

DOCUMENTATION

UTILISATION DES SERVICES EHEALTH

The information in this project charter belongs to xperthis and should be held strictly confidential. This information may not be reproduced and/or published by print, photocopy, microfilm or by any other means without xperthis' prior written authorization

TABLE DES MATIERES

1	SERVICES EHEALTH	4
1.1	Description.....	4
2	RSW.....	5
2.1	Description.....	5
2.2	Comment s'inscrire?	5
2.3	Médecin généraliste ou extrahospitalier.....	5
2.4	Comment publier?	6
2.5	Comment consulter?	7
3	RECIP-E.....	9
3.1	Description.....	9
3.2	Création de l'ordonnance	9
3.3	Envoyer une ordonnance.....	12
3.4	Consulter les ordonnances du patient.....	13
3.5	Révoquer une ordonnance	13
3.6	Vidéo explicative.....	14
4	MYCARENET - ASSURABILITE	14
4.1	Description.....	14
5	eDMG.....	15
5.1	Description.....	15
5.2	Fonctionnement	15
5.3	S'inscrire au service eDMG	16
5.4	Créer le lien thérapeutique	17
5.5	Créer un eDMG	17
5.6	Consulter les droits DMG d'un patient.....	17
5.7	Consulter la liste de vos DMG.....	18
6	eATTEST	20
6.1	Description.....	20
6.2	Fonctionnement	20
6.2.1	Créer l'attestation.....	20
6.2.2	Compléter l'attestation	21
6.2.3	L'envoi.....	22
6.2.4	Remarques importantes	22
7	eFACT	23
7.1	Description.....	23
7.2	Fonctionnement	23
7.3	Création d'une attestation	24

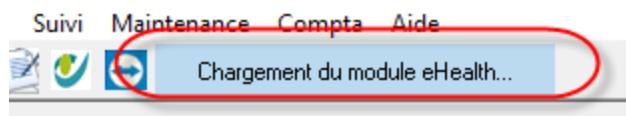
7.4	eTarif.....	26
7.5	Création des factures.....	27
7.6	Envoi des factures.....	28
7.7	Traitement des messages.....	28
8	eHEALTHBOX	31
8.1	Description.....	31
8.2	Fonctionnement - Réception	31
8.3	Fonctionnement – Envoi.....	33
8.3.1	A partir d'un courrier	33
8.3.2	A partir de la boite mail	34
8.3.3	RSW.....	34
9	Handicare.....	35
9.1	Description.....	35
9.2	Comment envoyer des informations au SPF	36
9.2.1	Créer le formulaire.....	36
9.2.2	Compléter la demande	37
9.2.3	Editer le formulaire.....	38
9.2.4	Supprimer le formulaire	38
9.2.5	Exporter le formulaire en pdf	38
10	CEBAM	39
10.1	Description.....	39
10.2	Utilisation.....	39

1 SERVICES EHEALTH

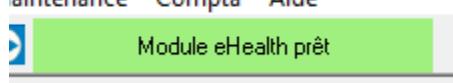
1.1 Description

L'installation du module eHealth est réalisée par XPERTHIS. Il nécessite au préalable l'obtention d'un certificat et d'un mot de passe sur le site eHealth :
https://www.ehealth.fgov.be/fr/application/applications/gestion_certificats_ehealth.htm

Au lancement d'omnipro, le module eHealth peut être chargé automatiquement, moyennant l'activation de la préférence, onglet eHealth :

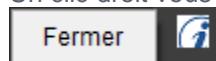


Après quelques secondes, une notification indique que le système est prêt.



Une icône apparaît également dans la barre de tâches en dessous à droite : 

Un clic droit vous permet de forcer la fermeture du programme eHealth :



Vous êtes prêt à utiliser les différents services.

2 RSW

2.1 Description

Le Réseau Santé Wallon permet un échange de documents médicaux informatisés (résultats d'examens, rapports médicaux, courriers, etc.) entre les médecins intervenant pour un même patient.

Quelques exemples :

- le patient rentre chez lui après une hospitalisation.
- le patient est victime d'un accident.
- le patient consulte différents médecins.

Tous les médecins qui interviennent dans ces situations peuvent avoir accès aux informations qui le concernent. Inévitablement, ce nouvel échange d'informations entre les prestataires de soins facilite sa prise en charge.

Pour qu'un médecin ait accès aux données médicales du patient, un lien thérapeutique doit être établi.

[Consultez la brochure explicative.](#)

2.2 Comment s'inscrire?

Avant de lancer l'application, consultez [les prérequis](#) et le [détail de la procédure à suivre, étape par étape.](#)

2.3 Médecin généraliste ou extrahospitalier

La démarche se déroule en plusieurs étapes:

1. Pour le médecin extrahospitalier, vous devez préalablement vous être entendu avec un cercle ou une institution hospitalière qui se portera garant. En tant que médecin généraliste, renseignez-vous auprès de votre cercle afin de savoir quel est le médecin désigné comme garant. Vous devez en effet pouvoir indiquer le nom du médecin qui va vous accréditer dans la 3ème étape.
2. Vous pouvez alors vous inscrire sur le site internet (carte eid / code Pin / numéro Inami / Indication du garant):

S'INSCRIRE EN LIGNE

Si vous ne disposez pas de lecteur de carte ou du code pin de votre eid, vous pouvez vous inscrire via un formulaire papier soit [directement auprès de votre cercle](#), soit en complétant [ce formulaire-ci](#). Attention, l'accès au dossier patient via le portail internet nécessite l'utilisation de l'eid et de votre code pin.

3. Le garant octroie les droits d'accès.

2.4 Comment publier?

Vous pouvez publier vos Sumehr (résumé du dossier patient) sur le RSW via Omnipro.

Les données exportées sont :

- les antécédents
- les médicaments
- les vaccins

Pour chaque patient :

1. Mettez la carte d'identité du patient dans le lecteur (si c'est la première fois pour ce patient)
2. Cliquer sur l'icône « Exporter un Sumehr » dans le dossier du patient

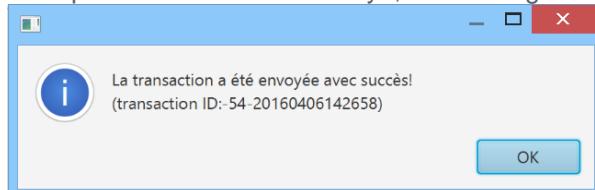


Si la carte n'est pas insérée dans le lecteur, un message vous avertit.



Une fenêtre apparaît et montre le déroulement des étapes : le consentement du patient et le lien thérapeutique avec le médecin.

Dès que le SUMHER est envoyé, un message de confirmation apparaît.



3. Lorsque le bouton d'envoi apparaît en rouge , cela signifie qu'il y a eu des modifications au dossier et que le SUMHER peut être réexporté.

2.5 Comment consulter?

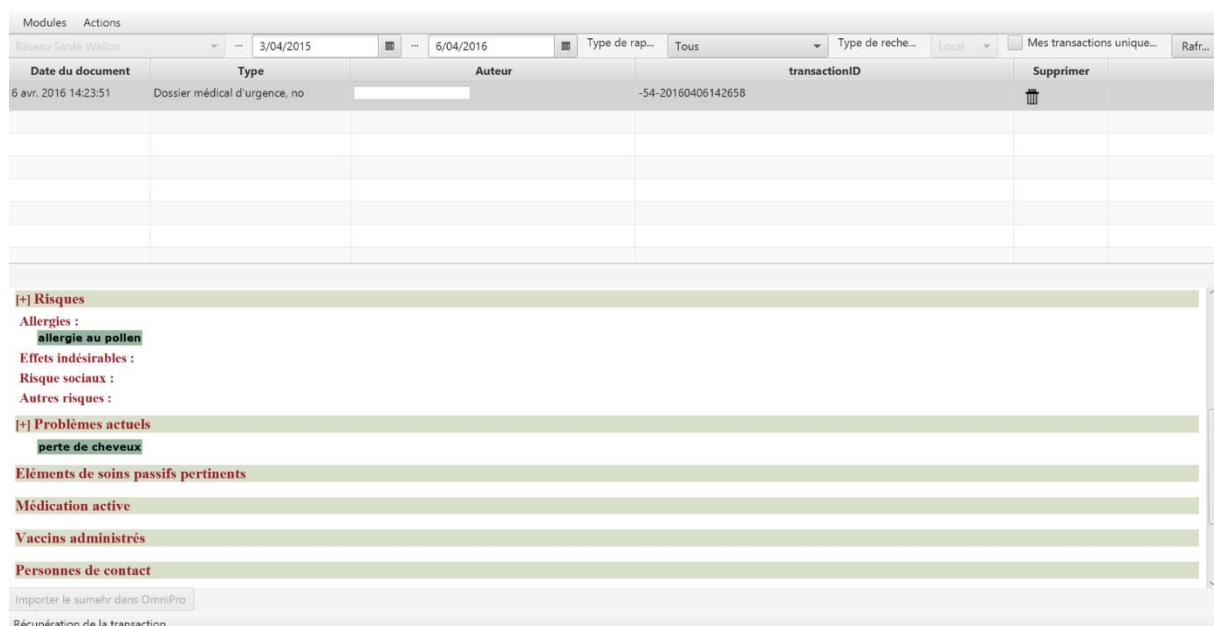
A partir du dossier d'un patient, vous pouvez consulter les données publiées par tous les prestataires en cliquant sur le bouton 

Une fois exécuté, le programme vérifie 3 choses :

1. Est-ce que le médecin est bien enregistré comme utilisateur du RSW ?
2. Est-ce que le patient est bien déclaré sur le RSW (consentement) ?
3. Est-ce qu'il existe un lien thérapeutique entre le médecin et ce patient ?

La liste des documents apparaît sur une période donnée. L'aperçu de l'élément sélectionné apparaît en bas de la liste.

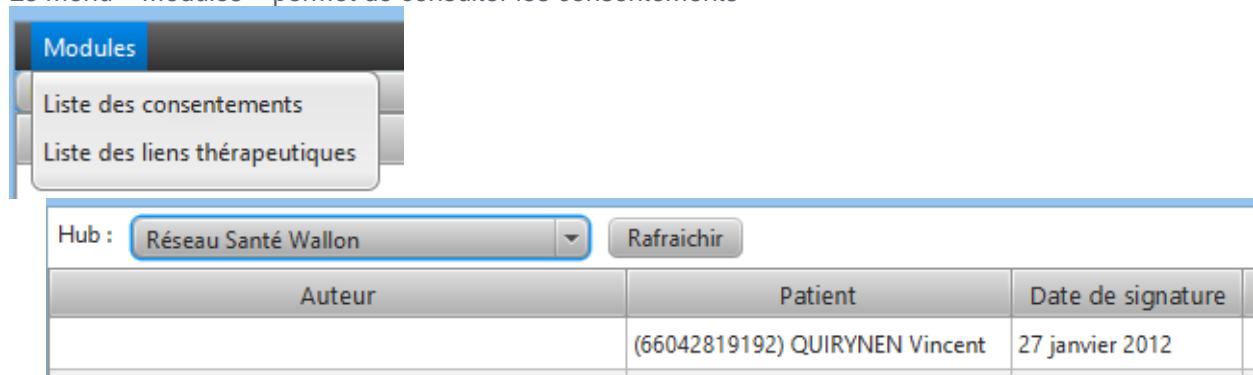
Différents filtres vous permettent de modifier la période, de choisir le type de document ou de voir que vos transactions.



The screenshot shows the RSW software interface. At the top, there is a toolbar with various buttons and a search bar. Below the toolbar, a table displays a list of documents. The table columns include: Date du document, Type, Auteur, transactionID, and Supprimer (Delete). A single row is visible, showing a document from 6 avr. 2016 at 14:23:51, titled 'Dossier médical d'urgence, no' with author '-54-20160406142658' and a delete icon. Below the table, there is a sidebar with several sections: Risques (Allergies: 'allergie au pollen', Effects indésirables, Risque sociaux, Autres risques), Problèmes actuels (Problèmes actuels: 'perde de cheveux'), and other sections like 'Eléments de soins passifs pertinents', 'Médication active', 'Vaccins administrés', and 'Personnes de contact'. At the bottom of the sidebar, there are buttons for 'Importer le sumehr dans OmniPro' and 'Récupération de la transaction'.

