



THESIS / THÈSE

MASTER EN SCIENCES INFORMATIQUES

Étude du fichier en cours de production d'un hôpital

Crucifix, Christian

Award date:
1974

Awarding institution:
Universite de Namur

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

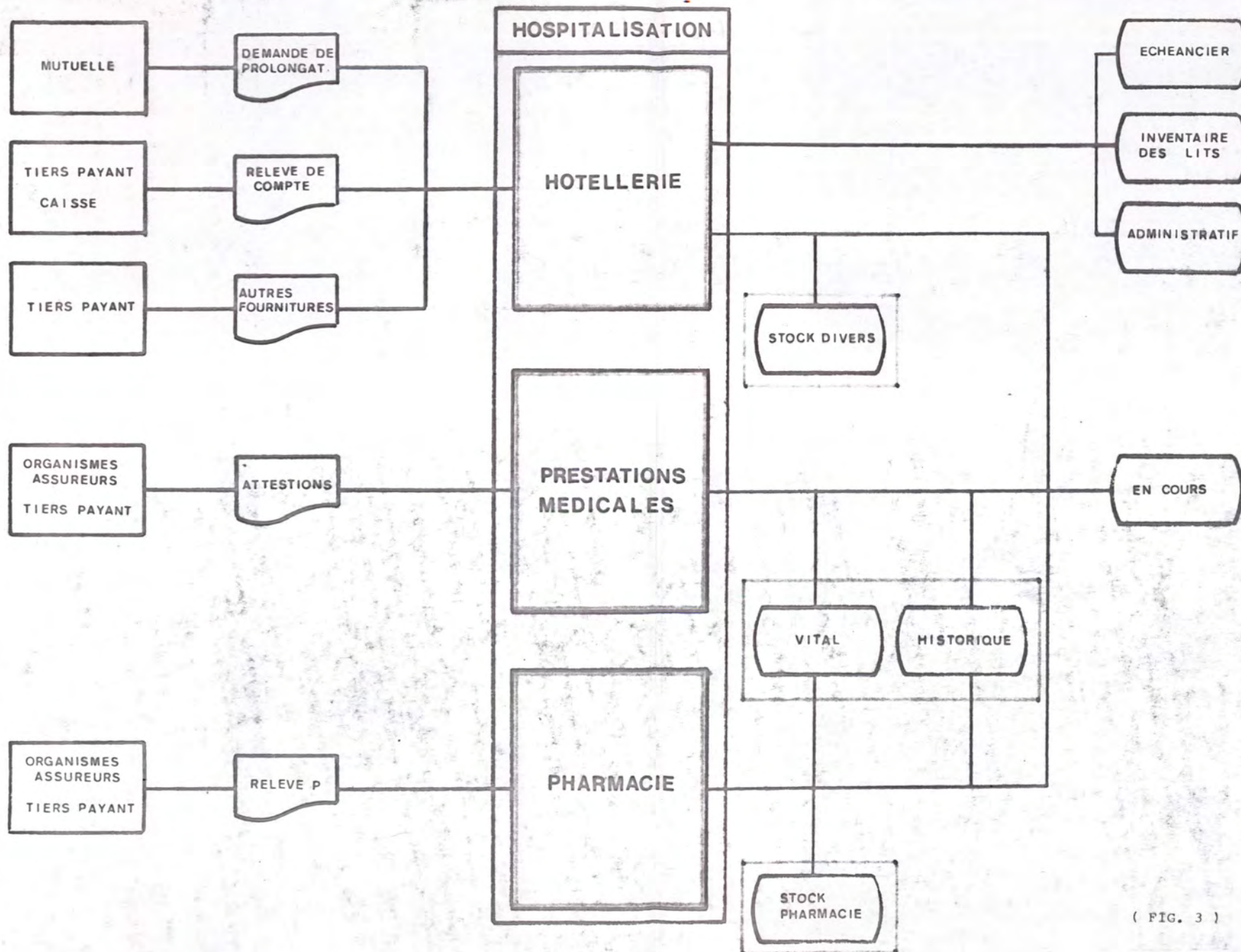
FACULTÉS UNIVERSITAIRES NOTRE-DAME DE LA PAIX - NAMUR
INSTITUT D'INFORMATIQUE

ANNÉE ACADEMIQUE 1973-1974

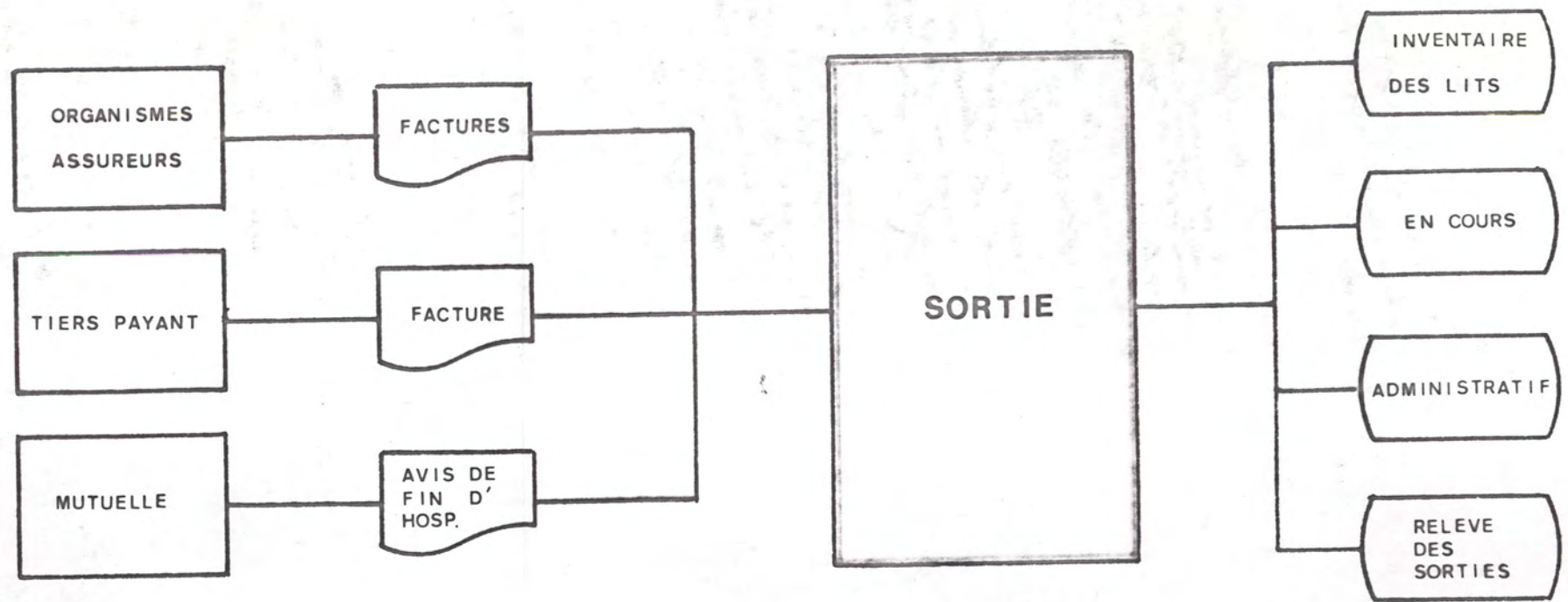
Étude du Fichier En-Cours de Production d'un Hôpital

Christian CRUCIFIX

Mémoire présenté en vue de l'obtention
du grade de Licencié et Maître en Informatique

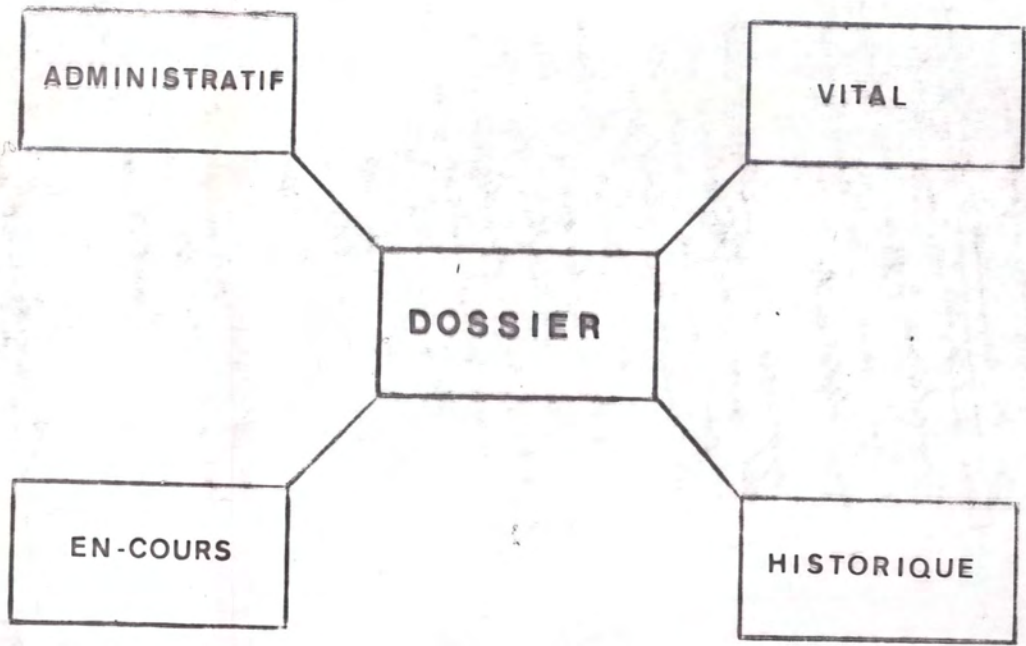


(FIG. 3)



(FIG. 4)

- 1) application de la programmation modulaire,**
- 2) généralisation de la structure tabulaire à la plupart des fonctions de traitement rencontrées dans un programme,**
- 3) dissociation des tables en une structure et un contenu,**
- 4) affectation des tables en mémoire sans l'intervention de l'assembleur,**
- 5) introduction des programmes en mémoire par deux phases :**
 - a) le chargement du programme proprement dit,**
 - b) le chargement des tables sous forme d'un fichier**



Au terme de ce mémoire, qu'il me soit permis de remercier Monsieur Bodart, directeur, et les professeurs de la Faculté d'Informatique de l'Université Notre-Dame de la Paix de Namur, pour la formation qu'ils m'ont permis d'acquérir.

Je voudrais aussi dire toute ma reconnaissance

- à Monsieur le professeur R. Gigot, sans qui je n'aurais pu mener à bonne fin ce mémoire,
- à Monsieur B. Denis, qui mit à ma disposition sa large expérience,
- aux personnels du C.T.I. de l'hôpital civil de Charleroi et du C.T.I. de « Singer Friden Division », dont les conseils éclairés me furent bénéfiques.

Introduction	3
Chapitre 1 La facturation dans un système informatique hospitalier intégré	5
1) Un « hopital information system »	5
2) La facturation dans le contexte d'un H.I.S.....	9
Chapitre 2 La facturation et l'A.M.I.....	13
1) L'hôtellerie	13
2) Les spécialités pharmaceutiques	14
3) Les soins médicaux	15
4) Les formalités à l'admission et au cours de l'hospitalisation	19
5) La facturation.....	20
Chapitre 3 Les solutions appliquées au singer system ten	22
1. L'admission	22
– La procédure d'admission.....	22
● L'affectation d'un lit.....	22
● La création du sous-dossier administratif.....	32
● La création des fiches d'hospitalisation	49
● La création des étiquettes	58
– L'édition d'étiquettes	60
– Les transferts	60
– Le programme de mise à jour.....	60
2. Le sous-dossier « En cours »	61
A. L'organisation et la structure	61
B. Les raisons de la subdivision.....	71
3. La facturation	72
A. La logique de la facturation	72
B. Une proposition d'implémentation	85
4. Les traitements annexes.....	90
Annexe	101

ERRATA

Pages 23, 24 et 25

Lire « en-tête » pour « entête ».

Page 31

Lire « MEM000 + 838 » pour « BUF188 + 26 » (ntrs médecin).

Avant de commencer la page « Ambulance », il faudra transférer « BUF000 + 3 (4) » dans « BUF188 + 0 ».

Page 44

Lire « BUF000 + 176 » pour « BUF188 + 75 » (1ère ligne).

Avant de commencer la page « Mutuelle 1 », il faudra transférer « BUF000 + 3 (4) » dans « BUF188 + 0 ».

Page 47

Lire « (BUF000 + 0) dans la clé..... » pour « (BUF646 + 0) dans la clé..... ».

Page 61

Prendre comme clé pour l'enregistrement attestation. (FIG. 20).

CLE							
NUMERO DU DOSSIER	A E C O D E	NTRS MEDECIN	DATE PRESTATION	H U R E	code b	D D C C	CINA

Lire « le code A (2C.) » pour « Le code A (1C.) ».

Page 62

Lire « 5. L'heure de la prestation (2C.) » pour « 5. L'heure de la prestation (4C.) ».

Lire « 12. L'heure de la prestation (2C.) » pour « 12. L'heure de la prestation (4C.) ».

Page 65

Lire « 12. La date d'analyse (6C.) » pour « 12. La date d'analyse (2C.) ».

Page 66

Lire « 16. Le justificatif (20C. dont 14 inemployés) » pour « 16. Le justificatif (6C.) ».

Pages 66 et 67

Lire « 5. La date (6C.) et l'heure du mouvement (2C.) » pour « 5. La date (6C.) et l'heure du mouvement (4C.) ».

Page 72 (31e ligne)

Lire « ...12 heures. » pour « ...12 heure. »

Page 88 (au point 4)

Lire « Si le code B » pour « Si le code A ».

INTRODUCTION

Les idées maîtresses, qui sont à l'origine de ce travail, sont résumées dans les trois points suivants :

1. Dénombrer les transactions susceptibles de constituer un fichier en cours de production pour des malades internes, ainsi que les sous-produits attendus.
2. Rechercher le minimum de structures d'enregistrements standards permettant de supporter les transactions précédentes.
3. Proposer un critère de rangement du fichier qui optimise les temps de traitement compte tenu des sous-produits.

Dans ce but,

- nous rechercherons les différentes transactions qui se créent lors de l'hospitalisation d'un malade
- nous bornerons notre étude à la partie gestion de l'informatique médicale, en nous intéressant plus particulièrement à la facturation
- nous axerons notre étude sur la facturation parce que la plupart des transactions susceptibles de constituer le fichier en cours de production ont un rapport plus ou moins étroit avec l'élaboration des factures.

Dans la première partie, nous situerons la facturation dans le contexte d'une gestion hospitalière intégrée et c'est en suivant le malade durant son séjour à l'hôpital que nous découvrirons l'origine des diverses transactions créées pour la facturation.

Dans la deuxième partie, nous analyserons la législation en matière de soins de santé de l'I.N.A.M.I.

Cette analyse nous permettra, dans la troisième partie, de définir le contenu des transactions dénombrées dans la première. Nous présenterons de même, en parallèle avec la description des fichiers, les différents sous-produits attendus et les traitements nécessaires pour les obtenir.

Dans la recherche des solutions, des critères de rangement et des structures d'enregistrements standards, nous ferons l'hypothèse d'une implémentation sur l'ordinateur « Singer System Ten ».

Cette étude sera donc divisée en trois parties :

1. La facturation dans un système informatique hospitalier intégré
2. La facturation et l'A.M.I.
3. Solutions appliquées au « Singer System Ten ».

LA FACTURATION DANS UN SYSTEME INFORMATIQUE HOSPITALIER INTEGRE

UN « HOPITAL INFORMATION SYSTEM » (H.I.S.)

Avant de traiter le problème de la facturation dans un hôpital, il est bon d'introduire la notion d'informatique hospitalière pour pouvoir situer la dite facturation dans son contexte.

L'informatique hospitalière se situe au carrefour de deux mondes :

- Le monde de la gestion ;
- Le monde médical.

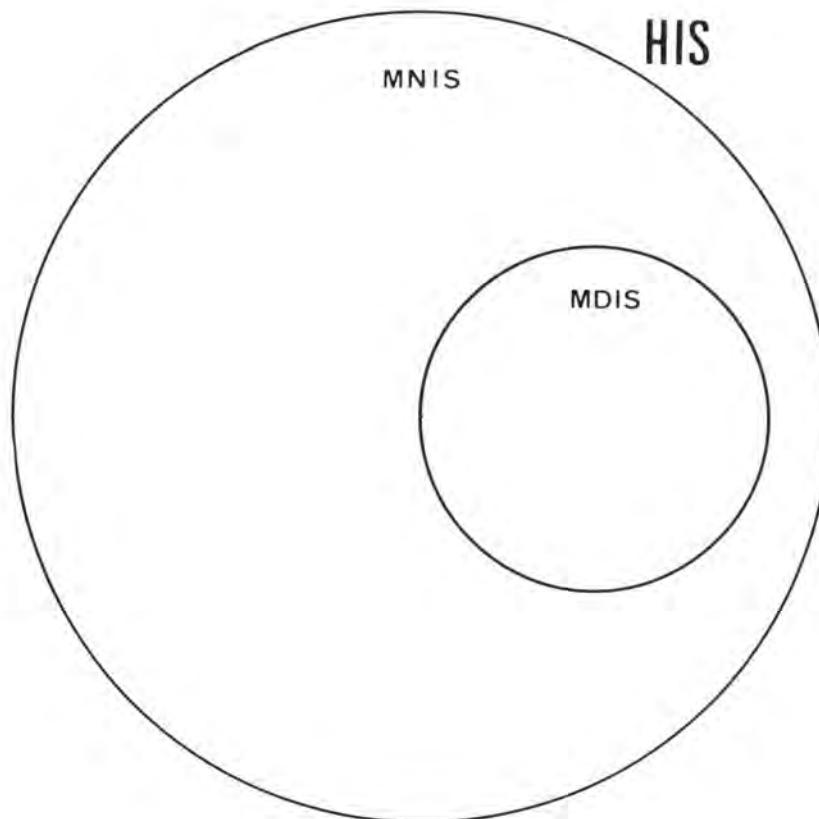
Dans un hôpital, nous rencontrons des problèmes identiques à ceux que l'on peut trouver dans une entreprise classique ; ce sont essentiellement des problèmes de gestion.

Seulement, la finalité première de l'hôpital n'est pas la gestion, même si celle-ci est nécessaire au bon fonctionnement de l'institution hospitalière. L'hôpital n'est pas une entreprise qui crée un produit, mais un organisme qui distribue des services.

Son but fondamental est de soigner. A ce niveau, on rencontre un ensemble de problèmes qui relèvent du domaine médical.

L'origine de ces problèmes est liée à la finalité première de l'hôpital, qui est de dispenser une meilleure qualité de soins.

Nous introduirons maintenant la notion d'« **HOSPITAL INFORMATION SYSTEM** » qui correspond à l'union de deux grands « **INFORMATION SYSTEMS** ». D'une part, le « **MANAGEMENT INFORMATION SYSTEM** » (MNIS), et, d'autre part, le « **MEDICAL INFORMATION SYSTEM** » (MDIS). (fig. 1).



(FIG 1)

De quoi se compose le H.I.S. ?

Nous allons proposer une liste qui sera naturellement non exhaustive, des applications que l'on pourrait retrouver dans un H.I.S.

Nous diviserons le H.I.S. en deux parties :

- 1- Les applications administratives.
- 2- Les applications médicales.

-1- LES APPLICATIONS ADMINISTRATIVES.

Les applications administratives se divisent elles-mêmes en deux groupes :

- A) Les applications administratives optique gestion hospitalière.
- B) Les applications administratives optique malade.

A) Optique gestion hospitalière.

Dans le cadre de l'optique gestion hospitalière, nous trouverons des applications telles que :

- La comptabilité générale :
 - tenue des journaux,
 - tenue du grand livre,
 - relevé de comptes, rappel automatique,
 - balance,
 -
- La comptabilité analytique :
 - calcul du prix de revient de la journée d'hospitalisation (article 9)
 -
- la gestion du personnel et le traitement des salaires :
 - fichier du personnel,
 - calcul de la paie (traitement mensuel, trimestriel et annuel),
 -
- La gestion de stocks :
 - inventaire permanent,
 - commandes automatiques,
 - commandes groupées.
 -
- La facturation :
 - factures aux malades,
 - factures aux organismes assureurs (attestations de soins, relevé P.),
 - gestion des provisions,
 -

B) Optique malade.

Dans le cadre de l'optique malade, nous trouverons des applications telles que :

- L'admission :
 - la saisie et la gestion des informations d'admission,
 - l'information des services,
 - l'inventaire permanent des lits vacants,
 - le contrôle des transferts,
 - les avis aux médecins traitants,
 -
- La gestion de la liste des malades en attente d'une hospitalisation.
- La planification des rendez-vous.
- Les relations avec les organismes assureurs :
 - notifications d'hospitalisation et d'engagement de paiement,
 - demandes de prolongation,
 - avis de fin d'hospitalisation.
- Les rapports :
 - registre des entrées,
 - liste des malades convoqués,
 - mouvements journaliers des salles,
 -
- Statistiques :
 - nombre de jours d'hospitalisation par service en fonction de l'âge et du sexe,
 -

-2- LES APPLICATIONS MEDICALES.

A) Prestations des soins :

- La gestion du dossier médical.
Nous en reparlerons plus loin.
- Le laboratoire.
L'outil informatique permet une édition automatique des protocoles. Le traitement peut être effectué aussi bien pour les petits laboratoires que pour les laboratoires possédant des auto-analyseurs reliés à de petits ordinateurs de processus de contrôle.
- Les prestations techniques :
 - analyse des électrocardiogrammes,
 - monitoring pour salle de soins intensifs,
 - calcul de doses en radiothérapie,
 - ...
- La création des ordonnances.
- La diététique :
Organisation des repas en élaborant les menus en fonction des régimes et des goûts.
- L'aide au dépistage.
- Les nouvelles techniques :
Sous cette rubrique, l'on reprendrait l'ensemble des projets et des recherches qui n'ont pas encore trouvé à l'heure actuelle une solution fiable, mais qui, dans un proche avenir, seront des techniques médicales avancées.

B) La recherche médicale :

- La pharmacologie :
 - analyse des effets principaux des médicaments,
 - analyse des effets secondaires des médicaments.
- Les statistiques :
Le dossier médical devrait être structuré pour permettre des analyses statistiques telles que,
 - au niveau médical :
 - enquêtes rétrospectives,
 - enquêtes prospectives,
 - études de corrélation,
 - études de répartition ;
 - au niveau administratif :
 - le niveau de santé d'une population,
 - l'évolution des besoins en matière de soins,
 - ...
- Une banque d'information :
Ce fichier reprendrait des informations telles que :
 - nouvelles thérapeutiques,
 - nouvelles techniques,
 - résumés d'articles,
 - ...
- Simulation et modèles.

C) L'enseignement programmé au niveau universitaire :

- Enseignement des matières,
- Contrôle des connaissances.

REMARQUE : Nous avons éludé le problème du dossier médical au niveau des applications administratives et des applications médicales pour l'explorer en particulier. Le dossier médical est une tentative de rassembler des informations jusqu'alors très dispersées, pour faciliter leur exploitation par les médecins, tout en évitant les redondances. Nous avons l'espoir que l'accumulation de données partielles fera naître une information nouvelle plus riche que les éléments qui la composent, et sera ainsi le support de l'optimisation du travail du médecin.

Nous voudrions, dans ce contexte, citer les paroles du docteur F.H. ROGER, qui situe bien le problème en face duquel va se trouver le médecin, et le rôle que pourra y jouer l'informatique médicale par l'intermédiaire du dossier médical :

« Les informations médicales sont devenues de plus en plus fragmentaires, multiples et complexes. Il s'agit davantage d'un émiettement des connaissances que d'un éclatement de la médecine en de multiples spécialités. L'être humain parvient de plus en plus difficilement à intégrer cette masse de connaissances chaque fois plus élémentaires, plus quantifiables et plus précises, c'est-à-dire de plus en plus proches de l'informatique. L'ordinateur vient au moment opportun pour prolonger la mémoire de l'homme. Il aide le chercheur dans son analyse, dans sa dissection logique de la réalité. Mais il

devient aussi l'instrument indispensable à la découverte des interconnexions des réseaux d'informations élémentaires. Comme la santé résulte d'un équilibre dû à l'intégration d'unités infinitésimales, biochimiques, physiologiques, psychiques et sociales, la voie synthétique de l'informatique appliquée à la médecine n'est-elle pas particulièrement destinée à être féconde ? »

Nous donnerons maintenant un schéma de principe de ce que l'on pourrait trouver dans le dossier médical. Il peut se subdiviser en quatre sous-dossiers :

- A. l'administratif,
- B. le vital,
- C. l'« en cours »,
- D. l'historique.

A. L'administratif :

Dans l'administratif, on rencontre deux grands groupes de renseignements.

1. l'état civil du malade :
 - nom, prénom,
 - adresse,
 - localité,
 - ...
2. l'affiliation aux mutuelles :
 - nom, prénom du titulaire,
 - adresse,
 - localité,
 - ...

B. Le vital :

Le vital contiendrait les renseignements de première urgence pour le malade.

- Groupe sanguin,
- Affections chroniques telles que :
 - diabète,
 - épilepsie,
 - ...
- Allergies :
 - aux médicaments,
 - ...
- Les vaccins.

C. L'« en cours » :

L'« en cours » comprendrait les différentes transactions créées pour le malade durant son hospitalisation :

- transfert,
- prestations médicales,
- prestations techniques,
- pharmacie,
- ...

D. L'historique :

Il comprendrait l'ensemble des affections du malade constatées en milieu hospitalier, qui, cumulées avec l'ensemble des traitements, nous donneraient une anamnèse complète.

Il se décomposerait en :

- 1) le résumé,
- 2) l'anamnèse complète.

LA FACTURATION DANS LE CONTEXTE D'UN H.I.S.

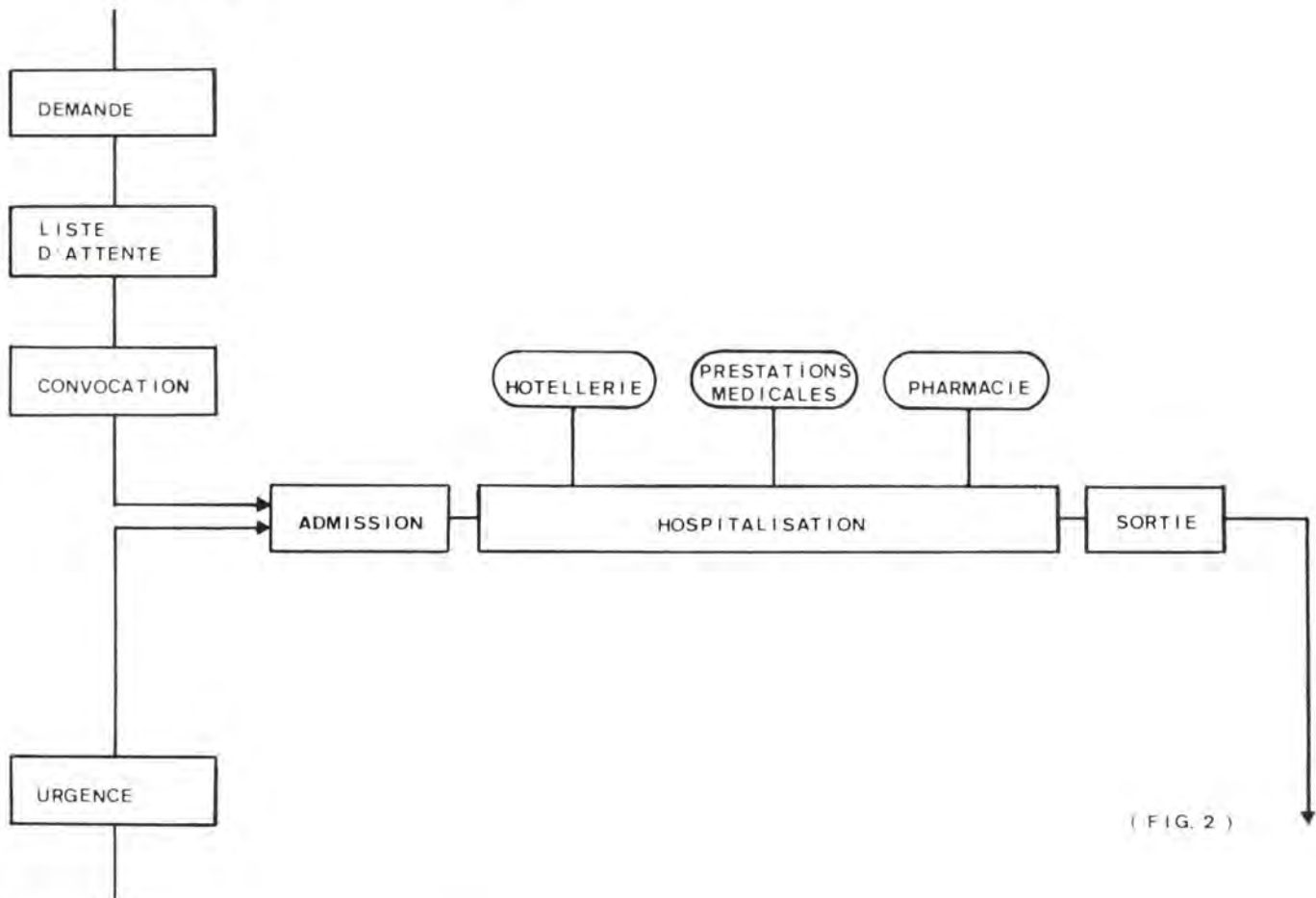
Après ce « listing » des éléments du H.I.S., nous allons intégrer l'ensemble des applications et situer la facturation dans le système créé. Pour situer la facturation, nous rechercherons, d'une part, l'ensemble des transactions qui sont nécessaires à l'établissement de la facture, et, d'autre part, le lieu et le moment de la création des dites transactions.

