



VEHIS

Version 2.x

(Référentiel TLA 3.30)

INFORMATION

DESTINÉE AUX PRESCRIPTEURS REALISANT DES ACTES COMPLEXES

27 octobre 2017

Chers partenaires / utilisateurs

Ingenico Healthcare/e-ID informe ses partenaires et utilisateurs Prescripteurs et Sages-Femmes, des modalités de création et de facturation des nouveaux actes NGAP (Cf. Convention Médicale 2016 – Fiche réglementaire 152 Ouverture des consultations et majorations complexes). Cette évolution réglementaire (fiche 153 définissant l'intégration dans la solution TLA) sera intégrée dans une future mise à jour logicielle du **VEHIS supérieure aux versions 3.03 et 2.8**.

Les actes supports et les actes de majoration concernés par cette Fiche réglementaire sont les suivants :

- « CCE », (Consultation très complexe Enfants),
- « CCX », (Consultation complexe Enfants),
- « MCX », (Majoration pour consultation complexe),
- « MTX », (Majoration pour consultation très complexe).

Ces actes prennent effet le 1^{er} novembre 2017.

Ingenico Healthcare/e-ID vous présente ci-après un exemple de création et d'utilisation de l'acte « **MTX** » qui concerne les Médecins tous secteurs d'exercice réalisant une consultation très complexe.

Nous proposons également aux utilisateurs Prescripteurs et Sages-Femmes de retrouver les vidéos d'accompagnement concernant cette évolution réglementaire sur notre site internet <https://healthcare-eid.ingenico.com/> dans la rubrique « Support », sélectionnez « Pour les Professionnels de Santé ». Choisissez la version correspondante à votre **VEHIS**.

Annexe 1: Ouverture des consultations et majorations complexes agrégées.

La convention médicale 2016 prévoit la création de 25 nouveaux codes actes complexes et très complexes.

Afin de respecter le secret médical et conformément aux préconisations de la CNIL, les codes facturation affinés ne doivent pas être transmis aux organismes d'Assurance Maladie obligatoires et complémentaires.

Dès qu'une version de VEHS intégrera cette évolution réglementaire, il effectuera automatiquement la transposition en un code générique.

En attendant cette future mise à jour, retrouvez ci-dessous l'ensemble des actes « génériques » à créer manuellement dans votre VEHS et à facturer. Ces actes « génériques » regroupent les actes complexes et très complexes listés ci-dessous.

Les actes et majorations affinés de ces consultations devront être enregistrés dans le dossier patient de votre Logiciel Poste de Travail.

CCE Consultation très complexe Enfants

Agrégation des actes complexes suivants :

- **CGP** : Consultation Grand Prématuro réalisé au maximum 2 fois par an
- **EPH** : Enfant Pathologie Handicap réalisé au maximum 1 fois par trimestre.

Ces codes sont facturés par un pédiatre à tarif opposable.

CCX Consultation complexe Enfants

Agrégation des actes complexes suivants :

- **CSM** : Consultation de Sortie Maternité réalisée par un pédiatre
- **CSO** : Consultation Suivi de l'Obésité réalisée par le médecin traitant de l'enfant au maximum 2 fois par an.

Ces codes sont facturés à tarif opposable.

MCX Majoration pour consultation complexe

Agrégation des majorations des actes complexes suivants :

- **MCA** Majoration Consultation Asthme déstabilisé appliquée par un pneumologue ou un pédiatre avec compétence spécifique en pneumologie, facturable une fois par an ou plus en cas de décompensation,

