



Note de mise à jour Julie 3.39.6





# Sommaire

---

- **Gestion des notes de facturation CCAM :**

*Les indicateurs associés à la tarification*

*Depuis la saisie*

- **Devis :**

*Révision des fenêtres d'édition de devis*

*Définition des intitulés de devis*

*Signature praticien dans le devis 2020*

*Texte complémentaire devis réglementaire*

- **Amélioration de la gestion du suivi tiers payant :**

*Filtre et forçage de d'encaissement de facture*

*Note de litige en fiche patient*





- **Formulaire APECS**

- **Divers**

# Gestion note de facturation CCAM : Les Indicateurs associés à la tarification

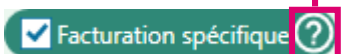
**La gestion des prises en charge en fonction des notes de facturation CCAM s'effectuent directement depuis la saisie !**

Votre logiciel vous indique directement si l'acte est :

-  Opposable
-  Tarification libre
-  Tarification plafonnée
-  Non Remboursable

Certaines codifications sont soumises à des règles de facturation déterminant si l'acte est remboursable ou non :

 La facturation est soumise à la règle de dent « Non Reconstituable Durablement » .

 La facturation est soumise à une règle spécifique précisée dans la note de facturation CCAM.

 La facturation est soumise à la règle de « remboursement exceptionnel » dans la CCAM.

Consultez la note de facturation en passant votre curseur par-dessus l'icône « ? »

# Gestion note de facturation CCAM : Depuis la saisie

Pour le même acte, vous indiquez directement en saisie s'il est remboursable ou non, et le paramétrage de l'acte est automatiquement appliqué dans l'historique médical pour la facturation.

**Soins Prophylactique**

18-28;48-38 Application d'un vernis sur deux arcades

Acte Julie VF - Vernis fluoré Tarif : 25,00 €  NR  Facturation spécifique ?

*En cochant cette case, vous appliquez la note de facturation suivante:  
Facturation : la prise en charge est limitée aux enfants de leur sixième à leur dixième anniversaire présentant un risque carieux individuel [RCI] élevé, sur les 2 arcades, 2 fois par an maximum*

D	05/03/2020	01 02	Vernis fluoré	HBLD045	€: 25,00
---	------------	-------	---------------	---------	----------

	Honoraires facturés	Cause dépassement
Adulte	25,00	NR

**Soins Prophylactique**

18-28;48-38 Application d'un vernis sur deux arcades

Acte Julie VF - Vernis fluoré Tarif : 25,00 €   Facturation spécifique ?

D	05/03/2020	01 02	Vernis fluoré	HBLD045	€: 25,00
---	------------	-------	---------------	---------	----------

	Honoraires facturés	Cause dépassement
Adulte	25,00	

# Gestion des règles de facturation depuis la saisie : Depuis la saisie

Smart CCAM

Couronnes Classiques

32 Couronne dentoportée

Alliage/base Non précieux Précieux

Matériau Céramométallique Mono. zircone Mono. hors zircone Céramocéramique

Acte Julie CCMIC - Cou céra-mét i/c/pm1 100% Santé Tarif : 500,00 € + - P  N.R.D. ?

Une couronne dentoportée n'est remboursable que si elle est effectuée sur une dent Non Reconstituable Durablement.

*En cochant cette case, vous appliquez la note de facturation suivante:  
Couronne dentaire fixée dentoportée quand la dent ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation. La ou les radiographies dont la nécessité médicale est validée scientifiquement sont conservées dans le dossier du patient.*

Ajouter un acte associé

Couronnes Classiques

32 Couronne dentoportée

Alliage/base Non précieux Précieux

Matériau Céramométallique Mono. zircone Mono. hors zircone Céramocéramique

Acte Julie CCMIC - Cou céra-mét i/c/pm1 Tarif : 500,00 € + - NR  N.R.D. ?

Si ça n'est pas le cas, elle devient Non Remboursable et n'est plus soumise au panier de soins.