Pour ce faire, nous suivrons le malade dans les différentes étapes de l'hospitalisation et nous signalerons à chaque étape les transactions créées en direction de la facturation qui alimenteront le sous-dossier « en cours ».

Nous remarquerons rapidement que la source des informations se situe au niveau du malade et que beaucoup de transactions sont obtenues comme sous-produits des prestations de santé.

Les relations du malade avec l'hôpital se subdivisent en deux grandes étapes (fig. 2) :

- 1- Avant l'hospitalisation :
depuis la demande jusqu'à la convocation.
- 2- Pendant l'hospitalisation :
qui se subdivise en :
 - l'admission,
 - l'hospitalisation proprement dite,
 - la sortie.



(FIG. 2)

Première étape :

AVANT L'HOSPITALISATION.

On rencontrera généralement deux types de patients.

1. Le malade qui doit, avant son hospitalisation, être placé sur une liste d'attente jusqu'à ce qu'un lit lui soit affecté ;
2. Le malade qui arrive par le service des urgences et qui ne sera pas porté sur une liste d'attente.

A ce niveau, l'on ne rencontre aucune transaction en direction de la facturation. Seulement nous ne passerons pas aux différentes étapes de l'hospitalisation sans avoir souligné le fait que la gestion de cette liste d'attente n'est pas un problème trivial.

Pour le montrer, nous allons simplement citer un ensemble de contraintes auxquelles cette gestion de la file d'attente devrait faire face et, au vu de celles-ci, nous remarquerons que nous donnons les éléments d'un problème très semblable à celui de l'ordonnancement dans une entreprise classique.

Une liste de ces éléments, liste naturellement toujours non exhaustive, pourrait être, par exemple :

- Le temps que peut accepter le malade entre le moment où la demande d'hospitalisation est introduite et le début de cette hospitalisation ;
- Le délai que demande le malade entre le moment de la convocation et le moment de l'hospitalisation ;
- Les contraintes extraordinaires (par exemple le refus d'hospitalisation durant une période de vacances) ;
- Les traitements à subir par le malade ;
- Une estimation du temps d'hospitalisation ;
- Une estimation du temps de traitement ;
- Une estimation des temps des traitements préopératoires si ceux-ci sont nécessaires ;
- Une estimation des soins postopératoires.

Deuxième étape :

PENDANT L'HOSPITALISATION.

Cette deuxième étape se subdivise en trois parties :

- A) l'admission,
- B) l'hospitalisation,
- C) la sortie.

A) L'admission.

Lorsqu'un patient arrive à l'admission deux cas sont possibles : ou bien il vient pour la première fois, ou bien il a déjà été hospitalisé. Dans le premier cas, nous devons initialiser un sous-dossier administratif. Dans l'autre cas, il suffira de vérifier que les anciens renseignements sont toujours valables.

Dans un cas comme dans l'autre, le patient, au moment où il sort de l'admission, devra connaître le lit dans lequel il sera hospitalisé. Il devra être en possession d'un certain nombre de documents qui permettront de le reconnaître au cours de son hospitalisation. Nous devons en plus prévenir son médecin traitant et nous conformer à la loi en envoyant la notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement.

Nous rencontrons ici les premières transactions vers la facturation.

1. Le sous-dossier administratif nous donnera les renseignements sur les organismes assureurs et/ou les personnes auxquelles nous facturerons, ainsi que les modalités de cette facturation.
2. La notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement nous assurera du paiement des factures dans le cas de facturation à un organisme assureur.
3. Si le malade est arrivé en ambulance, il faudra créer une transaction de frais engagés.
4. Si le malade a versé une provision, il faudra créer une transaction d'avance de fonds.

B) L'hospitalisation.

A partir du moment où le malade quitte l'admission et entre dans le service où il doit être hospitalisé, commence l'hospitalisation proprement dite.

Celle-ci se subdivise en trois grands centres de frais :

- 1) L'hôtellerie ;
- 2) Les soins médicaux ;
- 3) La pharmacie.

Au départ de ces trois grands centres de frais, va se créer un ensemble de transactions en direction de la facturation.

1) L'hôtellerie.

Le malade est installé, au départ, dans un lit. Il n'est pas certain qu'il restera dans le même lit toute la durée de l'hospitalisation ; il est possible que le malade, à un moment donné, sera transféré dans un autre lit, soit à sa demande, soit pour les besoins du traitement.

L'affectation d'un lit à un malade entraîne des fournitures telles que draps, couvertures, accessoires spéciaux (poulies d'extension, barrières, ...).

Le patient doit également être nourri. Le régime est forcément varié, depuis la diète liquide jusqu'au régime complet. Le menu élaboré pour le malade devra concilier les goûts du malade et les exigences du traitement.

Le malade bénéficiera des soins infirmiers que nécessite son état.

Le malade ou les accompagnants du malade auront l'occasion de consommer un certain nombre d'extras (bouteilles d'eau, repas pour les accompagnants) et d'utiliser le téléphone.

A ce niveau, nous pouvons relever un certain nombre de transactions en direction de la facturation :

- La journée d'entretien :
 - l'occupation d'un lit,
 - l'alimentation,
 - les soins infirmiers ;
- Les fournitures diverses.
- Les transferts.

2) Les soins médicaux.

Il est difficile de classer les soins que va recevoir le malade, mais on peut définir deux grands axes :

- A. Le diagnostic,
- B. La thérapeutique.

A. Le diagnostic.

Dans la recherche du diagnostic, le médecin rassemble un ensemble de données qu'il juge significatives. A partir de ces données, il va essayer de rattacher l'état du malade à une rubrique nosologique. A partir du moment où il définit l'ensemble des symptômes caractérisant la maladie (le syndrome), le médecin peut poser un diagnostic.

Pour l'aider dans cette tâche, il a à sa disposition deux grandes classes de moyens :

1. L'examen clinique,
2. L'exploration en laboratoire.

1. L'examen clinique.

Le malade a un certain nombre de contacts avec le médecin. Pendant ces contacts, il s'établit un dialogue entre le médecin et son malade.

Le médecin prendra connaissance du sous-dossier vital et du sous-dossier historique. Il questionnera le malade sur son affection actuelle, passera alors à l'examen clinique et établira l'anamnèse.

- a) ou le diagnostic est positif, et l'on pourra passer à la thérapeutique,
- b) ou le diagnostic est différentiel, et le malade sera dirigé vers des examens complémentaires.

2. L'exploration en laboratoire.

On entend par laboratoire l'ensemble des services dont le but est la recherche de symptômes significatifs, et cela au moyen d'un matériel spécifique.

Les principaux laboratoires rencontrés dans un hôpital sont la radiologie, les laboratoires d'analyses biologiques, l'électrocardiographie, la scintigraphie, l'électroencéphalographie...

Cette exploration permettra de compléter le sous-dossier historique et donnera, normalement, aux médecins les données suffisantes pour poser le diagnostic.

B. La thérapeutique.

La thérapeutique est la suite logique et nécessaire du diagnostic. Au moment où le médecin pose son diagnostic, il élabore en même temps un processus de soins correspondant à celui-ci.

Le médecin dispose, en face d'un diagnostic, d'un ensemble de moyens thérapeutiques qui se subdivisent en deux parties :

1. L'emploi des médicaments ;
2. Les actes médicaux.

Nous traiterons le cas de l'emploi des médicaments au moment où nous parlerons du troisième centre de frais : la pharmacie.

Quant aux actes médicaux, nous citerons comme principaux moyens :

- La chirurgie,
- La radiothérapie,
- La physiothérapie,
- ...

Que l'on se situe au moment où le médecin pose son diagnostic ou au moment où il applique une thérapeutique, nous remarquerons que les transactions en direction de la facturation sont des sous-produits des actes médicaux (sauf dans le cas des honoraires à la durée, que nous examinerons plus loin).

3) La pharmacie.

Nous ne devons pas associer à la notion de pharmacie uniquement la notion de médicaments, mais nous devons y associer la notion de l'ensemble des produits pharmaceutiques qui sont délivrés aux malades.

1. Les médicaments.

A partir du moment où le médecin a posé son diagnostic, et si le malade peut être soigné au moyen de médicaments, il va créer l'ordonnance en se basant sur les médicaments mis à sa disposition, sur les caractéristiques de la maladie et sur les contre-indications qu'il pourrait trouver dans les sous-dossiers vital et historique. Quand cette ordonnance aura été créée, elle sera remise au pharmacien, qui préparera les médicaments et qui les remettra à l'infirmière, en lui signalant les diverses modalités et l'horaire suivant lequel on devra les administrer au malade.

2. Les produits médicaux.

Le médecin prescrira parfois au malade des produits qui ne sont pas directement des médicaments, mais qui sont nécessaires à la bonne réalisation de certains examens. Des produits de ce genre sont, par exemple, les produits opacifiants, en radiologie.

3. Les autres produits.

Une pharmacie peut livrer non seulement des médicaments et des produits médicaux, mais aussi un ensemble d'autres produits tels que le lait maternel, le sang, les dérivés du sang, etc...

La saisie des transactions en direction de la facturation s'effectuera au moment de la sortie de la pharmacie. Les transactions correspondent à des sous-produits de la gestion du stock de pharmacie.

Dans un ordre d'idées plus général, nous remarquerons que l'emploi du sous-dossier historique et du sous-dossier vital se fait dans une actualisation permanente, c'est-à-dire qu'au fur et à mesure des examens et des thérapeutiques, les sous-dossiers considérés sont complétés, modifiés, réorganisés,...

C) La sortie.

Quand le malade quitte l'hôpital, un ensemble d'opérations sont à effectuer.

- Le départ du malade correspond à la libération du lit, donc à une mise à jour de l'inventaire permanent des lits.
- Ce départ correspond aussi à l'envoi de l'avis de fin d'hospitalisation aux mutuelles.
- Le départ déclenche la facturation. Si l'ensemble des transactions créées pour ce malade ont été rassemblées, nous sortirons la facture. Seules, des transactions particulières issues des laboratoires d'analyses biologiques peuvent encore être absentes et il est possible de le savoir en le vérifiant dans le fichier du labo qui reprend « les analyses en cours pour le malade ».

Parallèlement à la facture, il se crée un ensemble de transactions vers la comptabilité générale, vers la comptabilité analytique et vers la gestion du « pool honoraires médicaux ». Il est bon de signaler que, si on établit une facture au moment où le malade quitte l'hôpital, on établit aussi une facture chaque fin de mois, ce qui facilite le calcul du prix de revient (art. 9) en comptabilité analytique.

Nous effectuerons aussi une gestion du compte provision, pour que le montant total que devra payer le malade ne soit jamais trop supérieur au montant de la provision.

Il est indispensable de signaler qu'entre la notification d'hospitalisation et l'avis de fin d'hospitalisation, il sera nécessaire d'envoyer des demandes de prolongation si l'hospitalisation dure trop longtemps.

Cet ensemble de réglementations n'est naturellement nécessaire qu'au moment où la mutuelle intervient comme tiers payant. Nous y reviendrons plus tard.

LA FACTURATION ET L'A.M.I.

Nous introduirons dans ce chapitre les lois qui sont édictées par l'Etat concernant le problème de la couverture des frais d'hospitalisation.

Dans le chapitre précédent, nous avons, au niveau de l'hospitalisation proprement dite, rencontré trois grands centres de frais :

- l'hôtellerie,
- la pharmacie,
- les soins médicaux.

Nous allons maintenant reprendre ces grands centres de frais l'un après l'autre et énoncer les règles que l'Etat impose pour chacun d'eux, ensuite nous signalerons les procédures à appliquer dans les rapports avec les organismes assureurs et l'établissement des factures.

1) L'HÔTELLERIE.

Le paiement du prix normal de la journée d'entretien est dû pour chaque journée comprenant au moins une nuit. Toutefois, si le bénéficiaire décède à l'établissement le jour même de son admission, le paiement de la journée d'hospitalisation est dû.

Sont comptés ensemble pour une seule journée d'hospitalisation, le jour d'entrée et le jour de sortie sauf dans les cas où les conditions suivantes sont réalisées simultanément : admission d'un bénéficiaire avant 12 heures le jour de son entrée et départ du bénéficiaire après 14 heures le jour de sa sortie. Le prix de séjour d'une journée en chambre commune qui, sauf stipulation contraire, peut seul être porté en compte, est le prix normal de la journée d'entretien par service.

Toutefois, lorsque l'hospitalisation donne lieu à une intervention, soit des organismes assureurs dans le cadre de la législation en matière d'assurance maladie-invalidité, soit de la société nationale des chemins de fer belge ou de l'Oeuvre nationale des invalides de guerre dans le cadre de leur réglementation propre, soit d'une Commission d'Assistance publique ou de l'Etat, en faveur des indigents, le prix normal de la journée d'entretien des divers services peut être converti, soit pour l'ensemble des services, soit pour certains d'entre eux, en un prix moyen. Cette conversion se fait pour une année déterminée de la façon suivante : le prix normal de chaque service est multiplié par le nombre de journées d'occupation des lits de ce service pendant la période du 1er juillet de l'année pénultième au 30 juin de l'exercice précédant l'année déterminée. La somme des produits ainsi obtenus est divisée par le total des journées d'occupation des lits de l'ensemble des services pendant la même période. Le quotient représente le prix moyen. Le service des prématurés est exclu de la formule de conversion.

Les conventions avec les établissements hospitaliers peuvent prévoir que ces derniers sont autorisés à déroger à l'application des taux de journée d'entretien, dans le cas où les bénéficiaires de l'assurance « soins de santé » ont exigé d'être hospitalisés dans une chambre particulière sans que leur état de santé ou les nécessités techniques d'examen, de traitements ou de surveillance ne l'exigent.

Pour les séjours dans une chambre à deux lits, un supplément au prix normal peut être porté en compte à charge du malade qui a exigé une telle chambre, à condition qu'au moins la moitié du nombre de lits de l'hôpital puissent être affectés au séjour des malades qui désirent être hospitalisés au prix normal. Le montant qui peut être porté en compte est fixé après consultation paritaire des organismes assureurs en matière d'assurance maladie-invalidité et des organismes représentant les gestionnaires des hôpitaux.

Pour le séjour dans une chambre à un lit, un supplément au prix normal peut être porté en compte à charge du malade qui a exigé une telle chambre, à condition qu'au moins la moitié du nombre de lits de l'hôpital puissent être affectés au séjour des malades qui désirent être hospitalisés au prix normal. Le montant qui peut être porté en compte est fixé librement par l'établissement. Ce prix reste valable aussi longtemps que le service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité n'aura pas été avisé d'une adaptation éventuelle ; cette adaptation doit être justifiée par la survenance d'un fait nouveau ayant une répercussion sur le prix de la journée d'entretien.

Est considérée comme chambre commune la chambre où est admis plus d'un malade.

Lorsque l'état de santé du patient, les nécessités du service ou les conditions techniques d'examen, de traitement ou de surveillance l'exigent, le séjour en chambre particulière est assimilé, quant au prix, au séjour en chambre commune.

Les prix de la journée d'entretien couvrent de manière forfaitaire tous les frais résultant du séjour du bénéficiaire dans l'établissement en chambre commune et de la dispensation des soins qui lui sont prodigués dans l'hôpital. Donc, en cas d'hospitalisation, les frais de la salle d'opération ou de la salle de plâtre sont considérés comme étant compris dans les frais de la journée d'entretien.

Ne sont pas compris dans les prix de la journée d'entretien, le coût des spécialités pharmaceutiques, ainsi que les honoraires des praticiens de l'art de guérir et des praticiens paramédicaux relatifs aux prestations de santé, à l'exclusion des soins par infirmières.

2) LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES.

On rencontre trois groupes de Spécialités pharmaceutiques :

- les Spécialités pharmaceutiques,
- les Produits assimilés,
- les Spécialités non admises par l'assurance maladie-invalidité.

A) Les Spécialités pharmaceutiques admises par l'assurance maladie-invalidité.

On les définit comme étant tout médicament destiné à la médecine humaine qui est préfabriqué, enregistré par les services compétents en la matière du Ministère de la Santé Publique et vendu sous dénomination et conditionnement spéciaux à un prix fixe approuvé par le Ministère des Affaires Economiques.

L'intervention du bénéficiaire dans le prix des spécialités administrées en milieu hospitalier disposant d'un service pharmaceutique est fixée à 15 francs. (0 franc pour les P.I.V.O. pour certains médicaments dans le cas de maladies chroniques).

Le bénéficiaire paie une fois cette intervention par tranche d'un nombre d'unités de dosage prescrit, compris dans le plus grand conditionnement individuel admis de cette spécialité. La différence entre le prix calculé par unité pharmaceutique et l'intervention du bénéficiaire comme prévu ci-avant est porté en compte à l'assurance par l'établissement hospitalier. Il n'est dérogé à cette règle que si l'établissement hospitalier fournit la preuve que le prix d'achat qu'il a payé, augmenté de 10 %, dépasse le prix fixé à l'alinéa précédent.

Cette preuve peut être fournie par l'établissement au moyen d'une déclaration dont le modèle et les modalités de contrôle sont fixés par le comité de gestion du service des soins de santé de l'I.N.A.M.I.

Cette déclaration doit être jointe à la facture pharmaceutique, document dans lequel le responsable du dépôt déclare que les prix portés en compte constituent le prix d'achat réel augmenté de 10 %. Si le prix de la quantité délivrée d'une spécialité est inférieur à l'intervention du bénéficiaire, ce prix est totalement à charge de ce dernier.

Les dispositions reprises pour les médicaments sont d'application même au cas où le bénéficiaire est soigné, à sa demande, dans une chambre à un lit ou dans une chambre à deux lits.

Des sommes forfaitaires peuvent être déterminées pour le paiement des spécialités pharmaceutiques.

Ces forfaits journaliers couvrent les frais de toutes les spécialités pharmaceutiques utilisées en période d'hospitalisation. Ce cas est notamment rencontré quand le malade appartient à la Société Nationale des Chemins de fer Belges.

Sont assimilés aux spécialités tous les produits qui ne sont pas essentiellement des spécialités, mais qui, pour ce qui est du remboursement de l'assurance maladie-invalidité, sont considérés comme tels par l'arrêté du 24-12-1963.

Il s'agit notamment de :

1. Le sang, plasma, fibrinogène :

- Pour tous les dérivés frais du sang (culot globulaire, les globules rouges lavés, le plasma enrichi en plaquettes, le concentré plaquettaire et pour un des dérivés stables (la solution stable de protéines plasmatiques humaines), le bénéficiaire paie une fois une intervention de 12 francs par 100 ml.
- Pour les autres dérivés stables (fibrinogènes, gammaglobulines), le bénéficiaire paie 15 francs par flacon.

2. Les vaccins :

Le bénéficiaire paie une fois son intervention de 15 francs par vaccin.

3. Le lait maternel :

Le bénéficiaire paie une fois son intervention de 12 francs par dispensation d'une tranche de 200 ml. de lait maternel.

4. Les liquides à perfusion :

La quote-part malade est de 15 francs. C'est suivant le type de Baxter que le bénéficiaire paiera son intervention par dispensation d'une tranche de 500 ml. ou de 1.000 ml.

5. Les radio-isotopes :

- Condition de remboursement des radio-isotopes utilisés à titre thérapeutique :
Les produits sont facturés individuellement par bénéficiaire traité, en se référant à la facture du producteur.

Le prix facturé est la base de remboursement. Par traitement, le bénéficiaire paie comme intervention le montant de 15 francs.

- Conditions de remboursement des radio-isotopes utilisés à titre de diagnostic :

La base de remboursement est fixée forfaitairement à :

- a) 400 francs pour les tests avec molécules inorganiques marquées ;
- b) 1.500 francs pour les tests avec molécules organiques marquées.

L'intervention du bénéficiaire dans ces forfaits est de 15 francs.

6. Les produits à base d'insuline :

Le bénéficiaire paie une fois son intervention de 15 francs par dispensation d'une tranche de 1.200 unités maximum d'une ou de plusieurs des insulines admises individuellement. Cette intervention est supprimée pour les bénéficiaires ayant la qualité de P.I.V.O.

7. Les bandes et autres matières plâtrées :

Les bandes et autres matières plâtrées sont remboursées par l'assurance maladie-invalidité aux montants indiqués, sur présentation d'une facture jointe à l'attestation de soins pour les interventions auxquelles se rapportent ces fournitures.

Le remboursement par l'assurance maladie-invalidité des bandes et autres matières plâtrées est ramené à 75 % des montants pour les enfants en dessous de 12 ans.

Ne sont pas considérés comme spécialités ni comme assimilés les produits suivants :

- L'oxygène,
- les produits de régime ou les produits alimentaires spéciaux qui n'ont pas été enregistrés par le département de la Santé publique et de la Famille,
- les pansements,
- les articles de soins tels que : catgut, fil en nylon,...
- les trousseaux pour perfusion intraveineuse.

Les frais occasionnés par ce type de produits sont couverts par le prix de la journée d'entretien.

B) Les spécialités non admises par l'assurance maladie-invalidité :

Le prix des spécialités non admises est totalement à charge du patient.

3) LES SOINS MÉDICAUX.

La tarification des honoraires médicaux s'effectue conformément à l'arrêté royal du 16 novembre 1973 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, paru au Moniteur du 5 décembre 1973.

Cet arrêté royal correspond à une convention négociée entre les six mutualités qui ont ce monopole dans notre pays, et la fédération des Chambres syndicales des médecins. Dans cette nomenclature, chaque prestation est désignée par un numéro d'ordre précédant le libellé de la prestation.

Le libellé de chaque prestation est suivi de la mention d'une lettre clé :

- N pour les avis, visites et consultations de tout médecin ou praticien de l'art dentaire ainsi que pour certaines prestations techniques des docteurs en médecine ;
- K pour les autres prestations techniques des docteurs en médecine ;
- C pour la surveillance par tout médecin d'un bénéficiaire hospitalisé ;
- L pour les prestations techniques des praticiens de l'art dentaire ;
- V pour celles des accoucheuses ;
- M pour celles des kinésithérapeutes ;
- W pour celles des infirmières et du personnel de soignage ;
- Z pour celles relevant de la compétence des opticiens ;
- S pour celles relevant de la compétence des acousticiens ;
- Y pour celles relevant de la compétence des bandagistes ;
- T pour celles relevant de la compétence des orthopédistes.

Cette lettre-clé est suivie d'un nombre-coefficient qui exprime la valeur relative de chaque prestation.

La lettre-clé est un signe dont la valeur en francs est fixée conventionnellement : cette valeur peut varier pour chacune des lettres-clés. Toute note établie comme attestation d'une quelconque prestation doit mentionner le numéro d'ordre.

Nous signalerons d'abord que les prestations dont le numéro d'ordre commence par un chiffre différent de zéro sont entièrement à charge de la mutuelle.

Dans le cas où le premier chiffre est un zéro, 25 % du montant sont à charge du malade.

Dans ce chapitre, nous n'examinerons pas chaque prestation l'une après l'autre, mais nous essayerons de montrer quelques exemples du type de tarification que l'on peut rencontrer. C'est dans le cadre de l'étude des fichiers nécessaires à la tarification des honoraires médicaux que nous signalerons l'ensemble des paramètres dont nous aurons besoin.

Nous subdiviserons cependant les prestations de la nomenclature en quatre grands types (au point de vue de la facturation) :

- 1) Les prestations simples ;
- 2) Les prestations connexes ;
- 3) Les prothèses ;
- 4) Les prestations tarifées à la durée.

1) Les prestations simples.

A) Tarification normale.

" 2523	Thoracotomie pour plaie ouverte du thorax ou pour volet costal mobile	N	600
2524	Thoracotomie avec tentative d'exérèse	N	400
2525	Thoracotomie pour suture pulmonaire ou thoracotomie pour pneumothorax spontané et récidivant	N	400 ,,

B) Les triples en radiologie.

" 5153	Radiographie de la colonne lombo-sacrée, y compris éventuellement l'articulation sacro-iliaque, minimum 2 clichés.	N	55
5154	Radiographie de la colonne lombo-sacrée, y compris éventuellement l'articulation sacro-iliaque, par cliché supplémentaire	N	15
5155	Radiographie de la colonne lombo-sacrée, y compris éventuellement l'articulation sacro-iliaque, maximum pour l'ensemble de l'examen	N	175 ,,

C) Les multiples en radiumthérapie.

" 4501	Traitement de cancer au moyen de : 1. Hautes énergies ou de gammathérapie (béta-tron, accélérateur linéaire, télécobalt, téléradium). 2. Techniques roentgénéthériques nécessitant un appareillage particulier (cyclothérapie, technique pendulaire, technique convergente rotatoire). 3. Techniques roentgénéthériques classiques. . .	K	800
--------	--	---	-----

Le taux forfaitaire prévu au n° 4501 n'est remboursé :

1. Pour les traitements par hautes énergies ou par gammathérapie que si le nombre de séances atteint ou dépasse 20.
2. Pour les traitements par des techniques roentgénéthériques nécessitant un appareillage particulier que si le nombre de séances atteint ou dépasse 30.
3. Pour les traitements par les techniques roentgénéthériques classiques que si le nombre de séances atteint ou dépasse 50.

En cas de recours à plusieurs champs, il convient de considérer chacun d'entre eux comme correspondant à une séance, avec un maximum de 2 champs par séance.

Si le nombre de séances n'atteint pas le nombre minimum fixé aux 1, 2 et 3 ci-dessus, les honoraires sont payés par séance, conformément aux nos 4514, 4515 et 4516 en ce qui concerne respectivement d'une part, les traitements par hautes énergies, gammathérapies et les traitements roentgénéthériques spéciaux et d'autre part, les traitements roentgénéthériques conventionnels, sans toutefois pouvoir dépasser pour l'ensemble du traitement, les taux prévus sous les nos 4503 et 4504 lorsqu'il s'agit de traitements roentgénéthériques.

En cas de répétition d'un traitement défini au n° 4501, plus d'un mois mais moins de 3 mois après la fin du traitement précédent, le taux des honoraires est réduit de 50 p.c. Toutefois, en cas de traitement n'atteignant pas le nombre minimum de séances prévu au deuxième alinéa, les honoraires sont payés par séance, conformément aux taux fixés sous les nos 4514 et 4515 jusqu'à concurrence de 50 p.c. des taux forfaitaires fixés pour le traitement complet.

Tout traitement commençant moins d'un mois après la fin du précédent est considéré comme la suite de celui-ci.

2) Les prestations connexes à une autre prestation.

A) Tarification au pourcentage.

Le montant réclamé correspond à un pourcentage de la prestation de base. Cet exemple se rencontre pour l'aide opératoire.

“ Pour l'aide opératoire au cours des prestations chirurgicales dont la valeur relative est égale ou supérieure à K 120 ou N 200, les honoraires sont forfaitairement fixés à 10 p.c. de la valeur de la prestation effectuée, quelle que soit la qualification du médecin qui aide à l'intervention. ”

B) Tarification proportionnelle.

Le montant réclamé est décidé suivant la valeur de la prestation de base. Nous rencontrerons ce type de tarification :

En anesthésiologie :

“ Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation :

1400	Classée dans une catégorie supérieure à K 600 ou N 1000	K	360
1401	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 600 ou N 1000 et supérieure à K 510 ou N 850	K	300

Pour les honoraires « assistance du médecin traitant » :

“ Les honoraires du médecin traitant qui a assisté à cette intervention sont fixés à :

1501	° Lorsque l'intervention chirurgicale est classée dans une catégorie égale ou supérieure à K 225 ou N 375	K	50
1502	° Lorsque l'intervention chirurgicale est classée dans une catégorie égale ou supérieure à K 180 ou N 300 et inférieure à K 225 ou N 375	K	35,,

Pour les prestations techniques urgentes :

“ Les honoraires pour les prestations techniques effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié sont augmentés de :

1951	Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 300 ou N 500	K	100
1952	Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 180 ou N 300 et égale ou inférieure à K 300 ou N 500	K	80,,

C) Les suppléments.

Le montant réclamé s'ajoute à la prestation de base.

Par exemple :

en radiologie :

5232	Supplément pour examens kymographiques	N	25
5233	Supplément pour radiographies de contrôle en salle d'opération au cours d'une intervention orthopédique ou chirurgicale	N	30,,

en médecine nucléaire :

4712	Lorsque des dosages nominativement mentionnés au chapitre de biologie clinique avec une valeur égale ou inférieure à N 50 sont effectués à l'aide de radio-isotopes, les honoraires portés en compte sont ceux prévus sous le numéro de code correspondant en biologie clinique majorés d'un supplément de	N	25
------	--	---	----

(Les attestations de soins doivent mentionner le n° 4712 pour ce supplément et le n° de code de la prestation de biologie clinique).

en soins dentaires :

" 1730	+ Supplément pour l'extraction, sous anesthésie générale, de moins de 8 dents, y compris l'alvéolectomie et les sutures éventuelles.	K	42
1740	+ Supplément pour traitement conservateur, sous anesthésie générale	K	42,,

3) Les prothèses.