- **MCT** Majoration patients Cérébro-lésés ou Traumatisés appliquée par un neurologue ou un médecin de médecine physique et réadaptation ou un pédiatre avec une compétence spécifique en neurologie avec un maximum de 4 consultations par an,
- **MMF** Majoration prise en charge Mycose ou Fibrose pulmonaire appliquée par un pneumologue réalisée une seule fois lors de l'initiation de la prise en charge,
- **MPS** Majoration pour Prise en charge de la Stérilité appliquée par un gynécologue ou un gynécologue obstétricien réalisée une seule fois lors de l'initiation de la prise en charge,
- **MPT** Majoration de Prise en charge de la Tuberculose appliquée par un pneumologue réalisée une seule fois lors de l'initiation de la prise en charge,
- **MSP** Majoration Suivi Prématurés appliquée par un pédiatre réalisée à tarif opposable une fois par an,
- **MPT** Majoration de Prise en charge de la Tuberculose appliquée par un pneumologue réalisée une seule fois lors de l'initiation de la prise en charge,
- **MSP** Majoration Suivi Prématurés appliquée par un pédiatre réalisée à tarif opposable une fois par an,
- **PEG** Majoration Pathologie Endocrinienne de la Grossesse appliquée par un endocrinologue ou un gynécologue ou un gynécologue obstétricien réalisée à tarif opposable avec un maximum de 4 consultations par grossesse,
- **POG** Pathologie Oculaire Grave appliquée par un ophtalmologue,
- **PPN** Prise en charge Pathologies Neurologiques par un neurologue ou un pédiatre avec compétence spécifique en neuro-pédiatrie pour la prise en charge de l'épilepsie instable facturable une fois par an ou en cas d'aggravation ou d'épisode aigu,
- **PPR** Prise en charge Polyarthrite Rhumatoïde appliquée par un rhumatologue une fois par an ou en cas d'aggravation ou d'épisode aigu,
- **PTG** Première consultation Thrombophilie Grave, appliquée par un médecin vasculaire, un gynécologue ou gynécologue obstétricien dans le cadre du suivi de la grossesse ou un cardiologue réalisée une seule fois lors de l'initiation d'un traitement, d'une surveillance ou au cours de la même grossesse,
- **SGE** Scoliose Grave de l'Enfant, appliquée par un rhumatologue ou le médecin de médecine physique et réadaptation, ou le chirurgien réalisée une seule fois,
- **SLA** Séquelles Lourdes AVC appliquée par un neurologue ou un médecin de médecine physique et réadaptation avec un maximum de 4 consultations par an,
- **TCA** Trouble du Comportement Alimentaire appliquée par un endocrinologue ou par un pédiatre pour l'anorexie mentale ou obésité morbide par un endocrinologue pour une première consultation.

Ces majorations à l'exception de **MSP** et **PEG** sont facturées par des médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant OPTAM.

MTX Majoration pour consultation très complexe

Agrégation des majorations des actes complexes suivants :

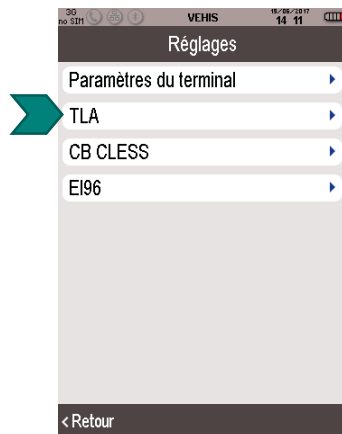
- **CPM** Consultation Pédiatrique Malformation appliquée par un chirurgien pédiatrique réalisée une seule fois,
- **IGR** Insuffisance Greffe Rénale appliquée par un néphrologue une seule fois,
- **MAV** Maladie Atteinte Viscérale appliquée une seule fois par un rhumatologue, un dermatologue ou un médecin spécialiste en médecine,
- **MIS** Majoration pour information Initiale et mise en place de la Stratégie thérapeutique appliquée une seule fois par toutes les spécialités médicales,
- **MMM** Majoration pour prise en charge Malformation congénitale et Maladie grave du fœtus appliquée une seule fois par un gynécologue-obstétricien ou par un gynécologue,
- **MPB** Majoration pour traitement Par Biothérapie anti-TNF alpha, appliquée une seule fois par un rhumatologue ou le médecin de médecine interne en cas de polyarthrite rhumatoïde active, de spondylarthrite ankylosante, de rhumatisme psoriasique, ou par le gastroentérologue en cas de maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique,
- **PIV** Prise en charge Infection VIH, appliquée une seule fois par toutes les spécialités médicales.

Ces majorations sont facturées par des médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérent OPTAM.