# Devis : Ergonomie de l'interface de devis

Afin d'apporter une meilleure compréhension des fonctions (simplicité ergonomique) dans l'interface de proposition de devis, le positionnement des fonctionnalités a été réagencé.

Les fonctionnalités liées aux propositions

Devis N°1: Proposition N°1

Acte: Quitter, Ajouter, Modifier, Liste, Enregistrer, Détail, Effacer, Remonter, Descendre

Proposition: Renommer, Nouvelle, Dupliquer, Supprimer, Valider, Patient, Imprimer

DENT	ACTE	LIBELLE	Code Sécu.	Type d'acte	Montant Facturé	Base Sécu	Rembours. Sécu	Rembours. Mutuelle	Remise	N° Séance	ANP
21	RETRIC	Retrait C. Richmond	HBGD011	Pr. Conjointes	38,70	NR					4
21	RETCOL	Retrait Couronne	HBGD027	Pr. Conjointes	38,70	NR					4
21	ICRCO	Inlay Core 100% Santé	HBLD090	Pr. Conjointes	175,00	90,00	63,00				4
21	PPRCC	Cour Prov 100% Santé	HBLD490	Pr. Conjointes	60,00	10,00	7,00				4
21	CZ	Cou zirc hors molair	HBLD350	Pr. Conjointes	440,00	120,00	84,00				4

HBGD011:1 HBLD490:1  en Eurgs Total 752,40 220,00 154,00  
 HBGD027:1 HBLD350:1 Remise Montant Facturé 752,40  
 HBLD090:1 A la charge du patient 598,40 Calcul Complet

Devis N°1, Proposition N°1

Acte: Fermer, Modifier, Enregistrer, Détail, Affichage schéma, Effacer, Remonter, Descendre

Proposition: Renommer, Imprimer

Remb. secu = mnt base X taux Sécu  
 Remb. Mutuelle: Montant base X taux mut. du patient

Pour tous les patients  
 Plafond de remboursement mutuelle sur le total du devis

Taux Remb.

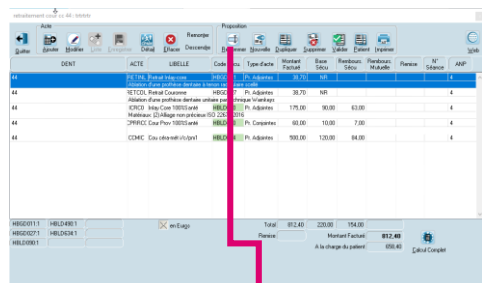
Dent	Acte	Désignation	Code Sécu.	Type d'acte	Montant	Base Sécu	Remb. Sécu	Remb. Mut.	Remise	Séance	ANP
21	RETRIC	Retrait C. Richmond	HBGD011	Pr. Conjointes	38,70	NR					4
21	RETCOL	Retrait Couronne	HBGD027	Pr. Conjointes	38,70	NR					4
21	ICRCO	Inlay Core 100% Santé	HBLD090	Pr. Conjointes	175,00	90,00	63,00				4
21	PPRCC	Cour Prov 100% Santé	HBLD490	Pr. Conjointes	60,00	10,00	7,00				4
21	CZ	Cou zirc hors molair	HBLD350	Pr. Conjointes	440,00	120,00	84,00				4

HBGD011:1 HBLD490:1  en Eurgs Total 752,40 220,00 154,00  
 HBGD027:1 HBLD350:1 Remise Montant facturé 752,40  
 HBLD090:1 A la charge du patient 598,40 Calcul Complet

Les fonctionnalités liées aux actes

# Devis : Les intitulés de devis

Afin de retrouver plus simplement une proposition thérapeutique dans la liste des devis du patient, il est maintenant possible de définir un intitulé de devis et de proposition.




Devis du 11/03/2020

Quitter Enregistrer

Intitulé du devis  
retraitement cour cc 44

Intitulé des propositions

Prop. 1: Libre

Prop. 2: RAC Modéré

Afficher à la création d'un nouveau devis

Cette fenêtre permet de définir un intitulé au devis et ses différentes propositions.