A) Les prestations.

1. Tarification normale :

" 7090	amputation partielle ou totale des doigts : prothèse composée d'une manchette renforcée en son extrémité et pourvue d'un dispositif permettant l'adjonction d'outils.	T	615,,
--------	---	---	-------

2. Tarification sur devis :

" 8132	Genou.	Y	1514
8133	Sur mesure.		"

3. Tarification suivant l'âge :

			Enfants de moins de 12 ans	
" 7145	en tissu ou tissu élastique avec renfort métallique articulé au genou	T	147,5	T 147,5
7146	en tissu ou tissu élastique avec renfort métallique rigide au genou	T	106,2	T 106,2,,

B) Les réparations et entretiens.

1. Tarification normale :

" Réparation et entretien :

7064	d'un corset orthopédique ou d'un lombostat en cuir moulé, en matière plastique ou en cuir et coutil avec armature métallique complète, par année	T	59
7065	d'un minerve, par année.	T	23,6,,

2. Tarification par tranche :

" Réparation et entretien :

7083	d'un appareil orthopédique du membre supérieur, par tranche de T 100, par année	T	11,8,,
------	---	---	--------

3. Tarification en pourcentage :

" 0477	* Les honoraires pour remontage d'une prothèse sont équivalents à 75 p.c. des honoraires prévus pour cette prothèse.		
0478	* Les honoraires pour remplacement de la base sont équivalents à 40 p.c. des honoraires prévus pour la prothèse.		"

4) Les prestations tarifées à la durée.

Ces prestations ont une tarification qui dépend de la durée d'hospitalisation.

A) Les honoraires à la durée :

" Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé, quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus :

0080	les cinq premiers jours, par jour	C	12
0081	du sixième au douzième jour inclus, par jour	C	6
0082	le treizième jour et les jours suivants, par jour	C	3,,

Avec comme règles particulières :

1° Les honoraires de surveillance journalière dus pour une période déterminée se calculent à partir de la 1ère journée d'hospitalisation remboursée quel que soit le service ou la section où le bénéficiaire est initialement admis.

Une interruption d'hospitalisation de 1, 2 ou 3 jours ne permet pas de porter en compte une nouvelle fois les honoraires tels qu'ils sont prévus en début d'hospitalisation.

Dans les services O, K, P et V, une interruption d'hospitalisation ne dépassant pas 30 jours ne permet pas de porter en compte une nouvelle fois les honoraires prévus en début d'hospitalisation.

2° Les honoraires de surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé qui subit une intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique ou une prestation obstétricale, sont couverts pendant 10 jours par les honoraires prévus pour cette intervention. Ces 10 jours se comptent à partir du premier jour d'hospitalisation du bénéficiaire sous la surveillance d'un médecin spécialiste en pathologie externe ou d'un médecin spécialiste en anesthésie.

Lorsqu'une telle intervention se situe plus de 10 jours après l'admission du bénéficiaire sous la surveillance d'un médecin spécialiste en pathologie externe ou anesthésiste, la période d'immobilisation prend cours le jour où l'acte chirurgical, obstétrical ou orthopédique est presté.

3° Les honoraires de surveillance prévus sous les nos 0080 à 0084 ne peuvent être portés en compte qu'une fois par jour et par bénéficiaire hospitalisé. „

B) La réanimation:

Installation et surveillance de respiration contrôlée ou assistée continue, sous intubation trachéale ou trachéotomie en dehors de la narcose, la prestation prévue sous le n° 2999 pouvant être comptée en sus :

1250	Le premier jour	N	75
1251	Les deuxième, troisième, quatrième et cinquième jours, par jour	N	40 „

4) FORMALITÉS A L'ADMISSION ET AU COURS DE L'HOSPITALISATION.

Le prix normal de la journée d'entretien est dû pour les sept premiers jours d'hospitalisation si le bénéficiaire est hospitalisé pour recevoir un traitement médical ou subir une mise en observation, et pour les dix premiers jours pour recevoir un traitement chirurgical ou à l'occasion d'un accouchement. Mais l'établissement doit, dans les deux jours ouvrables qui suivent le jour de l'admission du bénéficiaire, adresser à l'organisme assureur un avis d'hospitalisation et d'engagement de paiement (modèle 721/bis). Ce document est établi en trois exemplaires et, dans les trois jours ouvrables qui suivent le jour de réception de ce modèle, l'organisme assureur renvoie deux exemplaires de ce document dûment complétés à l'établissement hospitalier ou lui fait connaître son refus éventuel de délivrer l'engagement de paiement.

L'établissement s'engage à ne pas dépasser la durée de l'hospitalisation fixée et à introduire auprès du médecin conseil s'il est nécessaire au plus tard le dernier jour de la période visée, une demande justifiée de prolongation de l'hospitalisation ; dans ces conditions, le prix normal de la journée d'entretien est dû jusqu'au moment où l'établissement reçoit la décision du médecin-conseil, si celle-ci ne lui est pas communiquée au plus tard le deuxième jour qui suit le jour de réception par le médecin-conseil de la demande de prolongation. Dans les mêmes conditions, l'établissement est tenu d'introduire auprès du médecin-conseil, s'il est nécessaire, au plus tard le dernier jour de la période qu'il a fixée, une nouvelle demande justifiée de prolongation de l'hospitalisation (modèle 723/1.2.3.4).

Si l'hospitalisation cesse avant l'expiration de la période de sept ou de dix jours, ou de la prolongation accordée par le médecin-conseil, l'établissement adresse au médecin-conseil, au plus tard le deuxième jour qui suit le jour de sortie du bénéficiaire, un avis de fin d'hospitalisation (modèle 727).

Lorsque le dernier jour prévu pour l'envoi des avis d'hospitalisation, des demandes de prolongation, de l'avis de fin d'hospitalisation, ainsi que la communication des décisions du médecin-conseil, est un samedi, un dimanche ou un jour férié légal, le délai est prolongé jusqu'au prochain jour ouvrable.

En cas de retard répété dans l'envoi des avis d'hospitalisation ou des demandes de prolongation, l'organisme assureur peut refuser le remboursement du prix normal de la journée d'entretien pour les journées d'hospitalisation précédant la période débutant à la date de cet envoi.

5. LA FACTURATION.

Lorsque l'établissement a opté pour le système du tiers payant, ce mode de paiement est d'application pour tous les bénéficiaires hospitalisés en chambre commune, en chambre à deux lits et en chambre particulière à un lit et se fait directement par l'organisme assureur à l'établissement.

Le montant des états de frais présentés aux organismes assureurs est dû dès réception de la facture, établie en deux exemplaires.

En cas de non-paiement des états de frais avant la fin du deuxième mois qui suit le mois de leur introduction, un intérêt moratoire de 5 % l'an est dû à partir du premier jour qui suit ce délai, sans mise en demeure. L'établissement est tenu d'introduire ses états de frais avant la fin du dernier mois qui suit la fin de l'hospitalisation du bénéficiaire. Passé ce délai, l'intérêt moratoire n'est pas dû en cas de paiement tardif par les organismes assureurs.

L'établissement hospitalier annexe un exemplaire de la notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement à la facture qu'il adresse à l'organisme assureur.

L'établissement hospitalier ne peut refuser le régime du paiement direct par l'organisme assureur à un bénéficiaire dont la période d'hospitalisation est trop courte pour que la notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement complété soit déjà en sa possession.

Les honoraires médicaux sont très souvent réclamés par l'hôpital pour le compte du médecin et, très souvent aussi, ils sont introduits directement auprès des organismes assureurs. Il en va de même pour le coût des spécialités pharmaceutiques.

SOLUTIONS APPLIQUEES AU SINGER SYSTEM TEN

INTRODUCTION

Avant de proposer un ensemble de solutions que l'emploi de l'outil informatique apporte au problème de la facturation hospitalière pour les malades internes, nous expliquerons dans quel esprit cette approche a été conçue. Notre but était d'introduire la facturation dans le contexte d'un H.I.S. selon les concepts exprimés au chapitre premier. Tout en gardant l'idée de base du H.I.S., nous lui imposerons certaines restrictions. La première restriction sera d'admettre la difficulté de l'élaboration, de l'utilisation et du stockage du sous-dossier historique. Cette difficulté a pour origine le manque de standardisation des termes médicaux. De gros efforts sont faits à l'heure actuelle en vue de cette standardisation. Nous pensons ici aux travaux qui sont effectués au Canada et aux Etats-Unis pour l'élaboration d'une nomenclature des termes médicaux, et plus particulièrement à SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine). La deuxième restriction découle de la première. On peut se demander si le stockage du sous-dossier administratif dans le contexte d'un H.I.S. amputé du sous-dossier historique est réellement rentable. Nous croyons qu'il est nécessaire de stocker le sous-dossier administratif quand on stocke le sous-dossier historique, mais sans celui-ci ; il nous semble moins coûteux d'introduire les renseignements du malade à chaque hospitalisation. Nous parlons ici de malades internes, et non d'externes qui sont censés guéris à la sortie et censés ne plus revenir à l'hôpital dans un avenir proche.

Nous considérerons donc dans ce qui suit que le sous-dossier administratif est créé à l'admission, même si le malade a déjà été hospitalisé, tout en gardant la possibilité dans la suite de gérer le sous-dossier administratif de la façon préconisée au chapitre premier. Nous considérerons également que l'ensemble des renseignements nécessaires à l'établissement du sous-dossier « En cours » sont obtenus comme sous-produits d'autres applications.

Nous définirons le contenu et la structure du sous-dossier « En cours ».

L'organisation sera conçue afin que chaque application alimentant le sous-dossier « En cours » se greffe facilement sur la chaîne de facturation exploitant ce sous-dossier.

Nous ne délivrerons pas la facture au malade au moment de sa sortie, ce qui nous impose une restriction supplémentaire, mais nous garderons la possibilité dans l'avenir d'exécuter cette facture immédiatement grâce à une organisation adéquate du sous-dossier « En cours ».

Ce chapitre se divise en quatre parties :

1. L'admission et le sous-dossier administratif
2. Le sous-dossier « En cours »
3. La facturation
4. Les traitements annexes

1. L'ADMISSION ET LE SOUS-DOSSIER ADMINISTRATIF

La procédure d'admission initialise le sous-dossier administratif.

Nous décrivons les différentes tâches qui pourraient être effectuées au service de l'admission. Les programmes qui se dérouleront sur la partition affectée au service de l'admission sont :

- 1) La procédure d'admission ;
- 2) L'édition d'étiquettes ;
- 3) La gestion des transferts ;
- 4) Les programmes de mise à jour du sous-dossier administratif.

Les programmes de l'admission sont des programmes qui doivent travailler en temps réel. Nous verrons au moment où nous aborderons chacun d'eux les raisons qui imposent le temps réel.

1) LA PROCEDURE D'ADMISSION

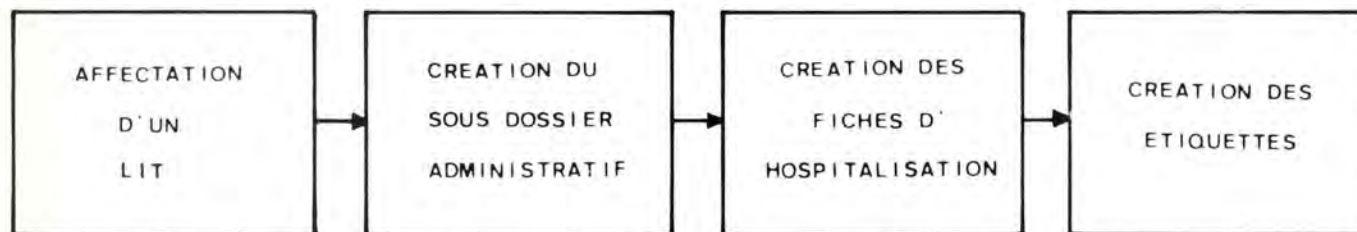
Le programme qui effectue l'admission des malades doit nécessairement travailler en temps réel pour deux raisons :

- 1) Il doit permettre d'affecter une chambre au malade dès son entrée ;
- 2) Il est nécessaire de saisir directement les renseignements du malade pour qu'il se trouve sur le fichier au moment où il quitte le bureau d'admission, car il passera une visite médicale et un premier lot d'analyses de laboratoire dès son entrée.

La procédure d'admission s'effectue en quatre étapes :

- 1) L'affectation d'un lit ;
- 2) La création du sous-dossier administratif ;
- 3) La création des fiches hospitalisation ;
- 4) La création des étiquettes.

(FIG. 3)



1) Affectation d'un lit

Au départ l'infirmière va décider du type de recherche qu'elle va imposer sur le fichier « Inventaire permanent des lits ».

Elle a le choix entre deux types de recherches :

- A) La recherche paramétrée ;
- B) La recherche imposée.

A) La recherche paramétrée.

Sur la base de certains critères, le programme recherchera dans le fichier un lit qui peut répondre aux conditions imposées. Les quatre critères employés dans le programme sont :

- a) Le service d'hospitalisation qui est demandé par le malade (caractérisé par le bloc et l'étage) ;
- b) Le sexe du malade, qui doit permettre de placer celui-ci parmi des malades du même sexe que lui dans le cas d'une hospitalisation dans une chambre commune ;
- c) Le type de chambre demandé par le malade ou exigé par le traitement ;
- d) L'âge du malade, qui devrait permettre de placer celui-ci avec des personnes de même âge dans le cas d'une hospitalisation en chambre commune.

Quand les critères de recherche ont été donnés par l'infirmière, le programme recherchera un lit dans le fichier.

Trois possibilités de réponse peuvent se rencontrer :

- a) Le lit répondant aux conditions est accepté ;
- b) Le lit répondant aux conditions est refusé, et le programme devra chercher un autre lit ;
- c) Le programme ne trouve pas de lits et il demande à l'infirmière de poser de nouveaux critères.

On remarquera que le poids accordé au critère de l'âge peut être, soit diminué en permettant une différence plus importante entre l'âge du patient et l'âge des malades déjà présents dans la chambre, soit neutralisé en supprimant cette contrainte.

On remarquera aussi qu'il est impossible de neutraliser le critère du sexe dans le contexte d'une chambre commune.

B) La recherche imposée.

Dans le cas d'une recherche imposée, le programme va, sur base du numéro du lit demandé, rechercher ce lit dans le fichier sans tenir compte d'aucun critère. Cette technique permettra, par exemple dans le cas de l'hospitalisation d'un couple, de choisir une chambre à deux lits vides, d'affecter le premier par une recherche paramétrée et d'affecter le second par une recherche imposée.

Pendant que l'infirmière indique le type de recherche et les paramètres de cette recherche, elle peut obtenir également les premiers renseignements à introduire dans le sous-dossier administratif.

Nous présenterons la structure du fichier et nous proposerons une technique d'utilisation.

A) La structure du fichier

Le fichier se divise en deux sous-fichiers :

- les chambres à 1 ou 2 lits ;
- Les chambres à 3, 4 ou 5 lits.

1) Les chambres à 1 ou 2 lits.

On subdivise le fichier en deux parties.

- A) La partie « Inventaire des lits » ;
- B) La partie « Relevé des malades ».

Chacune des deux parties possède la même entête. Seul le numéro d'ordre dans cette entête prendra une valeur différente. L'entête comprend quatre caractéristiques :

A	B	C	D
---	---	---	---

A. Le numéro de bloc d'hospitalisation (1 c)

Bloc A	1
Bloc B	2
Bloc C	3
Bloc P.M.	4
Bloc REA	5
Bloc C.P.	6
Bloc U.S.I.	7

B. L'étage dans le bloc (2 c)

Bloc A	1 à 6
Bloc B	5 à 6
Bloc C	0 à 6
Bloc P.M.	0
Bloc rea	0
Bloc C.P.	0
Bloc U.S.I.	0

C. Le numéro d'ordre (1 c)

Pour « l'inventaire des lits », le numéro d'ordre est égal à 0.

Pour « le relevé des malades », le numéro d'ordre est compris entre 1 et 3.

D. Le nombre de chambres dans l'enregistrement (2 c).

	Chambre 1	Chambre 2	TOTAL
CP	20	1	21
A1	—	8	8
A2	—	15	15
A3	—	8	8
A4	—	8	8
A5	—	7	7
A6	—	—	—
B5	5	—	5
B6	—	7	7
USI	7	—	7

	Chambre 1	Chambre 2	TOTAL
PM	9	8	17
C0	—	12	12
C1	16	—	16
C2	—	7	7
C3	—	7	7
C4	—	7	7
C5	—	7	7
C6	—	—	—
REA	1	—	1

Examinons maintenant le reste de l'enregistrement.

1) La partie « inventaire des lits ».

Elle est subdivisée en n enregistrements logiques « chambres ».

Le nombre n est défini par le nombre de chambres du service. Les enregistrements sont structurés de la façon suivante :

A	B	C	D	E	F	G	H	I
---	---	---	---	---	---	---	---	---

A : numéro de la chambre dans l'étage considéré (2c) ;

B : le sexe des personnes actuellement dans la chambre (1C) ;

1 = masculin,

2 = féminin ;

C : le nombre de lits théoriques (1C) ;

D : le nombre de lits possibles (1C) ;

E : le nombre de lits occupés (1C) ;

0 = pas de lits occupés,

1 à 2 = nombre de lits occupés,

9 = chambre neutralisée ;

F : le numéro d'ordre d'enregistrement dans lequel on pourra retrouver le numéro du dossier (cet enregistrement appartient à la partie « relevé des malades ») (1C) ;

G : le déplacement dans l'enregistrement considéré au point F (3C) ;

H et I : la tranche d'âge des personnes installées dans les lits (2 × 1C) :

0 lit vide,

1 âge < 10 ans

2 de 10 à 15 ans

3 de 16 à 20 ans

4 de 21 à 30 ans,

5 de 31 à 40 ans,

6 de 41 à 50 ans,

7 de 51 à 70 ans,

8 âge > 71 ans,

9 lit inexistant.

2) La partie « Relevé des malades ».

Elle est subdivisée en un certain nombre d'enregistrements « chambre ».

Nous définirons le nombre plus loin. L'enregistrement « chambre » est composé de deux numéros de dossiers, ce qui donne 2 fois 9 caractères, c'est-à-dire 18 caractères.

Nous aurons des articles comportant 3 secteurs de 94 caractères, c'est-à-dire 282 caractères, qui se subdivisent en :

pour la partie « inventaire des lits » :

● en-tête

6 C

● 23 enregistrements « chambre » $23 \times 12 =$

276 C

282 C

pour la partie « relevé des malades » :

● entête

6 C

● 15 enregistrements « chambre » $15 \times 18 =$

270 C

● filler

6 C

282 C

On remarquera qu'il faudra deux articles pour prendre en compte les 23 chambres prévues. Le premier contiendra 15 chambres et aura comme numéro d'ordre la valeur 1, et le deuxième contiendra 8 chambres et aura comme numéro d'ordre la valeur 2.

2) Les chambres à 3, 4 et 5 lits.

Ce fichier est construit suivant le même principe que celui des chambres à 1 ou 2 lits. La première différence réside dans le fait que nous aurons à prendre en compte 5 lits par chambre au lieu de deux.

Ceci nous donnera :

Au niveau « inventaire des lits »,
des enregistrements « chambres » du type suivant :

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

où H, I, J, K, L sont les tranches d'âge associées aux malades affectés aux lits correspondants ;

Au niveau « relevé des malades »,

des enregistrements « chambre » composés de cinq numéros de dossiers, c'est-à-dire 45 caractères.

La deuxième différence trouve son origine dans l'écart entre le nombre de chambres à 1 ou 2 lits et le nombre de chambres à 3, 4 ou 5 lits.

	CHAMBRE 3	CHAMBRE 4	CHAMBRE 5	TOTAL
PM	—	—	—	—
C0	—	—	—	—
C1	—	—	—	—
C2	8	—	—	8
C3	8	—	—	8
C4	8	—	—	8
C5	8	—	—	8
C6	2	—	—	2
REA	—	2	—	2
CP	—	—	2	2
A1	—	4	—	4
A2	—	—	—	—
A3	—	4	—	4
A4	—	4	—	4
A5	4	—	—	4
A6	—	—	10	10
B5	—	—	—	—
B6	—	—	—	—
U.S.I.	—	—	—	—

La longueur des articles sera de 2 secteurs de 94 caractères, c'est-à-dire 188 caractères qui se subdivisent en :

pour la partie « inventaire des lits »:

- entête 6 C
 - 4 enregistrements « chambre » $4 \times 15 C = 180 C$
 - filler 2 C
- 188 C

pour la partie « relevé des malades »:

- entête 6 C
 - 4 enregistrements « chambre » $4 \times 45 C = 180 C$
 - filler 2 C
- 188 C

On remarquera qu'il faudra trois articles pour prendre en compte les 12 chambres prévues. Le premier contiendra 4 chambres et aura comme numéro d'ordre la valeur 1. Le deuxième contiendra 4 chambres et aura comme numéro d'ordre la valeur 2, et le troisième contiendra aussi 4 chambres et aura comme numéro d'ordre la valeur 3.

Le volume total des deux fichiers se décompose donc comme suit :

	INVENTAIRE	RELEVE	TOTAL	INVENTAIRE	RELEVE	TOTAL
PM	1	2	3	—	—	—
C0	1	2	3	—	—	—
C1	1	2	3	—	—	—
C2	1	1	2	1	2	3
C3	1	1	2	1	2	3
C4	1	1	2	1	2	3
C5	1	1	2	1	2	3
C6	—	—	—	1	1	2
REA	1	2	3	1	1	2
CP	1	1	2	1	1	2
A1	1	1	2	1	1	2
A2	1	1	2	—	—	—
A3	1	1	2	1	1	2
A4	1	1	2	1	1	2
A5	1	1	2	1	1	2
A6	—	—	—	1	3	4
B5	1	1	2	—	—	—
B6	1	1	2	—	—	—
USI	1	1	2	—	—	—
			42			30

Total pour

chambres à 1 ou 2 lits : 42×3 secteurs = 136 secteurs

chambres à 3, 4 ou 5 lits : 30×2 secteurs = 60 secteurs

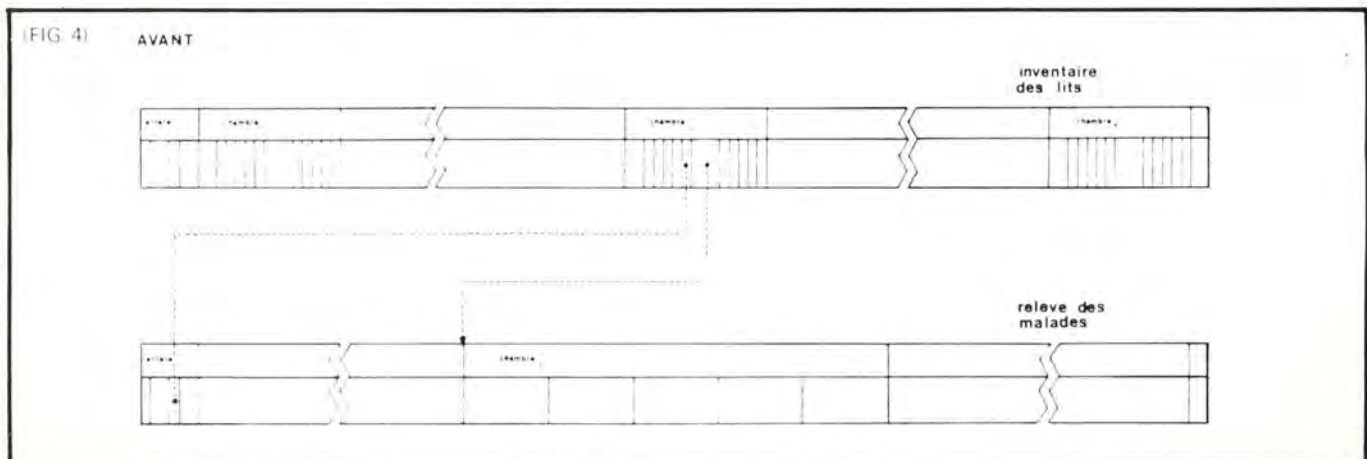
Nous prendrons une table d'index à 15 éléments pour le premier, et une table à 7 éléments pour le second.

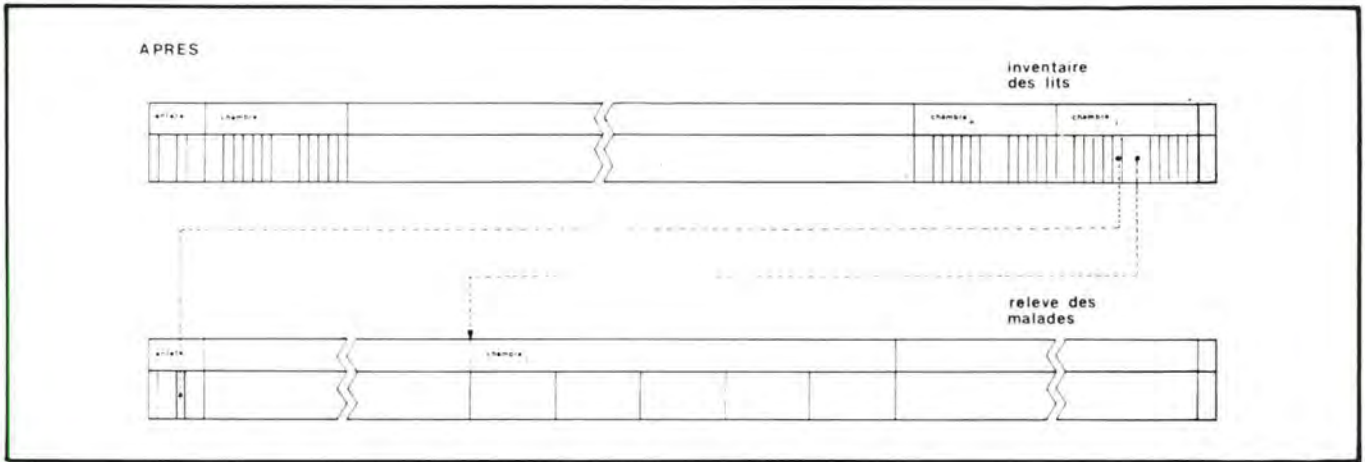
B) Le mode d'emploi

1) Recherche d'une chambre.

On balaie l'enregistrement « inventaire des lits » de la gauche vers la droite à la recherche d'une chambre où il y a au moins un lit libre. Quand on a trouvé cette chambre, on vérifie si elle répond aux conditions imposées. Si la réponse est affirmative, on présente le lit proposé à l'infirmière. Celle-ci a le droit de le refuser ou de l'accepter. Dans le premier cas, le programme devra rechercher un nouveau lit libre, dans le second cas, le programme affectera le lit au malade et vérifiera si la chambre est complète. Si celle-ci est complète, il faudra la placer en queue d'enregistrement et décaler les chambres situées à la suite de la chambre considérée (fig. 4).

Si on ne trouve pas de lits répondant aux conditions imposées, le contrôle sera rendu à l'infirmière pour qu'elle donne de nouveaux paramètres.





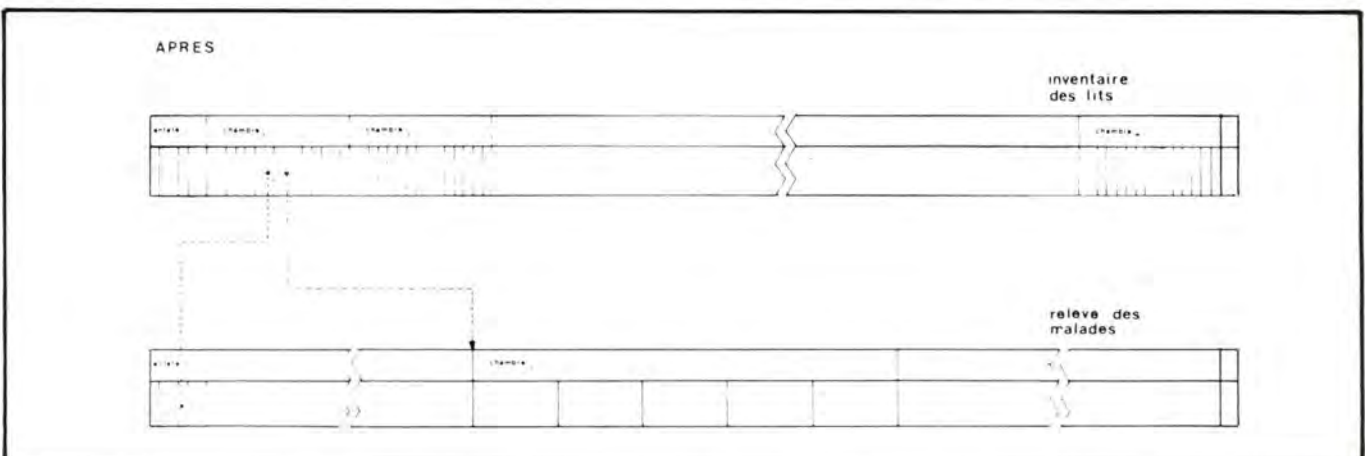
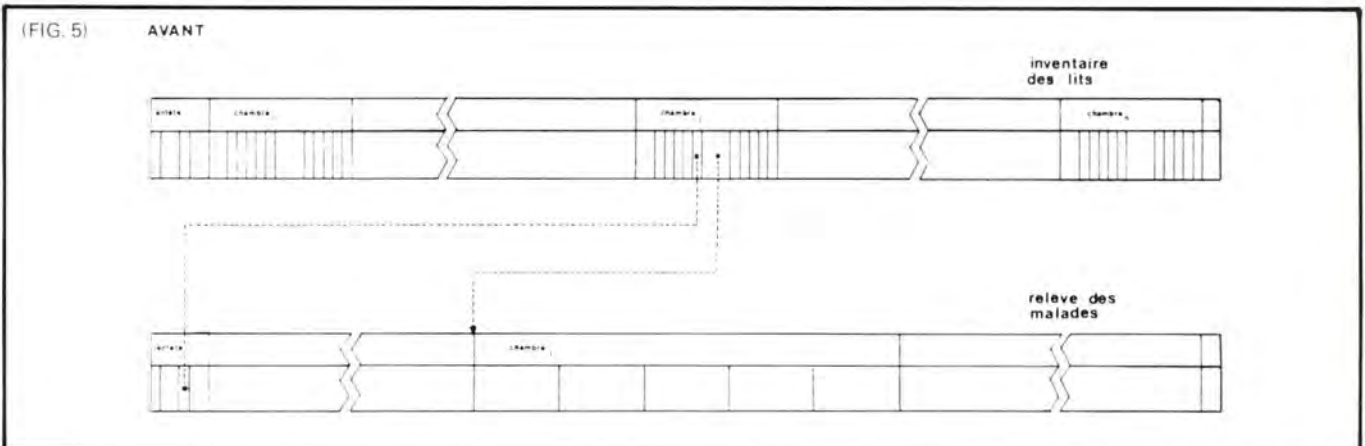
Le transfert des chambres complètes en fin d'enregistrement nous permettra de disposer les chambres avec lits vides vers l'entrée du balayage.

