

Procédure d'utilisation de la fonction TIERS-PAYANT

I.Qu'est-ce que le Tiers Payant ?.....	1
II.Paramétrage Tiers Payant.....	3
1. Tiers-Payant.....	4
2. Télétransmission.....	5
3. Variables de calcul.....	6
4. Plafond SS.....	6
III.Fonctions Tiers payant.....	7
1. Gestion des mutuelles.....	7
2. Fichier TIPS.....	13
3. Fichier TIPS Particuliers.....	13
4. Grands régimes.....	14
5. Bordereaux.....	15
6. Lettrage.....	16
a. Lettrage manuel.....	17
b. Lettrage automatique.....	20
c. Délettrage.....	20
d. Liste des régularisations.....	21
e. Liste des lettrages.....	22
7. Télétransmission.....	22
8. Retour Noémie.....	22
9. Liste et modifications TP.....	23
10. Avoirs TP.....	24
IV.Utilisation en Fiche technique.....	24

I. Qu'est-ce que le Tiers Payant ?

Le dictionnaire indique qu'il s'agit d'une « modalité d'application de l'assurance contre les accidents du travail et parfois des **assurances maladie** et maternité, consistant dans **le paiement direct, par l'organisme assureur, du praticien traitant, du fournisseur des produits pharmaceutiques ou autres.**

En clair, les articles vendus en optique font l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale voire par des complémentaires ; ce remboursement est généralement fait à l'assuré lui-même après qu'il se soit acquitté du règlement des factures correspondantes. Le tiers payant permet un remboursement non plus à l'assuré mais à l'opticien directement.

D'un point de vue du client, le tiers payant est donc – tout simplement - la possibilité de ne pas avancer la somme totale de l'achat effectué, mais uniquement la part qui au final ne sera pas prise en charge par les remboursements des régimes obligatoire et complémentaire.

D'un point de vue de l'opticien, la gestion du tiers payant est un peu plus complexe car cela nécessite :

- de pouvoir connaître à l'avance les montants de prise en charge de son client,
- de transmettre à la sécurité sociale et à la mutuelle les demandes de remboursement,
- de pointer les remboursements effectués.

Si l'utilisation de la fonction tiers payant est quasi instantanée en présence du client, elle nécessite au préalable un travail de paramétrage des mutuelles et par la suite une gestion sérieuse des retours de paiements.

Cette procédure a pour but de détailler ces différents points.

L'accès à la gestion des tiers payant (TP) se fait à partir du menu général d'Irris en « Tiers payant ».

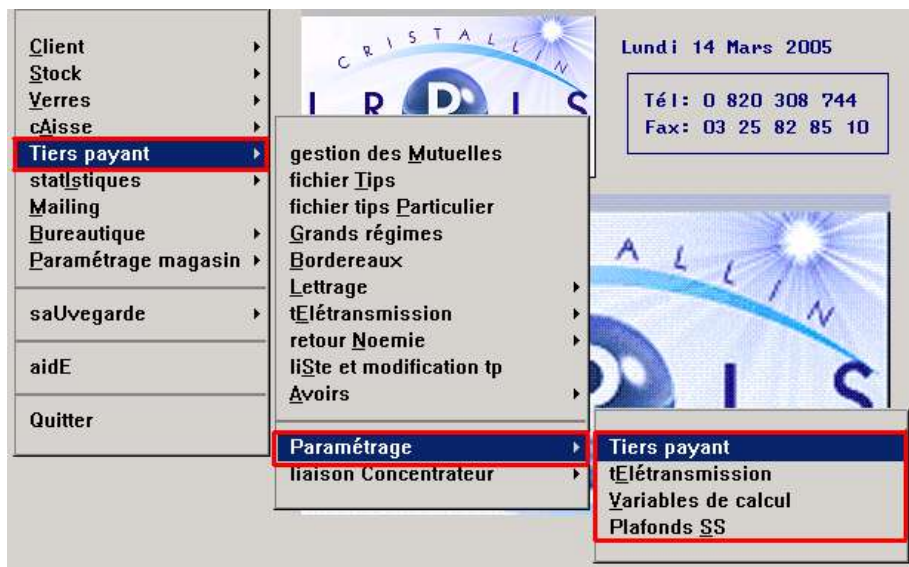
Le menu TP comporte deux parties qui feront l'objet de chapitres séparés :

- le paramétrage Tiers Payant
- les différentes fonctions Tiers Payant



II. Paramétrage Tiers Payant

Aller en Tiers payant – Paramétrage. Un nouveau menu apparaît :



Chaque option de ce menu est détaillée ci-dessous.

1. Tiers-Payant

L'écran suivant apparaît :

Paramétrage Tiers Payant

Codes Risque

10	Maladie
13	Maladie Regime Local
41	Acc. du Travail
42	Maladie professionnelle

Codes Exonération

0	Pas d'exonération
1	Soins K > 50
4	Soins relatifs aux affections listées ALD

Taux SS en vigueur: 65.00 % Facturation automatique après TP : ☒

Montant maxi pour regul Auto en lettrage : 1.00

Demandez si gestion de la part SS : ☒ Code Tips Lentille : 202B01

Nature Assurance par défaut (10/13): 10 Règl. Opticien/Client (05/00) : 05

Date d'application LPP : 01/11/2004

Dans la première partie de l'écran se trouvent les paramètres :

- des codes « Risques » : maladie, accident du travail, etc.
- des codes « Exonération » : 0, 1, 4, 5, 9 qui sont les justificatifs de l'exonération ou non du ticket modérateur.

Dans la seconde partie se trouvent tous les paramètres liés au principe de travail fixé :

- **Taux SS en vigueur** : c'est le taux de remboursement pour la partie Régime Obligatoire qui sera appliqué par défaut lors d'un calcul TP.
- **Facturation automatique après TP** : si la case est cochée la facturation sera déclenchée dès que le Tiers Payant sera validé.
- **Montant maxi pour regul auto en Lettrage** : c'est la somme, en Euros, qui est paramétrée comme pouvant être gagnée ou perdue lors d'un lettrage sans faire de réclamation auprès des Caisses d'Assurance et auprès des mutuelles. Au delà de cette valeur, la différence entre le montant calculé et le montant réellement remboursé sera reporté en « restant dû » sur le dossier du client.
- **Demandez si Gestion de la part SS** : cocher la case pour que cette question soit posée au moment du calcul de Tiers Payant afin de savoir si le Tiers Payant est à faire ou non pour la partie Régime Obligatoire.
- **Code Tips Lentille** : c'est le code Tips ou code LPP appliqué pour les lentilles remboursées par le Régime Obligatoire.
- **Nature assurance par défaut** : c'est le code Risque qui sera appliqué par défaut lors du calcul TP.
- **Règlement opticien/client** : ce code sera égal à
 - o « 05 » pour un règlement à l'opticien par défaut
 - o « 00 » pour un règlement au Client par défaut
- **Date Application LPP** : c'est la date de mise en route des codes LPP remplaçant les code Tips.

Lorsque tous les paramètres ont été saisis, il faut cliquer sur le bouton  pour valider l'ensemble des paramètres.

