



FONCTIONNEMENT VIT'INFI

La plupart des échanges avec VIT'INFI s'effectue par courrier électronique, postal ou télécopie. VIT'INFI met à votre disposition des enveloppes pré-imprimées de différentes tailles, pour vous faciliter ces envois. Seuls, les frais d'envoi sont à votre charge.

Au début de notre collaboration, il est souhaitable que vous nous fournissiez des feuilles de soins à votre entête, la liste de vos patients avec les renseignements administratifs (photocopie de l'attestation d'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire s'il y a lieu, par exemple). Il est également possible de récupérer ces informations à l'aide du TLA.

TELETRANSMISSION :

Le rythme de facturation aux différentes caisses et mutuelles est à votre convenance. En règle générale, nous effectuons les télétransmissions mensuellement. Nous pouvons en effectuer plusieurs selon votre souhait. VIT'INFI met à votre disposition un agenda mensuel avec le nom de vos patients sur lequel vous cochez les dates de vos journées de travail. La facturation est préparée dès réception de cet agenda.

<i>Infirmière : Hélène BERTRAND</i>		MOIS DE MARS 2011																																			
Patients		M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
DUPONT Jeanine	M	X	X	X			X	X		X		X	X		X		X		X		X	X	X		X		X	X	X		X		X	X	X	M	
	S																																				S
DURAND Martine	M	X	X	X			X	X		X		X	X		X		X		X		X	X	X		X		X	X	X		X		X	X	X	M	
	S	X	X	X			X	X		X		X	X		X		X		X		X	X	X		X		X	X	X		X		X	X	X	S	
ALBERT Marcel	M	X	X	X			X	X		X		X	X		X		X		X		X	X	X		X		X	X	X		X		X	X	X	M	
	S	X	X	X			X	X		X		X	X		X		X		X		X	X	X		X		X	X	X		X		X	X	X	S	
MORENO Julien	M		X		X			X	X	X	X																									M	
	S		X		X			X	X	X	X																										S
	M																																				M
	S																																				S
	M																																				M
	S																																				S
	M																																				M
	S																																				S
	M																																				M
	S																																				S
CLAUDE Jean	M	X	X	X			X	X		X		X	X		X		X		X		X	X	X		X		X	X	X		X		X	X	X	M	
	S	X	X	X			X	X		X		X	X		X		X		X		X	X	X		X		X	X	X		X		X	X	X	S	

Modèle de planning mensuel

La télétransmission en Sesam Vitale s'effectue en mode dégradé depuis nos bureaux ou sécurisé en liaison avec votre cabinet. **VIT'INFI** dispose d'un accès sécurisé et met à la disposition de l'infirmière une adresse électronique de transfert de données avec le réseau Orange Santé.

- Mode sécurisé :

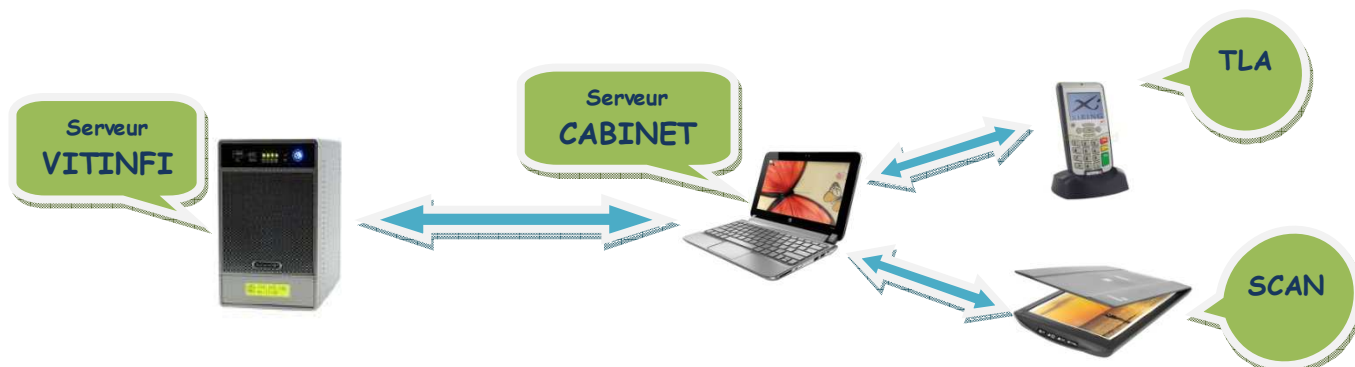
VIT'INFI vous fournit un serveur permettant la réception directe des factures dans votre lecteur. Une fois sécurisées chez vos patients (un détail des patients à visiter est édité), les factures sont déchargées par le même système d'échange et télétransmises directement aux caisses et aux mutuelles.