Ce système impose d'avoir l'enregistrement en entier en mémoire centrale pour ne pas perdre de temps en permutant les chambres.

C'est la raison de la création de deux types d'articles (« Inventaire des lits » et « Relevé des malades ») dans les fichiers « Chambres à 1 ou 2 lits » et « chambres à 3, 4 ou 5 lits ».

2) Libération d'un lit.

On balaie l'enregistrement « Inventaire des lits » de la droite vers la gauche à la recherche de la chambre dans laquelle se trouve le lit à libérer. Quand celle-ci est trouvée, on libère le lit et on regarde si la chambre n'est pas libre. Si elle est vide, on la transfère en début d'enregistrement et on décale vers la droite les chambres situées entre le début et la chambre considérée. Ceci nous permettra de ramener plus rapidement les lits inoccupés en début d'enregistrement. (Fig. 5)



1) La page « introduction » (Figure 7).

SINGER
BUSINESS MACHINES

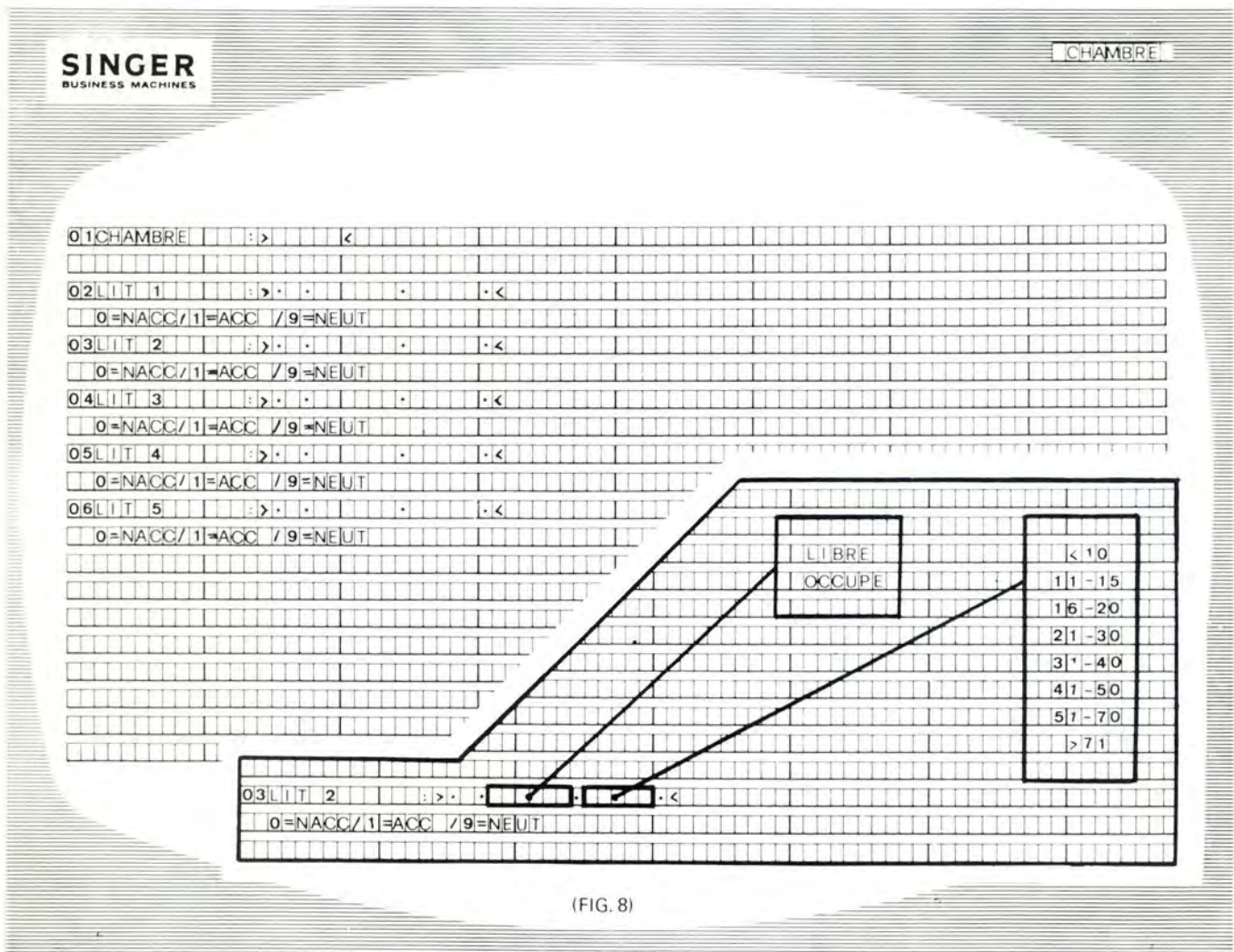
INTRODUCTION

01 DOSSIER	10 RECHERCHE
	1=IMPOSEE/2=PARAMETREE
02 DATE ENT	
	JJMMAA
03 HEURE ENT	12 NUM CHBRE
	HHMM
04 NTRS MED	13 NSCT HOSP
	NTRS NSCT
05 NOM MED	14 BLOC
	1=A / 2=B / 3=C / 4=PM / 5=RE / 6=CP / 7=US
06 MOTIF	15 ETAGE
	1= TM / 2= TC / 3= OBS / 4= REQ
	5= ARTE / 6= ASCO / 7= ACTR / 8= ATRA
	16 SEXE
	1=MASC 2=FEM
	17 TYPE CHBRE
	1=1LD/2=2LD/3=COM/4=1ND/5=2ND
	18 TRCHE AGE
	1= <10 / 2=11-15 / 3=16-20 / 4=21-30
	5=31-40 / 6=41-50 / 7=51-70 / 8= >71

(FIG. 7)

	ROUTINE	BUFFER 000	BUFFER 188	BUFFER 684	MEMOIRE 000
Le numéro du dossier	RTDOS	0	6	0	—
La date d'entrée	ROUT0	148	15	10	—
L'heure d'entrée	—	154	21	16	—
Le motif	—	—	25	21	842
Le NTRS du médecin	ROUT1	—	26	34	838
Le nom du médecin	—	—	30	—	800
Le type de recherche	—	—	—	—	778
Le numéro de chambre	—	—	—	—	789
Le NSCT d'hospitalisation	—	—	—	—	785
Le bloc	—	—	—	—	789
L'étage	—	—	—	—	790
Le sexe	—	—	—	—	795
Le type de chambre	—	—	—	—	796
Les tranches d'âge	—	—	—	—	797
Le code 1 valeur « 0 »	RTV « 0 »	—	—	9	—
Le code 2 valeur « 0 »	RTV « 0 »	—	—	20	—
Le code RED valeur « 0 »	RTV « 0 »	—	4	—	—

2) La page « chambre » (Fig. 8).



(FIG. 8)

Le numéro de la chambre qui est présenté à l'infirmière se trouve placé en mémoire à partir du caractère 789, et au moment où l'infirmière accepte cette chambre, le programme est prêt, non seulement à compléter les enregistrements déjà commencés, mais aussi à mettre à jour la partie « Inventaire des lits » et la partie « Relevé des malades » située dans le Buffer 402.

Le premier point s'effectuera au moyen d'une table de transfert reprenant les valeurs suivantes :

	ORIGINE MEMOIRE 000	ROUTINE	LONGUEUR	DESTINATION		
				BUFFER 000	BUFFER 188	BUFFER 684
Numéro de dossier	003	—	4	—	0	—
Numéro de chambre	789	—	6	158	52	23
Numéro de chambre	789	—	6	—	—	38
Type de chambre	796	—	1	164	—	29
Type de chambre	796	—	1	—	—	44
NSCT. d'hospitalisation	785	—	4	—	—	30
NSCT. d'hospitalisation	785	—	4	—	—	45
NTRS. du médecin	838	—	4	—	—	49

On pourra, à ce moment, écrire le premier article sur le fichier « Redémarrage ».

La mise à jour de la partie « Inventaire des lits » et de la partie « Relevé des malades » s'effectuera au moyen d'une zone intermédiaire de 15 caractères situés en 823. Quand cette mise à jour est terminée, on peut réécrire les articles traités.

L'enregistrement « Modification d'hospitalisation » créé pourra être écrit également.

Nous devons, à partir de ce moment, remplir le buffer d'impression (188) pour écrire la première ligne des fiches d'hospitalisation.

Ce remplissage peut s'effectuer au moyen d'une table de transfert reprenant les valeurs suivantes :

	ORIGINE	LG.	ROUTINE	DESTINATION
Numéro du dossier	BUF000 + 0	9	—	IMP + 02
Date d'entrée	BUF000 + 148	6	ROUT 5	IMP + 13
Heure	BUF000 + 154	4	—	IMP + 21
Motif	MEM000 + 842	1	ROUT 4	IMP + 27
Type de chambre	BUF000 + 164	1	—	IMP + 33
Numéro de chambre	BUF000 + 158	6	—	IMP + 39
Médecin H.C.C.	MEM000 + 800	22	—	IMP + 50
NTRS. médecin	BUF188 + 26	4	—	IMP + 76

3) La page « ambulance » (Fig. 9).

SINGER

BUSINESS MACHINES

AMBULANCE

01 AMBULANCE : > <

0=NON/1=OUI/2=900

03 NOMBRE PERS : > <

04 NOMBRE DE KM : > <

05 PRIX DU KM : > <

06 MINIMUM : > <

07 REFERENCE : > <

(FIG. 9)

	ROUTINE	BUFFER 188	BUFFER 684
Le code ambulance	—	06	20
Le code red. value « 1 »	RTV « 1 »	04	—
		écr red	
Le nombre de personnes	—	—	21
Le nombre de kilomètres	—	—	30
Le prix au kilomètre	—	—	34
Le minimum	—	—	40
La référence	—	—	24
Le code « 1 » value « 4 »	RTV « 4 »	—	9
La valeur totale	ROUT 7	—	44
			écr « en cours »

Nous écrivons l'enregistrement « ambulance » (buffer 684) dans le fichier modification du sous-dossier « En cours » que nous examinerons plus loin.

2) Création du sous-dossier administratif.

Bien que certains renseignements aient déjà été saisis avant cette étape, c'est maintenant que nous allons créer effectivement le sous-dossier administratif. Nous examinerons dans un premier pas la structure du fichier et ensuite les différentes pages « écran cathodique », nous permettant de rassembler les renseignements à insérer dans le sous-dossier.

1. La structure du fichier. (Fig. 10)

Le sous-dossier administratif est composé de trois types d'articles que nous étudierons en détail :

- L'article « Malade, tiers payant, divers » ;
- L'article « Mutuelle 1, assurance, autres débiteurs » ;
- L'article « Mutuelle 2 ».

The diagram illustrates the structure of three administrative articles, each consisting of two sectors of 94 characters (188 characters total). Each article is associated with a specific label and address:

- Article 1 (M TP DIV):** Labeled 'M TP DIV' and 'ADDRESS'. It contains fields for 'MALADE' (including patient number, address, birth date, sex, marital status, and insurance status) and 'TIERS PAYANT' (including patient number, address, birth date, sex, marital status, and insurance status).
- Article 2 (M1 A AD):** Labeled 'M1 A AD' and 'ADDRESS'. It contains fields for 'MEDECIN' (including doctor name, address, birth date, sex, marital status, and insurance status), 'ENTRÉE' (including date, name, number, and rate), 'CHÈRE' (including date, name, number, and rate), 'SORTIE' (including date, name, number, and rate), and 'PROVISIONS' (including number, date, and amount).
- Article 3 (M2):** Labeled 'M2' and 'ADDRESS'. It contains fields for 'ASSURANCE' (including policy number, date, accident, name, value, and other details) and 'AUTRES DÉBITEURS' (including number, date, and other details).

FIG. 10)

Chacun de ces articles est composé de 2 secteurs de 94 caractères, c'est-à-dire 188 caractères. On peut considérer que 100 % des malades posséderont l'article « M.TP.DIV. » dans le sous-dossier, 99 % posséderont l'article « M1.A.AD. », tandis que seulement 1 % des malades auront l'article « M2 » dans leur sous-dossier.

Avec un roulement de 1.000 malades par mois et une marge de sécurité de 20 %, l'occupation sera de 5.000 secteurs.

La marge de sécurité doit permettre de contenir non seulement les variations du nombre de malades, mais aussi l'ensemble des malades dont on doit conserver momentanément le sous-dossier après leur départ.

A) Enregistrement de M.TP.DIV.

1) La clé

- 1) Le numéro de dossier (9 C.).

Le numéro de dossier est de la forme

AA	XXXXX	KK
----	-------	----

AA : année de l'admission du malade ;

XXXXX : numéro en suite continue dans la tranche des numéros allant de 1 à 99.999, avec remise à zéro à chaque début d'année.

KK : clé de contrôle ; cette clé est obtenue en recherchant le reste de la division par excès du nombre formé des sept chiffres précédents par 97.

- 2) Caractère de mise à jour (1 C.).

A l'entrée du malade, on crée des enregistrements dont les caractères de mise à jour sont égaux à 0. Si, au cours de l'hospitalisation, il y a un changement dans les renseignements pris pour le malade, nous créerons un nouveau jeu d'articles 1, 2 (et 3), mais avec les caractères de mise à jour à 1. Si un changement survient encore, les caractères de mise à jour auront la valeur 2, et ainsi de suite jusqu'à 9.

La date et l'heure de sortie pour l'enregistrement i-1 et la date et l'heure d'entrée pour l'enregistrement i sont égales et signalent le moment du changement.

EX : Un étudiant à charge de son père au point de vue de la mutuelle, qui célèbre son 25e anniversaire pendant son hospitalisation, doit devenir lui-même titulaire et ne peut plus être à charge du père.

- 3) Caractère article complet (1 C.).

Il doit permettre de savoir si l'enregistrement est complet. Si le caractère signale que l'enregistrement est incomplet, toute facturation est impossible.

- 4) Type de l'enregistrement (1 C.)

Le type de l'enregistrement à la valeur 0.

2) Les renseignements du malade.

- 5) Nom du malade (22 C.) ;

Nom et prénom de la personne hospitalisée.

- 6) Adresse du malade (22 C.).

On indique la rue, route, etc... ; on laisse un blanc, et puis on indique le numéro.

- 7) CPTT (4 C.).

La zone CPTT reprendra le code postal de la localité où est domicilié le malade.

Deux possibilités :

a) Le malade habite en Belgique et le CPTT reprend le code trouvé dans le code postal belge. Pour connaître le nom de la ville, il suffira d'aller le chercher dans le fichier « Code postal ».

b) Le malade réside à l'étranger et le CPTT reprend un numéro inutilisé du code postal belge (tranche de 000 à 0999). A ce numéro, dans le fichier « Code postal », on retrouvera le vrai code postal et le nom de la ville. Ce numéro est affecté à l'admission et libéré à la sortie.

- 8) P.P. (2 C.)

La zone P.P. reprend le code du pays où le malade est domicilié.

Si le malade est domicilié en Belgique, le code PP sera égal à zéro ; dans le cas contraire, il prendra la valeur trouvée dans la table suivante :

01	A	AUTRICHE
04	AL	ALGERIE
07	CH	SUISSE
10	D	ALLEMAGNE
13	DK	DANEMARK
16	E	ESPAGNE
19	F	FRANCE
22	GB	GRANDE BRETAGNE et IRLANDE DU NORD
25	GR	GRECE
28	I	ITALIE
31	IRL	IRLANDE
34	ISRL	ISRAEL
37	L	LUXEMBOURG
40	MA	MAROC
43	N	NORVEGE
46	NL	PAYS-BAS
49	P	PORTUGAL
52	POL	POLOGNE
55	S	SUEDE
58	SF	FINLANDE
61	T	TURQUIE
64	TCH	TCHECOSLOVAQUIE
67	TN	TUNISIE
70	URSS	URSS
73	USA	ETATS-UNIS
76	YU	YUGOSLAVIE
79	Z	ZAIRE

9) PAR 1 (1 C.)

Il s'agit du lien de parenté existant entre la personne hospitalisée et le titulaire du carnet de mutuelle.

1 :	TIT :	titulaire
2 :	ASC :	ascendant
3 :	DES :	descendant
4 :	BEN :	bénéficiaire
5 :	CONJ :	conjoint.

10) Sexe (1 C.)

Il s'agit du sexe du malade :

1 :	MASC :	masculin
2 :	FEM :	féminin.

11) Etat civil (1 C.)

Il s'agit de l'état civil du malade :

1 :	CEL :	célibataire
2 :	MAR :	marié
3 :	DIV :	divorcé
4 :	SEP :	séparé
5 :	VEUF :	veuf.

12) La date de naissance (6 C.)

Il s'agit de la date de naissance de la personne hospitalisée et elle s'écrit sous la forme :

AAA	JJJ
-----	-----

AAA : pouvant prendre les valeurs comprises entre 850 et l'année en cours (aujourd'hui 974).

JJJ : le numéro d'ordre du jour, dans l'année considérée, compris entre 000 et 366.

Une personne ne connaissant pas sa date de naissance sera renseignée avec le numéro de jour 000 (< 1er janvier).

13) Numéro d'identité (8 C.)

Numéro de la carte d'identité pour les ressortissants belges.

Pour les ressortissants étrangers, nous laisserons cette zone à blanc.

14) Le lieu de naissance (4 C.).

Si le malade est né en Belgique, nous indiquerons le code postal. Si le malade est né à l'étranger, on indiquera le code du pays.

3) Renseignements du tiers payant.

15) Nom du tiers payant (22 C.).

Nom de la personne ou d'un tiers quelconque non répertorié et qui couvre les frais non pris en charge par un organisme assureur.

16) Adresse du tiers payant (22 C.).

17) CPTT du tiers payant (4 C.).

18) PP du tiers payant (2 C.).

19) PAR 2 (1 C.).

Il s'agit du lien de parenté entre le tiers payant et le malade :

1 :	EPX :	époux
2 :	EPSE :	épouse
3 :	PERE :	père
4 :	MERE :	mère
5 :	PT :	le malade lui-même
6 :	AUT :	autre

20) Sexe (1 C.).

21) E/C (1 C.).

22) R.F. (1 C.).

Correspond au régime spécial de facturation :

0 : facturation normale ;

1 : réduction de 100 % sur les suppléments de chambre à deux lits et réduction de 50 % sur les suppléments de médicaments non couverts par l'I.N.A.M.I. ;

2 : réduction de 50 % sur les suppléments de chambre particulière et sur les suppléments de médicaments et d'honoraires non couverts par l'I.N.A.M.I.

NB : Ces réductions sont applicables :

a) aux administrateurs de la C.A.P. en fonction et aux anciens administrateurs ayant accompli au moins un mandat de six années ;

b) aux conseillers administrateurs de Charleroi en fonction et anciens conseillers communaux ayant accompli au moins un mandat de six années ;

c) aux agents et anciens agents pensionnés de la C.A.P. ;

d) aux personnes considérées comme étant à charge du bénéficiaire et résidant sous son toit.

3 : réduction de 50 % sur les suppléments de chambre à 2 lits ;

4 : réduction de 50 % sur les suppléments de chambre particulière.

NB : Ces réductions 3 et 4 sont applicables :

a) aux agents et agents pensionnés de la ville de Charleroi et des établissements ou institutions qui en dépendent ;

b) aux personnes considérées comme étant à charge du bénéficiaire et résidant sous son toit.

4) Les renseignements divers.

23) Le code ENR. 2 (1 C.).

Ce code indique s'il existe un enregistrement M1.A.AD.

24) Numéro du médecin traitant (5 C.).

Ce numéro est composé de 2 parties :

X YYYYY

X : numéro de la province

YYYYY : numéro d'ordre dans la province.

25) La date d'entrée (6 C.).

Elle s'écrit sous la forme JJMMAA (AAMMJJ).

Quand il s'agit d'un article possédant un caractère de mise à jour à zéro, c'est réellement la date d'entrée.

Quand ce numéro est différent de zéro, il correspond à la date du changement des renseignements administratifs.

26) L'heure d'entrée (4 C.).

Elle s'écrit sous la forme HHMM (heures-minutes).

Même principe que pour la date d'entrée.

27) Le numéro de chambre (6 C.).

Il est de la forme ABCCDD

ou

A : numéro de bloc

BB : numéro de l'étage

CC : numéro de la chambre dans l'étage

D : numéro de lit.

Ce numéro concerne le lit occupé par le malade. Si le malade change de lit, le numéro de lit changera aussi.

28) Le type de chambre (1 C.).

Il permet de déduire les suppléments de chambre éventuels.

1 : chambre à 1 lit demandée et obtenue ;

2 : chambre à 2 lits demandée et obtenue ;

3 : chambre commune ;

4 : chambre à 1 lit non demandée ;

5 : chambre à 2 lits non demandée.

29) La date de sortie (6 C.).

30) L'heure de sortie (4 C.).

31) Solde du compte provision (6 C.).

Le montant reprend la valeur de la (des) provision(s) versée(s) dont on a déduit la valeur du (des) retrait(s) effectué(s).

32) D/C (1 C.).

Si le montant du compte provision est :

+ : 1

- : 0

33) Cumul du mois (6 C.).

Ce montant reprend l'ensemble des valeurs qui seront à charge du malade (valeurs connues avec certitude : supplément pour chambre à 1 ou 2 lits, les extras).

B) Enregistrement M1.A.AD.

1) La clé.

1) Numéro du dossier (9 C.).

2) Caractère de mise à jour (1 C.).

3) Caractère article complet (1 C.).

4) Le type d'enregistrement (1 C.).

L'enregistrement peut comprendre 3 types de renseignements :

Si nous désignons par :

A : les renseignements de mutuelle 1

B : les renseignements d'assurance

C : les renseignements d'autres débiteurs,

on aura le code suivant :

1 : A

2 : B

3 : C

4 : AB

5 : AC

6 : BC

7 : ABC.

2) Les renseignements de mutuelle 1.

5) Nom du titulaire 1 (22 C.).

Il s'agit du nom et du prénom du titulaire du carnet de mutuelle intervenant en premier lieu.

6) Adresse du titulaire (22 C.).

7) CPTT (4 C.).

8) P.P. (2 C.).

Si le malade est étranger et qu'il est indigent :

ou bien il possède un formulaire international (E6) et le paiement s'effectue par l'intermédiaire d'une mutuelle belge ;

ou bien il ne le possède pas, et, dans ce cas, la facture est envoyée au Ministère de la Santé Publique.

9) Le code ENR. 3 (1 C.).

Ce code indique si le malade possède un article mutuelle 2.

10) Sexe (1 C.).

11) Etat civil (1 C.).

12) Date de naissance (6 C.).

13) Numéro de mutuelle (6 C.).

Le numéro de mutuelle se compose de six chiffres au maximum. Il est de la forme :

XYYZZZ

X : indique le groupe de fédération ;

YY : indique la fédération ;

ZZZ : indique la section.

Pour l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, les trois derniers chiffres sont absents, car les sections ne sont pas codifiées.

Codes des groupes de fédérations.

1. Alliance Nationale des Mutuelles Chrétiennes ;
2. Union Nationale des Mutualités Neutres ;
3. Union Nationale des Mutualités Socialistes ;
4. Ligue Nationale des Mutualités Libérales de Belgique ;
5. Union Nationale des Mutualités Professionnelles de Belgique ;
6. Caisse auxiliaire A.M.I.

14) L'indice statistique (9 C.).

L'indice statistique se compose de neuf caractères.

1 23 4 56 7 89

Signification des différents caractères :

Chiffre 1 :
1 : ouvriers mineurs ou assimilés,
2 : employés,
3 : ouvriers,
4 : indépendants,
5 : service public.

Chiffres 2 et 3 : millésime de l'année de naissance du titulaire.

Chiffre 4 : sexe et état matrimonial

- 1 : titulaire masculin isolé,
- 2 : titulaire masculin marié,
- 3 : titulaire féminin isolé,
- 4 : titulaire féminin marié,
- 5 : titulaire féminin veuve,
- 9 : orphelin.

Chiffres 5 et 6 : province et arrondissement du titulaire.

- 1 : Anvers,
- 2 : Brabant
- 3 : Flandre Occidentale,
- 4 : Flandre Orientale,
- 5 : Hainaut,
- 6 : Liège,
- 7 : Limbourg,
- 8 : Luxembourg,
- 9 : Namur.

Chiffre 7 : Nombre d'ascendants à charge.

Chiffres 8 et 9 : Nombre de descendants à charge.

15) L'indice fédéral (6 C.).

L'indice fédéral est un numéro donné par les Mutualités Socialistes. Il est composé des six derniers chiffres de l'indice d'identification.

IND. D'IDENTIFICATION

IND. STAT. IND. FEDERAL

16) Le numéro de carnet (6 C.).

Correspondant au numéro du carnet de mutuelle. Pour les organismes tels que l'O.N.I.G. et la S.N.C.B. on indiquera le numéro d'inscription du titulaire.

17) Catégorie d'assurabilité (1 C.).

Il s'agit de la catégorie d'assurabilité du titulaire du carnet.

- 1 : AO : Assuré obligatoire,
- 2 : AI : Assuré indépendant,
- 3 : V.I.P.O. : Veuf, Invalide, Pensionné, Orphelin, reg. préf.,
- 4 : GRAT, SNCB : Gratuit du Chemin de fer,
- 5 : GRATUIT : Tout compris par la mutuelle.

Les assurés obligatoires (Petits risques).

- Tous les frais sont remboursés sauf :
- 25 % du montant des prestations commençant par un zéro ;
 - la quote-part pour les médicaments ;
 - les médicaments non remboursés.

Les assurés indépendants (Gros risques).

- Tous les frais sont remboursés sauf :
- Les prestations commençant par un zéro ;
 - Les prestations inférieures à K40 et N66 ;
 - Les prestations de physiothérapie ;
 - La quote-part pour les médicaments ;
 - Les médicaments non remboursés.

Les V.I.P.O.

- Tous les frais sont remboursés sauf :
- Certaines quotes-parts pour les médicaments. C'est dans le fichier « pharmacie » que l'on pourra savoir si tel ou tel médicament demande une quote-part du V.I.P.O. ou non.

Les gratuits S.N.C.B.

- Tous les frais sont remboursés au point de vue prestations.
Pour les médicaments, la S.N.C.B. accorde une somme forfaitaire par jour.

Les gratuits.

- Certaines mutuelles pour leurs adhérents prennent tous les frais à leur charge.

3) Les renseignements d'assurance.

18) La RUBC (4 C.).

La rubrique comptable de la compagnie d'assurances couvrant les frais d'hospitalisation (RUBC = 4112).

19) Le NTRS (4 C.).

Le numéro de tiers de la compagnie d'assurances couvrant les frais d'hospitalisation (8500 < NTRS < 8999).
Ces renseignements nous permettront de rechercher les paramètres de l'assurance dans le fichier des tiers.

20) Le patron (22 C.).

Libellé abrégé du nom et adresse du patron occupant la personne accidentée.

21) Le numéro de la police d'assurance (12 C.).

22) La date de l'accident (6 C.).

23) L'heure d'accident (4 C.).

24) Le code modalité (1C.).

- 0 : Le contrat d'assurance prévoit de couvrir tous les frais sans limitation du montant et sans déduction de franchise.
- 1 : Le contrat d'assurance prévoit la couverture de tous les frais à concurrence d'un montant maximum.
- 2 : Le contrat d'assurance prévoit la couverture de tous les frais après déduction d'une franchise à payer par le malade.

25) La valeur maximum (5 C.).

On indiquera suivant le code « modalité » le montant maximum de l'intervention assurance ou le montant de la franchise à charge du malade.

4) Les renseignements d'autres débiteurs.

26) La RUBC (4 C.).