2. Télétransmission

L'écran suivant apparaît :

Paramétrage Télé-Transmission

Número d'Opticien: 27454444 Nom du Fichier SS: ROB Resopharma: ☐
Número de Lot: 042 Número de Fichier: 042 Resop.Nom:
Raison Sociale: OPTIQUE ROBERT Resop.Num:
Type d'Emetteur: TP Type de Destinataire: CT
Norme: PH Vers: B2 Date de Version de Norme: 042000 Trans.LPP: ☐
Préfixe Standard: ☐ Suffixe: Logiciel de Télécom: S Port: COM2
Chemin XNAM: C:\CRISTAL2\CNAM\

RG	RATTACHEMENT	IDENTIFIANT	TELEPHONE	ADRESSE
01	0271 CPAM	TP00000274544444	0232442222	010D2754444

Buttons: [OK] [Cancel] [Apply] [Suppr] [Close]

Il s'agit de la liste de tous les centres - de tous les régimes obligatoires (CPAM, MSA, RAM, etc.) - qui ont été saisis et avec lesquels peut se faire une télétransmission.

Dans ce premier tableau se trouvent les caractéristiques générales pour la connexion physique du modem.

Parmi ces paramètres :

- Le **Numéro de l'Opticien**
- **Nom du fichier SS** : nom sous lequel les lots transmis seront créés.
- **Numéro du lot** : numéro initialisé à « 1 » au départ des télétransmissions
- La **Raison Sociale** du magasin.
- **Type d'Emetteur** et **Type de Destinataire** sont variables suivant l'organisme destinataire :
Ex. : pour la CPAM ces codes seront : Type Emetteur : « TP » et Type Destinataire : « CT ».
- **Norme** : « PH » ou « FR », **Vers** : « B2 » : la norme et la version permettent de fixer un cahier des charges à respecter lors de l'émission des lots.
- **Date de version de norme** : actuellement, la norme appliquée est « 042000 » soit Avril 2000.
- **Trans. LPP** : Cocher la case pour les codes LPP soient transmis (attention, en version de norme « FR », il y a des organismes qui ne souhaitent pas recevoir les codes LPP et d'autres pour qui cela est obligatoire).
- **Préfixe** et **Suffixe Standard** : numéros ou chaînes de caractères qui seront accolées (respectivement devant et derrière) le numéro de téléphone pour la numérotation vers les centres.
Ex. : si le modem doit numéroté en passant par un standard, préciser en préfixe le numéro à composer pour obtenir la ligne extérieure.
- **Logiciel de Télécom** : « S ».
- **Port** : appellation du port Série sur lequel est connecté le modem.
- **Chemin Xcnam** : renseigner le chemin où est installé le logiciel de Télécommunication Xmodem.

Attention, ces paramètres sont généralement mis en place lors de l'installation de la fonction télétransmission. Il est conseillé de faire appel aux conseils d'un technicien Cristallin avant d'en modifier le contenu.

Cliquer sur les boutons  ou  pour accéder à un tableau supplémentaire de paramètres, ceux-là concernant plus spécifiquement les caractéristiques de chaque centre. Les paramètres doivent être renseignés pour chaque centre avec lequel se fera la télétransmission (les codes étant fournis par le centre lui-même).



Code Id.	TP00000274544444	Régime	01
Centre de rattachement	0271	Libellé	CPAM
Centre Gestion		Organ.Destinataire	271
Type Emetteur	TP	Type Destinataire	CT
Téléphone	0232442222	Code Informatique	001
Adresse Réseau	010D2754444		
Mot de Passe	TEST	Retour Noémie	☒
Adresse	cpam de l'heure		
CP Ville	27000 Evreux		

- **Code Identifiant**
- **Régime, Centre de Rattachement, Organisme Destinataire, Type Emetteur, Type Destinataire, Code informatique** sont ceux du Centre. Ils sont fournis par le Centre (ces informations peuvent être retrouvées dans le cahier des charges de la norme « B2 » si nécessaire).
- **Centre de Gestion** : pour la CPAM et la MSA ce paramètre n'est pas obligatoire, par contre il est indispensable pour la RAM.
- **Téléphone, Adresse Réseau et Mot de passe** sont spécifiques à l'opticien et fournis par le Centre.
- **Adresse** : il est important de la renseigner pour qu'elle se reporte sur l'impression du bordereau de Télétransmission.

3. Variables de calcul

Cette option du menu permet de faire apparaître l'écran de la liste de toutes les variables, avec leur définition, qui sont utilisées dans le calcul des formules des mutuelles.

Il est possible de créer, modifier ou supprimer des variables si nécessaire. Mais il est conseillé de ne pas effectuer de modification sans l'aide d'un technicien Cristallin.

En règle générale, cette option permet simplement la consultation des variables existantes lors de la création d'une nouvelle formule de calcul mutuelle.

4. Plafond SS

Cette option du menu permet de faire apparaître l'écran de la liste de toutes les modifications apportées sur le montant du Plafond SS. Il est utile de garder l'historique afin de pouvoir refaire des calculs TP comprenant un pourcentage du plafond SS d'une date donnée.

Il est évidemment possible de créer un nouveau montant, avec sa date d'application.

III. Fonctions Tiers payant

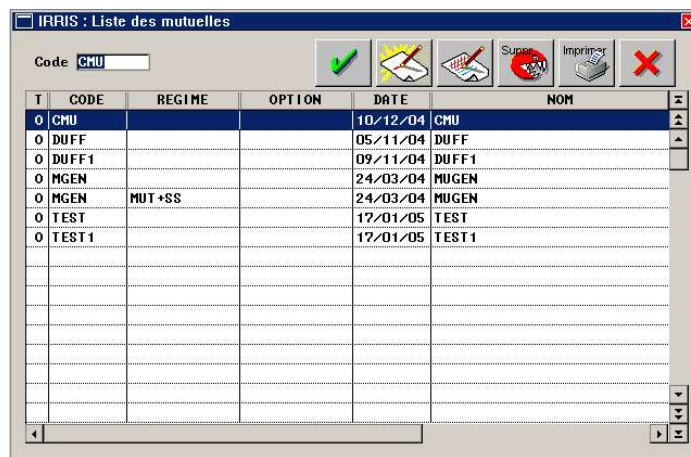
Les fonctions TP sont listées dans le menu suivant :



1. Gestion des mutuelles

Dans cette partie va être abordé le paramétrage des mutuelles qui serviront à réaliser un calcul automatique du tiers payant.

L'écran qui apparaît est la liste des mutuelles déjà créées :



La consultation ou la création d'une mutuelle fait apparaître un écran composé de 5 onglets :

- **Mutuelle**
Dans lequel sont regroupés les renseignements généraux concernant la mutuelle et éventuellement la télétransmission des informations
- **Paramètres**
Dans lequel sont indiqués les paramètres généraux à appliquer pour l'obtention du calcul des remboursements de cette mutuelle.
- **Forfaits**
Dans lequel sont indiqués les montants des forfaits ou pourcentages à appliquer pour l'obtention du calcul des remboursements de cette mutuelle.
- **Formules Adultes**
Dans lequel est reportée la formule mathématique utilisée par le progiciel dans le cadre des remboursements adultes.
- **Formules Enfants**
Dans lequel sont indiqués les paramètres généraux à appliquer pour l'obtention du calcul de remboursements par cette mutuelle.