FACTURES À CHARGER DANS TLA128735																
Fact	Num	Bénéficiaire	S.	Ordo	Facturé le	Soins du	Au	Montant	Part assuré	Part AMCFSE	DRE	Caisse	Nom	PS	Facturant	Règlement
575	00037	BOULET Robert	01	27/04/2011	29/03/2011	29/03/2011	18,20	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP				TP AMO
586	00044	BONNET Marie Jeanne	03	03/05/2011	01/04/2011	30/04/2011	327,80	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP				TP AMO
590	00002	LE TALLEC Monique	02	03/05/2011	01/04/2011	30/04/2011	232,20	0,00	0,00	Visi	MNAM LORIENT	EP				TP AMO
593	00035	NAGY Yves	01	03/05/2011	01/03/2011	02/03/2011	42,40	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP				TP AMO
595	00035	NAGY Yves	02	03/05/2011	01/03/2011	02/03/2011	15,90	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP				TP AMO
608	00037	BOULET Robert	01	11/05/2011	11/01/2011	15/02/2011	91,00	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP				TP AMO
691	00007	WIOLAND Ginette	02	11/06/2011	04/03/2011	24/03/2011	234,40	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP				TP AMO
695	00001	BONNEC Andree	03	11/06/2011	04/03/2011	14/03/2011	168,55	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP				TP AMO
699	00061	WEIL Monique	01	11/06/2011	11/04/2011	20/04/2011	17,22	0,00	0,00	Visi	MNAM LORIENT	EP				TP AMO
703	00023	LE FORT Raymond	02	11/06/2011	21/07/2010	29/07/2010	94,00	0,00	0,00	Visi	CAMIEG	EP				TP AMO
707	00023	LE FORT Raymond	03	11/06/2011	25/08/2010	03/09/2010	60,20	0,00	0,00	Visi	CAMIEG	EP				TP AMO
711	00023	LE FORT Raymond	01	11/06/2011	01/06/2010	03/09/2010	562,00	0,00	0,00	Visi	CAMIEG	EP				TP AMO
715	00023	LE FORT Raymond	05	11/06/2011	12/09/2010	27/11/2010	157,00	0,00	0,00	Visi	CAMIEG	EP				TP AMO
719	00043	HERVY Emilienne	04	11/06/2011	06/12/2010	27/12/2010	102,85	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP				TP AMO
723	00043	HERVY Emilienne	05	11/06/2011	01/10/2010	28/11/2010	195,15	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP				TP AMO
727	00036	GAUCI Pierre	02	11/06/2011	03/12/2010	29/03/2011	273,00	54,60	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP				TP AMO
731	00038	GLEYZE Micheline	01	11/06/2011	08/03/2011	29/03/2011	72,80	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP				TP AMO
735	00023	LE FORT Raymond	04	11/06/2011	14/09/2010	24/12/2010	143,50	0,00	0,00	Visi	CAMIEG	EP				TP AMO
739	00059	DARNIS Claude	01	11/06/2011	11/04/2011	11/04/2011	5,45	0,00	2,18	Visi	MBA RADIANCE	RADIANCE				TP AMO+AMC
743	00038	GLEYZE Micheline	02	12/06/2011	01/06/2010	05/07/2010	41,00	0,00	0,00	Visi	CPAM DE VANNES	EP				TP AMO

- Mode dégradé :

VIT'INFI rédige vos feuilles de soins depuis ses bureaux avec validation par le TLA, directement relié à notre serveur. Les factures sont ensuite éditées et télétransmises. Les bordereaux de télétransmission et les feuilles de soins sont envoyés aux différentes caisses avec le système SCOR.

Dans les deux cas, vous recevez le détail de ces envois avec le double des bordereaux de télétransmission.