DEVIS: ADRDEUX Auguste

Quitter Ouvrir Ajouter Effacer Feedij Ordonner Fenêtres

29/01/2020 bridge 33-36 + 13 CCC + alt: 2 P  
02/03/2020 bridge com 41-43: 1 P  
09/03/2020 com 21: 1 P  
11/03/2020 retraitement cour cc 44: 1 P

Calcul des remboursements:

Pour tous les patients

Taux personnels du patient: Soins 70,00, Pt. Conjointes 70,00, Pt. Adjointes 70,00

Aucun calcul

Remboursement Sécu = 1) montant base X taux Sécu du patient  
2) montant calculé

Remboursement Mutuelle = 1) remboursement Sécu X taux Mutuelle du patient  
Selon méthode: 2) montant base X taux Mutuelle du patient  
3) paramétrage Mutuelle  
4) (montant base X taux Mutuelle du patient) - remboursement Sécu  
5) pas de remboursement Mutuelle

Plafond de remboursement Mutuelle: sur le total du devis



# Devis : Texte complémentaire devis règlementaire

En fonction de la pratique, un texte complémentaire peut maintenant être apposé et se situe sous le tableau de devis :

Julie

Veuillez choisir un nom de document  
Nom du document : **devis\_2020**

Nb de devis : 2

Afficher le Pdf Viewer

Documents

Dossiers

DEVIS\_2020 Devis règlementaire 2020

DEVIS\_A2

DEVIS\_A214

DEVIS\_A314

DEVIS\_N

DEVIS\_N2

DEVIS\_P Devis de prothèse

DEVIS\_P1 Devis Proth.avec D.E + Schér

DEVIS\_P2 Devis Proth. sans D.E + Schér

DEVIS\_P3 Devis Proth avec D.E

[Julie]

[LOG]

[patient]

[ste]

Imprimer

Quitter

Configurer

Durée de validité : 6 mois

Conf. Altern

Texte complémentaire (sous le tableau du devis)

NB: Les radiographies et certains soins courants seront réalisés selon les besoins de l'avancement du traitement ; de ce fait, ils ne sont pas inclus dans le montant total.  
Une réévaluation pourra être nécessaire en cours de traitement en fonction de l'amélioration de

**Traitement proposé** - Description précise et détaillée des actes

N° de Traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire
1	31	HBLD090	Inlay Core 100%Santé	2	1	175,00 €	175,00 €	90,00 €	63,00 €	112,00 €
1	31	HBLD490	Cour Prov 100%Santé	6	1	60,00 €	60,00 €	10,00 €	7,00 €	53,00 €
1	31	HBLD634	Cou céra-mét i/c/pm1	3	1	500,00 €	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €
<b>TOTAL € (des actes envisagés)</b>							<b>735,00 €</b>	<b>220,00 €</b>	<b>154,00 €</b>	<b>581,00 €</b>

NB: Les radiographies et certains soins courants seront réalisés selon les besoins de l'avancement du traitement ; de ce fait, ils ne sont pas inclus dans le montant total.

Une réévaluation pourra être nécessaire en cours de traitement en fonction de l'amélioration de l'état général et bucco-dentaire et de la cicatrisation s'il y a lieu. Les traitements sont évalués sous réserve que l'état des dents actuellement sous couronnes (radio-opaques) ne présentent pas d'anomalie.

Le patient reconnaît avoir été informé des autres solutions thérapeutiques pouvant être envisagées et les avoir comprises.

Le choix de la solution décrite ci-dessus est fait de façon éclairée.

Les règlements s'effectuent selon l'entente financière jointe et définie avant le début des travaux.