Liste des consentements

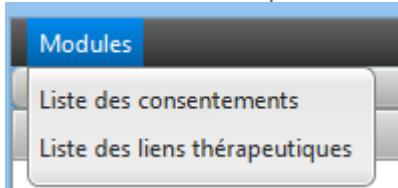
Le menu « Modules » permet de consulter les consentements



The screenshot shows the RSW software interface with the 'Modules' menu highlighted. Below the menu, a sub-menu is open with two options: 'Liste des consentements' and 'Liste des liens thérapeutiques'. At the bottom of the screen, there is a table with three columns: 'Auteur', 'Patient', and 'Date de signature'. The table contains one row with the author '(66042819192) QUIRYNEN Vincent', the patient '(66042819192) QUIRYNEN Vincent', and the date '27 janvier 2012'.

Liens thérapeutiques

Le menu « Modules » permet de consulter les liens thérapeutiques



Gestion des liens thérapeutiques				
Hub :	Réseau Santé Wallon	Rafraîchir		
Type	Médecin	Débute le	Exire le	Patient
gpconsultation	(114947)	26 novembre 2014	2 novembre 2114	(66042819192) QUIRYNEN Vincent

La création du consentement et du lien thérapeutique nécessite la carte d'identité du patient.

ATTENTION : l'ouverture du RSW pour un patient sous-entend que celui-ci a donné son accord pour être présent sur le RSW. En effet, un clic sur l'icône RSW entraîne :

- La création du patient sur le RSW
- La création de son consentement
- La création du lien thérapeutique avec le prestataire

3 RECIP-E

3.1 Description

Recip-e est un système qui permet la délivrance de prescriptions électroniques en matière de soins de santé. Il fait partie du plan e-Santé initié en 2014 par le gouvernement fédéral, soucieux de se conformer aux directives européennes.

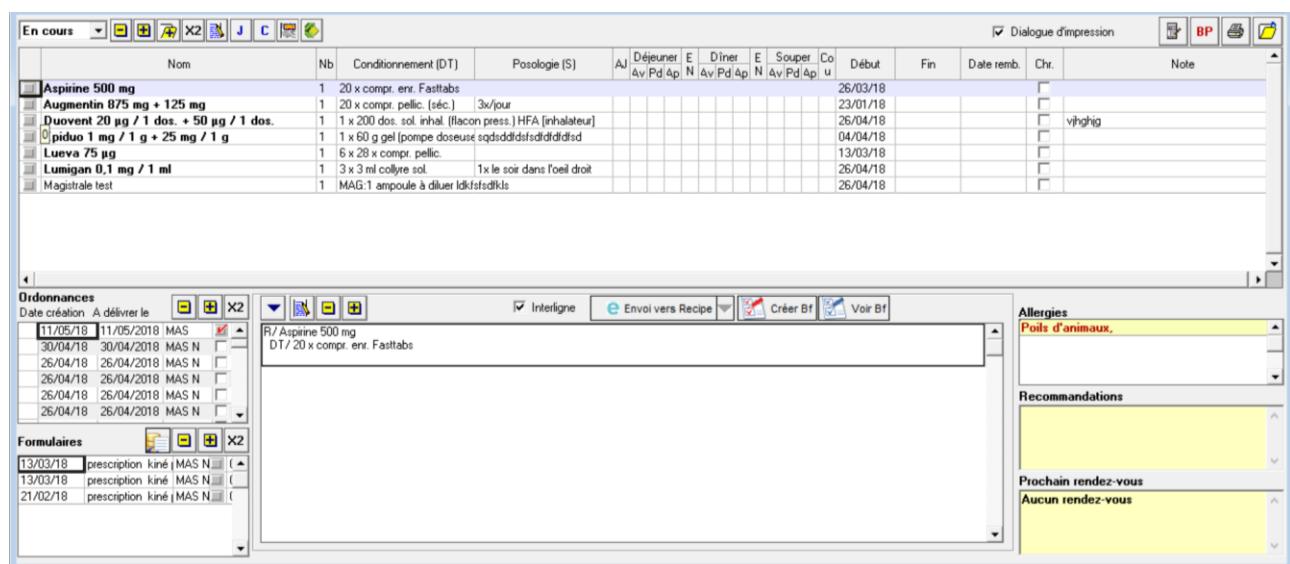
Recip-e permet à différents prescripteurs de soins d'envoyer de manière électronique et sécurisée des prescriptions vers un serveur. Elles y sont encodées et conservées jusqu'à ce qu'elles soient utilisées par le patient auprès d'un prestataire de soins. L'envoi et le retrait s'opèrent à l'aide de logiciels spécialisés sur lesquels Recip-e est installé.

Chaque prescription électronique est munie d'un identifiant unique (RID ou numéro d'identification Recip-e) indiqué au-dessus de chaque preuve de prescription. Cet identifiant permet au prestataire de traiter la prescription. Si, pour une raison ou une autre, la prescription ne peut par exemple pas être délivrée dans une officine (médicament indisponible, refus du patient car trop coûteux, etc.), le pharmacien en informe Recip-e par voie électronique, et rend la preuve de prescription au patient.

Plus d'informations sur : www.recip-e.be

3.2 Crédation de l'ordonnance

Prescriptions en format non DCI



The screenshot shows the Recip-E software interface. At the top, there is a toolbar with various icons. Below the toolbar is a table listing medications with columns for Nom (Name), Nb (Quantity), Conditionnement (DT) (Packaging), Posologie (S) (Dosage), and several time-based columns (Aj, Déjeuner, E, Dîner, E, Souper, Co). The table includes rows for Aspirine 500 mg, Augmentin 875 mg + 125 mg, Duovent 20 µg / 1 dos. + 50 µg / 1 dos., piduo 1 mg / 1 g + 25 mg / 1 g, Lueva 75 µg, Lumigan 0,1 mg / 1 ml, and Magistrale test. Below the table is a section titled 'Ordonnances' (Prescriptions) with a list of dates and times. To the right, there are panels for 'Allergies' (Pois d'animaux), 'Recommandations' (Recommendations), and 'Prochain rendez-vous' (Next appointment) with the message 'Aucun rendez-vous' (No appointment). The bottom left shows a 'Formulaires' (Forms) section with a list of documents.

Dans la médication en cours, sélectionnez le médicament pour l'ajouter à l'ordonnance du jour. Les médicaments en gras sont ceux possédant un numéro CNK. Il est conseillé de privilégier la sélection ces médicaments.

Sélection du médicament

Si le médicament n'est pas présent dans la liste, appuyez sur le bouton  du menu  En cours pour rechercher le médicament. Encodez les premières lettres puis appuyez sur « enter ».

Choix du médicament (base CBIP)

parace

Formule

Type	Libellé	Conditionnement	Prix	TM
1 g	60 x compr. pellic. (séc.)	10,23	8,18	
1 g	30 x compr. pellic. (séc.)	7,22	5,78	
1 g	120 x compr. pellic. (séc.)	11,45	2,38	
1 g	100 x compr. pellic. (séc.)	10,23	10,23	
500 mg	100 x compr. pellic. (séc.)	10,23	10,23	
500 mg	240 x compr. pellic. (séc.)	11,96	2,56	
500 mg	200 x compr. pellic. (séc.)	12,60	2,05	

Posologie

3x/jour toutes les 4 heures

Magistrale **Examen**

Compendium Mes services Autres Masquer

Distribution

Déjeuner				Dîner				Souper				
AJ	AV	PT	AP	EN	AV	PT	AP	EN	AV	PT	AP	AC

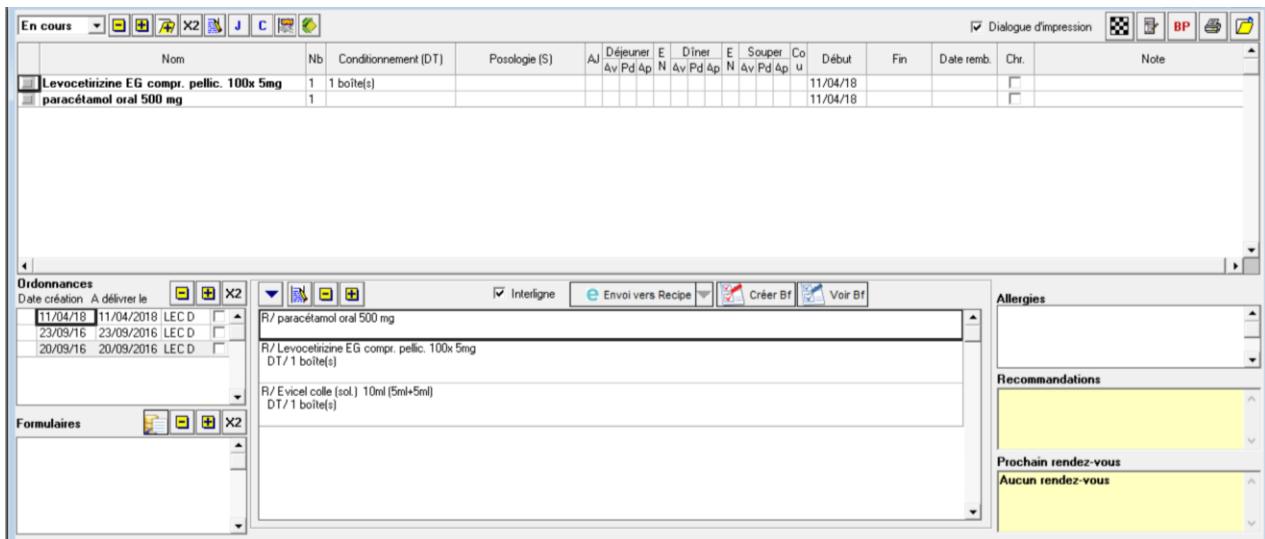
Retour à la ligne : CTRL-ENTER

Notices  Mise à jour  Annuler  Valider 

(Paracetamol EG) -> ??? [CNK 2881118; ATC N02BE01]

Sélectionnez le médicament, le conditionnement et encodez la posologie puis cliquez sur  Valider pour ajouter ce médicament à l'ordonnance et à la médication en cours.

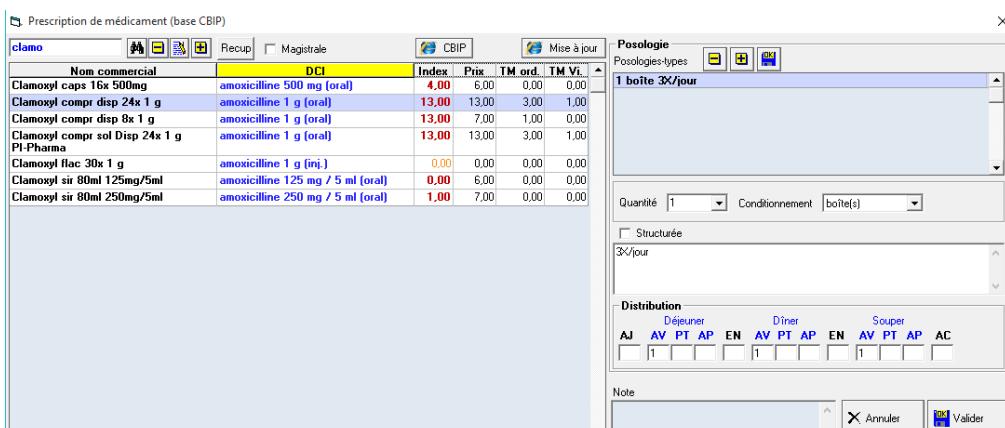
Prescrire en DCI



Dans la médication en cours, sélectionnez la DCI pour l'ajouter à l'ordonnance du jour. Les DCI en gras sont ceux possédant un numéro CNK. Il est conseillé de privilégier la sélection ceux-ci.

