAM-CO qui sont maintenant identiques à ceux ayant signé l'OPTAM.

6_2_14 FR-160 - Avenant 5 à la convention masseurs-kinésithérapeutes

Les codes prestations suivants sont créés :

- FAD : Forfait retour à domicile post chirurgie orthopédique
- FRD : Forfait retour à domicile post AVC

6_2_15 FR-162 : Création du code MTJ pour Mayotte

Création du code MTJ (Majoration Transitoire Jeune) pour les médecins de Mayotte.

6_2_16 FR-164 : Compatibilité généralistes modification table 2 de l'annexe 2

Suite à l'introduction de nouvelles spécialités médicales :

- Maladies infectieuses et tropicales – 81

- Médecine légale et expertises médicales – 82
- Médecine d'urgence – 83
- Médecine vasculaire – 84
- Allergologie – 85

Et compte tenu du fait que ces spécialistes restent identifiés en CPS avec le code spécialité 01, les majorations spécialistes sont rendues compatibles avec le code spécialité 01 (MCS et MPC n'étant toujours pas facturables par TLA)

⇒ L'acte MTS est rendu compatible avec la spécialité 01.

6_2_17 FR-166 - MAJ des valeurs min/max des coefficients en table 4

La table 4 est modifiée pour empêcher les erreurs de saisie susceptibles d'entraîner des rejets terrain.

6_2_18 Revalorisation des actes APC, APV, APY, AVY

A la date pivot du 01^{er} juin 2018, les actes d'avis pour consultation sont revalorisés :

APC et APV valent 50€ au lieu de 48€ ;
APY et AVY valent 62,50€ au lieu de 60€.

6_2_19 Revalorisation de majoration pour les actes infirmiers

A la date pivot du 01^{er} août 2018, la majoration de dimanche et jours fériés est portée de 8 euros à 8,50 euros pour les actes infirmiers.

6_2_20 Base CCAM multigrille

Cette version TLA v4.20 supporte la nouvelle structure de base CCAM multigrille à partir de la v50 ainsi que les versions supérieures (modifications liées à l'Avenant 13). A titre d'exemple et de façon non limitative, les bases CCAM v52, 53, 54 et 55 (versions CCAM connues au moment de l'édition de ce document) sont supportées par ce TLA v4.20.

Les bases CCAM antérieures à la version CCAM v50 ne sont pas supportées par le TLA v4.20. Pour les prescripteurs utilisant la base CCAM, la migration d'un TLA v4.1x vers v4.2x requiert une mise à jour de la CCAM.

6_3 Ajout de fonctionnalités

6_3_1 Evolution de la gestion mémoire

Les récentes modifications de la réglementation ont apporté un nombre croissant d'actes NGAP ainsi que des modifications significatives nécessitant une empreinte mémoire toujours plus importante.

A partir de cette version TLA (4.20), toutes les données sauvegardées par l'application sont désormais enregistrées dans la carte µSD, y compris les FSE, DRE, données bénéficiaires, et situations de facturation. La carte µSD continue à être utilisée pour les actes CCAM.

Aussi, la présence de la carte µSD est désormais impérative quel que soit le professionnel de santé. Les données stockées en µSD sont chiffrées par une clé détenue dans une zone de sécurité du terminal.

Désormais, chaque carte SD est associée à un terminal. Il n'est pas possible d'utiliser une même carte SD dans deux terminaux différents.

/ Migration des données

Attention : Lors du passage d'un VITAL'ACT-3S à la version 04.20, les données de FSE (TLA et PC), bénéficiaires, situations de facturation, médecins orienteurs et actes favoris de l'utilisateur enregistrées précédemment ne sont pas migrées et seront inaccessibles par les versions TLA du palier 4.20. Un reparamétrage de l'ensemble des paramètres du terminal sera nécessaire.

Comme pour toute mise à jour applicative, les FSE doivent être déchargées sur le poste de travail avant passage en version 04.20.