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement  
Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

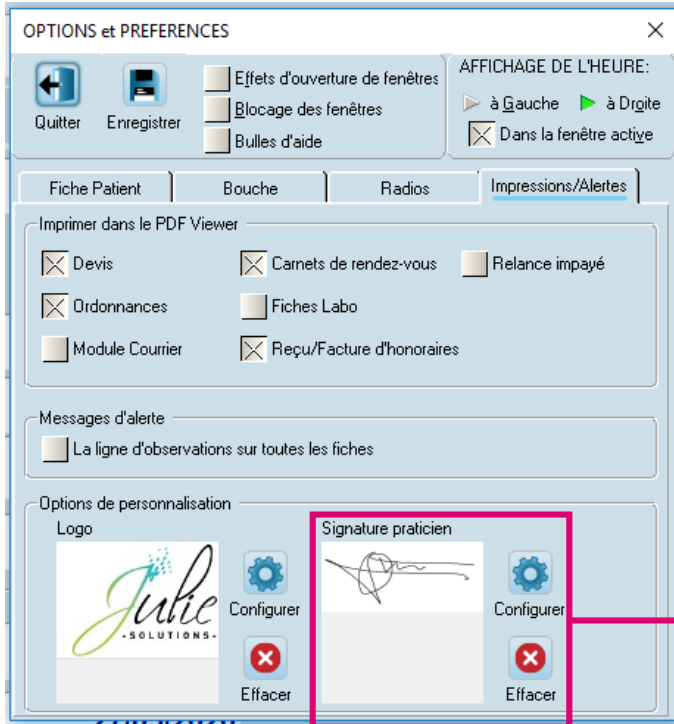
Signature du Chirurgien-dentiste





# Devis : Signature du praticien devis réglementaire

Afin de faciliter les transmissions par messagerie du document de devis réglementaire et son traitement par les organismes complémentaires, un visuel de la signature peut être ajouté au document.



Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes										
N° de Traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (****)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire
1	31	HBLD090	Inlay Core 100% Santé	2	1	175,00 €	175,00 €	90,00 €	63,00 €	112,00 €
1	31	HBLD490	Cour Prov 100% Santé	6	1	60,00 €	60,00 €	10,00 €	7,00 €	53,00 €
1	31	HBLD634	Cou céra-mét i/c/pm1	3	1	500,00 €	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €
<b>TOTAL € (des actes envisagés)</b>							<b>735,00 €</b>	<b>220,00 €</b>	<b>154,00 €</b>	<b>581,00 €</b>

NB: Les radiographies et certains soins courants seront réalisés selon les besoins de l'avancement du traitement ; de ce fait, ils ne sont pas inclus dans le montant total.

Une réévaluation pourra être nécessaire en cours de traitement en fonction de l'amélioration de l'état général et bucco-dentaire et de la cicatrisation s'il y a lieu. Les traitements sont évalués sous réserve que l'état des dents actuellement sous couronnes (radio-opaques) ne présentent pas d'anomalie.

Le patient reconnaît avoir été informé des autres solutions thérapeutiques pouvant être envisagées et les avoir comprises.

Le choix de la solution décrite ci-dessus est fait de façon éclairée.

Les règlements s'effectuent selon l'entente financière jointe et définie avant le début des travaux.

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement  
Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