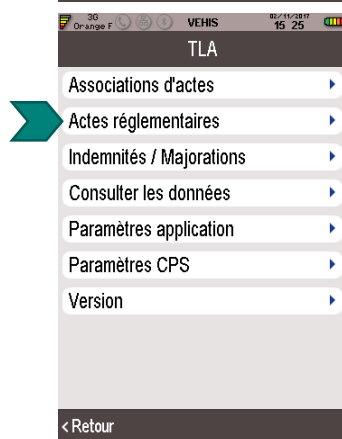
Annexe 2 : Comment faire ?

Création d'un acte complexe exemple « MTX »

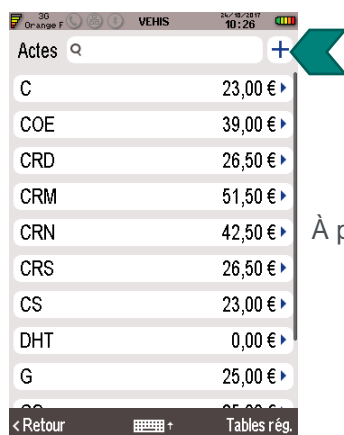
VEHIS (TLA 3.30)



À partir de l'écran d'accueil, appuyez sur « **Réglages** », puis sur « **TLA** ».



Appuyez sur « **Actes réglementaires** ».



À partir de l'écran « **Actes** », appuyez sur le « **+** ».

Ajouter un acte

Code de l'acte

Ancien tarif 0,00 €

Date pivot 01/01/2016

Nouveau tarif 0,00 €

Coefficient 1,00

Taux 0 %

Taux CRPCEN 0 %

< Retour Valider

À partir de l'écran « **Ajouter un acte** », appuyez sur la zone de saisie face à « **Code de l'acte** ».

Code de l'acte

MTX

A Z E R T Y U I O P
Q S D F G H J K L M
W X C V B N - ←
èè1 ' Espace . ←

× Annuler Valider

Saisissez à l'aide du clavier « **MTX** » puis appuyez sur « **Valider** ».

Ajouter un acte

Code de l'acte MTX

Ancien tarif 0,00 €

Date pivot 01/01/2015

Nouveau tarif 0,00 €

Coefficient 1,00

Taux 0 %

Taux CRPCEN 0 %

< Retour Valider

Ne rien modifier dans « **Ancien tarif** », puis appuyez sur la zone de saisie de « **Date pivot** ».

Date pivot

Ven. 01 | jan 2016

× Annuler Valider

Pour faciliter votre saisie, appuyez sur l'option de saisie manuelle. Saisissez à l'aide du clavier numérique la date pivot. Appuyez sur « **Valider** ».

Date pivot

01/11/2017

1 2 3 Annuler
4 5 6 Corriger
7 8 9 Valider
0

Ajouter un acte

Code de l'acte	MTX
Ancien tarif	0,00 €
Date pivot	01/11/2017
Nouveau tarif	0,00 €
Coefficient	1,00
Taux	0 %
Taux CRPCEN	0 %

< Retour Valider

Appuyez sur la zone de saisie de « **Nouveau tarif** ».

Nouveau tarif

30,00 €

1	2	3	Annuler
4	5	6	Corriger
7	8	9	Valider
0	,		

Renseignez le montant à l'aide du clavier numérique, puis appuyez sur « **Valider** ».

Ajouter un acte

Code de l'acte	MTX
Ancien tarif	0,00 €
Date pivot	01/11/2017
Nouveau tarif	30,00 €
Coefficient	1,00
Taux	0 %
Taux CRPCEN	0 %

< Retour Valider

Le coefficient reste à 1.
Appuyez sur la zone de saisie de « **Taux** ».

Taux

70 %

1	2	3	Annuler
4	5	6	Corriger
7	8	9	Valider
0			

Renseignez le Taux à 70 % à l'aide du clavier numérique, puis appuyez sur « **Valider** ».

Appuyez sur la zone de saisie de « **Taux CRPCEN** ».

Renseignez le Taux CRPCEN à 85 % à l'aide du clavier numérique, puis appuyez sur « **Valider** ».