Premier onglet : MUTUELLE

- **Type** : Choisir le type de la mutuelle parmi optique, lentille ou audio.
- **Code** : Entrer le code sous lequel sera appelée la mutuelle.
- **Application** : Préciser la date à partir de laquelle cette mutuelle pourra être utilisée (ceci permet de pouvoir paramétrer des mutuelles avant leur application).
Pour une même mutuelle - c'est à dire même code, même régime, même option – les paramètres utilisés seront ceux dont la date d'application est la plus récente.
- **Organisme SS** : En cas de télé-transmission de la part mutuelle à l'organisme Régime Obligatoire il y a 2 possibilités : communiquer le code de la mutuelle (qui doit être communiqué par l'organisme auquel est fait la télétransmission), ou indiquer simplement le top « M ». Cette case permet donc de saisir l'une ou l'autre des possibilité (l'option choisie étant imposée par l'organisme receveur).
- **Code Contrat** : Code lié à l'organisme SS, fourni par le centre receveur.
- **Ratt/Opticien** : C'est le numéro sous lequel l'opticien est connu auprès de la mutuelle. Certaines mutuelles demandent que ce numéro apparaisse sur les bordereaux.
- **Num.Corr** : C'est le numéro de téléphone du correspondant de l'opticien chez la mutuelle.
- **Carte Vitale** : En prévision d'un code vitale attribué à la mutuelle.
- **Régime et Option** : Ces 2 zones permettent de saisir, sous un même code, les différents types de contrats et de remboursements de la mutuelle.
- **Nom, Adresse1, Adresse2, Ville, Téléphone, Fax** : Coordonnées de la mutuelle.
- **Chaînage Avant et Après** :

Préciser à cet endroit s'il existe des liens obligatoires entre des calculs TP en indiquant la mutuelle avec laquelle devra s'effectuer un calcul soit Avant, soit Après le calcul principal.

Ex. : En « mutuelle Avant » il est possible d'appeler une mutuelle qui fera une remise avant le calcul principal.

En « mutuelle Après » seront indiquées les mutuelles complémentaires associées à la mutuelle principale et dont le calcul sera automatiquement lancé après le calcul principal.

Deuxième onglet : PARAMETRES

- **Ticket Modérateur** : Cocher la case si la mutuelle rembourse le montant du ticket modérateur.
- **Tips Incorporé** : Ce critère est très important pour le résultat final du calcul TP. Il fait intervenir à la fois le montant de remboursement, calculé selon les forfaits paramétrés, de la mutuelle et le montant de remboursement de la sécurité sociale (SS). Choisir parmi les 4 cas possibilités suivantes :

0: Rembourse la part SS

N: Ne rembourse pas la part SS

I: Ne rembourse pas la part SS et TIPS inclut dans Forfait

-: Rembourse la part SS et TIPS inclut dans Forfait

Voir le tableau d'application du point « IV- Utilisation en Fiche technique » pour plus de détails.

- **Taux SS particulier** : Dans le cas où un taux particulier doit être imposé pour le remboursement de la partie Régime Obligatoire, cocher la 1ere case et indiquer le taux dans la case suivante.
- **Taux Calcul RB.Mut.** : Les forfaits de la mutuelle peuvent s'exprimer en pourcentage de la prise en charge SS ; préciser dans ce cas si la prise en charge SS en question est à 100% ou à un autre taux fixe.
- **Remise** : Dans le cas où la mutuelle pratique une remise particulière, choisir dans la liste celle qui correspond :

sur verre U

sur monture M

sur suppl. S

sur divers D

sur total U+M

sur total U+M+S

sur total U+M+S+D

- **Remise Reste dû** : Dans le cas où la mutuelle demande l'application d'une remise sur le « Reste-Dû » du client, préciser le taux de remise dans cette case.

- **Calcul** : Sélectionner le type de calcul à utiliser parmi les 4 possibilités :

Normal
Forfait variable
Tips particulier <mgen>
Special

- **Normal** : Le calcul s'appuiera sur les paramètres rentrés dans l'onglet suivant.
 - **Forfait Variable** : A utiliser lorsque le remboursement de la mutuelle n'est pas connu précisément à l'avance. Une prise en charge est demandée à la mutuelle qui ensuite indique le remboursement à appliquer (qui faudra renseigner dans le tableau variable lors du calcul TP).
 - **Tips Particulier** : A utiliser dès que la mutuelle rembourse des montants différents suivant les codes LPP des verres. Dans ce cas, il est nécessaire de créer un fichier de « codes Tips Particuliers » où pour chaque code LPP est indiqué le montant de remboursement de la mutuelle. Le nom de ce fichier doit alors être renseigné dans la case de droite (intitulée « Tips »).
 - **Spécial** : Ce choix permet de rendre inactif le re-calcul des formules à partir des forfaits. Il est utile lorsque le paramétrage de la mutuelle a nécessité de retoucher manuellement les formules de calcul TP.
- **Forfait** : Indiquer le type de forfait à utiliser parmi les 5 choix suivants :

Global
Article
Article report Mt->Verres
Article report Mt,U->Supp
Art report Mt,U,Supp->Div

Si le remboursement est un montant englobant la monture et les verres, sélectionner le type « global », sinon choisir l'un des forfait par article (avec possibilité de report du montant de remboursement d'un article vers un autre en cas de prix de vente moins élevé que le remboursement)

- **Forfait Annuel ou Civil** : Dans le cas où la mutuelle ne donne qu'un forfait à l'année (de date à date dans le premier cas, du 1^{er} janvier au 31 décembre dans le second), lors d'un deuxième calcul TP dans la même année, seule la part non utilisée du forfait pourra être attribuée au remboursement mutuelle.
- **Forfait 1 équipement / 2 équipements** : cocher la case correspondant au remboursement de la mutuelle : un équipement uniquement dans le premier cas, plusieurs équipements possibles dans le second cas.
- **Forfait par verre / 2 verres** : cocher la case correspondant à l'application du forfait indiqué : soit valable par verre (donc à multiplier par 2 pour l'achat de 2 verres) dans le premier cas, soit valable pour les 2 verres dans le second cas.
- **Suppléments Séparés** : Cocher la case dans le cas où la mutuelle rembourse séparément les suppléments. Il faudra alors entrer le forfait correspondant, dans l'onglet suivant, sur la ligne des suppléments.
- **Arrondi** : Ne pas cocher cette case (elle était utilisée pendant la période des « francs »).
- **Rembt. Suppl.sans tips** : Cocher la case si la mutuelle rembourse aussi les suppléments qui n'ont pas de codes LPP.

Troisième onglet : FORFAITS

ADULTES		ENFANTS		PLAFONDS		%frais réels	%plaf. SS
forfait	%tips	forfait	%tips	mini	maxi		
Mon	150.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Ver	200.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Sup	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
GI.	0.00	0.00	0.00	0.00	300.00		0.00

Observations

Devise : EUR

C'est dans ce tableau que sont entrées les valeurs des forfaits, pourcentage de TIPS, planchers et plafonds de remboursement, pourcentage des frais réels, pourcentage du plafond SS, lorsqu'ils sont connus.

Les montants des remboursements peuvent être différents pour les adultes et pour les enfants. Les montants sont à reporter dans les colonnes Enfants même si les sommes sont identiques à celles des Adultes.