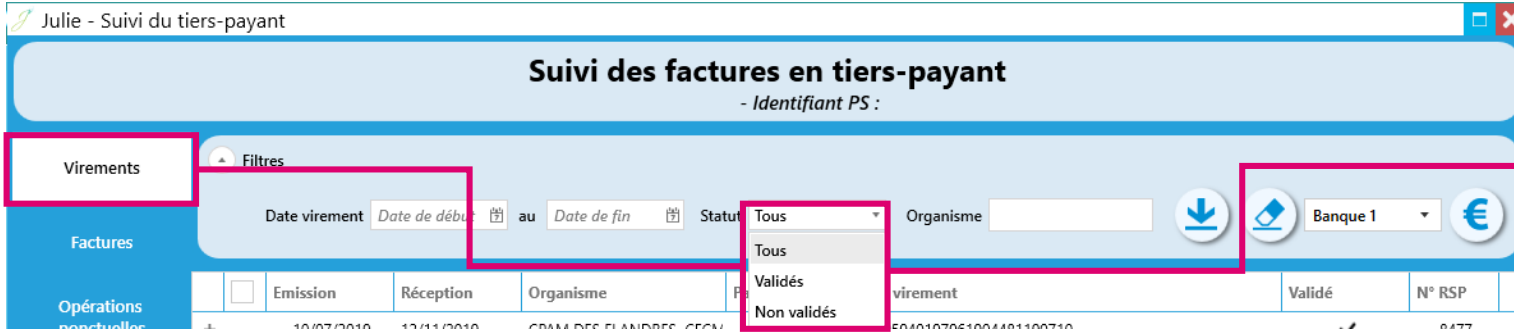
Signature du Chirurgien-dentiste



En passant par le menu « Utilitaires > Options », puis onglet « Impressions/Alertes »

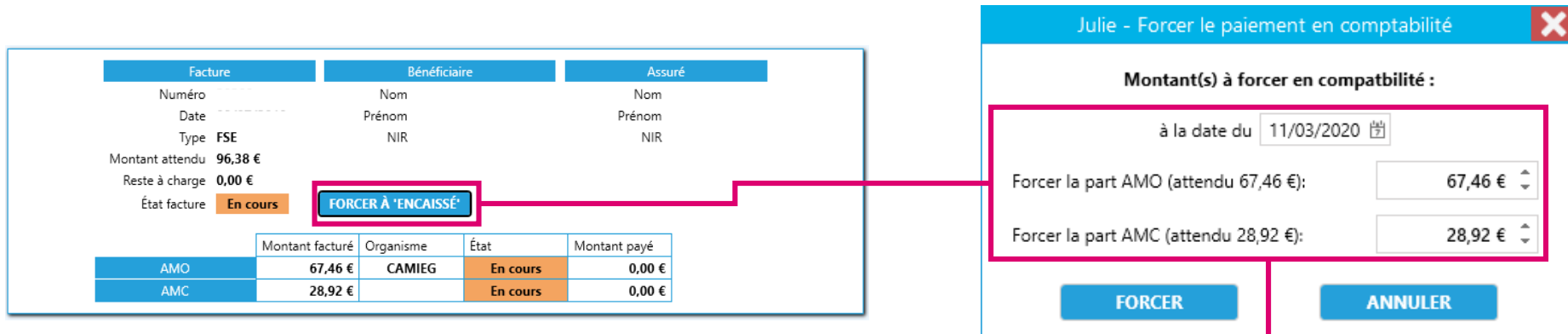
# Suivi du tiers-payant : Filtre et forçage de d'encaissement de facture

## Filtrage des virements par statut de validation.



Il est possible de filtrer les virements par leur statut "validé" ou "non validé".

## Définition de date et montants en cas de forçage de règlement d'une facture en tiers-payant.



Facture	Bénéficiaire	Assuré
Numéro	Nom	Nom
Date	Prénom	Prénom
Type FSE	NIR	NIR
Montant attendu 96,38 €		
Reste à charge 0,00 €		
État facture En cours		

	Montant facturé	Organisme	État	Montant payé
AMO	67,46 €	CAMIEG	En cours	0,00 €
AMC	28,92 €		En cours	0,00 €

Montant(s) à forcer en compatibilité :