Professionnel de Santé			Lot n° 658 (SESAM - Vitale Degrade)				
Date de création : 10/08/2010			Organisme destinataire : 151 Cnam Aurillac				
Destinataire du règlement : 05 Professionnel de Santé			Monnaie : TOUT EURO				
Facture N°	Immatriculation	A S S U R E Nom et Prénom	Bénéficiaire né le	Total facture	Part obligatoire	Part complément	Part assuré
3985	2321015072001 97	Vernet Berthe Prescription du 12/04/10 par le Dr Merlet Veronique	30/10/1932 I	221.20	221.20		
3986	2351015072001 47	Boulouis Josette Prescription du 01/06/10 par le Dr Lasgouttes Nicole	17/10/1935 I	305.85	305.85		
3989	1290794900026 20	Chorfi . Prescription du 26/05/10 par le Dr Roch Marie Agnes	31/12/1939 I	154.60	154.60		
3993	2410175115104 88	Dalgin Monique Prescription du 16/04/10 par le Dr Ange Micheline	10/01/1941 I	75.95	45.57	30.38	
3994	2480315014041 28	Malvezin Monique Prescription du 25/05/10 par le Dr Verriere Denis	20/03/1948 I	5.45	5.45		
4000	1290415163002 86	Gladienes Jean Marie Prescription du 09/05/10 par le Dr Lasgouttes Nicole	26/04/1929 I	123.20	123.20		
4003	1450915014028 43	Lajarrigue Roger Prescription du 08/04/10 par le Dr Le Bot Marc	22/09/1945 I	7.03	7.03		
4008	2370815118001 89	Meilhac Monique Prescription du 23/07/10 par le Dr Jeanot	14/08/1937 I	7.03	7.03		
4009	1360224990010 64	Laden Gilbert Prescription du 04/06/10 par le Dr Leber Jacques	23/02/1936 I	8.60	5.16	3.44	
4010 EP	1241215072001 86	Henry Jean Marie Prescription du 17/07/10 par le Dr Ange Micheline	08/12/1924 I	17.90	17.90		
4011	1241215072001 86	Henry Jean Marie Prescription du 17/07/10 par le Dr Le Bot Marc	08/12/1924 I	12.03	12.03		
4013 EP	2240415160001 81	Freyssac Suzanne Prescription du 05/07/10 par le Dr Lasgouttes Nicole	08/04/1924 I	12.90	12.90		
4014 EP	2371015165001 69	Delpeuch Melanie Prescription du 07/07/10 par le Dr Dalbin Jacques	04/10/1937 I	12.90	12.90		
4015	2831115014072 59	Roques Sylvie Prescription du 19/07/10 par Centre Hospitalier Henri	19/11/1983 I	89.92	89.92		
4017	2461075112466 06	Meysonnat Roseline Prescription du 21/07/10 par le Dr Bayse Jean	29/10/1946 I	108.50	77.10	31.40	
4020	1540363171002 25	Lajarrigue Alain Michel Prescription du 20/02/10 par le Dr Chainet Helene	25/03/1954 I	33.80	33.80		
4021	2541115012039 21	Courbebaiss Josiane Prescription du 29/07/10 par le Dr Cayrol Michel	14/11/1954 I	13.60	10.16	3.44	
4022 EP	2191175111406 77	Maillet Yvonne Prescription du 28/05/10 par le Dr Coguel Jerome	25/11/1919 I	17.25	17.25		
4023	2520546042250 15	Broyat Claudine Prescription du 15/07/10 par le Dr Cholet Christian	09/05/1952 I	72.08	72.08		
4024	2520546042250 15	Broyat Claudine Prescription du 10/07/10 par le Dr Cholet Christian	09/05/1952 I	7.03	7.03		
Total	20 Factures		en EURO	1306.82	1238.76	68.66	
			en FRANC	8572.18	8121.80	450.38	