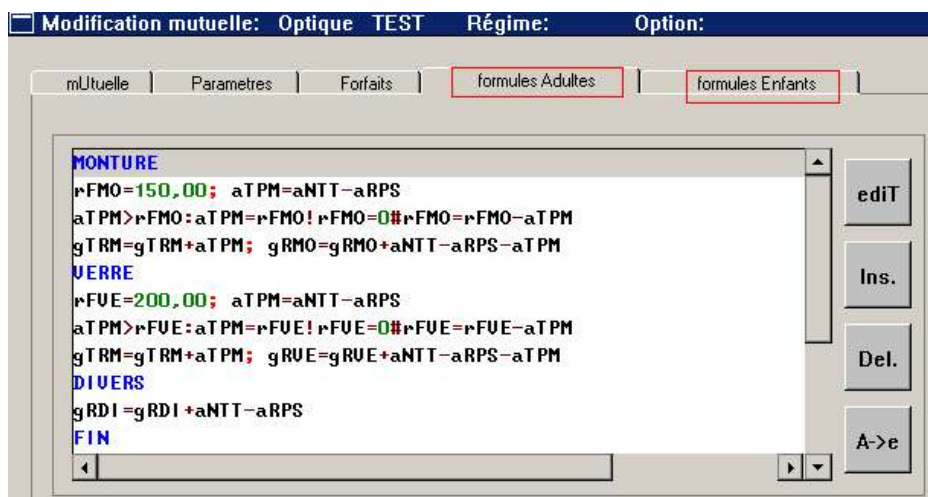
Des observations particulières peuvent être écrites dans la zone « observations ». Cette zone apparaît lorsqu'un calcul de tiers payant est effectué.

Une fois tous les paramètres renseignés, **ne surtout pas oublier de cliquer sur le bouton ** pour permettre à Irris de **générer les formules de calcul** résultant des paramètres indiqués sur les différents onglets. Ce sont ces formules de calcul qui seront appliquées lors du calcul TP.

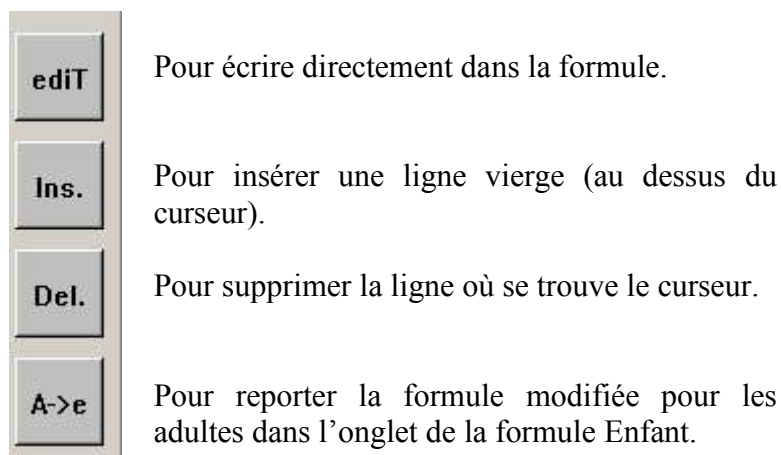
Si une modification devait être apportée aux paramètres de la mutuelle, penser à relancer la génération des formules de calcul avec le bouton  sinon les modifications apportées ne seront pas prises en compte.

Quatrième et cinquième onglet : FORMULES Adultes et Enfants

Les formules sont générées automatiquement pour les adultes et les enfants.
Ces formules sont visibles sur les 4^{ème} et 5^{ème} onglets.



Lorsque, exceptionnellement, les formules générées automatiquement ne permettent pas de trouver le résultat correct de la prise en charge mutuelle, il est possible de les retoucher manuellement à l'aide des boutons sur la droite.



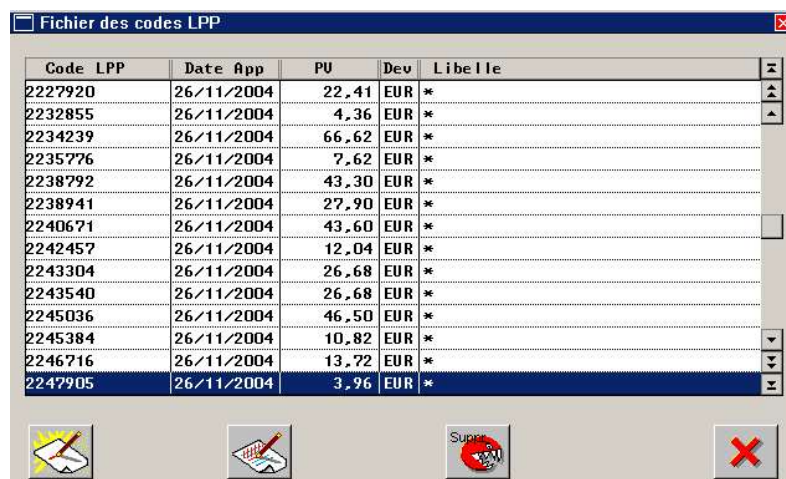
2. Fichier TIPS

Ce menu permet d'accéder à la **liste des remboursements** par le régime obligatoire de la **part SS**.

Cette liste indique la base de remboursement SS de tous les codes LPP répertoriés, ainsi que la date d'application de chaque modification de prix de la base.

Il est possible de créer un nouveau code et de modifier ou supprimer un code existant.

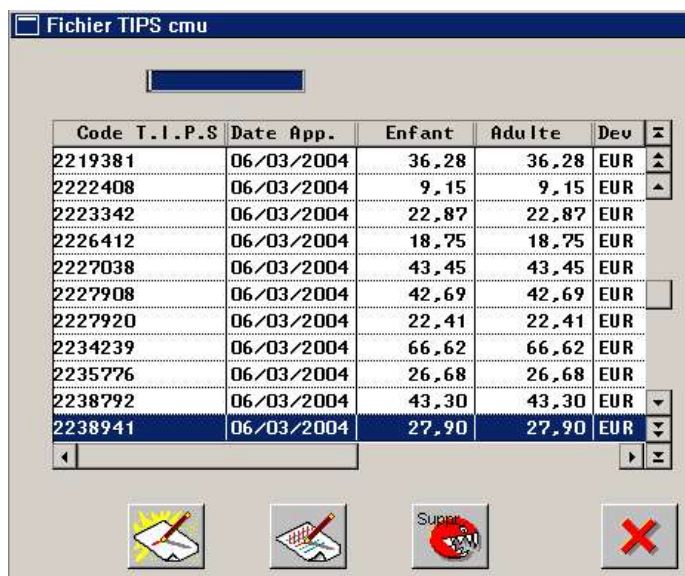
Attention il ne faut pas supprimer des codes qui ont déjà été utilisés pour calculer des tiers payant.



Code LPP	Date App	PU	Dev	Libelle
2227920	26/11/2004	22,41	EUR *	
2232855	26/11/2004	4,36	EUR *	
2234239	26/11/2004	66,62	EUR *	
2235776	26/11/2004	7,62	EUR *	
2238792	26/11/2004	43,30	EUR *	
2238941	26/11/2004	27,90	EUR *	
2240671	26/11/2004	43,60	EUR *	
2242457	26/11/2004	12,04	EUR *	
2243304	26/11/2004	26,68	EUR *	
2243540	26/11/2004	26,68	EUR *	
2245036	26/11/2004	46,50	EUR *	
2245384	26/11/2004	10,82	EUR *	
2246716	26/11/2004	13,72	EUR *	
2247905	26/11/2004	3,96	EUR *	

3. Fichier TIPS Particuliers

Ce menu permet d'accéder à la **liste des remboursements** par la complémentaire de la **part mutuelle**.