à la date du 11/03/2020

Forcer la part AMO (attendu 67,46 €): 67,46 €

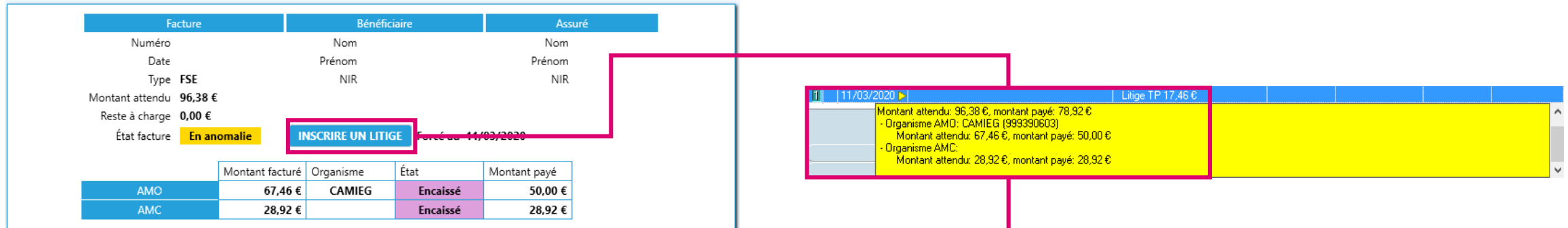
Forcer la part AMC (attendu 28,92 €): 28,92 €

FORCER ANNULER

Le forçage d'encaissement de facture permet maintenant de définir les montants de chaque part et la date qui sera transmise en comptabilité.

# Suivi du tiers-payant : Note de litige en fiche patient

Il est maintenant possible de transmettre l'information de litige de tiers-payant vers la fiche de votre patient.



The screenshot shows a patient record interface. On the left, a bill summary is displayed with the following details:

Facture		Bénéficiaire		Assuré	
Numéro		Nom		Nom	
Date		Prénom		Prénom	
Type	FSE	NIR		NIR	
Montant attendu	96,38 €				
Reste à charge	0,00 €				
État facture	En anomalie				

Below the summary, there is a table of payments:

	Montant facturé	Organisme	État	Montant payé
AMO	67,46 €	CAMIEG	Encaissé	50,00 €
AMC	28,92 €		Encaissé	28,92 €

A button labeled "INSCRIRE UN LITIGE" is visible next to the "État facture" field. A red box highlights this button and the "En anomalie" status. A red line connects this area to a popup window on the right. The popup window shows the date "11/03/2020" and a "Litige TP 17,46 €" entry. Below this, it lists payment details:

- Montant attendu: 96,38 €, montant payé: 78,92 €
- Organisme AMD: CAMIEG (939390603)
- Montant attendu: 67,46 €, montant payé: 50,00 €
- Organisme AMC:
- Montant attendu: 28,92 €, montant payé: 28,92 €

Dans le cas d'anomalie de paiement que vous voudriez indiquer sur la fiche du patient, la fonction « Inscrire un litige » dans la facture en état « Rejet » ou « Anomalie » indique l'information dans l'historique du patient.  
En observation de cette note s'affiche le détail du paiement.

# Formulaire APECS

L'avenant 3 de la convention intègre le formulaire APECS permettant de justifier l'application du supplément pour un acte bucco-dentaire pour un patient souffrant de handicap (YYYY183).

Antécédents

Intolérances

Questionnaire médical

**Formulaire APECS**

Traitements du patient

Ordonnances du patient

Etat PhysioPathologique

FORMULAIRE HANDICAP - APECS

10:27:41

Adaptation de la prise en charge	DOMAINES ayant nécessité une adaptation de la prise en charge du patient pour réaliser les actes bucco-dentaires	
Majeure	Très perturbé ou totalement déconnecté; La séance est régulièrement interrompue; Réactions de fuite; Séance avec contention ou prématurément stoppée	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE GENERALE		
Aucune	Patient en bonne santé générale	
Mineure	Patient présentant une maladie systémique légère ou bien équilibrée	
Modérée	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	<input type="checkbox"/>
Majeure	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE		
Aucune	Pas de facteur de risque particulier induisant un mauvais état bucco-dentaire	
Mineure	Présence d'un facteur de risque uniquement en lien avec une hygiène défaillante ou une alimentation sucrée	
Modérée	Présence d'un facteur de risque modéré en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie, ex: Troubles de la déglutition; Fente labiopalatine; Gastrostomie, Trachéotomie; Limitation de l'ouverture buccale; Spasticité	<input checked="" type="checkbox"/>
Majeure	Association de plusieurs facteurs de risque en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie ET en lien avec une hygiène défaillante ou une alimentation sucrée	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'AUTONOMIE		
Aucune	Pas de perte d'autonomie pour accéder aux soins dentaires	
Mineure	Besoin d'une assistance hors du cabinet dentaire ex: prises de rdx, transport par un tiers (parent, VSL, taxi); Fauteuil roulant	
Modérée	Besoin d'un accompagnateur lors des soins ex: aide aux transferts; à la prise en charge comportementale; à la communication	<input checked="" type="checkbox"/>
Majeure	Ex: Besoin d'être porté lors des transferts; Interruption de la continuité des soins cause hospitalisations/épisodes aigus fréquents; Besoin de plusieurs accompagnateurs lors des soins	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE LA GESTION MEDICO-ADMINISTRATIVE		