6_3_2 Module de sécurité TL4.0

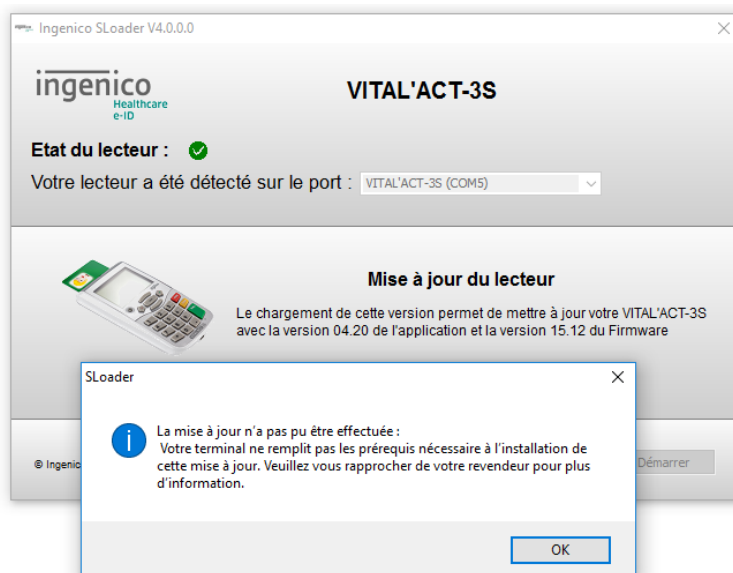
Les VITAL'ACT-3S en version TLA 4.20 sont également homologués TL 4.00. A ce titre ils embarquent un nouveau dispositif de sécurité permettant de renforcer l'intégrité des secrets du GIE SESAM-Vitale :

- Chiffrement des secrets fournis par le GIE SESAM-Vitale par la clé usine du terminal.

Ce dispositif se manifeste par l'activation d'un mécanisme de détection d'intrusion.

Lors de l'installation de la mise à jour 4.20, le programme d'installation effectue une vérification préalable de présence des clés de sécurité injectées en usine.

Si l'intégrité du terminal est compromise (dû à une intrusion détectée avant la mise à jour), la version 4.20 ne pourra pas être installée sur ce terminal. Le message d'erreur suivant s'affichera :



D'autre part, avec l'activation du mécanisme de détection d'intrusion, tout incident ayant pour conséquence une atteinte à l'intégrité sécuritaire du terminal (choc violent ou démontage du terminal) conduira à la mise en sécurité du terminal avec l'affichage d'un message à l'écran :

«L'intégrité du lecteur est corrompue ».



6_4 Améliorations

6_4_1 IHM Ecran « Prescripteurs »

La saisie d'informations relatives à un prescripteur se fait dorénavant dans un unique écran, au lieu de 2 auparavant, afin d'apporter une meilleure visibilité des différents champs. En complément de la saisie systématiquement obligatoire du N° FINNESS, le professionnel de santé doit impérativement saisir la condition d'exercice du prescripteur. Comme sur les versions V4.1x, d'autres informations sont requises selon la condition d'exercice renseignée.



6_4_2 Modification de l'affichage du terminal pour certains organismes d'accident du travail.

Le bouton <Nouvel AT-date> et le bouton <Nouvel AT-Numéro> sont désactivés si les deux premiers caractères du numéro d'organisme d'accident de travail sont différents de « 01 ».



6_5 Corrections

6_5_1 Code couverture du régime minier

Lors de l'envoi de l'ordre Lecture Droits Vitale 1 Ter (Tests avec les cartes 001-07-02, 001-07-03, 001-07-04 et 001-07-05), les périodes de code couverture du régime minier sont dorénavant remontées avec un code situation à 0700.

6_5_2 Modification de diverses coquilles d'affichage

La syntaxe de certains messages d'alerte a été corrigée.

6_5_3 Modification de l'affichage du terminal lors de la création d'une FSE contenant deux actes NGAP et CCAM avec dépassement, dans le cas d'une victime d'attentat.

Le terminal affiche désormais correctement l'acte CCAM ajouté avec son dépassement.

6_5_4 Modification de la gestion du code situation dans des cas de saisie de modification de date.

La situation du bénéficiaire est désormais correctement mise à jour si la date de l'acte est changée pour quelques cas de régimes (RATP/SNCF).