La rubrique comptable des C.A.P. couvrant les frais sont :

- 4124 : domicile de secours Charleroi,
- 4122 : domicile de secours étranger,
- 4129 : C.A.P. étrangères.

27) Le NTRS (4 C.).

Les domiciles de secours ne portent pas de numéro de tiers, le recouvrement des frais étant effectué par la C.A.P. de Charleroi.

Les numéros de tiers attribués à chaque C.A.P. étrangère sont compris dans une tranche allant de 9.500 à 9.999.

Ces renseignements nous permettront de rechercher les paramètres de la C.A.P. dans le fichier des tiers.

28) Le numéro d'ordre (4 C.).

Donne le numéro de réquisitoire délivré par la C.A.P.

29) La date de fin d'intervention (6C.).

Correspond à la date à laquelle s'arrête l'intervention de la C.A.P.

30) Le code modalité (1 C.).

0 : La C.A.P. prend en charge la totalité des frais non couverts par un organisme assureur.

1 : La C.A.P. détermine une quote-part journalière à payer par le malade.

31) La valeur maximum (5 C.).

Donne la quote-part pour un code modalité égal à 1.

C) Enregistrement M 2

1) La clé.

- 1) Le numéro de dossier ;
- 2) Le caractère de mise à jour ;
- 3) Le caractère article complet ;
- 4) Le type d'enregistrement.

Le type d'enregistrement a comme valeur 9.

2) Les renseignements de la mutuelle 2.

- 5) Le nom du titulaire 2 ;
- 6) L'adresse du titulaire ;
- 7) Le CPTT ;
- 8) Le pays ;
- 9) Le sexe ;
- 10) L'état civil ;
- 11) La date de naissance ;
- 12) Le numéro de mutuelle ;
- 13) L'indice statistique ;
- 14) L'indice fédéral ;
- 15) Le numéro de carnet ;
- 16) La catégorie d'assurabilité.

2. Le traitement.

Nous allons examiner les différentes pages qui nous permettront de saisir tous les renseignements.

C'est-à-dire :

1. La page malade ;
2. La page tiers payant ;
3. La page médecin ;
4. La page mutuelle 1 ;
5. La page mutuelle 2 ;
6. La page assurance ;
7. la page autres débiteurs.


La zone donnée en mémoire aura comme configuration celle présentée à la figure 11.

(FIG. 11)

0000	0 0 0	BUFFER SOUS DOSSIER " ADMINISTRATIF "																																		
0100											1 8 8 1 8 8																									
0200		BUFFER REDEMARRAGE								2 8 2	BUFFER																									
		BUFFER IMPRESSION																																		
0300		1* LIGNE			3 2 2	BUFFER			2* LIGNE			3 6 2	BUFFER REPOSE																							
			3 2 0			BUFFER			IMPRESSION MUTUELLE 2																											
0400	4 0 2	LOCALITE MALADE			4 1 8	COMPLEMENT D' IDENTIFICATION			44 44 01	LOCALITE TIERS PAYANT		4 5 7	NUMERO RECU		44 66 34	NOM DU MEDECIN TRAITANT		4 8 6	ADRESSE DU MEDECIN TRAITANT																	
0500		5 0 8	C P T T		5 1 2	P A Y I		5 1 4	LOCALITE MEDECIN TRAITANT			5 3 0	TELEPHONE MEDECIN TRAITANT		55 34 90	LOCALITE TITULAIRE MUTUELLE		5 5 6	L N A I S E U S MT		5 6 0	R U B C		5 6 4	N T R S		5 6 8	FEDERATION		7 6	SECTION		55 99 23	LOCALITE		
0600		6 0 9	TITULAIRE MUTUELLE		6 1 3	L N A I S E U S MT		6 1 7	R U B C		6 1 1	N T R S		6 2 1	FEDERATION		6 2 9	SECTION		66 44 56			6 4 6	NOM ASSURANCE		6 6 8	ADRESSE ASSURANCE		6 9 0	C P T T		6 9 4	P A Y S			
0700		BUFFER INTRODUCTION MUTUELLE 2																																		
		7 1 23	LOCALITE ASS		7 1 3	NOM CAP		7 3 5	ADRESSE CAP			7 5 7	C P T T		7 6 1	LOCALITE CAP		7 7 9																		
0800																																				

1. La page malade (Fig. 12).

MALADE



01	NOM MALADE	>	<	11	PARENTE	>	<
					1=TI/2=ASC/3=DES/4=BEN/5=COJ		
02	ADRESSE	>	<	12	SEXE	>	<
					1=MASC/2=FEM		
03	CPTT	>	<	13	ETAT CIVIL	>	<
	CPTT--PP				1=CEL/2=MAR/3=DIV/4=SEPI/5=VEUF		
04	LOCALITE	>	<	14	DATE NAIS	>	<
					JJMMAAAA		
05	CPLT IDENT	>	<	15	LIEU NAIS	>	<
					CPTT		
				16	NUM IDENT	>	<
				17	MALADE=T-P	>	<
					0=NON/1=OUI		


(FIG. 12)

	Page MALADE	ROUT.	BUF 000	BUF 188	MEM 000
1	nom du malade	—	12	6	—
2	l'adresse	—	34	28	—
3	le code postal	ROUT 8	56	50	—
4	le pays	ROUT 8	60	54	—
5	la localité	—	—	56	402
6	le cplt d'ident.	—	—	72	418
7	le code red. « 3 »	RTV « 3 »	—	4	—
				écr red	
8	la parenté	—	62	6	—
9	le sexe	—	63	7	—
10	l'état civil	—	64	8	—
11	la date de nais.	ROUT 9	65	9	—
12	le lieu de nais.	—	71	15	—
13	le num. d'ident.	—	75	19	—
14	le 1er drapeau	—	—	27	440
15	le code red. « 4 »	RTV « 4 »	—	4	—
				écr red	

2. La page tiers-payant (fig. 13)

Si le malade est lui-même tiers payant (test caractère 440) on emploie la routine ROUT 22.

TIERS PAYANT



01	NOM T-P				11	PARENTE
						1=EPX / 2=EPSE / 3=PERE / 4=MERE / 5=PT / 6=AUT
02	ADRESSE				12	SEXE
						1=MASC / 2=FEM
03	CPTT				13	ETAT CIVIL
	CPTT--PP					1=CEL / 2=MAR / 3=DIV / 4=SEP / 5=VEUF
04	LOCALITE				14	REG FACT
						1=NORMAL / DE 2 A 5 VOIR ANNEXE
					15	PROVISION
					16	MED TRAIT
						0=ABS / 1=PRES

(FIG. 13)

Page TIERS PAYANT		ROUT.	BUF 000	BUF 188	BUF 684	MEM 000
1	Nom du tiers payant	—	83	6	—	—
2	l'adresse	—	105	28	—	—
3	le code postal	ROUT 8	127	50	—	—
4	le pays	ROUT 8	131	54	—	—
5	la localité	—	—	56	—	441
6	la parenté	—	133	72	—	—
7	le sexe	—	134	73	—	—
8	l'état civil	—	135	74	—	—
9	le régime de fact.	—	136	88	—	—
10	la provision	—	176	75	34	—
11	le 2e drapeau	—	—	81	—	463
12	le numéro du reçu	ROUT 10	—	82	24	457
13	le code D/C	RTV « 1 »	175	89	—	—
14	le code red. « 05 »	RTV « 5 »	—	4	—	—
15	le code « 1 » value « 3 »	RTV « 3 »	—	—	9	—
16	le code opération	RTV « 323 »	—	—	21	—
				écr red		

3. La page Médecin (Fig. 14)

MEDECIN TRIAJTANT

SINGER
BUSINESS MACHINES

01 NUM MED :> < 11 ART COMPLET :> <
 XYYYY 0=NON/1=OUI POUR MAL/T/P/MED

02 NOM MED :> < 12 PAGE SVT :> <
 1=MUT/2=ASS/3=CAP/5=FIN

03 ADRESSE :> <

04 CPTT :> <
 CPTT PP

05 LOCALITE :> <

06 NUM TEL :> <
 XXYYYYYY

(FIG. 14)

Page MEDECIN		ROUT.	BUF 000	BUF 188	MEM 000
1	le num. du médecin	ROUT 11	138	81	—
2	le nom du médecin	—	—	6	464
3	l'adresse	—	—	28	486
4	le code postal	—	—	50	508
5	le pays	—	—	54	512
6	la localité	—	—	56	514
7	le num. de tél.	—	—	72	530
8	la page suivante	—	—	86	539
9	le code ENR. 2	ROUTVC 2	137	90	—
10	l'enreg. complet	—	11	87	—
11	le code RED « 06 »	RTV « 6 »	—	4	—
12	le code TYPE = 0	RTV « 0 »	10	88	—
13	le code MAJ = 0	RTV « 0 »	9	89	—
			écr dos	écr red	

Il faudra ensuite transférer, BUFFER 188 + 75 dans BUFFER 684 + 44 et on pourra écrire l'enregistrement provision dans le fichier modification d'hospitalisation du sous-dossier « en cours ». Cet enregistrement servira également en comptabilité générale.

Au moment où les renseignements du médecin traitant ont été pris, on peut préparer l'article qui devra permettre, en fin de journée, d'envoyer une lettre au médecin traitant.


Le remplissage de l'article (fig. 25) s'effectuera au moyen d'une table de transfert où l'on retrouvera comme élément :

	ORIGINE	ROUTINE	LG	DESTINATION
Le numéro de dossier	BUF000 + 0	—	9	BUF188 + 0
Le num. du médecin trait.	+ 138	—	5	BUF188 + 9
La date d'entrée	+ 148	ROUT 5	6	BUF188 + 14
l'heure d'entrée	+ 154	—	4	BUF188 + 20
Le nom du malade	+ 12	—	22	BUF188 + 24
L'adresse du malade	+ 34	—	22	BUF188 + 46
Le code postal	+ 56	—	4	BUF188 + 68
Le pays	+ 60	—	2	BUF188 + 72
La localité	MEM000 + 402	—	16	BUF188 + 74
Le ntrs du médecin H.C.C.	+ 838	—	4	BUF188 + 90

A ce moment, nous pourrons écrire cet article dans un fichier de manoeuvre qu'il nous suffira de balayer séquentiellement en fin de journée pour connaître les paramètres des lettres qui doivent être éditées.

4. La page Mutuelle 1 (Fig. 15)

MUTUELLE 1



01NOM TIT M1 :>		< 11DATE NAIS :>	
			J J M M A A A A
02ADRESSE :>		< 12LIEU NAIS :>	
			C P T T
03CPTT :>		< 13NUM MUT :>	
	C P T T - P P		
04LOCALITE :>		< 14IND STAT :>	
05SEXE :>		< 15IND FED :>	
	1=MASC/2=FEM		
06ETAT CIVIL :>		< 16NUM CARNET :>	
	1=CEL /2=MAR /3=DIV /4=SEP /5=VEUF		
		< 17CAT ASSURE :>	
			1=AO /2=AI /3=VIPO/4=SNCB/5=GRIT
		< 18PAGE SVT :>	
			4=MUT2/2=ASS /3=CAP /5=FIN
		< 19ART COMPLET :>	
			0=NON/1=OUI POUR MUT1/ASS/CAP

FIG. 15)

Si le malade est titulaire de la mutuelle 1 (test caractère 62) on emploie la routine ROUT 23.

Page MUTUELLE 1		ROUT.	BUF 000	BUF 188	MEM 000
1	nom du titulaire	→	12	6	—
2	l'adresse	—	34	28	—
3	le code postal	ROUT 8	56	50	—
4	le pays	ROUT 8	60	54	—
5	la localité	—	—	56	540
6	le sexe	—	63	72	—
7	l'état civil	—	64	73	—
8	le code red. « 07 »	RTV « 7 »	—	4	—
				écr red	
9	la date de nais.	ROUT 9	65	6	—
10	le lieu de nais.	—	—	12	556
11	le num. de mut.	ROUT 12	71	16	—
12	l'indice stat.	—	77	22	—
13	l'indice féd.	—	86	31	—
14	le num. du carnet	—	92	37	—
15	la cat. d'assuré	—	98	43	—
16	la page svt.	—	—	76	592
17	le code ENR3	RTVC 1	62	79	—
18	la rubc mutuelle	—	—	44	560
19	le ntrs mutuelle	—	—	48	564
20	la fédération	—	—	52	568
21	la section	—	—	60	576
22	le code red « 08 »	RTV « 8 »	—	4	—
si page svt = fin					
23	le type	ROUT 13	10	77	—
24	l'enreg. complet	—	11	78	—
			écr dos		
				écr red	

Lors de la saisie des renseignements de mutuelle, nous pouvons mettre à jour l'échéancier des prolongations et préparer l'enregistrement qui nous permettra, en fin de journée, de connaître les numéros des dossiers pour lesquels on doit éditer les avis d'hospitalisation et d'engagement de paiement. Il s'agit donc de mettre à jour l'échéancier des prolongations, en indiquant, à la date voulue de la demande, le numéro de dossier du malade.

Les délais accordés sont de sept jours, sauf dans le cas du traitement chirurgical, où il est de 10 jours. (Le motif d'hospitalisation est stocké au caractère 842). Nous devons donc rechercher l'enregistrement actuel correspondant à la date actuelle dans l'échéancier et y insérer le numéro de dossier.

Les enregistrements qui récoltent les numéros de dossier pour lesquels on édite les modèles 721 bis ont la même structure que les enregistrements de l'échéancier de prolongation.

Il suffira de rechercher dans ce fichier l'enregistrement actuel correspondant à la date du jour et d'y stocker le numéro du dossier.

Le buffer 646 pourra servir pour effectuer les diverses introductions. Nous reviendrons sur ce point quand nous examinerons les rapports avec les organismes assureurs.

5. La page Mutuelle 2 (Fig. 16).

MUTUELLE 2

SINGER
 BUSINESS MACHINES

01	NOM TIT M2	<	11	DATE NAIS	>	<	
							JJMMMAAAA
02	ADRESSE	>	<	12	LIEU NAIS	>	<
							HHMM
03	CPTT	>	<	13	NUM MUT	>	<
	CPTT PP						
04	LOCALITE	>	<	14	IND STAT	>	<
05	SEXE	>	<	15	IND FED	>	<
	1=MASC/2=FEM						
06	ETAT CIVIL	>	<	16	NUM CARNET	>	<
	1=CEL /2=MAR /3=DIV /4=SEP /5=VEUF						
				17	CAT ASSURE	>	<
					1=AO /2=AI /3=VIPO/4=SNGB/5=GRT		
				18	ART COMPLET	>	<
					0=NON/1=OUI		POUR MUT2
				19	PAGE SVT	>	<
					2=ASS/3=CAP/5=FIN		

(FIG. 16)

Page MUTUELLE 2		ROUT.	BUF 646	BUF 188	MEM 000
1	nom du titulaire	—	12	6	—
2	l'adresse	—	34	28	—
3	le code postal	ROUT 8	56	50	—
4	le pays	ROUT 8	60	54	—
5	la localité	—	—	56	593
6	le sexe	—	63	72	—
7	l'état civil	—	64	73	—
8	le code red. « 09 »	—	—	4	—
				écr red	
9	la date de nais.	ROUT 9	65	6	—
10	le lieu de nais.	—	—	12	609
11	le num. de mut.	ROUT 12	71	16	—
12	l'indice stat.	—	77	22	—
13	l'indice féd.	—	86	31	—
14	le num. de carnet	—	92	37	—
15	la cat. d'assuré	—	98	43	—
16	la page svt.	—	—	76	592

17	l'enreg. complet	—	11	77	—
18	la rubc. mutuelle	—	—	44	613
19	le ntrs	—	—	48	617
20	la fédération	—	—	52	621
21	la section	—	—	60	629
22	le code red. « 10 »	RTV « 10 »	—	4	—
23	le maj = 0	RTV « 0 »	9	78	—
24	le type = 9	RTV « 9 »	10	79	—
				écr	
				red	

Avant d'écrire l'enregistrement M 2 dans le sous-dossier administratif, il faut transférer le numéro du dossier (BUF646 + 0) dans la clé de l'enregistrement M 2 (BUF646 + 0).

6. La page Assurance (Fig. 17)

ASSURANCE

SINGER
BUSINESS MACHINES

01RUBC ASS	:	>	<	11NUM POLICE	:	>	<
RUBC							
02NTRS ASS	:	>	<	12PATRON	:	>	<
NTRS							
03NOM	:	>	<	13DATE ACC	:	>	<
JJMMJA							
04ADRESSE	:	>	<	14HEURE ACC	:	>	<
HHMM							
05CPTT	:	>	<	15MODALITE	:	>	<
CPTT - - PP 0=NORMAL /1=MONT MAX /2=FRANCHISE							
06LOCALITE	:	>	<	16VALEUR	:	>	<
17PAGE SVT							
3=CAP/5=FIN							

(FIG. 17)

Page ASSURANCE		ROUT.	BUF 000	BUF 188	MEM 000
1	la rubc ass.	ROUT 14	99	72	—
2	le ntrs ass.	ROUT 14	103	76	—
3	le nom	—	—	6	646
4	l'adresse	—	—	28	668
5	le code postal	—	—	50	690

6	le pays	—	—	54	694
7	la localité	—	—	56	696
8	le code red. « 11 »	RTV « 11 »	—	4	—
				écr red	
9	le num. de police	—	128	6	—
10	le patron	—	107	18	—
11	la date d'acc.	—	140	40	—
12	l'heure d'acc.	—	146	46	—
13	le code mod.	—	150	50	—
14	la valeur	—	151	51	—
15	le code red. « 12 »	RTV « 12 »	—	4	—
16	la page suivante	—	—	56	712
si page svt = fin					
17	le type	ROUT 13	10	57	—
18	l'enreg. complet	—	11	58	—
			écr dos		
				écr red	

7. La page Autres Débiteurs (Fig. 18).

AUTRES DÉBITEURS

SINGER
BUSINESS MACHINES

01 RUBC CAP :> < 11 NUM ORDRE :> <
 RUBC
 02 NTRS CAP :> < 12 DATE FIN :> <
 NTRS JJMM/AA
 03 NOM :> < 13 MODALITE :> <
 0=NORMAL /1=QUOTE PART
 04 ADRESSE :> < 14 VALEUR :> <
 05 CPITT :> < 15 ART COMPLET :> <
 CPITT-PP 0=NON/1=OUI POUR MUT1/ASS/CAP
 06 LOCALITE :> <

(FIG. 18)

Page AUTRES DEBITEURS		ROUT.	BUF 000	BUF 188	MEM 000
1	la rubc cap	ROUT 15	156	72	—
2	le ntrs cap	ROUT 15	160	76	—
3	le nom	—	—	6	713
4	l'adresse	—	—	28	735
5	le code postal	—	—	50	757
6	le pays	—	—	54	761
7	la localité	—	—	56	763
8	le code red. « 13 »	RTV « 13 »	—	4	—
				écr red	
9	le num. d'ordre	—	164	6	—
10	la date fin int.	ROUT 0	176	18	—
11	le code mod.	—	182	24	—
12	la valeur	—	183	25	—
13	l'enreg. complet	—	11	30	—
14	le type	ROUT 13	10	31	—
15	le code red. « 14 »	RTV « 14 »	—	4	—
			écr dos	écr red	

3) Création des fiches d'hospitalisation.

Dans cette troisième étape, nous éditerons les fiches d'hospitalisation.

Ces fiches d'hospitalisation sont au nombre de quatre :

1. La fiche de facturation (fig. IMP1) ;
2. La fiche d'hospitalisation (fig. IMP2) ;
3. La fiche de provision (fig. IMP3) ;
4. Le reçu de provision (fig. IMP4).

La première est destinée au service de facturation, la seconde accompagne le malade durant son hospitalisation, la troisième est destinée au service de la caisse, tandis que la quatrième sert de reçu quand le malade verse une provision.

La procédure d'édition sera basée sur les tables permettant de remplir les buffers d'édition.

*** Impression du Complément d'Identification**

Le cplt d'ident.

ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
418	—	50

*** Impression des Renseignements « Malade et Tiers Payant »**

On commence par la lecture de l'article M.TP.DIV. du Sous-dossier Administratif.

Ensuite nous aurons pour

— **La 1re ligne :**

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
Le nom du malade	12	—	5
Le sexe	63	ROUT 16	33
L'état civil	64	—	34
La parenté	62	ROUT 17	39
Le nom du Tiers Payant	83	—	50
Le sexe	134	ROUT 16	76
L'état civil	135	—	77
La parenté	133	ROUT 17	88

— **la 2e ligne :**

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
L'adresse du malade	34	—	5
Le numéro de carte d'Id.	75	—	32
L'adresse du Tiers Payant	105	—	50

— **la 3e ligne :**

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
Le code postal	56	ROUT 18	—
Le pays	60	ROUT 18	5
La localité	402	—	13
Le lieu de naissance	65	—	32
La date de naissance	71	ROUT 19	37
Le code postal	127	ROUT 18	—
Le pays	131	ROUT 18	50
La localité	441	—	58
Le régime de facturation	136	—	76

*** Impression des Renseignements « Médecin Traitant et Provision »**

Nous rencontrons ici une première impression conditionnelle ; en effet, les renseignements concernant la provision ne sont pas imprimés si le montant de celle-ci vaut 0.

La provision est différente de 0 si la valeur (176) diffère de 0.

— **la 1re ligne :**

Pour le médecin traitant :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
Le nom du médecin trait.	464	—	5
Le numéro de téléphone	530	—	32

Pour la provision :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
La date	148	ROUT 5	58
Le numéro du reçu	457	—	66
La rubc	—	—	76
La valeur	176	—	82

— la 2e ligne :

Pour le médecin traitant :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
L'adresse du médecin trait.	486	—	5

— la 3e ligne :

Pour le médecin traitant :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
Le code postal	508	ROUT 18	—
Le pays	512	ROUT 18	5
La localité	514	—	13

Pour la provision :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
Montant en lettres 1re part.	176	ROUT 20	50

— la 4e ligne :

Pour la provision :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
Montant en lettres 2e part.	176	ROUT 20	50

*** Impression des Renseignements « Mutuelle 1 et Mutuelle 2 »**

On commence par tester le caractère 137 de l'enregistrement M.TP.DIV., qui nous permet de savoir s'il existe un enregistrement M1.A.AD.

Si cet enregistrement existe, on le lit dans le Buffer 0000. S'il n'existe pas, on peut terminer l'impression.

Existe-t-il des renseignements mutuelle 1 ? Il suffit de tester si le type (caractère 10) est égal à 1, 4, 5 ou 7. Si le résultat est positif, on peut commencer l'impression. S'il est négatif, on peut passer à l'impression de Assurance et Autres débiteurs.

L'existence de la mutuelle 2 dépend du caractère 62. Dans l'affirmative, il faudrait lire l'enregistrement mutuelle 2 dans le Buffer 320.

— la 1re ligne :

Pour la mutuelle 1 :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
Le nom du Titul. Mut. 1	12	—	05
Le sexe	63	ROUT 16	32
L'état civil	64	—	33

Pour la mutuelle 2 :

	ORIG 0320	ROUT	DEST 0188
Le nom du Titul. Mut. 2	12	—	50
le sexe	63	ROUT 16	76
L'état civil	64	—	77

— la 2e ligne :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
Pour la mutuelle 1 :			
L'adresse du Tit. Mut. 1	34	—	5

Pour la mutuelle 2 :

	ORIG 0320	ROUT	DEST 0188
L'adresse du Tit. Mut. 2	34	—	50

— la 3e ligne :

Pour la mutuelle 1 :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
Le code postal	56	ROUT 18	—
Le pays	60	ROUT 18	5
La localité	540	—	13
La date de naissance	65	ROUT 19	37
Le lieu de naissance	556	—	32

Pour la mutuelle 2 :

	ORIG 0000	ORIG 0320	ROUT	DEST 0188
Le code postal	—	56	ROUT 18	—
Le pays	—	60	ROUT 18	50
La localité	593	—	—	58
La date de naissance	—	65	ROUT 19	76
Le lieu de naissance	609	—	—	81

— la 4e ligne :

Pour la mutuelle 1 :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
La fédération	568	—	5
La section	576	—	13
La rubc	560	—	32
Le ntrs	564	—	38

Pour la mutuelle 2 :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
La fédération	621	—	50
La section	629	—	58
La rubc	613	—	76
Le ntrs	617	—	82

— la 5e ligne :

Pour la mutuelle 1 :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
Le numéro de mutuelle	71	—	5
L'indice statistique	77	—	12
L'indice fédéral	86	—	22
Le numéro de carnet	92	—	29
La catégorie d'assuré	98	ROUT 21	38

Pour la mutuelle 2 :

	ORIG 0320	ROUT	DEST 0188
Le numéro de mutuelle	71	—	50
L'indice statistique	77	—	57
L'indice fédéral	86	—	67
Le numéro de carnet	92	—	74
La catégorie d'assuré	98	ROUT 21	82

* Impression des Renseignements « Assurances et Autres Débiteurs »

Remarquons que si le code type est à 1, l'impression peut être bloquée, car cela signifie qu'il n'y a ni renseignements d'assurance ni renseignements d'autres débiteurs.

Si le code est différent de 1, nous devons imprimer les renseignements d'assurance s'il est égal à 2, 4, 6 ou 7 et les renseignements d'autres débiteurs s'il est égal à 3, 5, 6 ou 7.

— la 1re ligne :

Pour l'assurance :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
Le nom de l'assurance	646	—	5
Le numéro de la police	128	—	32

Pour les autres débiteurs :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
Le nom de l'autre débit.	713	—	50
Le numéro d'ordre	164	—	76

— la 2e ligne :

Pour l'assurance :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
L'adresse	668	—	5
L'heure	146	—	32
La date d'accident	140	—	38

Pour les autres débiteurs :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
L'adresse	735	—	50
La date de fin d'interv.	176	ROUT 5	82

— la 3e ligne :

Pour l'assurance :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
Le code postal	690	ROUT 18	—
Le pays	694	ROUT 18	5
La localité	696	—	13
La rubc	99	—	32
Le ntrs	103	—	38

Pour les autres débiteurs :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
Le code postal	757	ROUT 18	—
Le pays	761	ROUT 18	50
La localité	763	—	58
La rubc	156	—	76
Le ntrs	160	—	82

— la 4e ligne :

Pour l'assurance :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
Le nom du patron	107	—	5
Le code modalité	150	—	32
La valeur	151	—	38

Pour les autres débiteurs :

	ORIG 0000	ROUT	DEST 0188
Le code modalité	182	—	76
La valeur maximum	183	—	82

Les routines à réaliser.

RTV « i » : création d'une constante numérique i et transfert dans la zone indiquée comme destination.

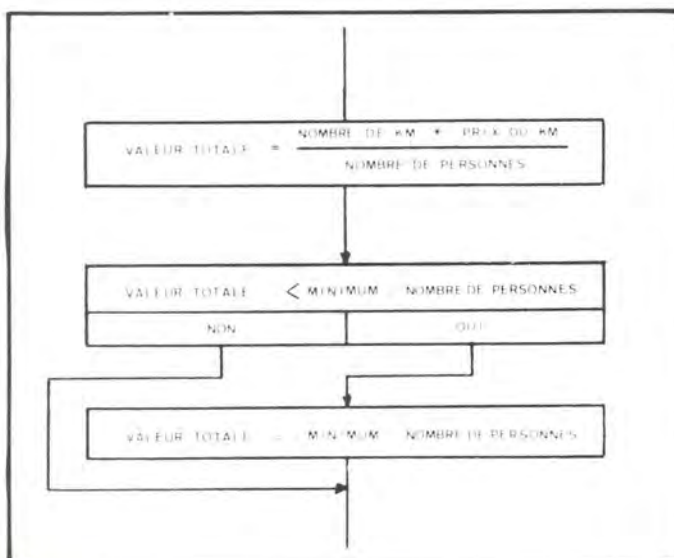
ROUT 0 : mise en forme de la date (JJMMAA — AAMMJJ).

ROUT 1 : Recherche du nom du médecin dans le fichier des médecins de l'hôpital civil, affichage à l'écran cathodique et transfert dans la zone de destination.

ROUT 4 : mise sous forme alphabétique du motif d'hospitalisation.

ROUT 5 : remise en forme de la date (AAMMJJ — JJMMAA).

ROUT 7 : 1. calcul de la valeur totale 1 du transfert en ambulance et transfert de cette valeur dans la zone destination.



2. calcul de la valeur totale 2 à partir des paramètres :
- 400 F de forfait pour les 10 premiers kilomètres
 - 40 F par kilomètre pour les 10 kilomètres qui suivent
 - 30 F par kilomètre pour tous les autres.