Sélection du médicament

Si la DCI n'est pas présente dans la liste, appuyez sur le bouton du menu pour faire une sélection. Encodez les premières lettres puis appuyez sur « enter ». La recherche d'un terme est réalisée au niveau des noms commerciaux et des DCI.



Un clic dans la première colonne active le choix par **nom commercial**.

Un clic dans la colonne DCI permet de sélectionner une **substance active**.

Par défaut, la posologie est en texte libre.

Le tableau supérieur permet l'enregistrement de posologies types réutilisables par la suite.



Cependant, il est préférable de passer en mode structuré si l'on veut envoyer la prescription vers recip-e.

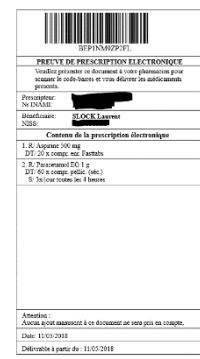
3.3 Envoyer une ordonnance

Le bouton « Envoi vers Recipe » se connecte à eHealth et envoie les ordonnances du jour (celles qui sont cochées) vers Recipe. Cette opération prend habituellement 3 secondes par ordonnance. La première fois, il faut attendre que le module eHealth soit chargé.

En retour vous recevez une notification d'envoi.

Appuyer sur le bouton pour imprimer la/les preuve(s) de prescription. OmniPro envoie toutes les ordonnances sélectionnées.

A l'impression, la preuve de prescription contiendra sa référence (RID) sur Recip-e sous forme de code bar.



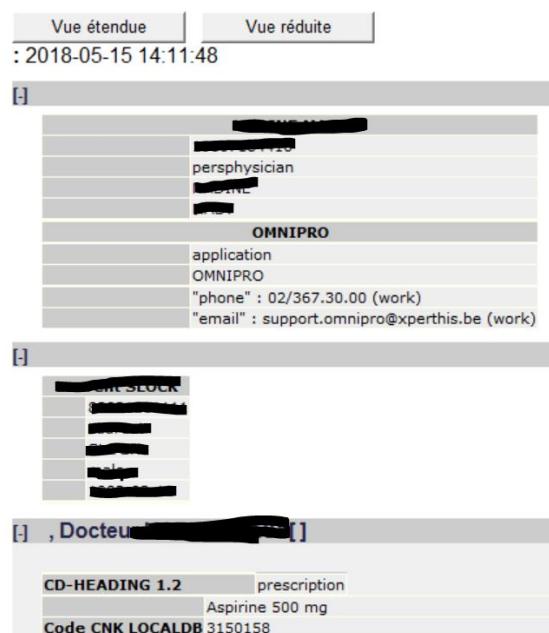
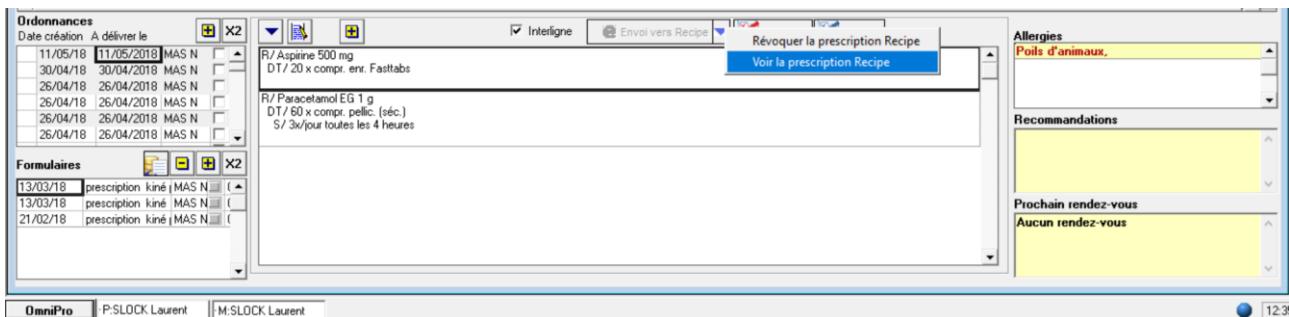
e

Dans le dialogue d'impression, l'option « Envoi Recipe avant impression » vous permet de combiner l'envoi et l'impression en un seul clic.

Une ordonnance envoyée vers Recip-e ne peut plus être modifiée. Elle apparaît en fond gris avec une icône « e ». Le bouton « Envoi vers Recipe » est grisé.

3.4 Consulter les ordonnances du patient

Dans le module de prescription, cliquer sur le bouton « Voir recip-e » afin d'afficher la prescription sur le serveur Recip-e.

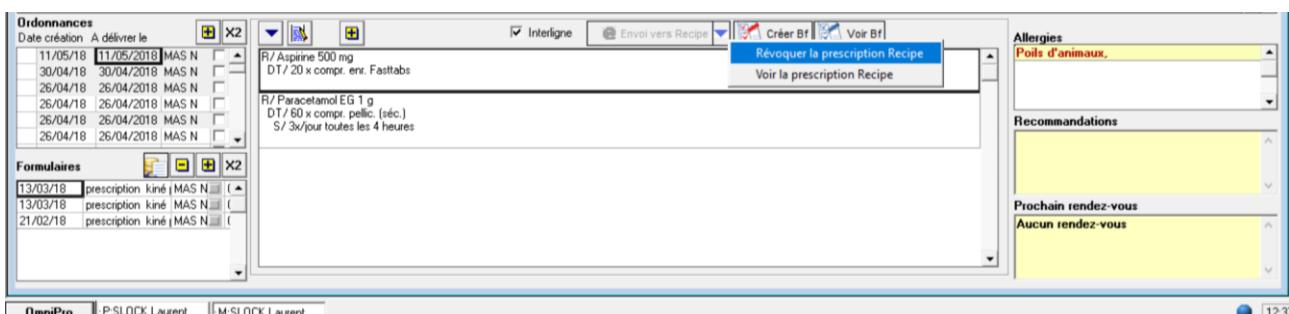


3.5 Révoquer une ordonnance

En cas d'erreur, vous pouvez annuler une prescription déjà envoyée.

Etape 1/3 – sélection de l'ordonnance

Selectionner l'ordonnance et choisir l'option « révoquer la prescription Recip-e » à droite du bouton « Envoi vers Recipe » (flèche bleue).



Etape 2/3 – Motif de révocation

Vous devrez mentionner la raison et valider



Etape 3/3 – Confirmation

Une notification vous avertit que la révocation a fonctionné. L'ordonnance redevient modifiable. Cette opération est possible tant que le patient n'a pas reçu les médicaments.



3.6 Vidéo explicative

Vous trouverez également une vidéo explicative concernant l'utilisation de Recip-e sur notre chaîne youtube : <https://www.youtube.com/watch?v=kCaYof9yjzA&t=134s>

4 MYCARENET - ASSURABILITE

4.1 Description

La mise à jour des données d'assurabilité du patient est réalisée dans le signalétique patient.

En cliquant sur le bouton « **MyCareNet** », le numéro **NISS** est envoyé auprès des différents organismes assureurs afin de vérifier l'assurabilité.

Au lancement de l'action, le signal **Lecture de l'assurabilité...** apparaît dans la barre de menu.

Les données modifiées apparaissent en rouge.

Code OA	Mutuelle		
232			
CT1	CT2	Matricule bénéficiaire	Validé jusqu'au :
110	110	10276340048	20/11/2015

BIM : oui/non

Tiers-payant : oui/non (tiers payant applicable pour les consultations, visites et avis)

Il est possible d'activer la vérification de l'assurabilité à l'ouverture du dossier patient, une fois par jour. Pour cela il faut activer l'option dans vos préférences. Dans le menu Maintenance - Préférences, onglet Facturation, cocher la case 'Vérification automatique de l'assurabilité'

5 eDMG

5.1 Description

Le eDMG consiste à gérer les aspects administratifs du dossier médical global (DMG) par le biais du réseau électronique MyCareNet :

- [Information sur le eDMG sur le site de MyCareNet](#)
- [Des questions fréquemment posées \(FAQ\) sur le eGMD](#)

L'accès se fait via le dossier du patient



5.2 Fonctionnement

Le module DMG contient 2 volets :

La partie supérieure affiche les infos que vous avez encodées manuellement.

La partie inférieure est mise à jour par MyCarenet et affiche les DMG enregistrés.

Ce tableau montre avec quels médecins le patient a établi un DMG. La colonne paiement indique si vous serez payé pour ce DMG. Dans l'exemple présent, le dr Lecomte ne sera pas payé car le patient avait déjà été chez le dr Slegten dans le courant de l'année.

La mise à jour de ce tableau est réalisée via le bouton

Mettre à jour les DMG MyCarenet

5.3 S'inscrire au service eDMG

Pour pouvoir utiliser de service eDMG, il faut s'inscrire, cliquer sur le bouton

Un écran de confirmation apparaît :

Conditions d'utilisation

Je m'engage à:

- Ne pas envoyer de notification pour un DMG que j'ai déjà attesté au patient (via 102771).
- Ne plus attester de DMG via 102771 à partir du lendemain de la date d'inscription, ni pour les ouvertures, ni pour les prolongations administratives.
- Utiliser l'envoi des notifications MyCareNet pour toute ouverture d'un nouveau DMG.
- Envoyer les notifications dans les 7 jours ouvrables maximum après la prestation (consultation ou visite) donnant droit à l'indemnité.

En contrepartie, les OA s'engagent à:

- A partir de la date d'inscription à MyCareNet : payer dans les 30 jours toutes les prolongations administratives pour l'attestation de DMG.
- Faire une prolongation automatique accélérée pour tous les DMG pour lesquels les conditions sont remplies, dans les 30 jours à partir de la date d'inscription à MyCareNet.
- Payer les ouvertures de DMG dans les 30 jours à partir de la réception de la notification si les conditions sont remplies.
- Refuser les attestations DMG relatives à des prestations dont la date est ultérieure à la date d'inscription dans MyCareNet.
- Envoyer les messages de clôture et de prolongation à bon escient.

! Attention: La procédure papier est incompatible avec la procédure électronique, il vous sera donc impossible de revenir en arrière.

J'ai lu et j'accepte les conditions d'utilisation du service.

Introduction du n° de compte :

Compte(s) bancaire(s) x

Utiliser le même numéro pour tous les...

Tous les organismes assureurs

IBAN : BE6 [REDACTED]

BIC : GKCCBEBB

Valider Annuler

Dans le bas de l'écran, les messages de retour apparaissent.

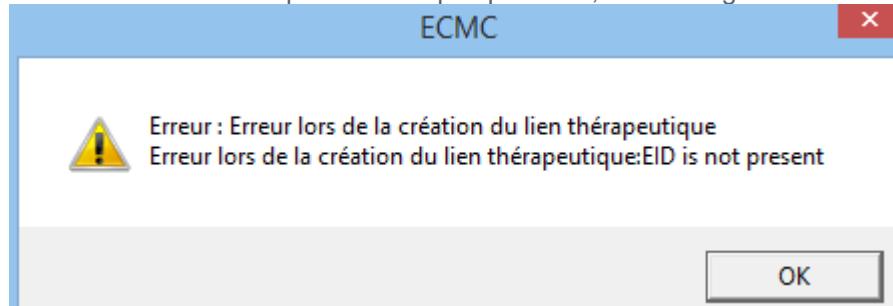
Inscription : messages d'erreur : 08/08/2015 12:13 141 : OA 500 : Tiers pas connu à l'OA, à la date du jour Prestatieverlener niet gekend in de VI op de dagdatum

Une fois cette inscription enregistrée, la gestion électronique est obligatoire pour tous les patients.