Code T.I.P.S	Date App.	Enfant	Adulte	Dev
2219381	06/03/2004	36,28	36,28	EUR
2222408	06/03/2004	9,15	9,15	EUR
2223342	06/03/2004	22,87	22,87	EUR
2226412	06/03/2004	18,75	18,75	EUR
2227038	06/03/2004	43,45	43,45	EUR
2227908	06/03/2004	42,69	42,69	EUR
2227920	06/03/2004	22,41	22,41	EUR
2234239	06/03/2004	66,62	66,62	EUR
2235776	06/03/2004	26,68	26,68	EUR
2238792	06/03/2004	43,30	43,30	EUR
2238941	06/03/2004	27,90	27,90	EUR

Lors du paramétrage des mutuelles, il a été vu qu'il y avait parfois besoin de fichier « TIPS particulier ».

Ce fichier présente le remboursement, pour chaque code LPP, non pas de la sécurité sociale mais de la mutuelle (Ex. ci-dessous de la mutuelle « CMU »).

Si un changement de tarif a lieu il ne faut pas supprimer les anciens tarifs mais recréer pour chaque code LPP un enregistrement avec le nouveau barème et sa date d'application.

4. Grands régimes

Le fichier des grands régimes est obligatoire pour faire un tiers payant pour la partie Régime Obligatoire. Il s'agit du tableau qui liste toutes les caisses d'Assurance Maladie avec lesquelles le magasin peut faire le Tiers Payant :

The screenshot shows a software window titled "Mise à jour Grand Régime". It contains a table with the following columns: Rg, Rat, Paie, Caisse, Dest, Info, and Taux. The table has three rows of data:

Rg	Rat	Paie	Caisse	Dest	Info	Taux
01	0271	1000	cpam	0271	0001	65
03	0023	1100	ram limousin	0076	0002	65
03	0023	1200	agf	0077	0002	65

Below the table, there are four icons: a notepad with a pencil, a notepad with a pencil and a red 'X', a red circle with a diagonal line, and a red 'X'.

En France, il existe plusieurs Grands Régimes. Le plus connu est le grand régime « 01 » qui est la CPAM. Mais il existe également :

- « 02 » la MSA
- « 03 » la RAM
- « 91 » la MGEN
- Etc.

Dans chaque Grand Régime il existe plusieurs Caisses ou Centre de Rattachement : chaque département a sa Caisse et chaque Caisse possède souvent plusieurs Centres de Paiement.

(L'assuré est attaché à la Caisse du département où il habite et à un Centre de Paiement qui est celui physique de son lieu d'habitation).

The screenshot shows a software window titled "Modification grand regime". It contains several fields for editing regime information:

- Grand Regime : 01
- Code centre rattachement : 0271
- Code centre paiement : 1000
- Nom du centre : cpam
- Code Organisme destinataire : 0271
- Code Centre informatique : 0001
- Taux : 65

Les informations **Centre de Rattachement** et **Centre de paiement** sont données par la Carte Vitale ou sur le papier délivré avec celle-ci.

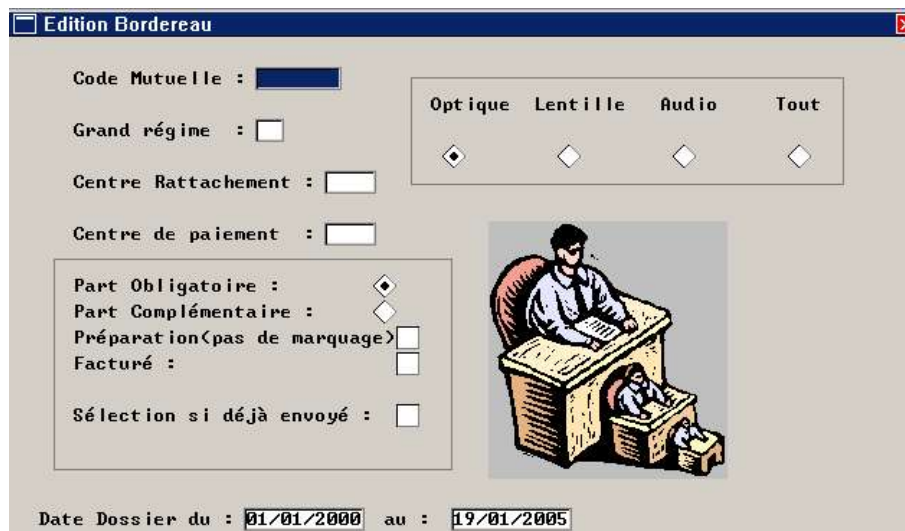
Les codes de l'**organisme destinataire** et du **Centre informatique** sont donnés à l'opticien par la Caisse lors des paramétrages Télé transmission.

Le **Taux de Remboursement** est celui qui est le plus utilisé c'est à dire généralement 65% , voire 90% dans les régions de l'Est de la France.

5. Bordereaux

Dans le cadre de l'utilisation du module tiers payant, l'édition de bordereaux est nécessaire pour envoyer à chaque mutuelle un récapitulatif des tiers payant effectués, donc à rembourser.

Les Critères de Sélection



Toutes les zones ne sont pas obligatoires sur cet écran.

- **Code Mutuelle** : Saisir la mutuelle destinataire du bordereau. Cette mutuelle porte le code utilisé dans la liste des mutuelles. Laisser cette zone à blanc pour obtenir une liste globale de tous les tiers payant effectués.
- **Code Grand Régime, Centre de Rattachement, Centre de Paiement**
Ne pas renseigner dans le cas de bordereaux de mutuelle. Ces critères sont à renseigner dans le cas de l'édition des bordereaux pour la part obligatoire.
Le tri des éditions se fera selon ces critères, un bordereau par choix et par critère.
- **Optique, Lentille, Audio ou Tout**
Suivant la case cochée, le bordereau édité concernera les dossiers Optique, Lentilles ou Audio exclusivement ou bien tous types de dossiers confondus.
- **Part Obligatoire, Part Complémentaire**
Selon la case cochée, le bordereau listera les dossiers concernés par un Tiers Payant respectivement sur la partie Régime Obligatoire ou sur la partie Mutuelle.
Attention : Pour que le bordereau liste une Mutuelle qui rembourse la part Obligatoire et la part Mutuelle, il est nécessaire de cocher « Part Complémentaire ».
- **Préparation** : Cocher cette case pour que les fiches TP des clients concernés ne soient pas marquées malgré l'impression du bordereau. Cette option est utilisée lorsque les bordereaux sont assez importants et qu'un contrôle des dossiers inclus est nécessaire avant envoi. Ceci permet de faire une édition sans toucher aux fiches TP.
- **Facturé** : Cocher la case pour que seuls les dossiers facturés soient dans le bordereau.
- **Sélection si déjà envoyé** : Ce choix permet soit de rééditer un bordereau déjà édité, soit d'inclure dans le nouveau bordereau des dossiers déjà émis.
- **Date Dossier du / au** : Permet de sélectionner la période sur laquelle se fait le bordereau.

La liste des Dossiers de la Sélection

Une fois les critères validés, la liste des dossiers qui répondent à la sélection s'affiche, ainsi que les montants totaux des ces dossiers pour la part Mutuelle et pour la part SS.