Patient Payeur \*Correspondants A.M.O. D

Documents Patient Documents scannés

Possibilité de glisser-déplacer un fichier sur la liste

2020/03/31 - 386\_APECS\_20200331\_103652.pdf

GRILLE DES ADAPTATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE EN SANTE BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP

Patient : Mme DESMAUX Nathalie

Né(e) le : 15/06/1955

Fait le : 31/03/2020

Adaptation de la prise en charge	DOMAINES ayant nécessité une adaptation de la prise en charge du patient pour réaliser les actes bucco-dentaires	
DOMAINE DE LA COMMUNICATION		
Aucune	Pas de problème de communication	
Mineure	Ex. Communication interpersonnelle lente; Troubles cognitifs mineurs; Malentendant; Malvoyant; Troubles de l'élocution ou de la communication verbale	
Modérée	Ex. Communication par l'intermédiaire d'une tierce personne; Troubles cognitifs modérés; déficience sensorielle complète	<input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Pas de communication; Troubles cognitifs sévères; Démence sévère	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DES PROCEDURES FACILITATRICES (sédation consciente / hypnose / AG)		
Aucune	Aucune procédure facilitatrice n'a été nécessaire pour réaliser l'examen ou les soins	
Mineure	Prémédication orale pour réaliser l'examen ou les soins	
Modérée	Sédation consciente ou hypnose pour réaliser l'examen ou les soins	<input type="checkbox"/>
Majeure	Anesthésie générale ou sédation profonde en présence d'un médecin anesthésiste, quelle que soit l'indication.	<input checked="" type="checkbox"/>
DOMAINE DE LA COOPERATION pendant l'examen ou le soin (avec ou sans technique facilitatrice)		
Aucune	Détendu; Coopérant	
Mineure	Mal à l'aise; Tendu; La continuité thérapeutique est préservée mais avec beaucoup	
Modérée	Réticent; Manifestation de l'opposition verbalement ou avec les mains; La séance se déroule avec difficultés	<input type="checkbox"/>
Majeure	Très perturbé ou totalement déconnecté; La séance est régulièrement interrompue; Réactions de fuite; Séance avec contention ou prématurément stoppée.	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE GENERALE		
Aucune	Patient en bonne santé générale	
Mineure	Patient présentant une maladie systémique légère ou bien équilibrée	
Modérée	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	<input checked="" type="checkbox"/>

Accédez au formulaire par les antécédents du patient, remplissez le formulaire puis éditez-le.

Le formulaire est daté et transmis dans la bibliothèque afin de le conserver.



## Autres modifications

---

- Amélioration du déclenchement des calculs de devis par le schéma dentaire
- Amélioration de la mise en page du devis réglementaire 2020
- Le coefficient des codes NGAP apparaît correctement sur le devis 2020
- Suppression des alternatives pour les actes non remboursables
- Intégration de la table CCAM 63.



2, RUE DES VIEILLES VIGNES  
77183 CROISSY-BEAUBOURG - FRANCE  
TÉL. 01 60 93 73 70  
[www.julie.fr](http://www.julie.fr)