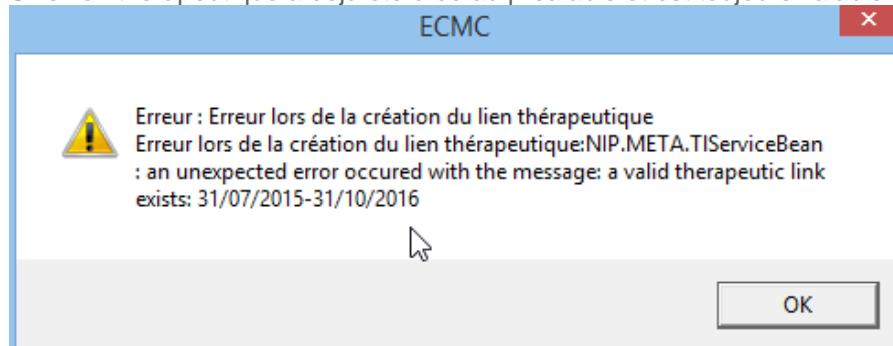
5.4 Créer le lien thérapeutique

Ce lien est nécessaire à la gestion du DMG du patient. Veiller à mettre la carte d'identité du patient dans le lecteur. Cliquer sur le bouton 

Si la carte d'identité du patient n'est pas présente, un message d'avertissement apparaît :



Si le lien thérapeutique a déjà été créé au préalable et est toujours valable :



5.5 Créer un eDMG

Une fois le lien thérapeutique créé, cliquer sur le bouton  afin d'envoyer le DMG.

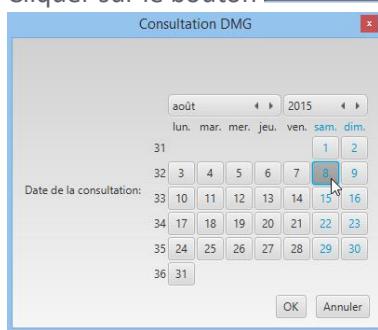
5.6 Consulter les droits DMG d'un patient

Ce service est accessible aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes, sur base volontaire (pas de procédure d'inscription).

Ce service permet au médecin de savoir qui est le détenteur du DMG du patient, ou si le patient n'a pas de DMG. Un médecin peut faire une consultation DMG pour un patient avec lequel il a une relation thérapeutique.

Le médecin peut consulter le droit DMG de son patient via son logiciel ou via la Web Application.

Cliquer sur le bouton  et choisir une date de début



Le résultat s'affiche dans le tableau historique :

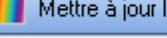
Historique des DMG MyCarenet						
Date début	Prolongation	Date fin	Prestataire	OA	Statut	Paiements
31/07/2015	16/11/2014		QUIRYNEN Vincent (11494795003)	602	normal	Paiement possible

La colonne « Paiements indique si ce DMG peut donner lieu à une prestation payable au médecin. Si un DMG a déjà été établi dans l'année par un autre médecin, le paiement n'est pas possible.

5.7 Consulter la liste de vos DMG

Il est possible d'envoyer une requête à MyCarenet pour obtenir l'état DMG de tous mes patients.

Cette requête est asynchrone, c'est à dire que les réponses vont arriver plus tard de la part des différents organismes assureurs.

Cliquer sur le bouton 

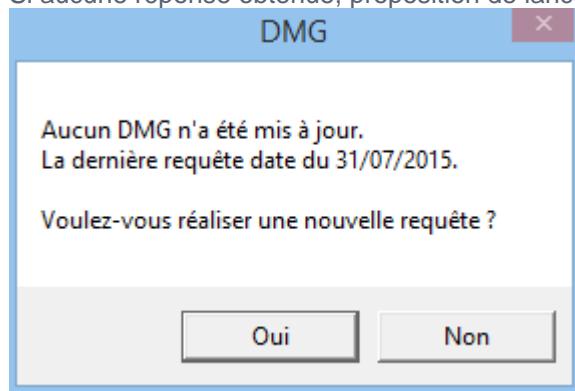
Cliquer sur le bouton  afin de connaître l'évolution de votre demande :

DMG : QUIRYNEN Vincent						
Suivi des demandes						
Demandes de mise à jour des informations DMG				Incohérences	Mettre à jour	Fermer
Date demande	Prestataire	Dernière requête	Complet			
31/07/2015	QUIRYNEN Vincent (11494795003)					
31/07/2015	QUIRYNEN Vincent (11494795003)					
07/10/2014	DARDENNE Thomas (1-15407-23-004)					
03/10/2014	QUIRYNEN Vincent (11494795003)					
29/09/2014	QUIRYNEN Vincent (11494795003)					
29/09/2014	QUIRYNEN Vincent (11494795003)					
29/09/2014	QUIRYNEN Vincent (11494795003)					
18/09/2014	QUIRYNEN Vincent (11494795003)					
17/09/2014	QUIRYNEN Vincent (11494795003)					
16/09/2014	QUIRYNEN Vincent (11494795003)					
08/07/2014	QUIRYNEN Vincent (11494795003)	08/07/2014 15:12:36				
DMG MyCarenet (2 fiches trouvées)						
Patient	Date début	Prolongation	Date fin	Prestataire	OA	Statut
BRNJICA RAMADAN	31/07/2015	16/11/2014		QUIRYNEN Vincent (11494795003)	601	prolongé
NISSIX Desixcent	31/07/2015	16/11/2014		QUIRYNEN Vincent (11494795003)	602	normal
						Paiement possible

Récolte des réponses de MyCarenet (OA) :

 Mettre à jour

Si aucune réponse obtenue, proposition de lancer une nouvelle requête de mise à jour :



Il est recommandé de ne pas lancer de nouvelle requête plus d'une fois par semaine.

La fenêtre de suivi affiche le journal des demandes de mise à jour des DMG :

Demandes de mise à jour des informations DMG		 Incohérences	 Mettre à jour
Date demande	Prestataire	Dernière requête	Complet
08/08/2015	QUIRYNEN Vincent (11494795003)		<input type="checkbox"/>
31/07/2015	QUIRYNEN Vincent (11494795003)		<input checked="" type="checkbox"/>
31/07/2015	QUIRYNEN Vincent (11494795003)		<input checked="" type="checkbox"/>
07/10/2014	DARDENNE Thomas (1-15407-23-004)		<input type="checkbox"/>
03/10/2014	QUIRYNEN Vincent (11494795003)		<input checked="" type="checkbox"/>
29/09/2014	QUIRYNEN Vincent (11494795003)		<input checked="" type="checkbox"/>
29/09/2014	QUIRYNEN Vincent (11494795003)		<input checked="" type="checkbox"/>

La partie inférieure affiche la liste des DMG reçus de MyCarenet pour tous mes patients :

DMG MyCarenet (2 fiches trouvées)				
Patient	Date début	Prolongation	Date fin	Prestataire
BRNJICA RAMADAN			16/11/2014	QUIRYNEN Vincent (
NISSIX Basixcent	31/07/2015	16/11/2014		QUIRYNEN Vincent (

Ce bouton affiche les incohérences entre les DMG que j'ai encodés chez mes patients et les DMG reçus de MyCarenet.

 Incohérences

6 eATTEST

6.1 Description

Le service eAttest permet aux prestataires de soins d'envoyer de manière électronique leurs attestations de soins donnés (eASD) aux Organismes Assureurs (OA) (qui effectuent plusieurs contrôles préliminaires) pour les prestations qui ne rentrent pas dans le système du tiers-payant.

Si, lors de ces premiers contrôles, certaines données s'avèrent être incorrectes, l'OA envoie un message de rejet indiquant l'erreur rencontrée afin que le prestataire puisse la corriger. Une fois que ces contrôles sont corrects, l'OA envoie au prestataire de soins un accusé de réception de l'attestation de soins donnés.

Le prestataire remet alors au patient un justificatif reprenant, entre autres, le montant payé par le patient ainsi que le numéro de l'accusé de réception de l'eASD renvoyé par l'OA comme preuve de réception. L'OA se charge ensuite d'effectuer un contrôle complet de l'eASD et, soit de rembourser le patient, soit de lui envoyer un refus de paiement justifié.

Vous trouverez plus d'information sur le service eAttest sur le site [MyCarenet](#)

Le service est mis à disposition depuis février 2018 pour les médecins généralistes.

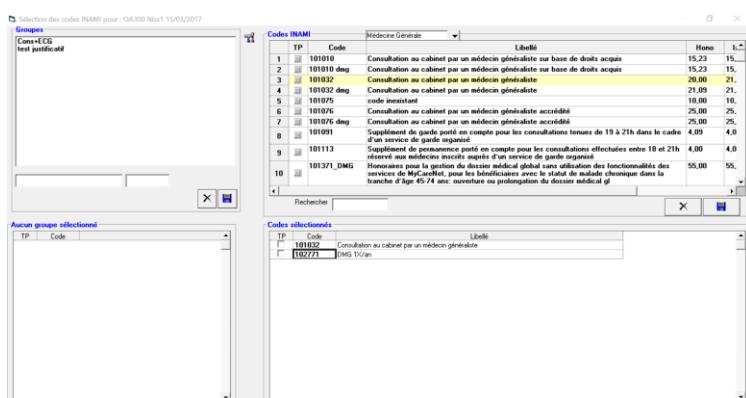
6.2 Fonctionnement

6.2.1 Créer l'attestation

Double-cliquer sur le bouton  du dossier patient



Sélectionner le(s) code(s) de prestation puis valider sur « OK »



L'attestation se présente comme ceci :

The screenshot shows the 'Attestation' software window. At the top, it displays patient information: Patient (OA300, Niss1), Date (19/12/2017), and Ref. (VQU00109). It also shows the insurance company (419, QUIRY/NEN, Vincent). Below this, there are fields for Ass. compl. (m), Prescripteur, and Prestataire (QUIRY/NEN Vinc). The 'Prestations' section lists two items: 'Consultation au cabinet par un' (Code 101032, Date 19/12/17, Tarif INAMI 21,09, RMax 15,09, TM 6,00, HM 20,00, Ret 20,00) and 'DMG 1x/an' (Code 102771, Date 19/12/17, Tarif INAMI 30,00, RMax 30,00, TM 0,00, HM 30,00, Ret 30,00). The 'Lieu externe' section is checked. The 'Prestations' table shows the following data:

Code	Date	Hon.	Maj	Cons	TP	Libellé	Tarif INAMI	RMax	TM	HM	Ret	HN	Latér	Justif	Engagement
101032	19/12/17	20,00	0		TP	Consultation au cabinet par un	21,09	15,09	6,00	20,00	0	20,00			Alte
102771	19/12/17	30,00	0		TP	DMG 1x/an	30,00	30,00	0,00	30,00	0	30,00			Alte

Below the table, there is a summary table for 'Supplém.' (Supplements):

	Patient	OA	AC	Totaux
Montant dû (cons)	50	0,00	0,00	50,00
Montant dû (TP)	0,00	0,00	0,00	0,00
Montant payé (Papé)	0,00	0,00	0,00	0,00
Solde	50,00	0,00	0,00	50,00
Rembours. OA	45,05	0,00	0,00	45,05

Buttons for 'Recalcul' and 'N° rappel' (0) are present. The 'Justification TP demandée' dropdown is empty. At the bottom, there are buttons for 'eTarif', 'eAttest', 'Fact. pat', 'Justificat', and various icons for payment methods.

6.2.2 Compléter l'attestation

1. Vérifier l'assurabilité du patient

Si l'assurabilité n'a pas été vérifiée depuis 24h, le bouton MyCareNet se met au rouge et le libellé devient « Vérifier ».

The screenshot shows a simplified version of the software interface with a single row of fields. The 'Patient' field contains OA300 and Niss1. The 'Mutuelle' field contains 300 and OA300. The 'N° matricule' field contains 17031506487 and CT1 / CT2. The 'Vérifier' button is highlighted in red.

Après vérification, les différents statuts sont indiqués :

- TP obligatoire : pour les patients BIM. Le TP est obligatoire pour les généralistes, pas pour les spécialistes.
- Maison médicale : Ne peut pas être traité par autre médecin généraliste (mais bien par un spécialiste)
- TP consultation : la consultation peut être mise en TP
- Non en règle
- Assurabilité : patient ok, non bim

2. eTarif

A utiliser en cas de prestations en tiers-payant uniquement et uniquement pour les généralistes.

3. Compléter les informations nécessaires si nécessaire, à savoir :

- o Prestations
- o Prescripteur
- o Lieu externe et la date
- o Prestation relative
- o Justification



6.2.3 L'envoi

Cliquer sur le bouton d'envoi .