Bordereau Mutuelle

Code Mutuelle Régime Rattachement Paiement Type 0

Non	T	Mutuelle	Part Mut	Part SS	Part Cl.	Dev	M
TOTO Pierre	0	DUFF	58,89	1,85	39,26	EUR	P
TITI Jules	0	DUFF	34,89	1,85	23,26	EUR	L
TEST Lettrage	0	DUFF	88,89	1,85	59,26	EUR	L
CESSEY Henri	0	MGEN	149,15	1,85	0,00	EUR	L
TOTO Pierre	0	DUFF	200,00	4,23	395,77	EUR	P
TOTO Pierre	0	DUFF	58,89	1,85	39,26	EUR	P
TITI Jules	0	DUFF	58,89	1,85	39,26	EUR	P
TEST Lettrage	0	DUFF	58,89	1,85	39,26	EUR	P
TEST Lettrage	0	DUFF	88,89	1,85	59,26	EUR	P
TOTO Pierre	0	DUFF	58,89	1,85	39,26	EUR	P
TOTO Pierre	0	DUFF	118,89	1,85	79,26	EUR	L

F3 Sélectionne / Désélectionne

Total Mutuelle: 1022,03
 Total S.Sociale: 27,56

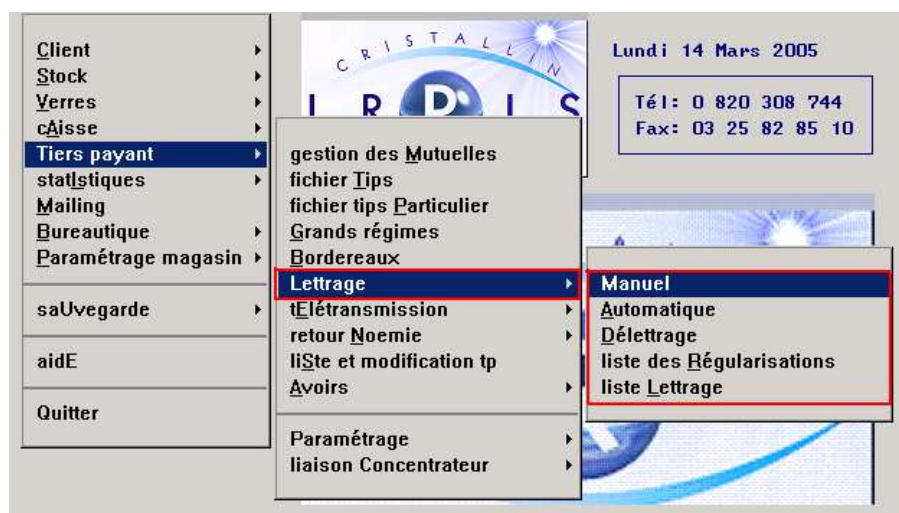
L'impression du bordereau se lance à l'aide du bouton  après sélection, grâce à la touche [F3], des dossiers qui doivent être inclus dans le bordereau. Cette action entraîne parallèlement l'enregistrement des renseignements suivants sur les dossiers TP :

- Le numéro et la date du bordereau,
- La modification de l'état du dossier TP (indiqué à « E » comme « Envoyé »)

Sauf si la case « Préparation » était cochée sur l'écran de sélection précédent.

6. Lettrage

En « Tiers payant - Lettrage », un nouveau menu est proposé :



Chacun des points de ce menu est détaillé dans les paragraphes suivants.

L'Entrée du Lettrage

Un nouvel écran apparaît :

Lettrage Manuel

Part SS ☐ Part Mut ☒

Nom : RIGAudeau
Prénom : Julien
N° SS : 149101111111 / 82

N° dossier : 39 Du : 19/01/2005 Mode règlement : VI

Devise Dossier EUR Déjà lettré Devise Let Lettrage Date

Part Mutuelle		EUR		
153,34		EUR	153,34	19/01/2005

Part S.S. : .00 / /

Part client : 346,66

Régul.

Sur l'exemple ci-dessus, la sélection a été faite sur la part Mutuelle. Il est attendu 153.34 € en règlement. Par défaut, Irris propose la même somme dans la case « Lettrage » et la date du jour se reporte automatiquement.

La somme versée par la mutuelle sera appelée « Règlement reçu ». Le montant calculé pour le remboursement sera appelé « Montant attendu ».

Il peut se présenter différents cas qui seront analysés tour à tour :

- 1- le règlement reçu est égal au montant attendu
- 2- le règlement reçu est inférieur au montant attendu
- 3- le règlement reçu est supérieur au montant attendu

① Le règlement reçu est égal au montant attendu.

Dans ce cas, il suffit de renseigner le mode de règlement si celui inscrit par défaut (VI) n'est pas correct et éventuellement changer la date du règlement (date du jour indiquée par défaut). La validation se fait avec le bouton .

La validation entraîne les actions suivantes :

- En historique TP, le dossier est renseigné avec la somme reçue, le mode et la date du versement, son état passe à « L » comme Lettré (il n'apparaîtra plus dans les listes de lettrage).
- Sur le dossier, le mode de règlement « VI ZM » est modifié en « VI TM » pour différencier entre un virement attendu (ZM) et un virement reçu (TM).
- En caisse se retrouve un enregistrement correspondant à cette somme encaissée.

② **Le règlement reçu est inférieur au montant attendu.**

Dans ce cas, il faut toujours renseigner le **mode de règlement** si celui inscrit par défaut (VI) n'est pas correct et éventuellement changer la **date du règlement** (date du jour indiquée par défaut). Il y a ensuite 2 cas à envisager selon qu'un montant maximum pour la régularisation automatique a été renseigné ou pas dans les paramètres TP.

Cas n°1 : une somme est présente en « montant maxi pour regul auto » (en Paramétrage TP)

- a) Si la différence ne dépasse pas cette somme, une écriture de régularisation sera faite automatiquement afin d'équilibrer le dossier TP. En Caisse et sur le dossier TP la somme exacte sera enregistrée et une écriture de Régularisation sera effectuée correspondant à la différence entre la somme attendue et la somme reçue. L'état du dossier TP passera à « L » comme Lettré.
- b) Si la différence est plus importante, indiquer le montant reçu sans autre action et la différence restera dûe sur le dossier TP. En Caisse et sur le dossier TP la somme exacte sera enregistrée, l'état du dossier TP passera à « P » comme Partiel (lettrage partiel) et le dossier apparaîtra toujours en lettrage avec la somme restant en dû.
Cette somme devra être réclamée à l'organisme concerné.

Si cette somme est versée ultérieurement, l'insérer normalement en lettrage (la somme reçue se retrouvera en caisse le dossier TP contiendra la somme totale des versements. L'état du dossier TP passera à « L » comme Lettré).

Si la somme n'est jamais versée ultérieurement, il faudra retourner en lettrage sur le dossier et utiliser le bouton  afin de faire une écriture de régularisation qui viendra solder le dossier en T (l'écriture de régularisation se retrouvera en caisse, l'état du dossier TP passera à « L » comme Lettré).

Cas n°2 : il n'y a pas de somme présente en « montant maxi pour regul auto »

Dans ce cas, il faut directement effectuer le scénario b du cas précédent.

③ **Le règlement reçu est supérieur au montant attendu.**

Dans ce cas, suivant la différence, il est possible d'accepter ou non la somme versée. Avant de faire le lettrage, il est conseillé de vérifier s'il n'y a pas une anomalie et voir s'il n'est pas préférable de faire un avoir sur ce dossier.