Appuyez sur « **Valider** » pour enregistrer la création de l'acte **MTX**. Le montant ne sera affiché qu'à partir du 1^{er} novembre 2017.



Attention : les modifications concernant les actes et les tarifs associés sont sous la responsabilité de l'utilisateur. Ces modifications doivent être conformes à la réglementation et aux exigences de l'Assurance Maladie. En cas de non-respect de la réglementation, l'utilisateur s'expose à un rejet de ses FSE.

Toutes ces manipulations sont à réaliser avec chacune des cartes CPS enregistrées dans le **VEHIS**.

L'ensemble des nouveaux actes applicables au 1^{er} novembre 2017 peuvent être créés avec un **Ancien tarif** à « 0,00€ » et une **Date pivot** saisie au « 01/11/2017 ».

Le tableau ci-dessous indique les autres paramètres à saisir pour la création de ces nouveaux actes :

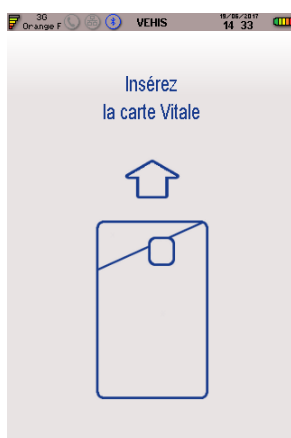
	Motif de l'acte	Code de l'acte	Nouveau tarif	Coefficient	Taux	Taux CRPCEN
Nouveaux actes « clés »	Consultation très complexe enfants	CCE	60,00 €	1	70 %	85 %
	Consultation complexe Enfants	CCX	46,00 €	1	70 %	85 %
Nouveaux actes de majorations	Majoration pour consultation complexe	MCX	16,00 €	1	70 %	85 %
	Majoration pour consultation très complexe	MTX	30,00 €	1	70 %	85 %

Un exemple de facturation sur **VEHIS 2.x** est détaillé ci-dessous.

Annexe 3 : Exemple de facturation d'un acte complexe « MTX » après le 1er novembre 2017



Contexte de cet exemple de facturation : Consultation en visite longue pour information initiale et mise en place de la stratégie thérapeutique. L'acte « **MTX** » se substitue dans la facture à l'acte complexe « **MIS** » qui ne doit pas apparaître dans la FSE mais qui doit être reporté dans le dossier médical du patient



À partir de l'écran d'accueil, appuyez sur « **Création FSE** » puis insérez la carte Vitale du patient.



Choisissez le bénéficiaire des soins.

Prise en charge

Maladie

Conforme ALD OUI NON

Exonération Pas d'exonération

Accident causé par un tiers ? NON

Date accident / /

Accident de travail

Maternité

< Retour ○ Valider

Placez le curseur sur « **NON** » ou « **OUI** » pour le choix « **Accident causé par un tiers ?** », puis appuyez sur « **Valider** ».

Parcours de soins

Médecin traitant

Médecin traitant déclaré :

Oui

Non

Ne sait pas

Médecin orienteur

Nom

Prénom

< Retour ○ Valider

Renseignez le parcours de soins et appuyez sur « **Valider** ».

Règlement

Pas de tiers-payant

Tiers-payant AMO

Tiers-payant AMO+AMC

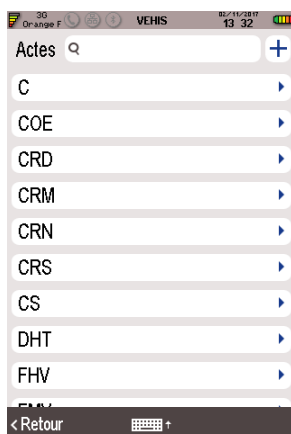
Tiers-payant AMC

Attestation ACS Aucune

Infos mutuelle

< Retour ○ Valider

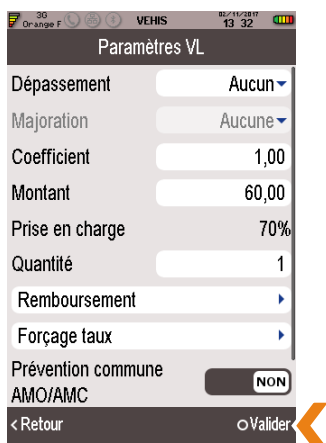
Renseignez les options de « **Règlement** » puis appuyez sur « **Valider** ».