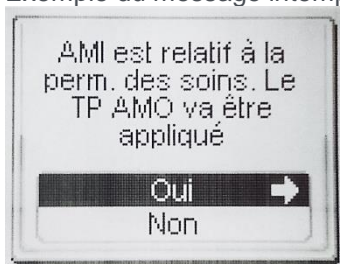
7 Présentation de la version 04.19

7_1 Correction d'une anomalie conduisant à l'affichage multiple d'un message non souhaité

La version 4.19 du VITAL'ACT-3S corrige un dysfonctionnement remonté du terrain sur les versions 4.17 ou 4.18.

Ce dysfonctionnement concerne uniquement les auxiliaires médicaux et se manifeste par l'apparition de messages intempestifs lors de la réalisation en visite d'une FSE avec un des actes suivants : AMI, AMO, AMK, ou AMP.

Exemple du message intempestif :



8 Présentation de la version 04.18 associée au nouveau logiciel système FW V15.08

Le logiciel système (FW Version 15.08) corrige un dysfonctionnement qui peut survenir lorsque l'utilisateur appuie sur une touche pendant l'étape de sécurisation d'une FSE, provoquant l'apparition d'un message d'erreur « Exception non définie » et le redémarrage du lecteur sans que celui-ci n'ait pu finaliser la sécurisation de la FSE.

Ce dysfonctionnement est associé au logiciel système FW Version 15.07 qui a été distribué avec les versions applicatives 4.17 et 4.18.

En conséquence Olaqin fournit un outil de chargement permettant de mettre à jour le terminal avec:

- la nouvelle version de logiciel système (V15.08)
- la version applicative V4.18

Le logiciel applicatif 4.18 est inchangé.

9 Présentation des nouveautés de la version 04.18

9_1 Intégration des fiches réglementaires

9_1_1 Fiche 138v4 – Consultation obligatoire enfant

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

9_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

9_1_3 Fiche 152 – Consultations et majorations complexes

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

- CCE
- CCX
- MCX
- MTX

9_1_4 Fiche 154 – Création forfait évaluation à domicile

Création du code prestation FOT : Forfait évaluation domicile handicap

9_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.

9_2 Ajout de fonctionnalités

9_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.

9_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.

10 Présentation des nouveautés de la version 04.17

10_1 Intégration des fiches réglementaires

10_1_1 Fiche 142v2 – Convention médicale 2016 - CCP Consultation de Contraception et Prévention

- Création du code prestation CCP

10_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

10_1_3 Fiche 149v2 – Nouvelle convention médicale 2016 : fermeture de codes prestations

Les codes suivants ne sont plus supportés :

Au 1^{er} 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^{er} juillet 2017 :

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

Au 1^{er} novembre 2017 :

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

10_2 Correction d'un problème de fonctionnement de la µSD

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

10_3 Ajout de fonctionnalités

10_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.

10_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.

10_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.

10_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.

10_3_5 Mise à jour du montant en base

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

11 Présentation des nouveautés de la version 4.16

11_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.

11_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)

11_3 Intégration des fiches réglementaires

11_3_1 FR-138v3 – Consultation Obligatoire Enfant COE

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

11_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

11_3_3 FR-149 – Nouvelle convention médicale 2016 : fermeture de codes prestations au 1^{er} mai et 1^{er} juillet 2017

Au 1^{er} 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^{er} juillet 2017 :

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

12 Présentation des nouveautés de la version 4.15

12_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 μ SD avec des versions supérieures à la 4.12 de l'application V3S TLA.

13 Présentation des nouveautés de la version 4.14

13_1 Intégration des fiches réglementaires

13_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

13_1_2 FR-138v2 – Consultation Obligatoire Enfant COE

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

13_1_3 FR-140 – Nouvelle convention médicale 2016 - Consultation majorée généralistes

4 codes prestations créés au 1 mai 2017 :

- G
- GS
- VG
- VGS

13_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.

14 Présentation des nouveautés de la version 4.13

Cette version est destinée à l'ensemble des spécialités supportées dans le chapitre 1_3

14_1 Message d'erreur en cas d'absence de μ SD

Dans le cas d'une mise à jour vers la version 4.12 d'un professionnel AM sans μ SD, l'application remontait régulièrement un message d'erreur d'absence de cette μ 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 μ SD (si elle est absente), c'est-à-dire sur une demande de facturation d'un acte CCAM.