EP = Entente Prétablie établie

Exemple de bordereau de télétransmission

Organisme Gestionnaire				Professionnel de Santé								
Noms : Cnam Paris												
Grand Régime : 01 Organisme : 751 Centre : 000												
Message :												
Journal Comptable	N°	LOT Date	Nat	Assur Matricule	Régime: Noms & Prénoms	Facture N°	Dates des Soins Début - Fin	Cote Acte	Prix Unitaire	QD %	Restitut	Total
10/08/2010	176	09/09/10	AS	223047111250	DAWIDOWICZ Charlotte	2467	09/09/10 - 04/07/10	AS	2.674	390.00	100	1000.00
								AM	3.174	120.00	100	402.50
								FA	3.204	40.00	100	121.00
								NEI	9.174	34.00	100	311.00
								FER	8.004	4.00	100	40.00
				Total de la facture								
						2467	04/07/10 - 24/07/10	AS	2.674	120.00	100	333.00
								NEI	9.174	11.00	100	100.00
								FA	3.204	20.00	100	40.20
								AM	3.174	40.00	100	120.00
								FER	8.004	2.00	100	30.00
				Total de la facture								
						2467	27/07/10 - 06/08/10	AS	2.674	100.00	100	447.20
								AM	3.174	10.00	100	176.40
								FA	3.204	20.00	100	64.00
								NEI	9.174	30.00	100	120.00
								FER	8.004	2.00	100	30.00
				Total de la facture								
						2467	03/03/10 - 12/06/10	AS	2.674	270.00	40	443.60
								FA	8.004	2.00	40	9.60
								FA	3.204	30.00	40	120.24
								AM	3.174	32.00	40	96.20
								FER	8.004	10.00	40	91.20
				Total de la facture								
						2467	13/06/10 - 24/06/10	AS	2.674	50.00	40	38.16
								FA	8.004	2.00	40	9.60
								AM	3.174	8.00	40	11.00
								AM	3.174	8.00	40	11.12
				Total de la facture								
						2467	09/06/10 - 23/07/10	AS	2.674	470.00	100	1236.10
								AM	3.174	150.00	100	461.40
								FA	3.204	80.00	100	184.00
								NEI	9.174	40.00	100	373.20
								FER	8.004	2.00	100	76.80
				Total de la facture								
						2467	24/07/10 - 06/08/10	AS	2.674	200.00	100	548.70
								NEI	9.174	10.00	100	144.70
								FA	3.204	35.00	100	80.50
								AM	3.174	60.00	100	214.20
								FER	8.004	2.00	100	24.00
				Total de la facture								
				Total de tout : 7 Factures								
				Total de la journée : 7 Factures								
				Total global : 7 Factures								

Exemple de retour N.O.E.M.I.E.

DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE ET D.S.I.

VIT'INFI rédige et envoie aux caisses les demandes d'entente préalable ou D.S.I. Pour une demande d'entente préalable, vous nous envoyez l'ordonnance en indiquant la cotation de vos actes. Pour un nouveau patient, joignez l'attestation d'assurance maladie ou lecture directe de la carte Vitale par notre serveur. Pour l'élaboration de la D.S.I. vous nous faites parvenir l'original de la prescription et nous envoyons les imprimés aux caisses en tenant compte de vos indications sur les objectifs et la planification des soins.

En même temps que l'envoi, nous vous faisons parvenir un double de cette demande avec les dates de début et fin de soins. Les renouvellements se font dès réception de la nouvelle prescription.

AIDE A LA COMPTABILITE

VIT'INFI rédige pour vous toutes les pièces écrites pour votre comptabilité : livre des recettes, livre des dépenses, rapprochement bancaire, balance et ce, jusqu'à l'édition de votre déclaration 2035.

TARIF DES PRESTATIONS :

Les honoraires perçus par VIT'INFI sont entièrement déductibles de votre chiffre d'affaire. Ces honoraires sont de 4,20 % TTC, sur l'ensemble des factures encaissées et établies par VIT'INFI. Les honoraires sont de 5,90 % TTC, si vous souhaitez intégrer la partie comptabilité à la gestion de votre cabinet.

cerfa n° 12104*01 **démarche de soins infirmiers** (voir 1) à compléter en service médical

démarche de soins infirmiers initiée à partir de la 2^e démarche de soins infirmiers pour un même patient
 démarche de soins infirmiers prescrite le 01/01/2015 par le docteur J. PELLEGRIN

résumé n°
 (révisé le 01/01/2015 de 11:02:02, entrée de 01 à 02)

le patient et l'assuré(e) (à compléter par l'infirmier(e) à l'aide de l'attestation papier accompagnant la carte vitale)

nom de patient en français, sans et y a-t-il de son prénom: GALFO
 prénom: JOSEPH
 adresse où le patient peut être visité: 2 Rue Des Tamaris - M°40 Le Callar
 praticien: structure d'hébergement domicile XX autre
 nom de l'assuré(e) (en français, sans et y a-t-il de son prénom): GALFO
 prénom: JOSEPH
 n° d'immatriculation de l'assuré(e):
 code de l'organisme de rattachement: 0 1 3 0 1 1 0 7 7
 n° d'immatriculation du patient: 1 2 4 0 8 9 6 2 4 0 0 5 9 1 2
 à défaut date de naissance: 1 0 0 0 1 9 2 4