- ROUT 8 :** Lorsque l'infirmière a introduit le code postal, le programme teste le code « pays ».
Si le malade est belge, il suffit de rechercher la localité dans le fichier des codes postaux et de l'afficher à l'écran.
Si le malade est étranger, il faut demander à l'infirmière d'introduire la localité pour créer un article fictif dans le fichier avec un numéro vide de celui-ci.
- ROUT 9 :** Il s'agit de transformer la date de naissance pour la mettre sous la forme présentée dans le sous-dossier administratif.
- ROUT 10 :** Affectation d'un numéro de reçu.
- ROUT 11 :** Recherche dans le signalétique des médecins des renseignements concernant le médecin traitant (nom, adresse, localité, code postal, numéro de téléphone).
Si l'infirmière ne connaît pas le numéro d'ordre de celui-ci, elle introduit des ?, et tous les renseignements seront remplis de ?
- ROUT 12 :** Recherche dans le signalétique des mutuelles des renseignements concernant la mutuelle (rubc, ntrs, fédération, section).
Si l'infirmière ne connaît pas le numéro de la mutuelle, elle introduit des ?, et tous les renseignements seront remplis de ?.
- ROUT 13 :** Calcul de la valeur de la zone type d'enregistrement pour l'enregistrement M1, A, AD.
Ce calcul se fait suivant la table de décision ci-dessous :

	ZONE 539 =	ZONE 592 =	ZONE 712 =
Type = 1	1	5	0
= 2	2	0	5
= 3	3	0	0
= 4	1	2	5
= 5	1	3	0
= 6	2	0	3
= 7	1	2	3

- ROUT 14 :** Recherche dans le signalétique des assurances des renseignements concernant l'assurance (nom, adresse, code postal, pays, localité). Si l'infirmière ne connaît pas le ntrs, elle introduit des ?, et tous les renseignements seront remplis de ?.
- ROUT 15 :** Recherche dans le signalétique des autres débiteurs des renseignements concernant les autres débiteurs (nom, adresse, code postal, pays, localité).
Si l'infirmière ne connaît pas la rubc et le ntrs, elle introduit des ?, et tous les renseignements seront remplis de ?.
- ROUT 16 :** Prendre l'équivalent alphabétique du sexe.
- ROUT 17 :** Prendre l'équivalent alphabétique de la parenté.
- ROUT 18 :** Doit permettre de mettre le code postal sous la forme demandée par la poste. Pour un pays étranger, il faudra aller chercher le code postal adéquat.
- ROUT 19 :** Remettre la date de naissance sous la forme JJMMAAA.
- ROUT 20 :** Transformation d'un montant en son équivalent alphabétique.
- ROUT 21 :** Prendre l'équivalent alphabétique de la catégorie d'assuré.
- ROUT VC1 :** Si le test est positif, créer une constante 1.
Si le test est négatif, créer une constante 0.
- ROUT VC2 :** Si le test « page suivante = fin », alors créer une constante 0.
Si le test « page suivante ≠ fin », alors créer une constante 1.
- ROUT DOS :** devra donner un numéro de dossier au malade.

ROUT 22 : Cette routine permettra de transférer les renseignements du malade dans la zone tiers payant si le malade est lui-même tiers payant et d'afficher les différentes valeurs à l'écran cathodique.
 Cette routine se servira d'une table de transfert reprenant les valeurs suivantes

ORIGINE	LG	DESTINATION
BUF000 + 12	22	BUF000 + 83
BUF000 + 34	22	BUF000 + 105
BUF000 + 56	4	BUF000 + 127
BUF000 + 60	2	BUF000 + 131
BUF000 + 63	1	BUF000 + 134
BUF000 + 64	1	BUF000 + 135
MEM000 + 402	16	MEM000 + 441

et elle place une valeur 5 dans la zone BUF000 + 133.

ROUT 23 : Cette routine permettra d'afficher les renseignements du titulaire mutuelle 1 à l'écran cathodique

nom BUF000 + 12
 adresse 34
 cplt 56
 pays 60
 sexe 63
 état civil 64
 date naissance 65
 lieu naissance 71

4) Création des étiquettes.

Pour éditer un lot d'étiquettes, il faudra amener en mémoire l'enregistrement M.TP.DIV pour y prendre les renseignements nécessaires.

Les feuilles d'étiquettes comprennent 24 étiquettes réparties en 6 lignes de quatre (fig. IMP33).

Nous signalerons uniquement les déplacements dans le buffer d'impression pour chaque élément intervenant dans une ligne d'étiquettes.

	étiq. 1	étiq. 2	étiq. 3	étiq. 4
Première ligne de l'étiquette :				
<i>Numéro du dossier</i>	3	29	55	81
<i>Chambre</i>	18	44	70	96
Deuxième ligne de l'étiquette :				
<i>Nom du malade</i>	3	29	55	81
Troisième ligne de l'étiquette :				
<i>Adresse</i>	3	29	55	81
Quatrième ligne de l'étiquette :				
<i>Localité</i>	3	29	55	81
Sixième ligne de l'étiquette :				
<i>Nom du médecin</i>	3	29	55	81

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">NUMERO DOSSIER</td> <td style="width: 50%;">CHAMBRE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NOM DU MALADE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ADRESSE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">LOCALITE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NOM DU MEDECIN</td> </tr> </table>	NUMERO DOSSIER	CHAMBRE	NOM DU MALADE		ADRESSE		LOCALITE		NOM DU MEDECIN			
NUMERO DOSSIER	CHAMBRE												
NOM DU MALADE													
ADRESSE													
LOCALITE													
NOM DU MEDECIN													

(IMP 33)

REMARQUES :

— 1 —

Si au cours de l'admission d'un malade une panne se produit, nous devons permettre à l'infirmière de recommencer le traitement où il a été interrompu.

C'est dans ce but que nous avons créé le fichier » Redémarrage ». Celui-ci se compose de 14 secteurs qui possèdent la structure présentée à la figure (fig. 19).

(FIG. 19)

DEBUT	0	0	NUM DOSS	1	DATE ENT	2	H	22	NTRS	3	NOM DU MEDECIN PCC	CHAMBRE												
	0	6		5		1	56		0															
	0	0																						
	0	6																						
MALADE	0	0	NOM	2	ADR	5	C	5	5	LOC	7	CPLT												
	0	6		8		0	4	6			2													
	0	0	0000	1	DATE NAIS	1	LIEU NAIS	1	NUM IDENT	2														
	0	6	6789	5		9			7															
TIERS PAYANT	0	0	NOM	2	ADR	5	C	5	5	LOC	7	7777	PROV	8	NUM RECU	88								
	0	6		8		0	4	6			2345	1		88										
	0	0																						
	0	6																						
MEDECIN	0	0	NOM	2	ADR	5	C	5	5	LOC	7	TEL	8	NUM MED	8889									
	0	6		8		0	4	6			2		1	6789	C									
	0	0																						
	0	6																						
MUTUELLE 1	0	0	NOM	2	ADR	5	C	5	5	LOC	7	777												
	0	6		8		0	4	6			234													
	0	0	DATE NAIS	1	LIEU NAIS	1	NUM MUT	2	IND STAT	3	IND FED	3	NUM CARNET	44	NUM DEB	4	NUM NTS	5	FED	6	SECT	7	777	
	0	6		2		6		2		1		7	34	8	2		0				6789			
MUTUELLE 2	0	0	NOM	2	ADR	5	C	5	5	LOC	7	77												
	0	6		8		0	4	6			23													
	0	0	DATE NAIS	1	LIEU NAIS	1	NUM MUT	2	IND STAT	3	IND FED	3	NUM CARNET	44	NUM DEB	4	NUM NTS	5	FED	6	SECT	7	777	
	0	6		2		6		2		1		7	34	8	2		0				6789			
ASSURANCE	0	0	NOM	2	ADR	5	C	5	5	LOC	7	R	7	N										
	0	6		8		0	4	6			2	6	6											
	0	0	POLICE	1	PATRON	4	DATE ACC	4	HEUR ACC	5	VAL	5	5											
	0	6		8		0	6	01		5	5	5												
CAP	0	0	NOM	2	ADR	5	C	5	5	LOC	7	R	7	N										
	0	6		8		0	4	6			2	6	6											
	0	0	REQUISITOIRE	1	DATE FIN	22	VAL	33																
	0	6		8		45		01																

Dans cette structure, le code est une réduction du numéro de dossier complet.

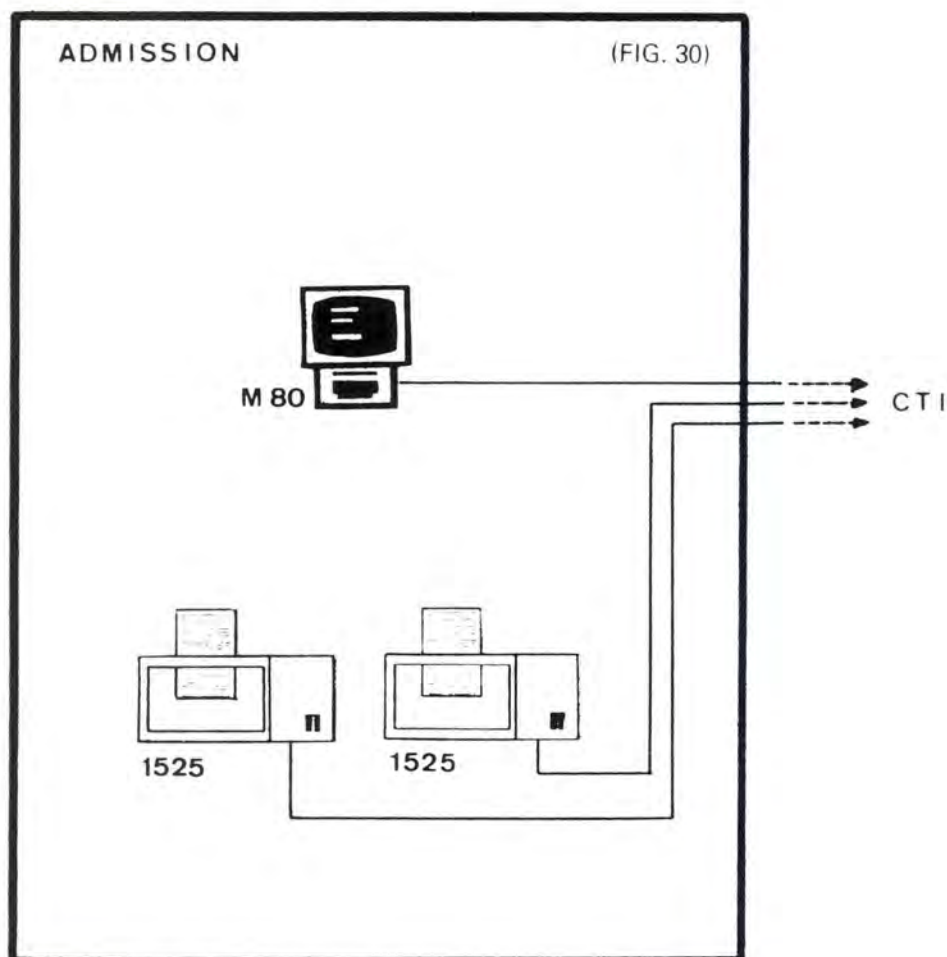
Si le numéro de dossier possède la valeur 567123489, le code sera égal à 1234.

Ces 14 secteurs nous permettront de régénérer, dans chaque zone de la mémoire, les valeurs adéquates et de connaître la partie du programme où nous nous sommes arrêtés.

Pour cela, le programme balaye le fichier depuis l'article « Début » jusqu'à l'article « Fin » en vérifiant si le code A reprend bien la partie centrale du numéro de dossier. Comme chaque enregistrement correspond à une demi-page « écran cathodique » (sauf pour le début et pour le tiers payant), il nous suffira de connaître le dernier enregistrement écrit pour replacer le programme au début de la dernière demi-page entamée.

Le matériel nécessaire pour la partition de l'admission est représenté à la figure 30. Il se compose de :

- 1) un écran cathodique (M80)
- 2) deux imprimantes 30 c/s (1525)



2) L'ÉDITION DES ÉTIQUETTES.

Le programme est semblable à celui qui traite la quatrième étape de la procédure de l'admission. Il doit permettre, à n'importe quelle heure, l'édition d'un lot d'étiquettes, à condition, naturellement, que la partition d'admission ne soit pas occupée par un autre programme.

3) LES TRANSFERTS.

La procédure de transfert comprend deux étapes :

- A) La réservation d'une nouvelle chambre ;
- B) La libération de l'ancienne.

Cette procédure s'accompagne de la création d'un enregistrement « modification d'hospitalisation » en direction du sous-dossier « en cours », avec la chambre libérée dans la zone « chambre origine » et la nouvelle chambre dans la zone « chambre destination ».

4) LE PROGRAMME DE MISE A JOUR.

Le programme de mise à jour doit permettre, soit de compléter les enregistrements définis auparavant, soit de les modifier.

Si on complète un enregistrement, il suffit d'introduire la nouvelle zone à la place de l'ancienne. Mais si on le modifie, il faudra recréer un lot d'enregistrements en plaçant dans ce nouveau lot un nouveau caractère de mise à jour, comme il est indiqué dans la description du sous-dossier administratif pour le dit caractère.

2. LE SOUS-DOSSIER « En cours ».

Nous n'étudierons pas les différentes procédures de saisie des données, mais nous définirons uniquement les enregistrements dans lesquels seront stockés l'ensemble des frais créés par le malade durant son hospitalisation.

Les procédures qui doivent remplir le sous-dossier « En cours » sont encore à définir et n'existent que partiellement.

Nous subdiviserons le sous-dossier « En cours » en un ensemble de fichiers. Nous définirons les raisons de cette subdivision après avoir décrit l'organisation et la structure des différents fichiers.

A. L'organisation et la structure.

Le sous-dossier « En cours » se compose de cinq fichiers :

- 1) Le fichier « Attestations de soins » ;
- 2) Le fichier « Biologie » ;
- 3) Le fichier « Pharmacie » ;
- 4) Le fichier « Autres fournitures » ;
- 5) Le fichier « Modification ».

Les cinq fichiers sont organisés en séquentiel avec une table d'index.

La clé de recherche est calculée de telle sorte que, pour les fichiers 1, 2, 3 et 4, les enregistrements se retrouvent dans l'ordre dans lequel on doit les placer sur les imprimés, et, pour le fichier 5, dans l'ordre chronologique où se sont déroulées les différentes transactions.

Les introductions seront effectuées au moyen de la table d'index, tandis que le fichier sera traité en séquentiel au moment de la facturation.

(FIG. 20)



1) Fichier « Attestations de soins ».

A) LA STRUCTURE (Fig. 20).

La clé.

1. Le numéro de dossier (9C.).
2. Le code A (1C.).
 - 00 Honoraires à la durée ;
 - 01 Réanimation ;
 - 10 Chirurgie ;
 - 11 Anesthésiologie ;
 - 12 Aide opératoire ;
 - 13 Suppléments ;
 - 14 Radiodiagnostic ;
 - 15 Médecine interne ;
 - 16 Prestations spéciales générales ;
 - 17 Oto-rhino-laryngologie ;
 - 18 Ophtalmologie ;

- 20 Soins conservateurs et extractions ordinaires ;
- 21 Prestations spéciales (stomatologie) ;
- 30 Prothèses dentaires ;
- 31 Cas spéciaux ;
- 40 Prothèses ;
- 41 Réparations prothèses ;
- 42 Réparations par tranche ;
- 43 Prothèses sur devis ;
- 50 Radiothérapie ;
- 51 Médecine nucléaire ;
- 52 Physiothérapie ;
- 60 Attestations aux médecins traitants.

3. Le numéro de tiers du médecin (4C.).
Il s'agit du numéro de tiers du médecin qui signera l'attestation.
4. La date de la prestation (6C.).
5. L'heure de la prestation (4C.).
6. Le code B (4C.).
Ce code gardera la valeur zéro, sauf dans un cas bien particulier que nous verrons plus loin.
7. Le code C (1C.).
Ce code peut prendre deux valeurs :
O : pour les consultations,
1 : pour les autres prestations.
Il permettra de retrouver les honoraires pour la consultation avant les autres prestations effectuées au même moment par le même médecin.
8. Le code Inami (4C.).
Ce code correspond au numéro d'ordre associé à chaque prestation dans la nomenclature.

L'article.

9. Le numéro de tiers du médecin (4C.).
10. Le numéro de section du service (4C.).
Ce numéro permettra d'effectuer les imputations en C.A.E.
11. La date de la prestation (6C.).
12. L'heure de la prestation (4C.).
13. Le justificatif (20C.).
Le justificatif permet d'introduire un commentaire pour expliquer la prestation.
Il permettra également d'introduire d'autres notions spécifiques à certains types de prestations.
14. Le code Inami (4C.).
Le code Inami correspond au numéro d'ordre associé à chaque prestation dans la nomenclature. Si le code Inami commence par un zéro, 75 % seulement de la valeur sont à charge de l'organisme assureur. Les 25 % sont à charge du malade, sauf dans le cas où le malade est repris dans la catégorie des VIPO.
15. La clé (1C.).
Elle indique la lettre-clé associée à chaque prestation dans la nomenclature.
16. Le coefficient (6C.).
Il correspond au coefficient associé à la prestation dans la nomenclature.
17. La valeur (6C.).
Le montant total à tarifier pour cette prestation correspond à la valeur.
Dans le cas d'une tarification normale, cette valeur s'obtiendra en multipliant le coefficient par la valeur associée à la lettre-clé.
18. Le pourcentage de réduction (3C.).
Le montant que l'on tarifiera sera égal à « X » pour cent de la valeur.
19. Le pourcentage de répartition dans le « Pool médecin » (3C.).
Le montant que l'on affectera au « Pool médecin » sera égal à « Y » pour cent de la valeur.

Cas particuliers.

Examinons la structure de la zone « justificatif » dans les différents cas définis par le code A. Nous examinerons aussi la structure particulière du code B dans le cas où le code A est égal à 20 ou à 21, ainsi que quelques cas de tarifications particulières.

Il est bon de signaler que nous nous intéresserons uniquement aux règles d'édition et aux règles de calcul.

L'ensemble des règles qui permettent de remplir les zones JUSTIFICATIF, CLE, COEFFICIENT, K % REDUC et K % POOL, a été déduit à partir d'un signalétique des prestations des soins de santé.

Soit le code A :

- 00 : Le justificatif comprend 6 caractères et reste à blanc.
- 01 : Le justificatif comprend 6 caractères et
 - pour les prestations 1250/.../1255/1258/1259, il donne le jour de la prestation sous la forme :
« X JOUR »
 ↳ 1, 2,...
 - pour les autres, il reste à blanc.
- 10 : Le justificatif comprend 6 caractères et reste à blanc.
- 11 : Le justificatif comprend 6 caractères et
 - pour les prestations 1400 à 1412/1430 à 1435, il reprend le code Inami de la prestation qui a nécessité une anesthésie ;
 - pour les autres, il reste à blanc.
- 12 : Le justificatif comprend 6 caractères et contient les 6 caractères suivants « AIDE ».
- 13 : Le justificatif comprend 6 caractères et contient le code Inami sous la forme « cina » ou le cumul des codes Inami pour lesquels sont tarifés les suppléments sous la forme « cumul ».
- 14, 15, 16 : Le justificatif comprend 6 caractères et reprend le numéro du protocole, le numéro du rapport, ou six blancs.
- 17 : Le justificatif comprend 6 caractères et il reprend le numéro de l'audiogramme, le numéro du protocole, ou six blancs.
- 18 : Le justificatif comprend 6 caractères et il reprend :
 - pour les actes thérapeutiques : soit le numéro de la séance sous la forme « X SCE » pour le 1907 et 1908, soit 6 blancs.
 - pour les actes de diagnostic : soit le numéro du protocole, le numéro du graphique, ou 6 blancs.
- 20 : Le justificatif se compose de trois zones et a une longueur de 20 caractères.



A	INF	mâchoire inférieure	0
	SUP	mâchoire supérieure	1
B	G	partie gauche	0
	D	partie droite	1
C	INCISIVE	1	1
	INCISIVE	2	2
	CANINE	3	3
	PREMOLAIRE	4	4
	PREMOLAIRE	5	5
	MOLAIRE	6	6
	MOLAIRE	7	7
	MOLAIRE	8	8

Le code B est subdivisé en quatre zones de 1 caractère.

- 1) Le premier caractère est à zéro ;
 - 2) Le deuxième caractère indique le type de mâchoire ;
 - 3) Le troisième caractère indique la partie de la mâchoire ;
 - 4) Le quatrième caractère indique le numéro de la dent.
- 21 : Le justificatif aura la même structure que dans le cas précédent, mais il pourra aussi rester à blanc.
 - 30 : Le justificatif comprend 6 caractères et reprend :
 - pour les prestations 0440 à 0453, la date de l'autorisation ;
 - pour les prestations 0474 et 0476, six blancs.

31 : La tarification des prestations 0477 et 0478 est particulière :

Le code Inami qui se trouve dans la clé reprend :

- le code 0477 pour le remontage d'une prothèse ;
- le code 0478 pour le remplacement de la base d'une prothèse.

Le code Inami, la clé, le coefficient qui se trouvent dans l'article sont ceux de la prothèse que l'on remonte ou dont on remplace la base.

Le pourcentage de réduction est de :

- 25 % pour le 0477,
- 60 % pour le 0478.

La valeur de base est obtenue au moyen de la tarification normale à partir des paramètres de la prothèse. La valeur à affecter au code Inami de la clé est la valeur réduite par le pourcentage de réduction.

Le code Inami de la prothèse est employé comme justificatif.

40 : Le justificatif comprend 20 caractères et reprend le libellé abrégé de la prothèse.

41 : Le justificatif comprend 6 caractères et ceux-ci restent à blanc.

42 : Le justificatif comprend 4 caractères et reprend le coefficient associé à la prothèse réparée.

Pour le calcul par tranche, on divise le justificatif par cent.

On effectue le traitement normal et on multiplie la valeur trouvée par le quotient de la division.

43 : Le justificatif comprend 20 caractères et il reprend le libellé abrégé de la prothèse, la valeur totale étant placée dans la zone « valeur » directement.

50 : Le justificatif se compose de six zones réparties sur 17 caractères.

A	B	C	D	E	F
---	---	---	---	---	---

- A : HE : haute énergie
R : roentgénéthérapie
RA : radium
RAP : roentgénéthérapie particulière
RAS : roentgénéthérapie superficielle.

B : Nombre de champs.

A et B sont considérés comme justificatif.

C : Nombre minimum de séances que l'on doit prêter pour pouvoir tarifier le code Inami présent dans l'article.

D : Le code Inami de la prestation de remplacement, dans le cas où le nombre minimum de séances n'a pas été atteint.

E : La lettre-clé de remplacement.

F : Le coefficient de remplacement.

Lorsque l'on tarifie un acte de radiumthérapie, il faut additionner l'ensemble des champs que l'on retrouve dans la zone B avec, au maximum, 2 champs par séance.

On compare le nombre trouvé avec la zone C. Si le nombre de séances a été suffisant, on tarifie une seule fois avec le code Inami de l'article. Sinon, on tarifie N fois avec le code Inami de l'article de remplacement, à condition que l'on effectue la facture de « sortie malade » et non la facture de « fin de mois ». (N étant le nombre de séances réelles).

51 : Le justificatif comprend 20 caractères et reprend le libellé de l'organe qui a été traité.

52 : Le justificatif comprend 6 caractères et reprend la date de la demande d'autorisation.

Nous ne devons pas oublier que les honoraires pour les prestations de physiothérapie effectuées le même jour ne peuvent pas dépasser K 12 (Sauf pour les prestations 5728/.../5732).

60 : Le justificatif comprend 6 caractères et reprend le code Inami de l'intervention à laquelle assistait le médecin traitant.

La zone n°tr « médecin » est remplie de zéros. Les paramètres du médecin traitant peuvent être trouvés dans le sous-dossier administratif.

B) Le volume.

L'analyse des statistiques en annexe permet de constater que pour 100 dossiers on obtient un relevé de 981 prestations.

Dès lors :

- pour 1 dossier, nous aurons 10 prestations ;
- pour 1.200 dossiers, nous aurons ± 12.000 Prestations.

Ceci nous donnera donc une occupation de 12.000 secteurs.

2) Fichier « Biologie clinique ».

A) La structure. (Fig. 20)

La structure de la clé est différente de celle présentée dans le fichier précédent, tandis que l'article possède la même organisation.

La clé.

1. Le numéro de dossier (9C.)
2. Le numéro de tiers du médecin (4C.)
3. La date de l'analyse (6C.)
4. L'heure (2C.)
5. La minute (2C.)
6. Le numéro du prélèvement (2C.)

- 11 Analyse de sang
- 12 Epreuves fonctionnelles
- 13 Analyse des urines
- 14 Analyse des selles
- 15 Analyse des sécrétions expectorées
- 16 Analyse des sécrétions bronchiques
- 17 Analyse des sécrétions trachéales
- 18 Examen frottis de gorge
- 19 Analyse frottis rhinopharynx
- 21 Examen frottis urétral
- 22 Examen prélèvements génitaux
- 23 Examen pus
- 24 Examen liquide de ponction pleurale
- 25 Examen liquide de ponction d'hydrocèle
- 27 Examen liquide gastrique
- 28 Examen salive
- 29 Examen liquide de ponction d'ascite
- 31 Examen liquide de ponction synoviale
- 32 Examen liquide de ponction articulaire
- 33 Examen lait
- 34 Examen sueur
- 35 Examen liquide spermatique
- 36 Examen squames
- 37 Examen cheveux
- 38 Examen calcul biliaire
- 39 Examen calcul urinaire
- 42 Médullogramme
- 43 Examen liquide duodénal
- 44 Examen bile A
- 45 Examen bile B
- 46 Examen bile C
- 47 Aliments
- 51 Examen liquide céphalorachidien
- 52 Examen L.C.R. ventricule gauche
- 53 Examen L.C.R. ventricule droit.

7. Le code INAMI (4C.)

Deux règles sont possibles :

- a) Le CINA est égal au CINA' ;
- b) Le CINA est différent de CINA'.

Ce cina représente la prestation de biologie clinique pour laquelle on a attribué le code CINA' comme supplément (CINA' = 4712).

8. Le code A (2C.)

Il s'agit du numéro du donneur dans le cas d'un test de compatibilité. Dans les autres cas, il est placé à zéro.

9. Le code B (1C.)

Le code B peut prendre deux valeurs :

- code b = 0 article de biologie clinique
code b = 1 supplément pour dosage à l'aide de radio-isotopes.

Ceci nous permettra, à l'édition, d'obtenir le supplément consécutif à la prestation qui a provoqué ce supplément.

L'article.

10. Le numéro du médecin qui doit signer l'attestation (4C.)
11. Le numéro de section du service qui a effectué l'analyse (4C.)
12. La date d'analyse (2C.)

13. L'heure d'analyse (2C.)
14. La minute (2C.)
15. Le numéro de prélèvement (2C.)
16. Le justificatif (6C.)
Le justificatif correspond à un commentaire qui explique l'analyse :
Par exemple, il donnera le type de machine qui a effectué l'analyse (SM06, SM07, SM12).
17. Le cîna' (4C.)
18. La clé (1C.)
19. Le coefficient (6C.)
20. La valeur (6C.)
21. Le pourcentage de réduction (3C.)
22. Le pourcentage de répartition dans le « Pool médecin » (3C.).

B) Le volume.

L'analyse des statistiques en annexe permet de relever 4280 analyses pour 100 dossiers.

Dès lors :

- 1 dossier implique 43 analyses en moyenne,
- 1.200 dossiers impliquent \pm 51.600 analyses.

Il en résulte une occupation de 51.600 secteurs.

3) Fichier « Pharmacie ».

A) La structure. (Fig. 20).

La clé.

1. Le numéro du dossier (9C.).

2. Le code A (1C.).

- 0 : Les spécialités pharmaceutiques.
- 1 : Les produits médicaux.
- 2 : Les bandages et autres matières plâtrées.
- 3 : Sang/ plasma/ fibrinogène.
- 4 : Les radio-isotopes.
- 5 : Les vaccins.
- 6 : Le lait maternel.
- 7 : Les insulines.

3. Le code produit (6C.).

Le code produit est un code interne à l'hôpital.

4. Le code I/O (1C.).

Ce code permet de savoir si le produit sort du magasin ou y rentre.

5. La date (6C.) et l'heure du mouvement (4C.).

6. La code B (1C.).

Le code B a été introduit pour empêcher la formation de synonymes.

Nous aurions des synonymes dans le cas où nous sortirions plusieurs fois le même médicament le même jour à la même heure.

L'article.

7. Le code Inami (8C.).

a) Les spécialités remboursées seront codées :

* Pour les 6 premiers caractères :

AXXYYZ (XX = 01 à 09 ; YY = 01 à 59 ; Z = 2 à 4)

BXXOOZ (XX = 01 à 50 ; Z = 2 à 4)

il s'agit du critère Inami où les chiffres romains sont remplacés par des chiffres arabes, les points étant supprimés et bis, ter, quater valant respectivement 2, 3, 4.

* Pour les deux derniers caractères :

VP : pour les médicaments sans intervention des VIPO ;

MC : pour les médicaments soumis à l'accord du médecin-conseil ;

CM : pour les médicaments soumis à l'accord du collège des médecins directeurs ;

bb : pour les médicaments sans particularité.

- b) Les spécialités remboursées n'ayant pas de critères Inami seront codées :
 - CABSNT
 - VP, MC, CM, bb.
- c) Les autres produits seront codés :
 - NREMBSP : pour les spécialités non remboursées ;
 - MCOURANT : pour les médicaments courants ;
 - PMAGISTL : pour les prestations magistrales.
- 8. La quantité (6C.).
- 9. Le prix de revient (8C.).
- 10. Le pourcentage de réduction (3C.).
Il exprime le pourcentage du montant calculé qui devra être facturé.
EX : Chez les enfants de moins de 12 ans, on ne peut facturer que 75 % du montant calculé pour les bandes et autres matières plâtrées.
- 11. L'intervention du malade (2C.).
L'intervention est le montant que payera le malade chaque fois qu'il consommera un conditionnement entier.
- 12. Le numéro de section en CAE (4C.).
Il donnera le numéro de section du magasin qui a délivré le produit.
- 13. Le libellé du produit (20C.).
- 14. Les unités (11C.).
Il exprime les unités dans lesquelles est exprimée la quantité.
- 13. Le conditionnement (6C.).
Il correspond au nombre d'unités de conditionnement maximum, et déclenche, comme nous l'avons vu plus haut, la répétition de l'intervention « malade » chaque fois que la quantité dépasse le conditionnement ou un multiple de ce conditionnement.