Pour lettrer malgré tout la somme :

Cas n°1 : une somme est présente en « montant maxi pour regul auto » (en Paramétrage TP)

- a) Si la différence ne dépasse pas cette somme, une écriture de régularisation sera proposée afin d'équilibrer le dossier TP. En Caisse et sur le dossier TP, la somme exacte sera enregistrée et une écriture de Régularisation sera effectuée correspondant à la différence entre la somme attendue et la somme reçue. L'état du dossier TP passera à « L » comme Lettré
- b) Si la différence est plus importante, le scénario sera identique.

Cas n°2 : il n'y a pas de somme présente en « montant maxi pour regul auto »

Le scénario sera identique

b. Lettrage automatique

Cette fonction peut être utilisée lorsque le lettrage correspond entièrement au paiement d'un bordereau émis :



The 'Lettrage Automatique' dialog box contains the following fields and controls:

- Code Mutuelle**: A text input field.
- N° bordereau**: A text input field.
- Part S.Sociale**: A radio button.
- Part Mutuelle**: A radio button.
- Date Lettrage**: A date input field showing '21/01/2005'.
- Total à lettrier**: A text input field followed by the text '(zéro = pas de controle)'.
- Devise**: A dropdown menu showing 'EUR'.
- Mode règlement**: A dropdown menu showing 'UI'.
- At the bottom, there are two buttons: a green checkmark button on the left and a red 'X' button on the right.

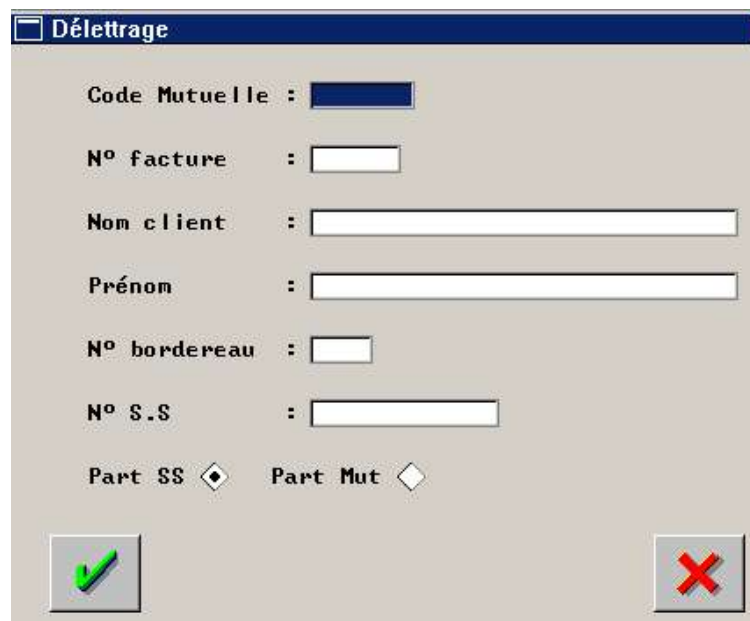
Renseigner la mutuelle et le numéro du bordereau d'émission. Les clients correspondants au bordereau se mettent dans la liste et il est possible de lettrer ensemble tous les clients correspondants. Il est possible au préalable de corriger la date et le mode de règlement si nécessaire.

Cette fonction est très peu utilisée car il est rare qu'un bordereau de paiement corresponde exactement à un bordereau d'émission.

c. Délettrage

Cette fonction est utilisée pour supprimer un lettrage effectué par erreur.

Suite au délettrage, les dossiers du client se retrouvent dans le même état qu'avant le lettrage.



The 'Délettrage' dialog box contains the following fields and controls:

- Code Mutuelle**: A text input field.
- N° facture**: A text input field.
- Nom client**: A text input field.
- Prénom**: A text input field.
- N° bordereau**: A text input field.
- N° S.S**: A text input field.
- Part SS**: A radio button.
- Part Mut**: A radio button.
- At the bottom, there are two buttons: a green checkmark button on the left and a red 'X' button on the right.

Choisir le code mutuelle ou, dans le cas le plus facile, le nom du client ou le numéro de facture à délettrer.

Sélectionner la part (SS ou Mutuelle) à supprimer.

Ex. :

Le dossier N°25 a été lettré pour la part Mutuelle avec 58,00 € + une régularisation de 0,89 € (le montant total au départ était de 58,89 € à lettrer).

Délettrage

Part S.Sociale ☐ Part Mutuelle ☒

Nom: RIGAudeau
Prénom: Julien
N° SS: 14910111111 / 82
N° dossier: 25 Du 14/12/2004

Déjà lettré

Part Mutuelle: 58,89 / 58,00
Part S.Sociale: 1,85
Part client: 39,26

Date	Montant	Lbellé
21/01/2005	,89	Regul le
21/01/2005	58,00	Lettrage UI

F3 Sélectionne / Désélectionne

Important : Lorsqu'il y a eu une écriture de régularisation, il est nécessaire de sélectionner avec la touche [F3] à la fois le lettrage normal et la régularisation de façon à rétablir le dossier dans l'état avant lettrage :

Liste des Lettrages			
Date	Montant	Lbellé	
21/01/2005	,89	Regul le	
21/01/2005	58,00	Lettrage UI	

Valider la sélection avec le bouton . Le tableau suivant apparaît :

Liste des Lettrages			
Date	Montant	Lbellé	
21/01/2005	58,00	Lettrage UI	
24/01/2005	- 58,00	Lettrage UI	

il indique que le lettrage a été annulé par une écriture négative d'un montant de « 58,00 ». Au niveau des régularisations se trouve également l'annulation de l'écriture des « -0.89 ».

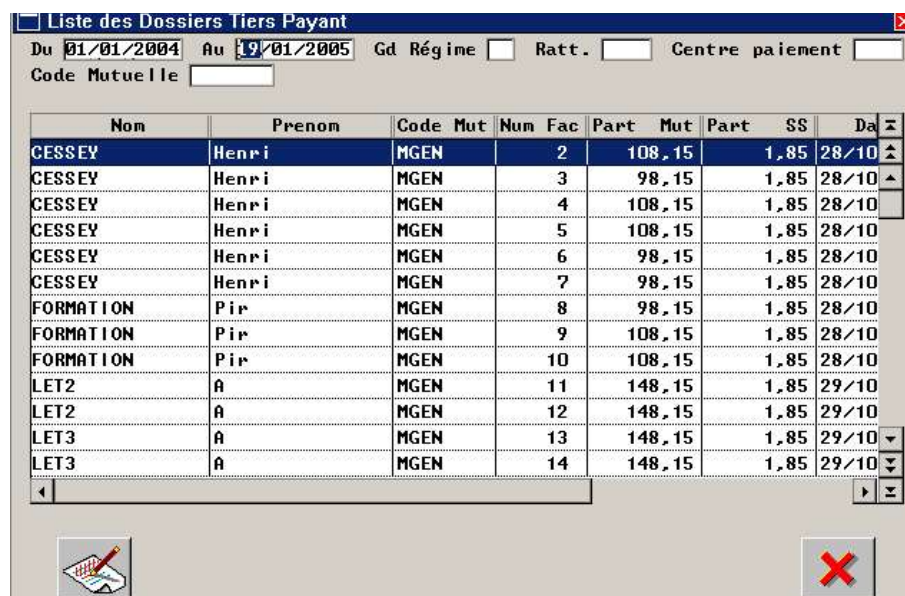
Dans le cas où la régularisation n'a pas été sélectionné en même temps que le lettrage, il est possible de faire l'opération en 2 temps. Le résultat final sera le même.

d. Liste des régularisations

Dans cette liste apparaissent les régularisations effectuées manuellement lors d'un lettrage (bouton) et les régularisations automatiques (déclenchées en fonction du paramétrage Tiers Payant). Les montants indiqués représentent les écarts entre les sommes réclamées aux organismes et celles effectivement réglées par ces mêmes organismes.