Si tout est **correct**, vous recevez une confirmation et la référence de l'attestation. Les indicateurs passent au vert.



Vous pouvez dès lors imprimer le justificatif via le bouton .

Si l'attestation est **refusée**, les indicateurs passent au rouge et un message d'erreur vous indique la raison.



Les zones à compléter se mettent également en rouge.

Code	Prest. relative	Date	Hon.	Maj	Cons	TP	Libellé	Tarif INAMI	RMax	TM	HM	Ret	HN	Latér	Justif.	Er
103095		19/12/17	20,16	0,00			Supplément pour une consulta	20,16	20,16	0,00	20,16	0,00	20,16			

Les actions classiques à entreprendre sont les suivantes :

- Changer de code de prestations
- Changer/indiquer la prestation relative
- Changer le N° inami du prestataire dans la gestion des contacts
- Préciser le prescripteur
- Préciser le lieu

6.2.4 Remarques importantes

Vous ne pouvez pas encoder de prestations antérieures ou postérieures à la date du jour.

Lors d'encodage de frais de déplacements, les 6 premiers km ne sont pas remboursés et sont directement déduits par la mutuelle. Veillez à indiquer le kilométrage réel.

7 eFACT

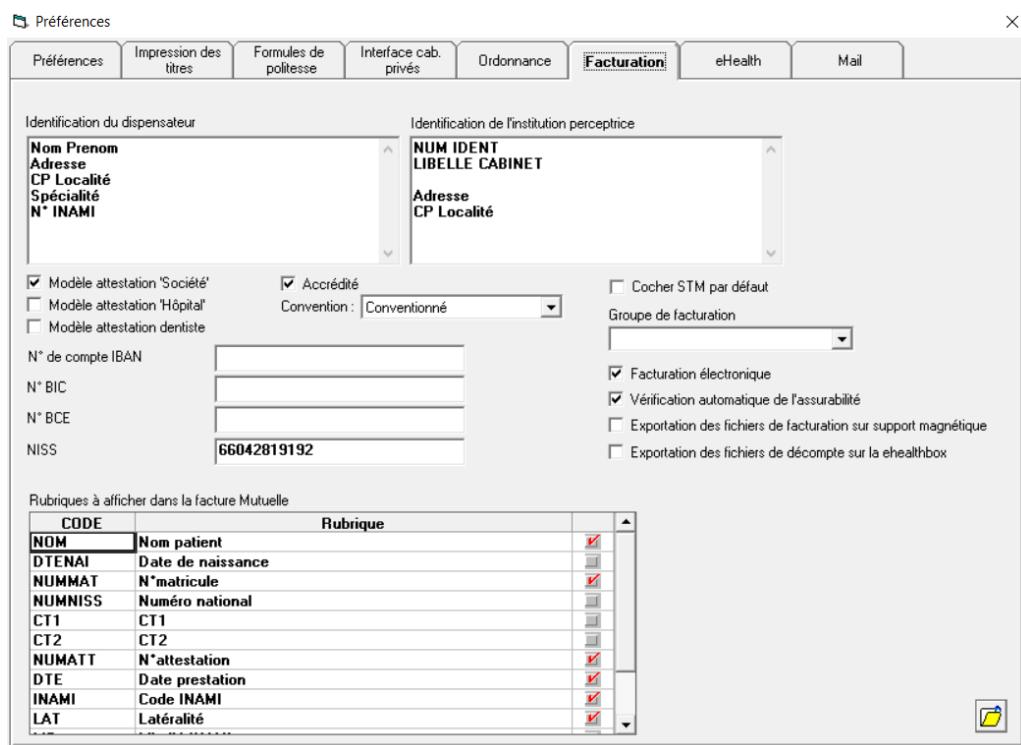
7.1 Description

eFact est un service de facturation tiers-payant électronique (via MyCareNet) entre les médecins et les mutuelles (Organisme Assureur - OAs). Il permet d'envoyer les factures tiers-payant aux OAs et de recevoir les réponses en retour.

7.2 Fonctionnement

Activer l'eFact

Pour utiliser le service eFact, il faut compléter certaines données sous le menu Maintenance → Préférences, onglet Facturation.



The screenshot shows the 'Facturation' tab selected in the 'Préférences' window. It includes fields for dispensing and billing institution identification, accreditation status, and various checkboxes for electronic billing and export options. A table at the bottom lists items to display in the mutual bill.

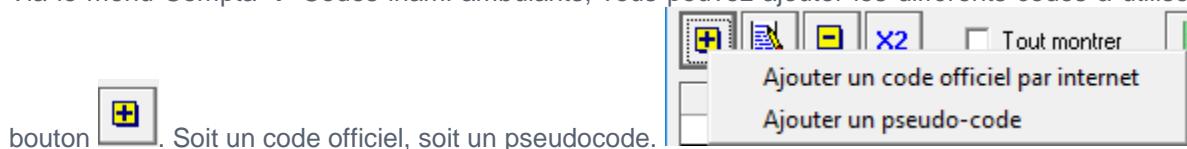
CODE	Rubrique
NOM	Nom patient
DTENAI	Date de naissance
NUMMAT	N°matricule
NUMNIS	Numéro national
CT1	CT1
CT2	CT2
NUMATT	N°attestation
DTE	Date prestation
INAMI	Code INAMI
LAT	Latéralité

N° de compte IBAN	Le numéro de compte sur lequel sera versé le remboursement
N° BIC	L'identifiant de votre banque
N° BCE	Le numéro de la banque carrefour entreprise pour identifier le dispensateur.
NISS	Votre numéro national
Facturation électronique	Permet d'activer la facturation électronique
Vérification automatique de l'assurabilité	Permet de vérifier l'assurabilité du patient à l'ouverture du dossier
Accrédité	OUI/NON
Convention	Pas de convention/conventionné/partiellement conventionné/non conventionné

Gestion des codes inami

Il faut configurer les différents codes inami qui seront utilisés pour la facturation.

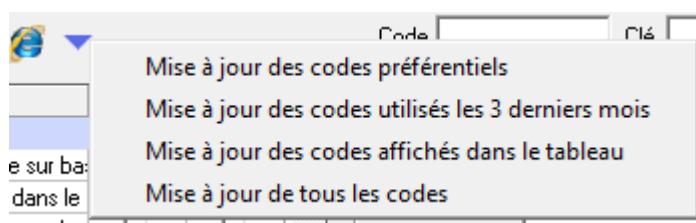
Via le menu Compta → Codes inami ambulants, vous pouvez ajouter les différents codes à utiliser avec le



bouton . Soit un code officiel, soit un pseudocode.

Pour mettre à jour les codes existants, cliquez sur le bouton (mise à jour des codes) :

Un menu vous propose les différentes mises à jour possibles :



Ensuite, dans le tableau des codes de nomenclature (menu Compta, Codes inami ambulants, cocher les codes préférentiels).

Gestion des codes de prestations

Clé	N° Inami	Description	Désact.	Préf.
	081001	Transport urgent de malades : 1 passager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	101010	Consultation généraliste avec droits acquis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	101010 dmg	Consultation généraliste avec droits acquis,	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	101010_0	Intervention bénéficiaires avec régime préf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	101032	Consultation généraliste agréé, sans dmg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	101032 dmg	Consultation généraliste agréé, dmg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

7.3 Crédation d'une attestation

Choix des prestations :

A partir du dossier du patient, sélectionner l'icône attestation : (puis ou)

Le dialogue de choix des prestations apparait :

Codes préférentiels		Médecine Générale	Libellé
TP	Code		
1	102491	SUPPLEMENT CONSULTATION D'URGENCE	
2	114052	FENESTRATION DE L'ONGLE	
3	101010	Consultation généraliste avec droits acquis, sans dmg	
4	101010 dmg	Consultation généraliste avec droits acquis, dmg	
5	101032	Consultation généraliste agréé, sans dmg	
6	101032 dmg	Consultation généraliste agréé, dmg	

Vous pouvez sélectionner le(s) code(s) dans la liste.

Mais, il est également possible de paramétrer des groupes :

Cliquer sur le bouton 



Groupes

Cons+gastro
wxc
zaelt

Codes INAMI

Mes modèles

Libellé

TP	Code	Libellé
1	101010	Honoraria - Consultation au cabinet par un médecin généraliste sur base de
2	101032	Honoraria - Consultation au cabinet par un médecin généraliste
3	101054	Honoraria - Consultation au cabinet par un médecin porteur du diplôme de lice
4	102012	Honoraria - Consultation au cabinet par un médecin spécialiste autre que ceu
5	102034	Honoraria - Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine i
6	102071	Honoraria - Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie, j
7	102093	Honoraria - Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie
8	102115	Honoraria - Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gastro-ent
9	102130	Honoraria - Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pneumolog
10	102152	Honoraria - Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en rhumatolog

et ensuite dans le bas à gauche le bouton + pour créer le groupe



Groupes

Cons+gastro
wxc
zaelt

Codes INAMI

TP	Code
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	

Aucun groupe sélectionné

TP Code Libellé



Sélectionner les codes sur la partie droite de l'écran et cliquer sur la flèche  pour le transférer dans le groupe.



Groupes

Cons+gastro
wxc
zaelt
Cons+ECG

Codes INAMI

TP	Code	Libellé	Heure	Im
12	102195	Honoraria - Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en psychiatrie, y compris un rapport écrit éventuel	43:10	43,1
13	102211	Honoraria - Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie, y compris un rapport écrit éventuel	43:10	43,1
14	102410	Honoraria - Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie, y compris un rapport écrit éventuel	12,24	12,2
15	103132	visite à domicile	27,57	27,5
16	109012	Honoraria - Avis	3,72	3,72
17	109723	Honoraria - Visite à l'hôpital par le médecin généraliste traitant	36,76	36,7
18	112026	Honoraria - Infiltration anesthésique sphincter anal	4,99	4,99
19	114030	rottis cervical et vaginal pour ex. cytopathol.	4,99	4,99
20	114032	rottis de corps étranger n.e. pharynx ou l'AE	7,41	7,41
21	148013	Suture de plaie (1-2)	30,70	30,7
22	148025	Id 3 places	56,17	56,1
23	148050	Id (1-2) + résection ou hémostase	11,11	11,1
24	148072	Id 3 places + résection ou hémostase	16,66	16,6
25	148094	Suture de plaie autre que la face (1-2)	22,47	22,4
26	148116	Id 3 places	37,45	37,4
27	148134	Id (1-2) + résection ou hémostase	7,41	7,41
28	148153	Id 3 places + résection ou hémostase	11,11	11,1
29	101076	CONSULTATION MÉDECIN ACCRÉDITÉ	24,48	24,4
30	475075	ECG avec protocole 12 dérivations		

Cons+ECG

X2     

Contenu du groupe : test

TP	Code	Libellé
	101032	Honoraria - Consultation au cabinet par un médecin généraliste
	475075	ECG avec protocole 12 dérivations

Après sélection des codes (ou du groupe), l'attestation s'affiche :

Prestations							<input type="checkbox"/>	Fac
Code	Date	Hon.	Maj	Cons	TP	Libellé		
101032	22/11/15	20,92	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultation généraliste agréé		

7.4 eTarif

Ce service est réservé aux médecins généralistes. Pour appliquer le tiers-payant :

1. Cliquer sur le bouton « eTarif ».

Après quelques secondes, la réponse de l'OA apparaît pour chaque prestation :

Justification TP demandée

3 = VIPO
1 = décès, coma
2 = Etat d'urgence financière
3 = VIPO
4 = Accord prévoyant le paiement forfaitaire de certaines prestations
5 = Centre de santé mental, centre de planning familial et centre d'accueil pour toxicomanes
6 = Etablissements personnes âgées ou handicapées
7 = Service de garde de médecine générale
9 = Interdiction de facturer en tiers-payant via eFact

2. Choisir la justification qui convient :

Si le patient est BIM (VIPO), l'option 3 sera sélectionnée. Sinon, si le médecin veut exceptionnellement appliquer le tiers-payant, il peut choisir l'option 2.