B) Le volume.

L'examen des statistiques en annexe permet de relever 1.838 mouvements en moyenne pour 100 dossiers.

Donc :

- 1 dossier implique 19 mouvements en moyenne ;
- 1.200 dossiers impliqueront \pm 22.800 mouvements.

Il en résulte une occupation de 22.800 secteurs.

4) Le fichier « Autres fournitures ».

A) La structure.

La clé.

1. Le numéro de dossier (9C.).
2. Le code A (1C.).
Ce code A reste à zéro.
3. Le code produit (6C.).
Ce code produit est un code interne à l'hôpital.
4. Le code I/O (1C.).
Ce code permet de savoir si le produit sort du magasin ou y rentre.
5. La date (6C.) et l'heure du mouvement (4C.).
6. Le code B (1C.).
Le code B a été introduit pour empêcher la formation de synonymes.

L'article.

7. La quantité (6C.).
8. Le prix de revient (8C.).
9. Le numéro de section CAE (4C.).
Il donnera le numéro de section du magasin qui a délivré le produit.
10. Le libellé du produit (20C.).

B) Le volume.

Selon les estimations que nous avons obtenues, le nombre de transactions oscillera autour de 8 transactions, ce qui nous donnera une occupation de ± 10.000 secteurs.

5) Le fichier « Modifications ».

A) La structure. (Fig 21)

1) L'enregistrement modifications d'hospitalisation.

La clé.

1. Le numéro du dossier (9C.).
2. Le code A (1C.).
0 : entrée,
1 : modification,
2 : sortie.
3. La date (6C.).
4. L'heure (2C.).
5. Les minutes (2C.).
6. Le code B (1C.).
si X : le malade change de chambre,
Y : le malade est soigné par un autre médecin,
Z : le type de chambre est différent.
Si le code A est égal à zéro ou à 2, le code B est égal à zéro.
Si le code A est égal à 1, le code B est égal à :
1 = X 4 = XY
2 = Y 5 = XZ 7 = XYZ
3 = Z 6 = YZ

L'article.

7. Le motif de la modification (2C.).
Le motif reprendra le même code que le motif d'hospitalisation, sauf au niveau de l'enregistrement de sortie, où 2 valeurs sont possibles :
- 0 : sortie normale,
- 1 : le malade est décédé (DCD).
8. Le numéro de chambre « origine » (6C.).
La chambre « origine » est égale à la chambre « destination » pour un code A égal à 0 ou à 2.
9. Le type de chambre « origine » (1C.).
10. Le ntrs du médecin « origine » (4C.).
Il nous permettra de connaître le médecin qui touchera les honoraires à la durée.
11. Le nsct d'hospitalisation « origine » (4C.).
Il nous permettra d'effectuer les imputations en CAE.
12. Le numéro de chambre « destination » (6C.).
13. Le type de chambre « destination » (1C.).
14. Le ntrs du médecin « destination » (4C.).
15. Le nsct d'hospitalisation « destination » (4C.).

2) L'enregistrement gestion des provisions.

La clé.

1. Le numéro du dossier (9C.).
2. Le code A (1C.).
Celui-ci est égal à 3.
3. La date (2C.) et l'heure (2C.).
C'est la date et l'heure des opérations financières influençant le compte du malade.
4. Les minutes (2C.) et le code B (1C.).
Ils restent à zéro.

4. Les minutes (2C.).
Il reste à zéro.
5. Le code B (1C.).
1 : course non demandée par le 900
2 : course demandée par le 900.

L'article.

6. Le nombre de personnes (3C.).
Il s'agit du nombre de personnes transportées par l'ambulance.
7. La référence (6C.).
Il s'agit du numéro du document de bord de l'ambulancier.
8. Le nombre de km (4C.).
9. Le prix de revient du km (6C.).
10. La valeur minimum (4C.).
Cette valeur est le montant minimum que l'on doit facturer pour une personne.
Pour N personnes, ce même montant sera égal à la valeur minimum divisée par N.
11. La valeur 1.
Il s'agit du montant calculé suivant l'ancienne méthode de tarification (ROUT7).
12. La valeur 2.
Il s'agit du montant calculé suivant la nouvelle méthode de tarification (ROUT7).

4) L'enregistrement « demande de prolongation ».

La clé.

1. Le numéro du dossier (9C.).
2. Le code A (1C.).
Celui-ci est égal à 5.
3. La date d'expédition (6C.).
Il s'agit de la date à partir de laquelle doit commencer la nouvelle période de prolongation.
4. L'heure (2C.) et les minutes (2C.).
Les deux zones restent à zéro.
5. Le code B (1C.).
Celui-ci peut prendre 3 valeurs :

1 : rectification : la date d'autorisation est différente de la date de demande et est seule valable.

2 : suppression : la date de demande est la limite. Ce qui signifie que la mutuelle refuse de payer après cette date.

3 : projet : au moment de l'envoi de la demande de prolongation, la date de demande est égale à la date d'autorisation et correspond à la demande à la mutuelle.

6. La date (6C.) et l'heure demandées (2C.).
Il s'agit donc de la date proposée à la mutuelle. L'heure sera toujours 15 heures.
7. La date (6C.) et l'heure autorisées (2C.).
Il s'agit de la date admise par la mutuelle. L'heure sera toujours 15 heures.

5) L'enregistrement « honoraires à la durée ».

La clé.

1. Le numéro du dossier (9C.).
2. Le code A (1C.).
Celui-ci est égal à 6.
3. La date de la prestation (6C.).
4. L'heure de la prestation (2C.).
5. Les minutes et le code B (3C.).
Les deux zones restent à blanc.

L'article.

6. La date et l'heure de début (8C.).

Il s'agit de la date de commencement de la période pendant laquelle les honoraires à la durée sont couverts pour la prestation.

(Revoir tarification des honoraires à la durée).

(La zone heure est laissée à zéro actuellement).

7. La date et l'heure de fin (8C.).

Il s'agit de la date de fin de la période pendant laquelle les honoraires à la durée sont couverts par la prestation. (La zone heure est laissée à zéro actuellement).

Rappelons, par un exemple, le principe des honoraires à la durée.

Emettons l'hypothèse que le malade est entré à l'hôpital le 5 du mois et qu'il subit soit une intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique, soit une prestation obstétricale :

Si celle-ci se situe entre le 5 et le 14,

la date de début = le 5,

la date de fin = le 14.

Si celle-ci se situe après le 14, par exemple le 16,

la date de début = le 16,

la date de fin = le 25.

B) Le volume.

Selon les informations relevées, le fichier « modifications » aura 10 enregistrements en moyenne par fichier, ce qui nous donnera une occupation de ± 12.000 secteurs.

VOLUME APPROXIMATIF DU SOUS-DOSSIER « EN COURS ».

Nous aurons au total comme volume pour le sous-dossier « en cours » :

1. Les fichiers eux-mêmes :

Le fichier « Attestations »	=	12.000
Le fichier « Biologie »	=	51.600
Le fichier « Pharmacie »	=	22.800
Le fichier « Autres fournitures »	=	10.000
Le fichier « Modifications »	=	12.000
		<hr/>
		108.400

2. Les tables d'index.

Nous aurons 5 tables de 1.200 secteurs, c'est-à-dire 7.000 secteurs

Ceci nous donne un total de 115.400 secteurs.

B. Les raisons de la subdivision.

La raison principale résulte du fait qu'il n'est pas possible de trouver un enregistrement standard qui soit valable pour n'importe quel type de transactions. Dans le sous-dossier « En cours », défini précédemment, nous avons présenté trois grands groupes de fichiers avec un essai de standardisation. Le premier groupe des attestations se subdivise lui-même en deux (attestations et biologie) ; le deuxième groupe des magasins lui aussi se divise en deux, et le troisième groupe reprend en vrac le reste des renseignements. Cette subdivision supplémentaire s'explique non seulement par le souci de travailler avec des fichiers qui ne soient pas trop volumineux et donc plus maniables par le « System Ten », mais aussi de rendre possible une facturation de type modulaire qui possède la particularité de permettre le travail en parallèle de certains modules, comme nous le verrons plus loin.

Cette subdivision peut être intéressante aussi pour permettre d'implémenter séparément les procédures de saisie des données qui devront introduire leurs sous-produits dans le sous-dossier « En cours ».

3. LA FACTURATION.

1) La logique de la facturation.

Dans un hôpital, on rencontre deux types de facturation.

- 1) La facturation au moment de la sortie du malade ;
- 2) La facturation de fin de mois.

Nous y ajouterons un suivi du compte provision, devant assurer à l'hôpital le remboursement des frais effectués par le malade.

A) Les différents frais.

Les différents frais sont répartis sur la facture en un certain nombre de postes que nous allons rapidement examiner :

1. Les journées d'hospitalisation ;
2. Les suppléments de chambre ;
3. Les honoraires à la durée ;
4. Les honoraires médicaux ;
5. Les spécialités pharmaceutiques ;
6. Les produits médicaux ;
7. Les bandages et autres matières plâtrées ;
8. Sang / plasma / fibrinogène ;
9. Les radio-isotopes ;
10. Les divers (relevé P) ;
11. Les autres fournitures ;
12. L'ambulance ;
13. Les soldes de provisions.

1. Les journées d'hospitalisation.

Le prix de la journée d'entretien possède deux composantes :

- a) Le prix normal de la journée d'entretien ;
- b) Le prix de réajustement associé à l'article 9.

Nous tiendrons compte, lorsque nous calculerons le prix de la journée d'hospitalisation, des changements de prix que l'on rencontre pour le tarif normal et pour le réajustement.

Prenons un exemple :

Un malade est entré le 1/10 avant 12 heure.

Le 5/10, le prix normal passe de 1000 à 1200.

Le 25/10, le réajustement passe de 500 à 600.

Le malade sort le 30/10 après 14 heures.

Pour le prix normal :	Pour le réajustement :
4 jours à 1000	24 jours à 500
26 jours à 1200	6 jours à 600

Au total, nous aurons :

4 jours à 1500
20 jours à 1700
6 jours à 1800.

Le poste « journées d'hospitalisation » se subdivise donc, dans cet exemple, en trois sous-postes.

Si nous supposons maintenant que le malade est resté 10 jours dans le service Y et 20 jours dans le service X, nous aurons à imputer :

Au service Y, 4 jours à 1500
et 6 jours à 1700 ;

Au service X, 14 jours à 1700
et 6 jours à 1800.

2. Les suppléments.

Le prix du supplément ne possède qu'un seul composant ; il y a donc peu de problèmes pour calculer le montant à facturer.

Nous devons seulement vérifier si le malade ne se voit pas octroyer des réductions à cause de son régime de facturation.

3. Les honoraires à la durée.

Au moyen du fichier « Modifications d'hospitalisation », nous connaissons la période pendant laquelle on ne peut pas réclamer des honoraires à la durée, si une telle période existe. Il est, à ce moment, assez simple de tarifier les jours restants, au moyen de prestations 0080, 0081 et 0082.

Si, dans le fichier « modifications d'hospitalisation », nous remarquons que le numéro du médecin change, nous devons affecter les honoraires à la durée au nouveau médecin à partir de la date de modification.

Le poste « Honoraires à la durée » sera subdivisé en plusieurs sous-postes si l'on tarifie des honoraires à la durée pour plusieurs médecins.

4. Les honoraires médicaux.

Lorsque nous effectuerons l'édition des attestations de soins, il est assez facile de générer le poste « honoraires médicaux ».

Pour effectuer l'impression, nous listerons séquentiellement le fichier « Attestations de soins » et le fichier « Biologie » du sous-dossier « En cours ». Il nous suffira de programmer une rupture au niveau du numéro de tiers du médecin pour obtenir le total par médecin et générer les différents sous-postes.

En effet, le poste « honoraires médicaux » sera subdivisé en plusieurs sous-postes reprenant la globalisation des prestations d'un médecin. Comme la génération des sous-postes s'effectue au moment de l'édition des attestations, nous donnerons ici les règles qui doivent diriger cette édition. (IMP 13).

- Pour le fichier « attestations de soins » :

- * L'en-tête et la structure de l'imprimé dépendent de la valeur du code A :

00 et 01	: figure IMP23
10/.../18/42/52/60	: figure IMP16
20, 21	: figure IMP17
30	: figure IMP18
31	: figure IMP19
40/41/43	: figure IMP20
50	: figure IMP21
51	: figure IMP22.

- * Quand une page est terminée, il faut indiquer un sous-total, imprimer les paramètres du médecin au bas de page et recommencer à la page suivante par la même en-tête.

- * Quand on rencontre une rupture sur le nrs médecin, il faut indiquer le total, générer un sous-poste, imprimer les paramètres du médecin au bas de la page et recommencer à la page suivante.

- * Quand on rencontre un code qui indique que la prestation est une consultation, on établit une nouvelle attestation et on introduit en début d'attestation l'en-tête présentée à la figure IMP15.

- Pour le fichier « Biologie ».

Le principe est le même et nous nous servirons comme imprimé du document présenté à la figure IMP14.

Si nous avons deux fichiers donnant naissance, pour les attestations, à un seul poste dans le cas de la pharmacie, nous aurons un seul fichier qui générera 6 postes.

5. Les spécialités pharmaceutiques.
6. Les produits médicaux.
7. Les bandages et autres matières plâtrées.
8. Sang / plasma / fibrinogène.
9. Les radio-isotopes.
10. Les divers, reprenant — les vaccins,
— le lait maternel,
— les insulines.

Lorsque nous éditerons les relevés de pharmacie, il sera facile de générer les différents postes. En effet, pour l'édition, nous listerons séquentiellement le fichier « pharmacie » du sous-dossier « En cours » et nous programmerons deux niveaux de rupture :

- le premier au niveau du produit, pour comptabiliser les entrées et les sorties, et obtenir un montant global ;

- le second au niveau du code A, pour obtenir le total par poste et générer celui-ci.

Remarquons l'obligation de globaliser les trois dernières rubriques pour obtenir le poste « Divers ».

Comme la génération des postes 5, 6, 7, 8, 9, 10 s'effectue au moment de l'édition, donnons les règles de cette édition :

- * On ne doit écrire qu'une ligne par produit, c'est-à-dire le résultat de la globalisation obtenue par la rupture au niveau du code produit.

- * Si on rencontre une rupture au niveau du code A, on n'écrit pas de sous-total, mais on saute quelques lignes.

- * Le total est placé au bas de la dernière page.

HOPITAL CIVIL 92, BOULEVARD PAUL JANSON 6000 CHARLEROI TEL (07) 32 44 20 AGREATION I.N.A.M.I. 7/38/073/38		ATTESTATION DE SOINS DONNES		N° DOSSIER <input type="text"/>				
NOM PRENOM TITULAIRE ADRESSE LOCALITE CAT ASSURE DATE NAISS		ORGANISME ASSUREUR						
N° MUTUELLE IND STATISTIQUE IND HOSPITAL N CAJNET		<input type="text"/>						
Code P.C.I. 1980 & I.O.A.		<input type="text"/>						
NOM PRENOM BENEFICIAIRE		PARENTE <input type="text"/>						
SOINS CONSERVATEURS ET EXTRACTIONS ORDINAIRES								
CINA	C	COEF	RD	IDENTIFICATION	DENT	V TOT	V MAL	V MUT
****	*	****	**	***	*	*****	*	*****
DATE ET HEURE DU TRAITEMENT :/..../.. ..H..								

(IMP 17)

HOPITAL CIVIL 92, BOULEVARD PAUL JANSON 6000 CHARLEROI TEL (07) 32 44 20 AGREATION I.N.A.M.I. 7/38/073/38		ATTESTATION DE SOINS DONNES		N° DOSSIER <input type="text"/>					
NOM PRENOM TITULAIRE ADRESSE LOCALITE CAT ASSURE DATE NAISS		ORGANISME ASSUREUR							
N° MUTUELLE IND STATISTIQUE IND HOSPITAL N CAJNET		<input type="text"/>							
Code P.C.I. 1980 & I.O.A.		<input type="text"/>							
NOM PRENOM BENEFICIAIRE		PARENTE <input type="text"/>							
SOINS SPECIAUX ET PRESTATIONS TECHNIQUES									
DATE	HEURE	CINA	C	COEF	RD	JUSTIF	V TOT	V MAL	V MUT
//**	**H**	****	*	****	**	*****	*****	*****	*****
..../..../.. ..H..									

(IMP 16)

HOPITAL CIVIL
92, BOULEVARD PAUL JANSON
6000 CHARLEROI
TEL (07) 32 44 20
AGREATION I.N.A.M.I. 7/38/073/38

ATTESTATION DE SOINS DONNES

N. DOSSIER

NOM PRENOM TITULAIRE
ADRESSE
LOCALITE
CAT. ASSURE
DATE NAISS

ORGANISME ASSUREUR

N° MUTUELLE IND. STATISTIQUE
IND. FEDERAL N. CAJNET

Case
RESERVE
& T.O.A.

NOM PRENOM BENEFICIAIRE PARENTE

PROTHESES DENTAIRES - REPARATIONS

DATE	HEURE	CINA	RD	JUSTIFICATIF	V. TOT	V. MAL	V. MUT
//**	**H**	***	*	*** * ***,**	*****	*****	*****
//**	**H**	***	**	*** * ***,**	*****	*****	*****

(IMP 19)

HOPITAL CIVIL
92, BOULEVARD PAUL JANSON
6000 CHARLEROI
TEL (07) 32 44 20
AGREATION I.N.A.M.I. 7/38/073/38

ATTESTATION DE SOINS DONNES

N. DOSSIER

NOM PRENOM TITULAIRE
ADRESSE
LOCALITE
CAT. ASSURE
DATE NAISS

ORGANISME ASSUREUR

N° MUTUELLE IND. STATISTIQUE
IND. FEDERAL N. CAJNET

Case
RESERVE
& T.O.A.

NOM PRENOM BENEFICIAIRE PARENTE

PROTHESES DENTAIRES - CREATION

DATE	HEURE	CINA	C	COEF	RD	JUSTIF	V. TOT	V. MAL	V. MUT
//**	**H**	***	*	***,**	**	*****	*****	*****	*****
//**	**H**	***	*	***,**	**	*****	*****	*****	*****

(IMP 18)

HOPITAL CIVIL
102 BOULEVARD PAUL JANSON
5000 CHARLEROI
TEL. (071) 32 44 20
AGREATION N° A.M. 7/38/073/06

ATTESTATION DE SOINS DONNES

N° DOSSIER

NOM PR NOM TITULAIRE
 ADRESSE
 LOCALITE
 CAT ASSURE
 DATE NAISS
 N° MUTUALITE AND STATUTIQUE
 (10 REG. IN CA NET)

ORGANISME ASSUREUR

ORGANISME ASSUREUR

Code
MUTUALITE
N° 11 A

ORGANISME ASSUREUR

ORGANISME ASSUREUR

NOM PRENOM BENEFICIAIRE

PARENTE

PARENTE

SOINS SPECIAUX ET PRESTATIONS TECHNIQUES

CINA C	COEF	RD	DATE	HEURE	CH	JST IF	V. TOT	V. MAL	V. MUT
**** *	****, **	**	**/**/**	**H**	**	*****	*****	*****	*****
.... *	****, **	**	..../..	..H..	..	.....	.....	.....	.....
			..../..	..H..	..	.....	.....	.....	.....
			..../..	..H..	..	.....	.....	.....	.....
			} }	} }	} }	} }			
			..../..	..H..	..	.....	.....	.....	.....
			..../..	..H..	..	.....	.....	.....	.....
			..../..	..H..	..	.....	.....	.....	.....

DATE	CINA C	COEF	RD	CINA CH	JST	V. TOT	V. MAL	V. MUT
//**	**** *	****, **	**	**** *	**	*****	*****	*****
..../.. *	****, **	**	**** *	**

(IMP 21)

HOPITAL CIVIL
102 BOULEVARD PAUL JANSON
5000 CHARLEROI
TEL. (071) 32 44 20
AGREATION N° A.M. 7/38/073/06

ATTESTATION DE SOINS DONNES

N° DOSSIER

NOM PR NOM TITULAIRE
 ADRESSE
 LOCALITE
 CAT ASSURE
 DATE NAISS
 N° MUTUALITE AND STATUTIQUE
 (10 REG. IN CA NET)

ORGANISME ASSUREUR

ORGANISME ASSUREUR

Code
MUTUALITE
N° 11 A

ORGANISME ASSUREUR

ORGANISME ASSUREUR

NOM PRENOM BENEFICIAIRE

PARENTE

PARENTE

SOINS SPECIAUX ET PRESTATIONS TECHNIQUES

CINA C	COEF	RD	LIBELLE PROTHESE	V. TOT	V. MAL	V. MUT
**** *	****, **	**	*****	*****	*****	*****
.... *	****, **	**
			DATE :/..			
		

(IMP 20)

HOPITAL CIVIL 92 BOULEVARD PAUL JANSON 6000 CHARLEROI TEL (07) 32 44 20 AGREATION (N.A.M.) 7/38/073/36	ATTESTATION DE SOINS DONNES	N. DOSSIER <input style="width: 50px;" type="text"/>																																	
NOM PR/NOM TITULAIRE <input style="width: 150px;" type="text"/> ADH/SSC <input style="width: 150px;" type="text"/> LOCALITE <input style="width: 150px;" type="text"/> CAT ASSURE <input style="width: 150px;" type="text"/> DATE NAISS <input style="width: 150px;" type="text"/> N° MUTUELLE IND STATISTIQUE IND HOSPITAL N. CAJNET <input style="width: 200px;" type="text"/>	ORGANISME ASSUREUR <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>																																	
Case <input style="width: 200px;" type="text"/>																																			
NOM PRENOM BENEFICIAIRE <input style="width: 150px;" type="text"/> PARENTE <input style="width: 50px;" type="text"/>																																			
SOINS SPECIAUX ET PRESTATIONS TECHNIQUES																																			
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">DATE</th> <th style="text-align: left;">CINA</th> <th style="text-align: left;">C</th> <th style="text-align: left;">COEF</th> <th style="text-align: left;">RD</th> <th style="text-align: left;">JUSTIF</th> <th style="text-align: left;">V. TOT</th> <th style="text-align: left;">V.MAL</th> <th style="text-align: left;">V.MUT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>##/##/##</td> <td>###</td> <td>*</td> <td>###,##</td> <td>*</td> <td>####</td> <td>###</td> <td>###</td> <td>###</td> </tr> <tr> <td>##/##/##</td> <td>###</td> <td>*</td> <td>###,##</td> <td>*</td> <td>####</td> <td>###</td> <td>###</td> <td>###</td> </tr> </tbody> </table>	DATE	CINA	C	COEF	RD	JUSTIF	V. TOT	V.MAL	V.MUT	##/##/##	###	*	###,##	*	####	###	###	###	##/##/##	###	*	###,##	*	####	###	###	###								
DATE	CINA	C	COEF	RD	JUSTIF	V. TOT	V.MAL	V.MUT																											
##/##/##	###	*	###,##	*	####	###	###	###																											
##/##/##	###	*	###,##	*	####	###	###	###																											

(IMP 23)

HOPITAL CIVIL 92 BOULEVARD PAUL JANSON 6000 CHARLEROI TEL (07) 32 44 20 AGREATION (N.A.M.) 7/38/073/36	ATTESTATION DE SOINS DONNES	N. DOSSIER <input style="width: 50px;" type="text"/>																																	
NOM PR/NOM TITULAIRE <input style="width: 150px;" type="text"/> ADH/SSC <input style="width: 150px;" type="text"/> LOCALITE <input style="width: 150px;" type="text"/> CAT ASSURE <input style="width: 150px;" type="text"/> DATE NAISS <input style="width: 150px;" type="text"/> N° MUTUELLE IND STATISTIQUE IND HOSPITAL N. CAJNET <input style="width: 200px;" type="text"/>	ORGANISME ASSUREUR <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>																																	
Case <input style="width: 200px;" type="text"/>																																			
NOM PRENOM BENEFICIAIRE <input style="width: 150px;" type="text"/> PARENTE <input style="width: 50px;" type="text"/>																																			
SOINS SPECIAUX ET PRESTATIONS TECHNIQUES																																			
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">CINA</th> <th style="text-align: left;">C</th> <th style="text-align: left;">COEF</th> <th style="text-align: left;">RD</th> <th style="text-align: left;">JUSTIFICATIF</th> <th style="text-align: left;">PRESTATION</th> <th style="text-align: left;">V. TOT</th> <th style="text-align: left;">V.MAL</th> <th style="text-align: left;">V.MUT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>###</td> <td>*</td> <td>###,##</td> <td>*</td> <td>#####</td> <td>#####</td> <td>###</td> <td>###</td> <td>###</td> </tr> <tr> <td>###</td> <td>*</td> <td>###,##</td> <td>*</td> <td>#####</td> <td>#####</td> <td>###</td> <td>###</td> <td>###</td> </tr> </tbody> </table>	CINA	C	COEF	RD	JUSTIFICATIF	PRESTATION	V. TOT	V.MAL	V.MUT	###	*	###,##	*	#####	#####	###	###	###	###	*	###,##	*	#####	#####	###	###	###								
CINA	C	COEF	RD	JUSTIFICATIF	PRESTATION	V. TOT	V.MAL	V.MUT																											
###	*	###,##	*	#####	#####	###	###	###																											
###	*	###,##	*	#####	#####	###	###	###																											
DATE :/..../.. HEURE : ..H..																																			

(IMP 22)

HOPITAL CIVIL
 92, BOULEVARD PAUL JANSON
 6000 CHARLEROI
 TEL.: (07) 32.44.20
 AGREATION I.N.A.M.I. 7/38/073/38

**FRAIS POUR
 PRODUITS PHARMACEUTIQUES**

N° DOSSIER

RELEVÉ P

Appellation	Dosage	Quant.	Base de rembours.	Interv. bénéfi	Interv. O. A.

En application de l'art. 15 de l'A. R. du 24.12.63, modifié par l'A. R. du 28.9.65, le soussigné, responsable du dépôt de médicaments de l'Etablissement, déclare que les prix portés en facture pour les produits marqués d'un X sont supérieurs aux montants figurant à l'annexe 1 de l'A. R. du 24.12.63, parce qu'ils représentent les prix d'achats effectifs majorés de 10%, conformément à l'art. 16 du même arrêté. Ces données peuvent être contrôlées conformément aux dispositions légales sur la matière.

TOTAUX :

ARRONDIS :

Je certifie que relevé P est conforme au dossier médical et que les produits pharmaceutiques y repris ont été délivrés conformément aux règles en vigueur.

Le responsable

B) La répartition.

Nous avons parlé jusqu'à présent du montant global par poste. Comme souvent plusieurs organismes assurent la couverture d'un malade, il y aura lieu de répartir le montant global entre les différents organismes, sans omettre la quote-part du malade.

Nous pouvons déjà imputer à la quote-part du tiers payant l'ensemble des « extras »

Nous considérons comme « extra » :

- 1) Les transactions considérées comme autres fournitures
- 2) Les suppléments pour chambre particulière si le régime de facturation ne les ristourne pas entièrement.

Nous ne parlerons plus de ces « extras » dans l'étude de la répartition entre les différents organismes.

Quelles sont les différentes possibilités ?

- 1) Le malade n'est assuré à aucun organisme.
Tous les frais sont à la charge du tiers payant.
- 2) Le malade possède une mutuelle 1.
La répartition de frais est réglée par le statut d'assurance du malade.
Si le malade est considéré comme AO, AI, VIPO, nous aurons encore une quote-part pour le tiers payant. Les critères de répartition ont été définis au niveau du sous-dossier administratif.
S'il appartient à la catégorie des gratuits ou des SNCB, tous les frais seront à la charge de la mutuelle (ou SNCB).
- 3) Le malade possède une mutuelle 1 et une mutuelle 2.
Ce cas se présente généralement lorsqu'un malade est titulaire AI de la première mutuelle, et conjoint, bénéficiaire,... AO de la deuxième mutuelle.
La première mutuelle prendra en charge tous les frais qu'elle admet pour les gros risques et la seconde prendra en charge les frais qui sont remboursés pour les petits risques et non pour les gros risques.
La quote-part malade étant la même que dans le cas précédent pour un assuré AI
A l'avenir, nous ne parlerons plus de mutuelle 1 ou de mutuelle 2, mais seulement de mutuelle.
Le cas 2 et le cas 3 sont fort semblables, et, plus loin, lorsque nous parlerons de mutuelle, nous nous considérerons aussi bien dans le cas 3 que dans le cas 2.
- 4) Le malade possède une assurance.
Nous avons trois possibilités de facturation :
ou l'assurance prend en charge tous les frais,
ou elle prend en charge tous les frais à l'exception d'une franchise que devra payer le tiers payant,
ou encore elle prend en charge tous les frais, à concurrence d'une somme donnée, le reste étant à la charge du tiers payant.
- 5) Le malade a un autre débiteur.
Si le malade possède un réquisitoire délivré par une C.A.P., deux modes de facturation existent :
— ou la C.A.P. paie tous les frais,
— ou le tiers payant paie une quote-part journalière, et le reste est facturé à la C.A.P.
Si le malade est déclaré indigent, tous les frais sont facturés à la C.A.P. du domicile de secours. La facture sera transmise à la C.A.P. de Charleroi, qui s'occupera de rechercher le domicile de secours et de transmettre la facture.
- 6) La malade est mutuelliste et possède une assurance.
A. Lorsque le malade est hospitalisé pour un accident de travail, tout est facturé à l'assurance.
B. Lorsque le malade est hospitalisé pour un autre accident, on facture tout à la mutuelle en renseignant les paramètres de l'assurance.
C. Dans les autres cas, les frais qui n'étaient pas pris en charge par la mutuelle sont couverts par l'assurance. Nous appliquerons les règles citées au point 4 pour l'intervention de l'assurance.
Le solde des frais est pris en charge par le tiers payant.
- 7) Le malade est mutuelliste et a un autre débiteur.
Les frais qui n'étaient pas pris en charge par la mutuelle sont couverts par l'autre débiteur. Nous appliquerons les règles citées au point 5 pour l'intervention de l'autre débiteur.
Le solde des frais est pris en charge par le tiers payant.
- 8) Le malade est assuré et a un autre débiteur.
Les frais qui ne sont pas pris en charge par l'assurance sont couverts par l'autre débiteur. Nous

appliquerons les règles citées au point 4 pour l'assurance, et au point 5 pour l'autre débiteur.
Le solde des frais est pris en charge par le tiers payant.