résumé de l'observation de la situation du patient

environnement matériel: adapté XX inadapté
 environnement sociale: aidé(e) naturel(s): oui XX non adapté XX inadapté
 aidé(e) professionnelle(s): oui XX non
 hauteur et comportement: normal altéré/modéré XX altéré/sévère
 état du patient: taille 1,70 m poids 76 kg score de Norton 10 score Eva 3
 pénibilité de la prise en charge: physique cause:
 psychologique cause:
 environnementale cause:

résumé de la planification

diagnostics infirmiers	objets de soins (1)	interventions infirmières
1	soins de base	maintien de l'état
2	soins de confort	maintien de l'état
3	soins de confort	maintien de l'état
4	soins de confort	maintien de l'état
5	soins de confort	maintien de l'état

objectif global des soins

prévenir XX restaurer XX compenser XX maintenir XX promouvoir XX surveiller XX
 réadapter XX améliorer XX rétablir XX prévenir XX adapter XX

nature qualitative et quantitative de la prescription

séances de soins infirmiers (AIS 3): nombre par jour: 4 Nombre par semaine: 28 (sur les jours)
 réparties en 3 passages par jour pendant semaine(s) ou 3 mois
 dimanche/jour férié: oui X non nombre de séances par jour entre 20 h et 23 h 0 entre 5 h et 9 h 0
 programme d'aide personnalisée (AIS 3, 4): nombre par jour: nombre par semaine:
 réparties en passages par jour pendant jours dimanche/jour férié: oui non
 surveillance clinique infirmière et de prévention (AIS 4):
 pendant semaine(s) ou mois, à partir du

signature de l'infirmière: date: 0 1 0 1 2 0 1 5
 signature du médecin: date:

avis du médecin-conseil:

(1) dans les délais de la prescription
 (2) compléter le n° d'identification
 La loi 75-17 du 01/01/75 relative à l'hospitalisation, aux futures nouvelles garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes dépositaires de formulaires. S 2152

RD01-01

Exemple de Démarche de Soins Infirmiers

cerfa n° 12049*01 **demande d'entente préalable assurance maladie** (VOLET A à conserver ou contrôle médical) Nomenclature générale des actes professionnels date de réception:

à compléter par l'assuré(e) (voir notice au verso du volet B)

nom - prénom de l'assuré(e): CLAVEL Josselin
 n° d'immatriculation: 2 2 5 0 1 3 0 0 5 9 0 0 1 8 7
 ou à défaut date de naissance de l'assuré(e):
 nom et n° de centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionnel (pour les non salariés): MSA DU GARD
 organisme n° 02 301 000
 adresse de l'assuré(e): Avenue Jean Macé
 code postal: 3 0 7 4 0 commune: LE CAILLAR
 nom - prénom du bénéficiaire des soins: CLAVEL Josselin
 date de naissance du bénéficiaire des soins (s'il n'est pas l'assuré(e)):
 adresse où le patient peut être visité: Avenue Jean Macé
 code postal: 3 0 7 4 0 commune: LE CAILLAR

à compléter par le praticien ou l'auxiliaire médical(e) qui dispose l'acte

son identification

Je, soussigné(e), demande l'entente préalable en vue de dispenser (indiquer ci-après: lettre-ét, coefficient, nombre d'actes):
 (2 AIS: 3,00) x 1844Férés à Domicile

nom du prescripteur: PELLEGRIN ANNE (30 1 00969 2)
 (joindre la prescription médicale ou sa copie et la demande en double par un auxiliaire médical(e))

identification du praticien ou de l'auxiliaire médical(e): date: 0 1 0 8 2 0 1 1
 signature:
 Conventionele

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

nature et motif de l'acte: Soins d'hygiène, surveillance, observation et prévention.

IMPORTANT - La présente demande doit être envoyée immédiatement par l'assuré(e) au médecin conseil de son organisme d'assurance maladie (voir au verso du volet B les modalités de réponse des organismes)

Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour les soins dentaires, les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale

Exemple d'Entente Préalable

LES PLUS DE VIT'INFI

VIT'INFI fournit un **ordinateur notebook** pour faciliter les échanges de documents. Le serveur installé dans votre cabinet est entièrement paramétré et dispose de tous les outils nécessaires au bon fonctionnement de notre système (échanges directs de courrier électronique, scan des ordonnances et des agendas, liaison avec le TLA, prise en main à distance pour les mises à jour et les éventuels dépannages). Son fonctionnement est d'une extrême simplicité.

Démonstration sans engagement à votre cabinet.