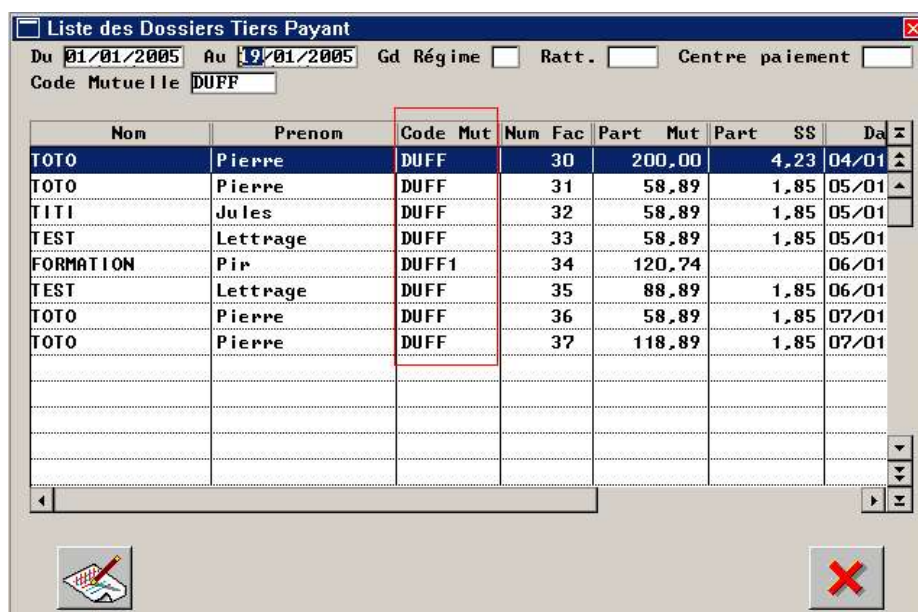
9. Liste et modifications TP

Cette fonction permet d'avoir, pour une période choisie, la liste des Tiers payant effectués. Si aucune sélection particulière n'est renseignée, comme dans l'exemple ci-dessous, tous les Tiers Payant se retrouvent dans la liste.



Nom	Prenom	Code Mut	Num Fac	Part Mut	Part SS	Da
CESSEY	Henri	MGEN	2	108,15	1,85	28/10
CESSEY	Henri	MGEN	3	98,15	1,85	28/10
CESSEY	Henri	MGEN	4	108,15	1,85	28/10
CESSEY	Henri	MGEN	5	108,15	1,85	28/10
CESSEY	Henri	MGEN	6	98,15	1,85	28/10
CESSEY	Henri	MGEN	7	98,15	1,85	28/10
FORMATION	Pir	MGEN	8	98,15	1,85	28/10
FORMATION	Pir	MGEN	9	108,15	1,85	28/10
FORMATION	Pir	MGEN	10	108,15	1,85	28/10
LET2	A	MGEN	11	148,15	1,85	29/10
LET2	A	MGEN	12	148,15	1,85	29/10
LET3	A	MGEN	13	148,15	1,85	29/10
LET3	A	MGEN	14	148,15	1,85	29/10

Si un critère est entré, le nom de la mutuelle par exemple, seuls les dossiers attachés à cette mutuelle apparaîtront. Dans l'exemple ci-dessous, le code mutuelle « DUFF » est renseigné, donc toutes les mutuelles commençant par DUFF sont listées.

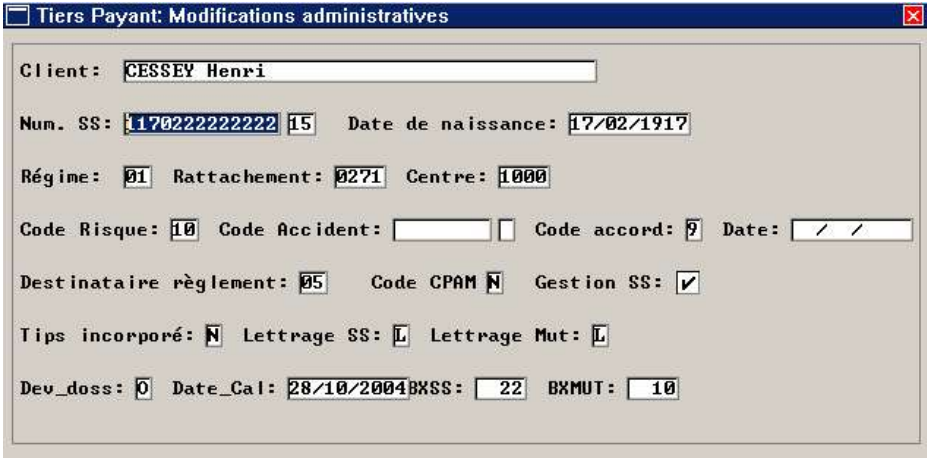


Nom	Prenom	Code Mut	Num Fac	Part Mut	Part SS	Da
TOTO	Pierre	DUFF	30	200,00	4,23	04/01
TOTO	Pierre	DUFF	31	58,89	1,85	05/01
TITI	Jules	DUFF	32	58,89	1,85	05/01
TEST	Lettrage	DUFF	33	58,89	1,85	05/01
FORMATION	Pir	DUFF1	34	120,74		06/01
TEST	Lettrage	DUFF	35	88,89	1,85	06/01
TOTO	Pierre	DUFF	36	58,89	1,85	07/01
TOTO	Pierre	DUFF	37	118,89	1,85	07/01

Il est possible par exemple de sélectionner les dossiers réalisés avec la CPAM en indiquant « 01 » dans la case Gd Régime.

Le but de la liste des TP est de pouvoir consulter et éventuellement modifier les fiches individuelles de Tiers Payant.

Pour cela, il suffit de se positionner sur la ligne recherchée et d'utiliser le bouton . L'écran suivant apparaît :



Tiers Payant: Modifications administratives

Client:

Num. SS: Date de naissance:

Régime: Rattachement: Centre:

Code Risque: Code Accident: ☐ Code accord: Date:

Destinataire règlement: Code CPAM Gestion SS: ☒

Tips incorporé: Lettrage SS: Lettrage Mut:

Dev_doss: Date_Cal: BXS: BXMUT:

Les informations données dans ce tableau peuvent être modifiées et enregistrées.

Ceci peut être particulièrement utile pour corriger des fiches refusées en Télétransmission pour des raisons administratives. *Attention, dans ce cas, à ne pas oublier d'aller les modifier également en Carte Vitale sinon les prochains dossiers reprendront les informations erronées.*

10. Avoirs TP

Les Avoirs TP sont détaillés dans la documentation concernant le module Caisse.
Voir la documentation « Procédure d'utilisation de la fonction Caisse ».

IV. Utilisation en Fiche technique

Partie en cours d'écriture.