The screenshot shows the 'Justification TP demandée' dropdown menu with option 3 (VIPO) selected. Below it, a table displays prestation details including patient information (Quirynen, Vincent), date (31/08/2016), and a list of services (101076-). The 'eTarif' button is highlighted with a red box at the bottom of the interface.

Justif	Engagement	eFact
2	80004U2ADKQ	Attente

Le n° de justification (de 1 à 9) correspond au menu déroulant présenté ci-dessus.

Le n° d'engagement financier garantit le paiement de la prestation par l'OA. Si le tiers-payant ne peut pas être appliqué : le code d'erreur 9 sera utilisé et il n'y aura pas de numéro d'engagement.

En cas d'acceptation du tiers-payant, les montants calculés par l'OA sont importés dans omnipro. Ces montants varient en fonction de l'état du patient, du DMG, de l'âge, etc.

Le bouton  imprime le justificatif. Celui-ci est obligatoire en cas de facturation électronique, car l'attestation de soins papier n'est plus donné au patient.

Supplément pour consultation ou visite le soir, la nuit ou le WE :

Le bouton  permet de sélectionner facilement un supplément de consultation.

Supplément pour un acte technique le soir, la nuit ou le WE :

Le bouton  ajoute le supplément pour un acte technique. Le code proposé est automatiquement choisi entre 599631 (soir) ou 590030 (nuit, WE) et les montants sont calculés en fonction de la prestation relative.

La colonne « Prestation relative » est insérée :

Prestations	
Code	Prest. relative
101032	
475075	
599631	475075

La cellule en fond rouge indique l'obligation d'indiquer une prestation relative.

Un double-clic dans cette zone propose les bons codes.

« Point G » :

Si vous voyez un patient dont le DMG est au nom d'un collègue et que celui-ci est en congé, vous pouvez cocher l'option « DMG : nom collègue ».

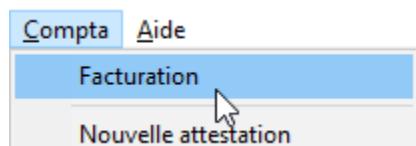
Les conditions de DMG seront d'application.



7.5 Création des factures

Les attestations créées doivent être envoyées aux mutuelles sous forme de factures pour les remboursements.

L'accès au tableau de bord de facturation se fait via le menu Compta->Facturation.



Bouton  : générer les factures vers les OA.

Indiquer la date de départ et la date de fin.

Si vous facturez le mois de janvier 2016 par exemple, vous pouvez indiquer 1/1/2016 et 31/1/2016.

Il est cependant important de mettre une date de départ antérieure pour inclure des attestations plus anciennes qui auraient fait l'objet de corrections et qui devraient être refacturées.

Nous indiquerons donc une date de départ égale au 1/11/2015.

OmniPro va générer une facture par OA en fonctions des attestations rencontrées :

Fact.	N	M	M	D	M	E		Générer eFact	Générer les factures pat.	Générer les fact. AC	Imp. fact.	Solde>0	Régler	
Date	N° facture		Patient	Mutuelle/OA/AC	AC	Dû	Payé	Solde	eFact	Remarque				
14/11/2015	2015-11-23			100		38,69	0,00	38,69	ACCEPTÉ	Scénario 15 OA1				
14/11/2015	2015-11-18			300		16,92	0,00	16,92	REJET_GLOBAL	Scénario 14 OA3				
14/11/2015	2015-11-17			300		14,92	0,00	14,92	REJET_PARTIEL	Scénario 13 OA3				
17/11/2015	2015-11-33			306		14,92	0,00	14,92	REÇU_OA					
04/11/2015	2015-11-7			500		19,42	0,00	19,42	FIN	Scénario 16 OA1				

7.6 Envoi des factures

Chaque facture est ouverte via un double-clic et donne la liste des différentes attestations de la facture. Le troisième onglet donne accès à la facturation électronique.

Le bouton **Envoyer la facture** crée le message et l'envoie vers MyCarenet.

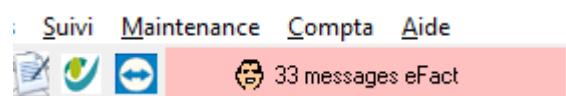


7.7 Traitement des messages

Chaque OA traite les attestations et retourne l'état de la facture. Les messages reçus des différents OA concernant les factures envoyées peuvent être relevés régulièrement. Cette action se fait via le bouton « eFact » dans le tableau de bord de facturation :

Fact. AC	Imp. fact.	Solde>0	Régler	eFact	
0,00	38,69	ACCEPTÉ	Scénario 15 OA1		
0,00	16,92	REJET_GLOBAL	Scénario 14 OA3		
0,00	14,92	REJET_PARTIEL	Scénario 13 OA3		
0,00	14,92	REÇU_OA			

Un indicateur apparaît dans la barre de menus pour signaler l'arrivée de nouveaux messages :



Un clic sur l'indicateur ouvre le tableau de bord de facturation et affiche les factures correspondantes.

Un statut affiche l'état de la facture :

REÇU_EHEALTH	le fichier est reçu par le service eHealth.
REÇU_OA	le fichier est reçu par l'OA.
ACCEPTE	le fichier est accepté et est soumis à l'analyse des détails.
FIN	les prestations sont correctes et sont acceptées.
REJET_PARTIEL	une partie des prestations (moins de 5%) sont incorrectes et doivent être corrigées puis refacturées. Les autres prestations sont acceptées.
REJET_GLOBAL	toute la facture est rejetée car il y a plus de 5% de prestations incorrectes.

S'il y'a des erreurs dans les attestations, le fait de cliquer sur le bouton **REJET_PARTIEL** ou **REJET_GLOBAL** affichent les erreurs dans une nouvelle fenêtre à droite du tableau de bord :

Les erreurs sont affichées à droite du tableau de bord :

Fichier eFact				
	Statut	Champ	Valeur	Erreur
1	Erreur	20DEC_2.Z111b	200840	DE MEULENAERE Stefaan : type 20 zone 08 : Erreur non comptée : Bénéficiaire non en règle (gros risques et/ou petits risques) pour la période facturée
2	Traité	50DEC_3.Z111b	500540	DE MEULENAERE Stefaan 23/10/2015 Code=101032 : type 50 zone 05 : Rejet ligne : Bénéficiaire non en règle à la date première prestation effectuée
3	Erreur	500.Z5041	20	Montant demandé : Somme erronée
4	Erreur	500.Z5081	20	Montant demandé : Somme erronée
5	Erreur	50DEC_3.Z111b	500454	ADAM Jacques 18/10/2015 Code=590030 : type 50 zone 04 : Rejet ligne : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec le taux de remboursement

Un double clic sur une ligne d'erreur affiche l'attestation correspondante dans la facture.

L'erreur indique le plus souvent le nom du patient, la date de la prestation et le code de nomenclature concerné.

La correction de la prestation va dépendre du type d'erreur.

En ouvrant l'attestation, vous retrouvez la prestation correspondante.

Justif	Engagement	eFact
2	80004U2ADKQ	Accepté
0		Refusé
0		Attente

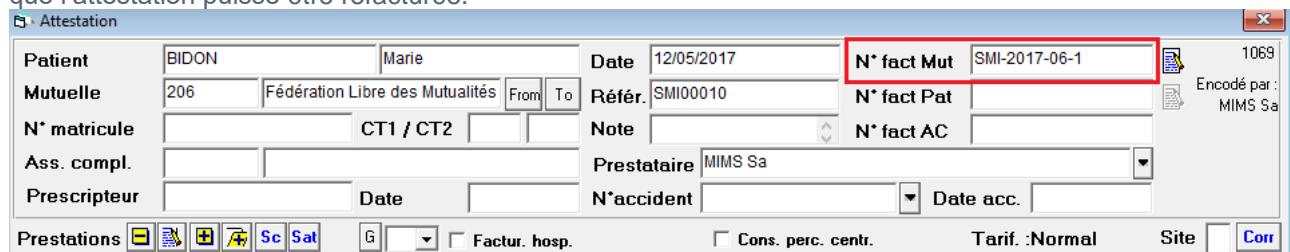
La colonne eFact dans le tableau des prestations affiche le statut d'envoi vers MyCarenet :

- En attente : en attente d'envoi de la prestation. Statut par défaut avant facturation. Cette prestation peut être modifiée.
- Accepté : prestation acceptée. Cette prestation ne peut plus être modifiée car son paiement a été accepté.
- Refusé : prestation refusée. Elle doit être corrigée pour réenvoi.
- Annulé : demande d'annulation d'une prestation acceptée suite à une erreur.



De façon générale, la fonction eTarif exécutée en temps réel lors de la création de l'attestation permet d'éviter beaucoup de problèmes de rejets par les OA. eTarif permet d'obtenir les bons montants.

En cas de changement de mutuelle, il faut corriger l'attestation et supprimer le n° de facture mutuelle afin que l'attestation puisse être refacturée.



Une fois l'erreur corrigée, un clic sur la case « Erreur » orange fait basculer la ligne en statut « Traité » vert.

L'interprétation des erreurs et leur traitement représente la partie la plus complexe de la facturation. Des évolutions auront lieu au niveau des OA et dans OmniPro pour simplifier cette démarche.

8 eHEALTHBOX

8.1 Description

L'eHealthBox est un service de base de plateforme eHealth qui a pour objectif la mise à disposition de l'ensemble des acteurs des soins de santé d'une boîte aux lettres électronique sécurisée, à la fois pour la consultation et pour la publication de documents et de messages.

Le but recherché est la disparition du papier. L'eHealthBox est accessible via la plateforme eHealth, mais aussi via Omnipro

L'eHealthBox est aussi disponible en ligne sur le site <https://www.ehealth.fgov.be/fr/myehealth/>

L'utilisation est équivalente à meXi ou Medibridge. Les formats utilisés également, à savoir H1 et medidoc. L'identification du destinataire se fait via le numéro INAMI.

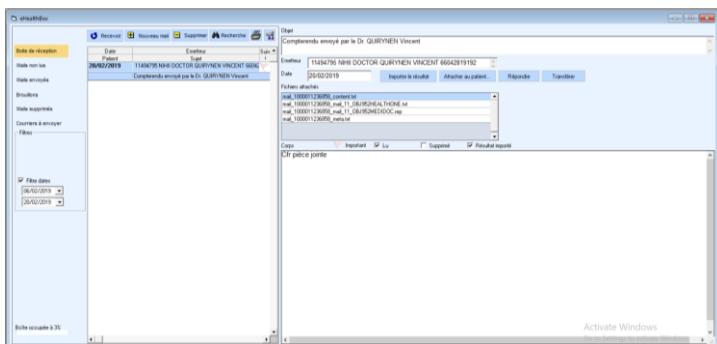
Une vidéo explicative est disponible à cette adresse : <https://www.youtube.com/watch?v=DGcJxrpBUFU>

8.2 Fonctionnement - Réception

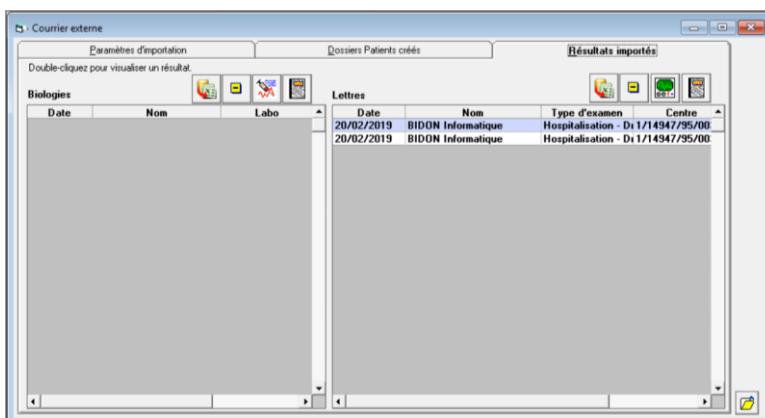
La eHealthBox est accessible depuis le menu général



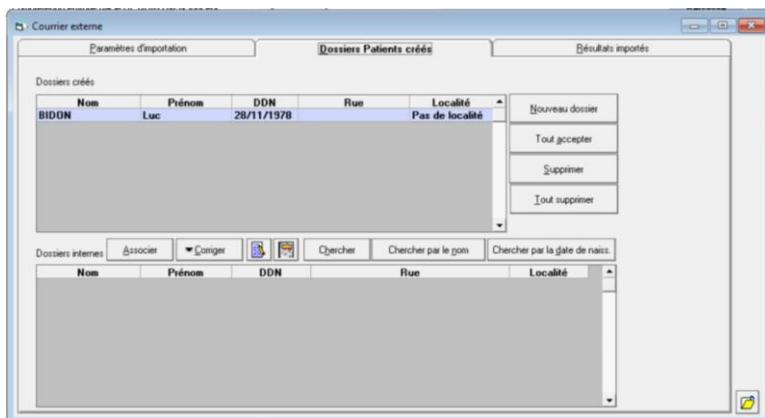
A l'ouverture, OmniPro va afficher vos courriers et intégrer les nouveaux résultats dans le dossier de vos patients de façon automatique (si le patient est connu).