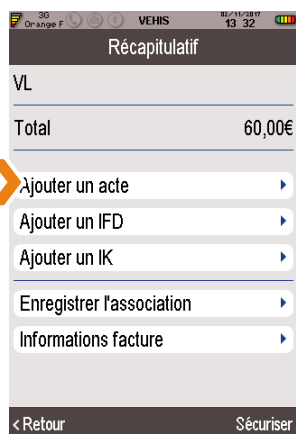
Sur l'écran « **Actes** », sélectionnez l'acte « **VL** » (par exemple) à facturer dans la liste.



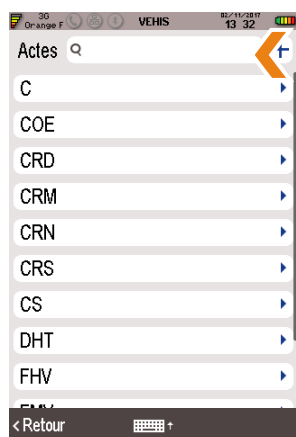
Ou appuyez sur la loupe près de « Actes » et saisissez l'acte à l'aide du clavier.



Consultez les paramètres de l'acte puis appuyez sur « **Valider** ».



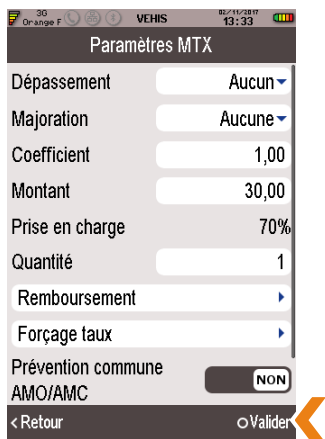
Sur l'écran « **Récapitulatif** », appuyez sur « **Ajouter un acte** »



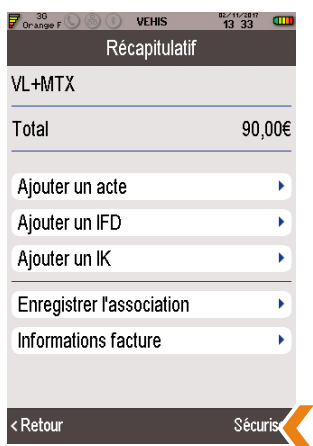
Sur l'écran « **Actes** », appuyez sur la loupe près de « **Actes** ».



Saisissez l'acte **MTX** (qui remplace dans la FSE l'acte **MIS**) à l'aide du clavier.



Vérifiez les paramètres de l'acte puis appuyez sur « **Valider** ».



Vérifiez le récapitulatif de la FSE puis appuyez sur « **Sécuriser** ».



Appuyez sur « **OK** ».

Quittance	
 Paiement 	
Montant à payer	27,00€
 Remboursement 	
Honoraires	90,00€
Caisse	63,00€
 Prise en charge 	
Tiers-payant AMO	
 Facture 	
Facture n°	258-000001
Date de facturation	02/11/2017
Imprimer	○ Valider

La quittance de la FSE vous permet d'apercevoir l'ensemble de la facture via l'ascenseur positionné sur le côté droit de l'écran.

Quittance	
Caisse	63,00€
 Prise en charge 	
Tiers-payant AMO	
 Facture 	
Facture n°	258-000001
Date de facturation	02/11/2017
Date des soins	02/11/2017
 Actes facturés 	
VL+MTX	
Imprimer	○ Valider

À partir de la quittance, vous pouvez « **Imprimer** » celle-ci ou « **Valider** ».



VEHIS vous invite à retirer la carte Vitale.



Vous pouvez retrouver les guides de facturation de ces nouvelles consultations auprès de votre conseiller informatique CPAM.

En vous remerciant pour votre confiance.

L'équipe Support Client
Ingenico Healthcare/e-ID