15 Présentation des nouveautés de la version 4.12

Cette version est destinée à l'ensemble des spécialités supportées dans le chapitre 1_3

15_1 Prise en charge des actes CCAM

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

15_2 Intégration des fiches réglementaires

15_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.

15_2_2 FR-133 – Fermeture lettre clé KE

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

15_2_3 FR-134 – Actualisation table 22.1

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

15_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.

15_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.

16 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

17 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

17_1 Intégration des fiches réglementaires

17_1_1 FR-110v5 – Code éprestation 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**

17_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).

18 Présentation des nouveautés de la version 3.32

18_1 Intégration des fiches réglementaires

18_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

18_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.

18_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.

18_2 Prise en compte du TPi ACS

L'application supporte désormais le TPi-ACS

19 Présentation des nouveautés de la version 3.31

19_1 Intégration des fiches règlementaires

19_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

19_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

19_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

19_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

19_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.

19_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

19_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

19_1_8 FR-59 v5 – Intégration de la convention sages-femmes

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

19_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.

19_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

19_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

19_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.

19_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.

19_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 polymédicamentés, ayant été hospitalisés en unité de court séjour, pour un épisode de décompensation de leur pathologie. Elle doit être réalisée avant la fin du deuxième mois suivant la fin de l'hospitalisation.

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

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

19_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

19_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

19_1_17 FR-33v2 – Prise en compte de l'Avenant Sages-Femmes

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

19_2 Fiches d'information

19_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.

19_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

19_2_3 Intégration de la fiche d'information FI-123 : Carte PS remplaçant exclusif

19_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)

19_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.

19_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

19_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)

20 Rappel des fonctionnalités de la version 3.30

20_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.

20_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, ...

20_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.

20_4 Compatibilité avec la CryptoLib

20_4_1 Contexte

Olaqin 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.

20_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.

20_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

20_5 Intégration des fiches réglementaires

20_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)

20_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

20_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.

20_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

20_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)

20_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

20_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

20_9 Autres

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

21 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.

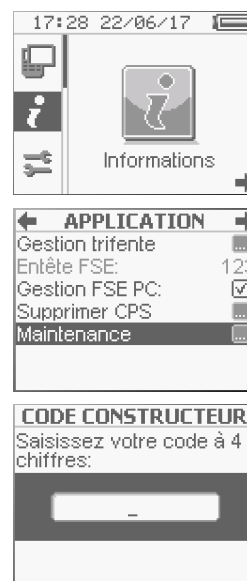
De plus, deux modes d'effacement de la mémoire sont proposés :

- 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,

21_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.



21_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 :

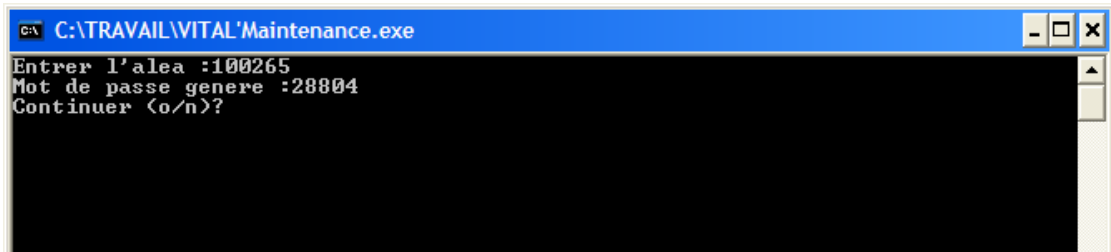
Deux types de codes peuvent être utilisés :

- Le code maintenance généré à partir de l'aléa



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

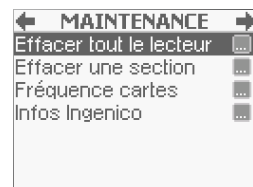
Pour obtenir le code maintenance, l'éditeur doit lancer le programme **VITAL'Maintenance.exe** (ce programme est disponible, sur demande auprès d'Ingenico)
Il faut alors saisir l'aléa donné par le lecteur pour obtenir le code maintenance correspondant.



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.



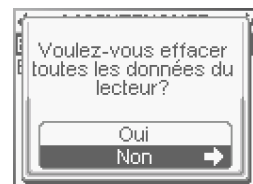
21_3 Les fonctionnalités

21_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.