La liste des résultats importés apparaît sous forme de tableau. Vous pouvez cliquer sur chaque résultat ou y accéder via le dossier du patient.

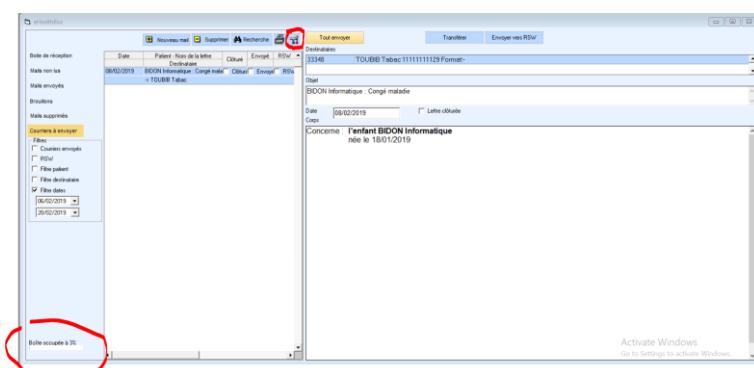


Si des résultats concernent des patients non connus, l'onglet 'Dossiers Patients créés' vous permet de les gérer en créant un nouveau dossier, de l'associer à un dossier existant ou de le supprimer.



Gestion de la boîte mail

Une boîte est limitée à une taille de **10mb**, ce qui est très peu. Vous pouvez consulter à tout moment le pourcentage de remplissage en bas à gauche.



Le temps de conservation des messages une fois téléchargés est mis par défaut à 10 jours. Cela vous permet par exemple de les télécharger dans différents cabinets. Dans les paramètres , ce temps peut être adapté en fonction de votre utilisation.



8.3 Fonctionnement – Envoi

8.3.1 A partir d'un courrier

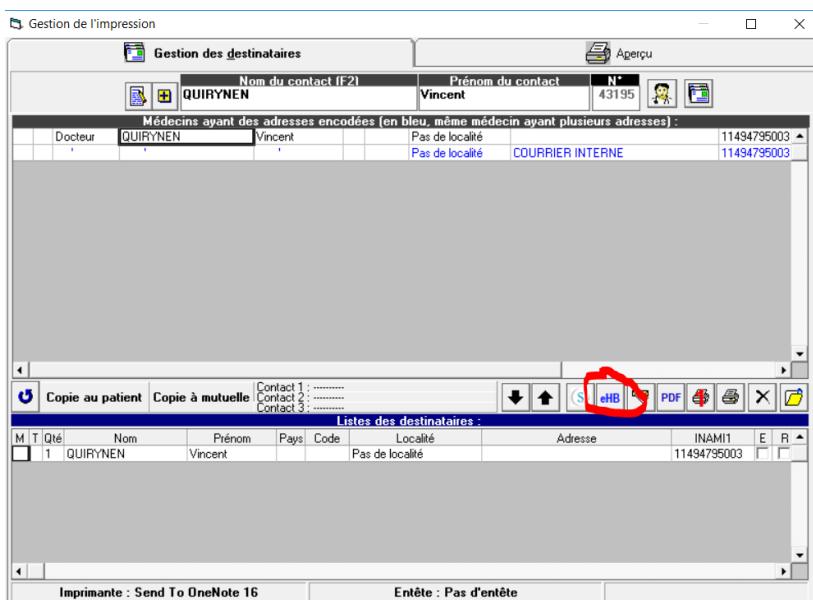
Lorsque votre rapport est terminé et prêt à être envoyé, clôturez votre lettre



Puis cliquez sur le dialogue d'impression :



Ajouter le(s) destinataire(s) ; par défaut le médecin traitant est déjà sélectionné



Par destinataire, cliquez sur le bouton 'eHB', le mail est envoyé et la cas E se coche.

Listes des destinataires :											
M	T	Qt	Nom	Prénom	Pays	Code	Localité	Adresse	INAMI1	E	R
<input type="checkbox"/>	1		QUIRYNEN	Vincent			PAS DE LOCALITÉ		11494795003	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.3.2 A partir de la boîte mail

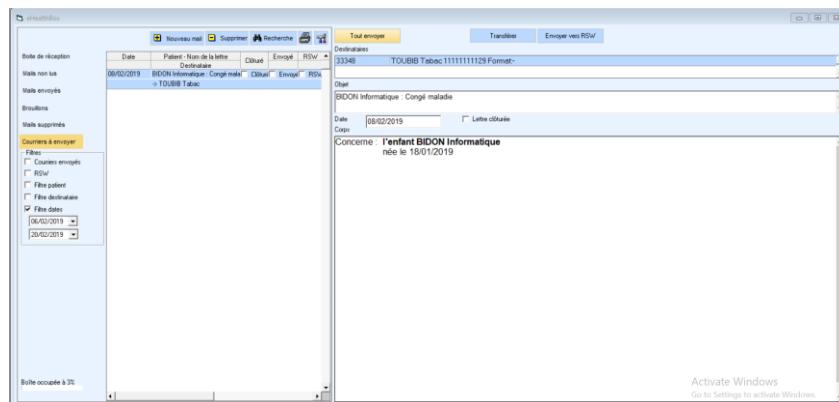
Cette façon permet essentiellement de faire des envois massifs.

La eHealthBox est accessible depuis le menu général



Pour l'envoi du courrier, cliquez sur 'Courriers à envoyer'. Par défaut, tous les courriers (non envoyés) des 15 derniers jours apparaissent.

Cliquez sur 'Tout envoyer' afin d'envoyer en lot le courrier présent dans la liste.

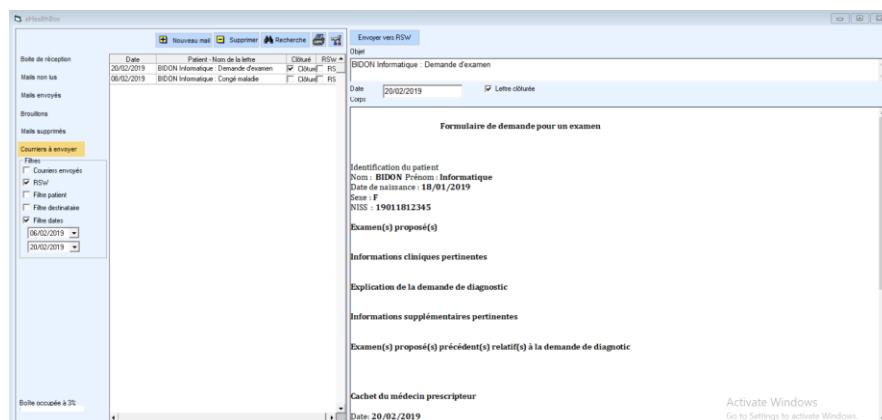


Différents filtres permettent de trier la liste des courriers selon vos besoins (date, patient, destinataire,...)

8.3.3 RSW

Il faut au préalable vous être inscrit.

Pour l'envoi vers le Réseau de Santé Wallon (RSW), cocher la case RSW pour afficher toutes les lettres qu'on n'a pas encore envoyées vers le RSW. Pour chaque lettre sélectionnée, cliquez sur 'Envoyer vers RSW'.



Une fois la lettre envoyée, OmniPro ajoute le RSW comme destinataire avec le statut Envoyé.

9 Handicare

9.1 Description

Le citoyen qui souhaite introduire une demande d'allocation ou autre avantage auprès du SPF doit désormais le faire en utilisant l'application en ligne MyHandicap (www.myhandicap.belgium.be). Il peut introduire la demande lui-même, avec l'aide d'un collaborateur du SPF, d'un CPAS, d'une commune ou d'une mutualité, ou en compagnie d'une connaissance. Il communique ses données administratives avec MyHandicap et évalue l'impact de son handicap sur sa vie quotidienne.

Une fois la demande introduite par l'intermédiaire de MyHandicap, le SPF contacte lui-même le médecin traitant pour demander les informations médicales pertinentes. On distingue ici 2 possibilités:

- Si vous disposez d'un certificat eHealth, vous recevrez dans votre eHealthBox une communication du SPF demandant de transmettre les informations.

Vous reconnaîtrez facilement ces communications dans votre eHealthBox. Le SPF Sécurité sociale est en effet désigné comme expéditeur. Vous trouverez aussi dans l'objet de la communication le nom de votre patient qui a introduit une demande auprès du SPF. La communication eHealth du SPF comprend:

- Un fichier texte vous prévenant qu'un patient a introduit une demande
- Un PDF avec des explications sur ce qui est exactement demandé
- Un PDF avec questionnaire

Attention : le SPF envoie également par la poste aux médecins qui disposent d'un certificat eHealth un formulaire papier à compléter, en même temps que le message eHealth. Le SPF entend ainsi s'assurer que le médecin découvre au plus vite la demande d'informations. Si vous recevez du SPF un formulaire papier alors que vous disposez bien d'une eHealthbox, veuillez transmettre les données via eHealth. Vous ne devez pas tenir compte de la lettre papier du SPF.

- Si vous ne disposez pas d'un certificat eHealth, le SPF vous enverra par courrier un formulaire que vous pouvez compléter et lui renvoyer

En savoir plus

- Vous trouverez toutes les informations concernant les procédures de demande auprès du SPF sur le nouveau site de la DG Personnes handicapées: www.handicap.belgium.be.
- Pour des informations spécifiquement destinées aux médecins, consultez la rubrique à l'adresse <http://handicap.belgium.be/fr/pour-professionnels/medecins.htm>

Source : www.handicap.belgium.be

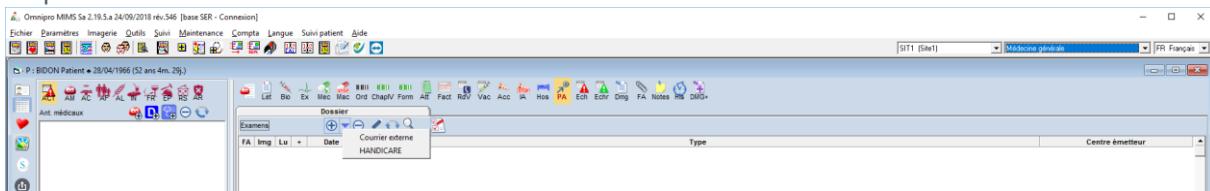
9.2 Comment envoyer des informations au SPF

9.2.1 Créer le formulaire

Pour les généralistes, dans le dossier du patient pour lequel vous souhaitez remplir un formulaire Handicare, allez dans la rubrique "Ex" (Examens)



Cliquez sur la flèche bleue et choisir 'Handicare'

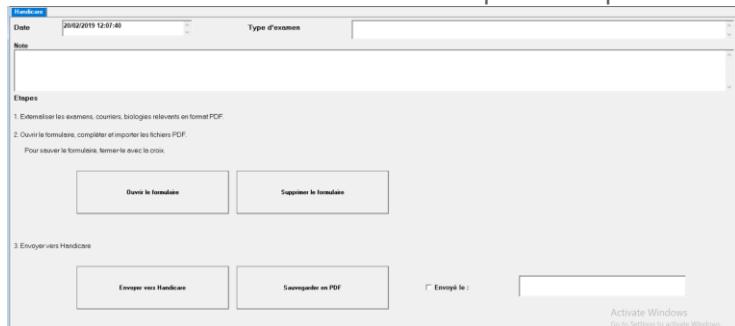


Pour les spécialistes, dans la partie protocoles, sélectionnez 'Handicare'



9.2.2 Compléter la demande

La fenêtre suivante s'ouvre et vous indique les étapes à suivre :

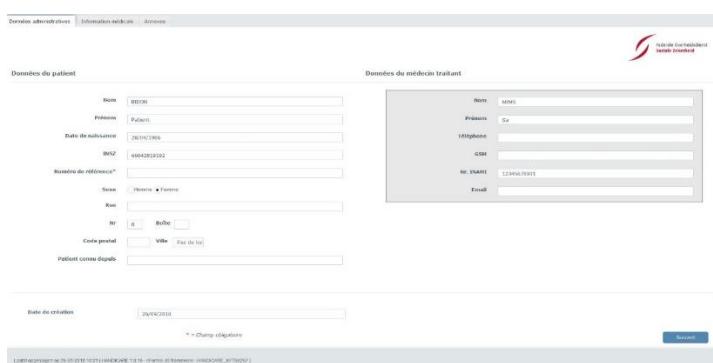


1. Préparation du dossier

Exporter sur votre ordinateur les documents relevant au format pdf afin de les joindre à votre demande.

2. Remplir le formulaire

Cliquez sur 'Ouvrir le formulaire' ; le formulaire en ligne s'ouvre et vous permet de le compléter



Les rubriques « données du médecin traitant », « signalétique », « antécédents », « vaccins » et « médicaments chroniques » sont directement injectées d'OmniPro. Complétez le reste et fermez la page du navigateur.

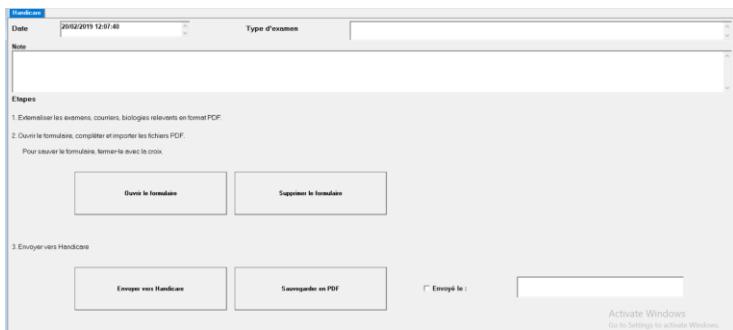
3. L'envoi

Cliquez sur 'Envoyer vers Handicare'

Une notification « mail envoyé » apparaît, le dossier HANDICARE est envoyé via la Healthbox (visible dans les mails envoyés)

9.2.3 Editer le formulaire

Si vous fermez la fenêtre du formulaire, les données sont enregistrées. Pour finaliser la demande plus tard, cliquez à nouveau sur ouvrir le formulaire.

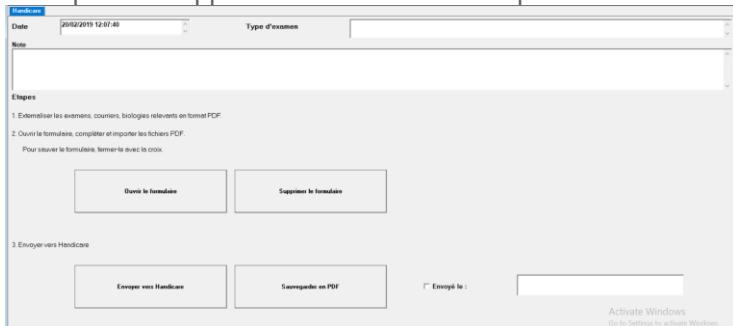


The screenshot shows the 'Formulaire' window with the following details:

- Header:** Formulaire, Date: 20/02/2019 12:07:40, Type d'examen: [empty field], Note: [empty field].
- Section 1 (Etapes):** 1. Externaliser les examens, courriers, biologies relevants en format PDF. 2. Ouvrir le formulaire, compléter et importer les fichiers PDF. Pour sauver le formulaire, fermer-le avec la croix.
- Buttons:** Ouvrir le formulaire (highlighted in red), Supprimer le formulaire.
- Section 2 (Envoyer vers Handicare):** Envoyer vers Handicare, Sauvegarder en PDF, Envoyer le: [empty field].
- Activation Message:** Activate Windows (Go to Settings to activate Windows).

9.2.4 Supprimer le formulaire

Vous pouvez supprimer le formulaire en cliquant sur le bouton "supprimer le formulaire"

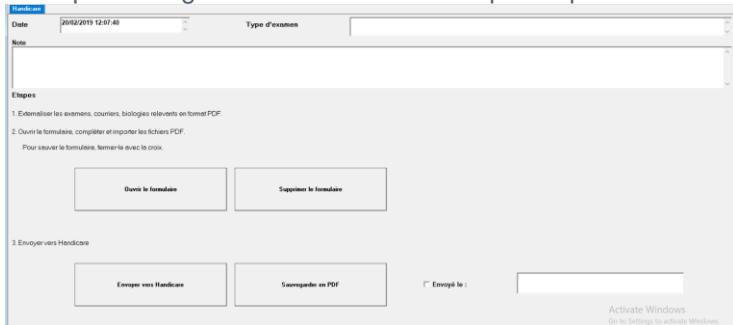


The screenshot shows the 'Formulaire' window with the following details:

- Header:** Formulaire, Date: 20/02/2019 12:07:40, Type d'examen: [empty field], Note: [empty field].
- Section 1 (Etapes):** 1. Externaliser les examens, courriers, biologies relevants en format PDF. 2. Ouvrir le formulaire, compléter et importer les fichiers PDF. Pour sauver le formulaire, fermer-le avec la croix.
- Buttons:** Ouvrir le formulaire, Supprimer le formulaire (highlighted in red).
- Section 2 (Envoyer vers Handicare):** Envoyer vers Handicare, Sauvegarder en PDF, Envoyer le: [empty field].
- Activation Message:** Activate Windows (Go to Settings to activate Windows).

9.2.5 Exporter le formulaire en pdf

Vous pouvez également effectuer une copie en pdf sur votre disque en cliquant sur sauvegarder en pdf.



The screenshot shows the 'Formulaire' window with the following details:

- Header:** Formulaire, Date: 20/02/2019 12:07:40, Type d'examen: [empty field], Note: [empty field].
- Section 1 (Etapes):** 1. Externaliser les examens, courriers, biologies relevants en format PDF. 2. Ouvrir le formulaire, compléter et importer les fichiers PDF. Pour sauver le formulaire, fermer-le avec la croix.
- Buttons:** Ouvrir le formulaire, Supprimer le formulaire.
- Section 2 (Envoyer vers Handicare):** Envoyer vers Handicare, Sauvegarder en PDF (highlighted in red), Envoyer le: [empty field].
- Activation Message:** Activate Windows (Go to Settings to activate Windows).

10 CEBAM

10.1 Description

Le **Cebam Evidence Linker** fait partie de la CDLH et s'adresse spécifiquement aux médecins généralistes. Il s'agit d'une fonctionnalité accessible à partir de votre Dossier Médical Informatisé, et qui vous donne pendant la consultation un accès en ligne immédiat aux guides de pratique clinique pertinents. Ce système prévoit un lien automatique entre votre diagnostic (codé en CISP-2) et le guide de pratique clinique s'y rapportant de la SSMG, de Domus Medica, de la NHG, de la BAPCOC, de EBM-guidelines ou d'une revue systématique Cochrane. La bonne information au bon moment : plus de perte de temps pour rechercher la recommandation la plus pertinente !

10.2 Utilisation

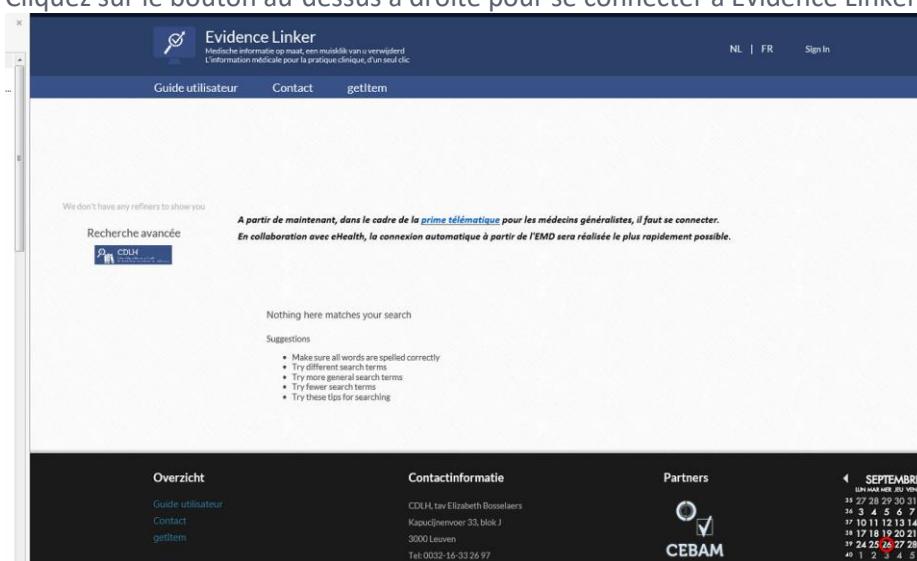
Dans le dossier patient, faire un clic droit sur un élément de soins et sélectionner « Accès CEBAM »



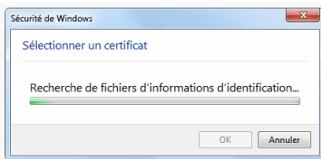
Le site internet du CEBAM s'ouvre et vous demande de vous identifier :



Cliquez sur le bouton au-dessus à droite pour se connecter à Evidence Linker



Introduisez alors le code pin de votre carte d'identité et cliquez sur se connecter



Se connecter pour CEBAM Digital Library for Health

1 Choisissez votre langue 2 Identification eID 3 Choisissez votre profil

Etape 3: Choisissez votre profil Besoin d'aide?

Vous êtes identifié comme : Jean-Claude Falchamps (Déconnexion)

Je souhaite me connecter en tant que : Citoyen

Se connecter

Copyright ©2013 e-Health Disclaimer | Données personnelles | Règlement utilisateurs |

Vous avez accès à Evidence Linker

A partir de maintenant, dans le cadre de la **prime télématique** pour les médecins généralistes, il faut se connecter.
En collaboration avec eHealth, la connexion automatique à partir de l'EMD sera réalisée le plus rapidement possible.

Bron

- ebpracticenet (3)
- Formulaire de soins aux Personnes Agées (2)
- Info patient (1)
- NHG (1)

Recherche avancée

Diagnostic	Type de résultat
Fièvre chez l'enfant	ebpracticenet
Fièvre prolongée chez l'adulte	ebpracticenet
Le nourrisson gravement malade	ebpracticenet
fièvre	Formulaire de soins aux Personnes Agées
fièvre	Formulaire de soins aux Personnes Agées
Fièvre: pas de panique	Info patient
Kinderen met koorts	NHG

En cliquant sur le diagnostic à gauche (ex : fièvre de l'enfant), vous avez accès aux détails de la rubrique sélectionnée

Fièvre chez l'enfant

Guide de pratique clinique étranger adapté au contexte belge
Médecins généralistes, Pharmaciens

20/10/2016 | Accès RN

You must log in to access the GPC. Click on the 'Login' button at the top right of the screen.

Cliquez sur login au-dessus à droite pour avoir accès à ebpracticenet (une fois l'accès enregistré il ne faut plus s'identifier) et le contenu s'affiche.