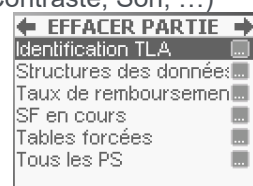
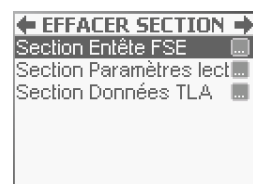


21_3_2 Effacer une section

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

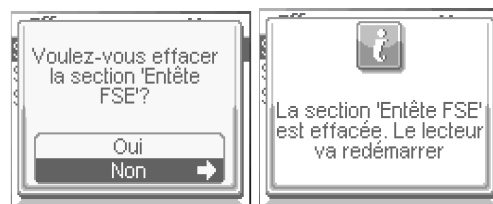
Trois choix sont proposés :

- 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.



21_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.



21_3_2_2 Section Paramètres lecteur

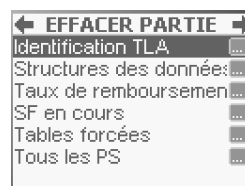
Lorsque l'utilisateur sélectionne cette ligne (touche « **...** »), une confirmation est demandée. Après validation, un message d'information est affiché et le lecteur redémarre.



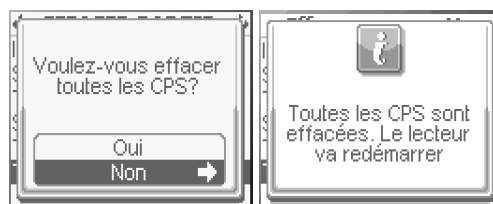
21_3_2_3 Section Données TLA

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 :



21_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

22 Tables règlementaires

22_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.



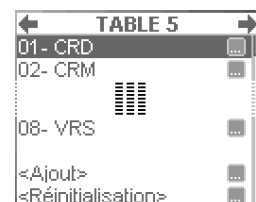
- Un menu proposant la liste des tables pouvant être forcées est alors affiché :
Pour sélectionner une table, l'utilisateur doit appuyer sur la touche « ■■■ ». La sélection d'une table entraîne l'affichage de la table sélectionnée.

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



22_1_1 Affichage général d'une table

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



22_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.

22_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).

22_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.

22_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.

22_2 Description des tables

22_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.

22_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>	...

22_2_3 Tables 11 : Conditions d'élaboration d'une FSE en nature d'assurance AT ou aux accidents de la vie privée

22_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.

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>	...

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.

22_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.

22_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.

22_2_4 Tables 12 : Tables des actes NGAP obligatoirement associés

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

22_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>	...

22_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.

22_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.

22_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.

22_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>	...

22_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.

22_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>	...

22_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.

22_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>	...

22_2_7 Tables 16 : Compatibilité des spécialités de professionnels de santé

22_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.

22_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

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

- 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.

22_2_8 Tables 17 : Compatibilité des majorations de coordination

22_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	<input type="checkbox"/>
02- U SO 000	<input type="checkbox"/>
03- T SO 000	<input type="checkbox"/>
04- N SO 000	<input type="checkbox"/>
05- R OUI 000	<input type="checkbox"/>
06- J OUI 001	<input type="checkbox"/>
07- B OUI 000	<input type="checkbox"/>
08- H OUI 001	<input type="checkbox"/>
09- H NON 001	<input type="checkbox"/>
10- H OUI 100	<input type="checkbox"/>
11- H NON 100	<input type="checkbox"/>
12- D OUI 000	<input type="checkbox"/>
13- O SO 000	<input type="checkbox"/>
14- M OUI 000	<input type="checkbox"/>
15- M NON 000	<input type="checkbox"/>
16- S SO 000	<input type="checkbox"/>
<Ajout>	<input type="checkbox"/>
<Réinitialisation>	<input type="checkbox"/>

22_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 N N	<input type="checkbox"/>
02- 1 SO O O	<input type="checkbox"/>
03- 2 NON N O	<input type="checkbox"/>
04- 2 OUI O O	<input type="checkbox"/>
05- 3 NON N O	<input type="checkbox"/>
06- 3 OUI O O	<input type="checkbox"/>
<Ajout>	<input type="checkbox"/>
<Réinitialisation>	<input type="checkbox"/>

- 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**.

22_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

22_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>	...

22_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>	...

22_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.