9) Le malade est mutuelliste, possède une assurance et a un autre débiteur.

Les frais qui ne sont pas pris en charge par la mutuelle sont couverts par l'assurance. Nous appliquerons les règles citées au point 4 pour l'intervention de l'assurance.

Le solde des frais est pris en charge par l'autre débiteur en appliquant les règles citées au point 5. S'il reste encore des frais, ils seront facturés au tiers payant.

Le point 9 est un cas extrême ne se présentant que très rarement.

Lorsque nous avons entamé cette partie de notre exposé, nous avons parlé d'une facturation en fin de mois (FFM) et d'une facturation en fin de séjour (FFS). Elles sont fort semblables et ne possèdent comme différences fondamentales que les points suivants :

- 1) Certaines prestations (ex: radiumthérapie) ne peuvent être tarifées que si elles sont complètes dans le cas de la FFM ;
- 2) – Après la FFM, on supprime du sous-dossier « En cours » les transactions inutiles ou déjà facturées. Pour les transactions de « demande de prolongation » et d'« honoraires à la durée » du fichier « Modification d'hospitalisation » du sous-fichier « En cours », on réajuste les dates de début au moyen de la date de début de mois.
– Après la FFS, on supprime le dossier tout entier.

(IMP 26)

COMMISSION D'ASSISTANCE PUBLIQUE BOULEVARD PAUL JANSON 92 6000 CHARLEROI TEL (07) 31 45 05	HOPITAL CIVIL BOULEVARD PAUL JANSON, 92 6000 CHARLEROI TEL (07) 32 44 20 AGREATION I.N.A.M.J. 7/38/073/38	FACTURE N° DU			
MALADE TITULAIRE ADRESSE PATRON VOTRE REF. PARENTE REQUIS PAR	NE LE NE LE ENTREE SORTIE N° ADM				
RESERVE A L'O.A. DEROGATION I.N.A.M.J. H/0164/16					
DESIGNATION DES FRAIS	MEDECIN	QUANTITE	TAUX		
POUR LA COMMISSION LE SECRETAIRE LE PRESIDENT		TOTAL			
		SOLDE PROVISION			
		SOLDE			
				PRIERE DE RAPPELER CES REFERENCES AU VERSO DE VOTRE FORMULE DE VIREMENT → MERCI D'AVANCE	FACTURE N° . .

Par suite des contraintes que nous nous sommes imposées au début de ce chapitre, nous attendrons 3 jours après la sortie du malade avant de commencer la facture, pour être certain que toutes les transactions se trouvent dans le sous-dossier « En cours ».

Il est utile de rappeler que la FSM sera exécutée si on ne trouve plus aucune analyse entamée pour le malade dans le fichier « Labo en cours ».

L'édition de la facture s'effectuera sur le document présenté à la fig. IMP26.

Lors de l'édition des factures, nous les grouperons par organisme assureur afin d'obtenir un montant global par organisme.

En plus des factures, nous éditerons un relevé de celles-ci par organisme assureur.

L'impression des relevés s'effectue sur le document présenté à la figure IMP27.

(IMP 27)

COMMISSION D'ASSISTANCE PUBLIQUE BOULEVARD PAUL JANSON, 94 6000 CHARLEROI TEL. : (07) 31.45.05		HOPITAL CIVIL BOULEVARD PAUL JANSON, 92 6000 CHARLEROI TEL. : (07) 32.44.20 AGREATION I.N.A.M.J. 7/38/073/38	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="font-size: 24px; font-weight: bold;">RELEVÉ</div> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 15px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="font-size: 24px; font-weight: bold;">du</div> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 15px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 15px;"></div> </div>			
NOM -- PRENOM DU MALADE	N° DESCRIPTION	N° FACTURE	MONTANT
TOTAL ➔			

UT XXXX * RELEVÉ DE COMPTE *						PAGE : NN
BLC	CHBRE	DOSSIER	NOM ET PRENOM DU MALADE	PROVISION	FACTURE	SOLDE
***	* **	* ****	* ****	* ****	* ****	* ****
.....

(IMP 32)

En plus des factures « malade », nous éditerons un bulletin de versement (fig. 26bis).

(FIG 26bis)

RECIBO DE PAGAMENTO DE CONTAS
POSTES BCH B
BULLETIN DE VERSEMENT

EN CHIFFRES SEULEMENT - ALLEEN IN CIJFERS
BCH A 17B 1974

000-0705483-02

000-0705483-02

1050

DE: HOPITAL CIVIL DE CHARLEROI
Bd Paul Janson, 92
6000 CHARLEROI

POUR: HOPITAL CIVIL DE CHARLEROI
Bd Paul Janson, 92
6000 CHARLEROI

FACTURE N°

FACTURE N°

→ PRIERE DE NE RIEN ECRIRE CI DESSOUS - RESERVE A LA LECTURE OPTIQUE

Au début de cette partie, nous avons abordé le suivi du compte des provisions. Celui-ci est un élément capital dans le traitement de la facturation. Nous essayerons, tout au long du séjour du malade, d'aligner le montant des provisions sur le montant total de son débit global. Les seuls frais comptabilisables journalièrement sont repris sous le terme d'« Extra ». C'est avec leur suivi que nous essayerons d'aligner le montant des provisions pour qu'en fin de séjour, la note présentée au tiers payant soit peu élevée et donc facile à rembourser.

Le document de la figure IMP32 présentera aux responsables de la facturation l'écart entre la provision et le montant à payer.

Les imputations comptables s'effectuent au moment du calcul des différents postes, et au moment de l'édition des factures.

Il en va de même pour la gestion du « Pool Médecin ».

2) UNE PROPOSITION D'IMPLEMENTATION.

Nous exposerons maintenant un concept de facturation modulaire possédant la particularité de permettre le travail en parallèle de certains modules.

Nous implémenterons la facturation sur quatre partitions (2, 3, 4, 5) :

- une partition directrice,
- et trois partitions de calculs.

Nous présenterons d'abord les trois partitions de calculs et ensuite la partition directrice. (Fig. 23).

La partition 3.

Représentée à la figure 23-2, elle se déroule en deux étapes.

- La première étape : le programme calcule les valeurs des postes :

- les journées d'hospitalisation,
- les suppléments,
- l'ambulance,

et les écrit ensuite dans le fichier de manœuvre « Facturation ».

Il calcule, à ce moment, les honoraires à la durée qu'il réintroduira dans le fichier « Attestations » du sous-dossier « En cours ».

- La deuxième étape : le programme calculera deux postes :

- les honoraires à la durée,
 - les honoraires médicaux,
- et il les écrira ensuite dans le fichier de manœuvre « Facturation ».

En même temps qu'il calcule ces deux postes, le programme crée le fichier de manœuvre « Impression des attestations ».

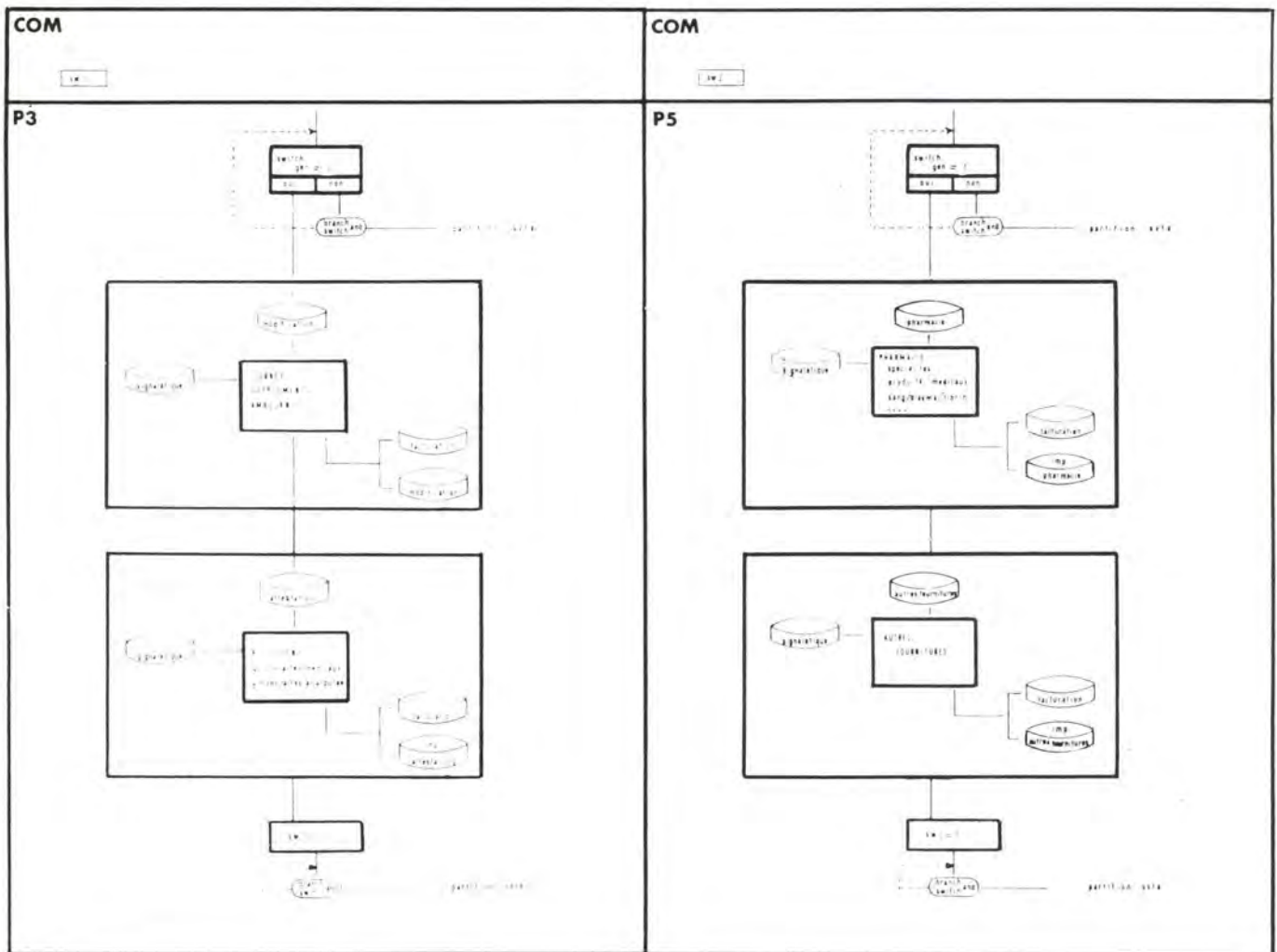
Lorsque la partition a terminé son travail, elle se place en attente d'une nouvelle facture.

La partition 4.

Elle est représentée à la figure 23.3 et se déroule en une étape.

Le programme calcule la valeur des sous-postes « Biologie » du poste « Honoraires médicaux » et les écrit ensuite dans le fichier de manœuvre « Facturation ». En même temps qu'il calcule la valeur des sous-postes, le programme crée le fichier de manœuvre « Impression des attestations de biologie ».

Lorsque la partition a terminé son travail, elle se place en attente d'une nouvelle facture.



Ensuite, il doit tester le type de travail à exécuter :

- facturation de fin de mois (1),
- facturation de fin de séjour (2),
- suivi du compte des provisions (3).

Enfin, il débloque chacune des trois partitions et se met en attente. L'événement attendu correspond à la fin du travail dans chacune des partitions.

Au moment où cette condition est réalisée, il recommence son propre travail en éditant, dans le cas d'un suivi, le document présenté à la fig. IMP32.

Si le dossier ne correspond pas aux points (1), (2) et (3) ou si le traitement de ce dossier est terminé, on retourne lire un nouveau dossier. Après le traitement de tous les dossiers, nous pourrions enchaîner :

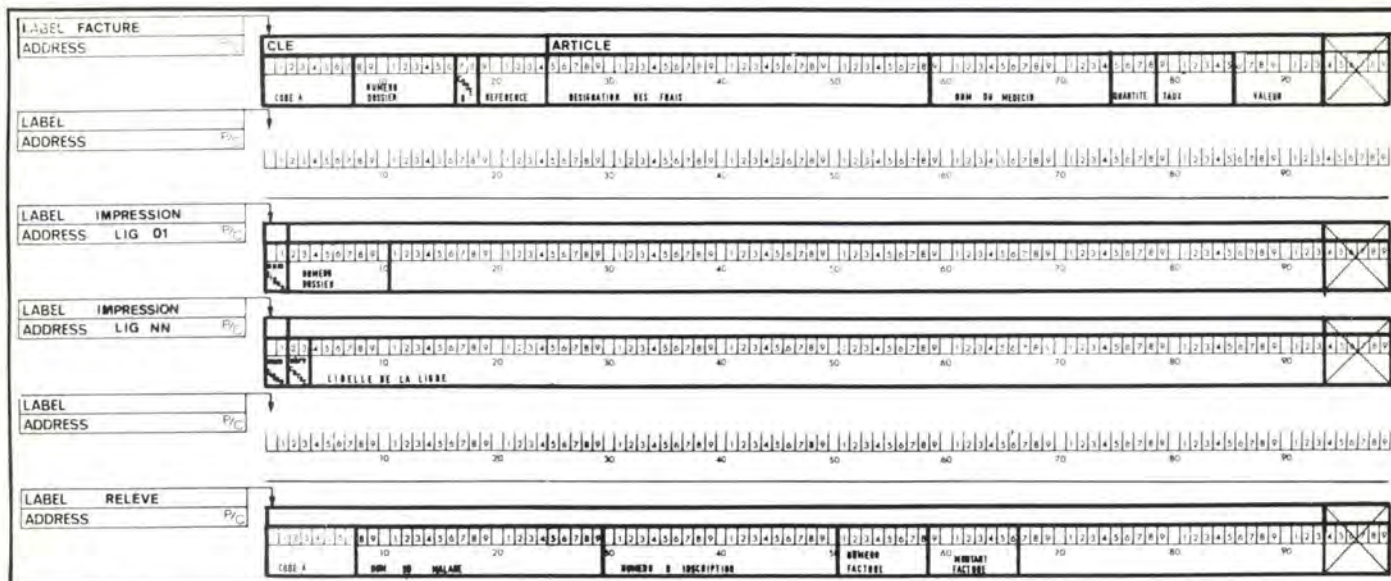
- 1) l'impression des attestations différentes de biologie,
- 2) l'impression des attestations de biologie,
- 3) l'impression des relevés P,
- 4) l'impression des autres fournitures,
- 5) l'impression des factures, après avoir préalablement trié le fichier « Facturation » dans une autre partition pendant la 1e, 2e, 3e et 4e impression.

Lors de l'impression des factures, nous devons mémoriser sur le fichier Manœuvre « relevé », les paramètres et le montant global de chaque facture.

Lorsque l'impression des factures est terminée, il suffit alors de reprendre ce fichier « Manœuvre » et effectuer l'impression du relevé par organisme assureur et des bulletins de versement par malade.

Nous décrivons maintenant l'organisation des fichiers de manœuvre nécessaires à la facturation :

- 1) Le fichier de « Facturation » ;
- 2) Le fichier d'« Impressions » ;
- 3) Le fichier de « Relevés par organisme ». (Fig. 24).



(FIG. 24)

1) Le fichier « Facturation »

Ce fichier se divise en deux sous-fichiers de même structure :

- * le sous-fichier « Facturation aux organismes assureurs » (1)
- * le sous-fichier « Facturation aux malades » (2)

A) La structure.

La clé.

1. Le code A (8C.)

(1) : comprend la rubc et le ntrs de l'organisme assureur.

(2) : comprend 8 zéros.

2. Le numéro de dossier du malade (9C.)

3. Le code B (2C.)

- 1 : les journées d'hospitalisation
- 2 : les suppléments de chambre
- 3 : les honoraires à la durée
- 4 : les honoraires médicaux
- 5 : les spécialités pharmaceutiques
- 6 : les produits médicaux
- 7 : les bandages et autres matières plâtrées
- 8 : sang / plasma / fibrinogène
- 9 : les radio-isotopes
- 10 : les divers
- 11 : les autres fournitures
- 12 : l'ambulance
- 13 : les provisions en solde.

4. La référence (6C.)

Si le code A = 01 ou 02, la référence contient la date de début de la période ;

= 03 ou 04, la référence contient deux zéros suivis du numéro de tiers du médecin ;

= 05 à 13, la référence reste à zéro.

L'article.

5. La désignation des frais.

Cette désignation correspond au libellé que l'on rencontre dans le code.

6. Le médecin.

Cette zone contient le nom du médecin quand le code B est égal à 03 ou 04.

Elle contient la valeur 1 quand le code B est égal à 12 et que l'on facture une course demandée par le 900.

Pour les autres valeurs du code B, la zone reste à blanc.

7. La quantité.

Cette zone contient le nombre de jours quand le code est égal à 01 ou 02.

Pour les autres valeurs du code, la zone reste à blanc.

8. Le taux.

Cette zone contient le taux de la journée quand le code est égal à 01 ou 02.
Pour les autres valeurs du code B, la zone reste à blanc.

9. La valeur.

La valeur contiendra le total du poste ou du sous-poste.

B) L'organisation.

Le fichier est organisé en séquentiel. Il sera trié avant l'édition des factures, le critère de tri étant la clé définie dans la structure.

C) Le volume.

Pour calculer le volume, nous nous baserons sur 4 données :

- * La facture « malade » possède en moyenne 3 postes ;
- * La facture « organisme assureur » possède en moyenne 10 postes ;
- * Le malade possède en moyenne 2 organismes assureurs.
(La valeur 2 est trop élevée, mais elle nous donnera un certain pourcentage de sécurité) ;
- * Il y a cinq cents malades dans l'hôpital.

Estimation

- Facture malade
- Facture O.A.

$$\begin{array}{rcl} 1 \times 500 \times 3 & = & 1500 \\ 2 \times 500 \times 10 & = & 10000 \\ & & \hline & & \pm 11500 \end{array}$$

2) Le fichier « Imprimé »

A) La structure.

Le fichier possède deux types d'articles :

Premier type

1. Le numéro de ligne (2C.)

Ce numéro est égal à 00 et signifie que l'on doit sauter à la page suivante après avoir clôturé la page.

2. Le numéro du dossier (9C.)

Deuxième type

1. Le numéro de ligne (2C.).

Ce numéro est compris entre 01 et 65 et indique le numéro de la ligne où doit être imprimé le texte contenu dans l'enregistrement.

2. Le nombre de caractères de texte (2C.)

Il doit être compris entre 01 et 90.

3. Le texte lui-même (90C.)

B) L'organisation.

Le fichier est organisé en séquentiel.

3) Le fichier « Relevé »

Ce fichier se divise en deux sous-fichiers de même structure

- * le sous-fichier « Relevé par organisme assureur » (1)
- * le sous-fichier « Relevé par malade » (2)

A) La structure.

1. Le code A. (8C.).

- (1) : comprend la rubc et le ntrs de l'organisme assureur.
- (2) : comprend 8 zéros.

2. Le nom et le prénom du malade (22C.).

3. Le numéro d'inscription (21C.)

- * indice statistique (9)
- * indice fédéral (6)
- * numéro du carnet (6).

4. Le numéro de la facture (8C.).

5. Le montant de la facture (8C.).

B) L'organisation.

Le fichier est organisé en séquentiel.

C) Le volume.

Le fichier occupera environ un 1500 secteurs

- (1) : 2 factures par malade et 500 malades,
- (2) : 1 facture par malade et 500 malades.

4. TRAITEMENTS ANNEXES A LA FACTURATION.

Font partie de ce chapitre les traitements ci-après :

- L'édition des relevés de comptes ;
- L'édition des lettres aux médecins traitants ;
- Le traitement et l'édition des « Demandes de prolongation » ;
- L'édition des « Avis d'hospitalisation et d'engagement de paiement » ;
- L'édition des « Avis de fin d'hospitalisation » ;
- L'édition du « Relevé de population » ;
- L'édition du « Relevé alphabétique ».

1. L'édition des relevés de comptes.

Pendant la journée, le programme assurant la gestion de la caisse enregistrera l'ensemble des mouvements effectués sur le compte « Provision des malades ». En fin de journée, nous éditerons les relevés de compte à l'aide du fichier où ont été stockés tous les mouvements du jour.

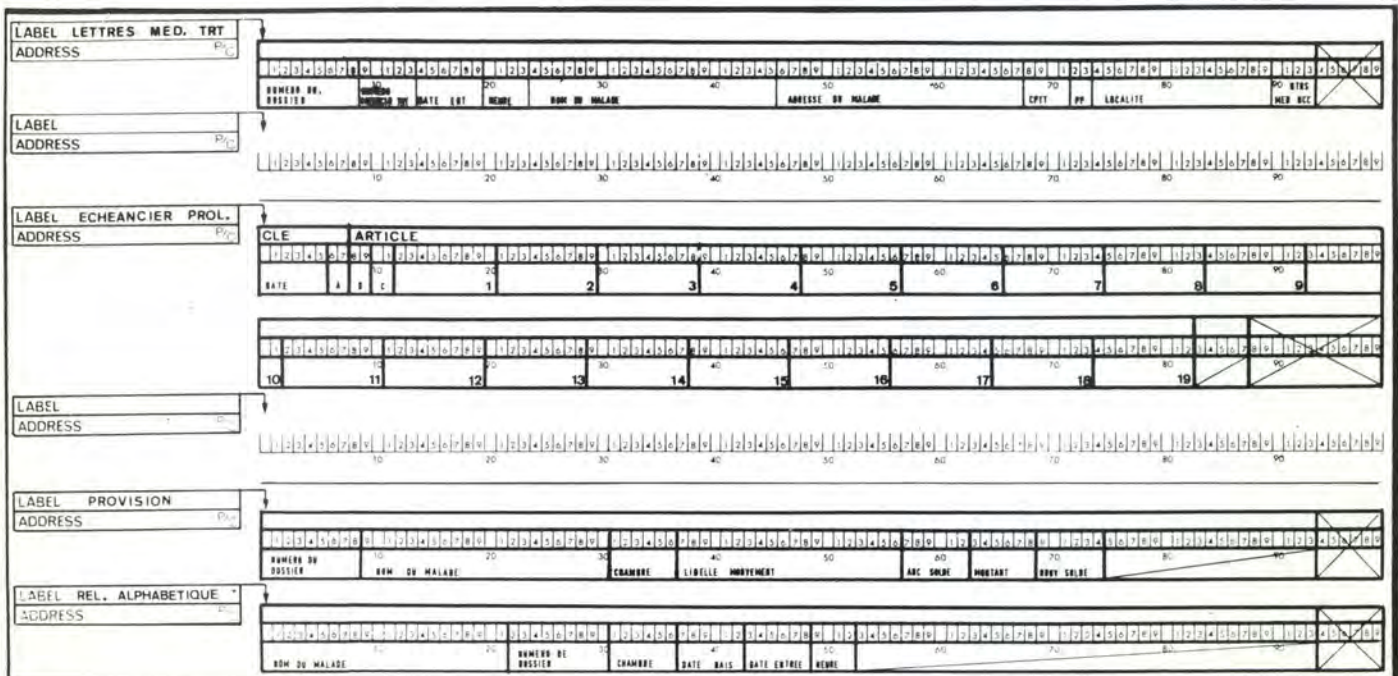
Cette impression s'effectue sur le document présenté à la figue IMP11 et IMP12.

Le fichier « relevé de compte » présenté à la figure 25 possédera la structure suivante :

- 1) Le numéro du dossier (9C.) ;
- 2) Le nom du malade (22C.) ;
- 3) Le numéro de la chambre (6C.) ;
- 4) Le libellé abrégé du mouvement (20C.) ;
- 5) L'ancien solde (6C.) ;
- 6) La valeur du mouvement (6C.) ;
- 7) Le nouveau solde (6C.).

Le nombre de mouvements oscille aux environs de 30, ce qui nous donnera \pm 30 secteurs d'occupation. Ce fichier est organisé en séquentiel.

(FIG. 25)



HOPITAL CIVIL 02, BOULEVARD PAUL JANSON, 1000 CHARLEROI T. (07) 32 14 26 AGREATION N° 111 71381/073/08	N° DOSSIER <input type="text"/> RELEVÉ DU COMPTE PROVISION
NOM : <input type="text"/> CHAMBRE N° <input type="text"/>	
SITUATION ANCIENNE <input type="text"/>	
SITUATION NOUVELLE AU <input type="text"/>	

(IMP 11)
(IMP 12)

HOPITAL CIVIL Bd Paul Janson, 02 1000 CHARLEROI	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
---	---

2. L'édition des lettres aux médecins traitants.

Rappelons qu'au niveau de l'admission, chaque fois qu'un malade entre dans l'hôpital, une lettre est à adresser aux médecins traitants.

L'impression de cette lettre s'effectuera sur le document présenté à la figure IMP6.

Les paramètres de la lettre sont stockés dans le fichier « Lettres aux médecins traitants », dont la structure est la suivante :

- 1) Le numéro de dossier (9C.) ;
- 2) Le numéro du médecin traitant (5C.) ;
- 3) Le nom du malade (22C.) ;
- 4) L'adresse du malade (22C.) ;
- 5) Le code postal (4C.) ;
- 6) Le pays (2C.) ;
- 7) La localité (16C.) ;
- 8) Le numéro de tiers du médecin HCC (4C.).

Ce fichier, représenté à la figure 25, est organisé en séquentiel et son volume oscille aux environs de 40 secteurs.

3. Le traitement et l'édition des « Demandes de prolongation ».

Le traitement des « Demandes de prolongation » est relativement simple. Il repose sur l'examen du fichier « Echancier de prolongation ». Celui-ci reprend, par date, les numéros des dossiers dont les demandes de prolongation doivent rentrer pour cette date.

En considérant un délai d'une nuit pour l'envoi par la poste, et d'un jour pour laisser le temps au médecin de compléter les demandes de prolongation, nous devons les imprimer l'avant-veille de la date reprise dans l'échancier.

Le programme devra vérifier si le jour de délai accordé au médecin pour remplir les demandes ne coïncide pas avec un samedi, un dimanche ou un jour férié.

Le traitement se déroule en deux étapes.

1) Le projet.

Il consiste à

- * Prendre l'ensemble des numéros de dossier dont on doit tirer une demande de prolongation ;
- * Vérifier si le malade est toujours présent dans l'hôpital ;
- * Rechercher le délai ;

- * Trier les numéros de dossier pour qu'ils soient regroupés par le médecin ;
- * Editer les demandes de prolongation ;
- * Mettre à jour l'échéancier de prolongation, c'est-à-dire introduire les numéros de dossier à la date de leurs prochaines demandes de prolongation ;
- * Introduire un enregistrement « Demande de prolongation » dans le fichier modification du sous-dossier « En cours » ;
- * Faire parvenir aux médecins le volet qu'ils doivent remplir ;
- * Envoyer ces demandes lorsqu'elles sont complétées.

Nous devons signaler que le médecin peut refuser certaines demandes de prolongation, s'il juge qu'elles sont inutiles, vu l'état du malade.

2) La mise à jour.

Si l'organisme assureur refuse la prolongation (cas rare), nous devons :

- * Mettre à jour « échéancier des prolongations » ;
- * Introduire un enregistrement « Demande de prolongation » dans le fichier modification du sous-dossier « En cours ».

L'impression des demandes de prolongation s'effectue sur les documents présentés à la figure IMP7, IMP8, IMP9, IMP10.

La structure du fichier, présentée à la figure 25, correspond à :

La clé.

- 1) La date (6C.)
Elle correspond à la date à laquelle la demande doit être introduite.
- 2) Le code A (2C.)
Il précise le numéro d'ordre de l'article.

L'article.

- 3) Le code B (2C.)
Il précise le numéro d'ordre de l'enregistrement possédant encore des places vacantes.
- 4) Le code C (2C.)
Il précise le nombre de numéros de dossier présents dans l'article.
- 5) La zone « Numéro de dossier » (171C.)
Cette zone comprend 19 numéros de 9 caractères.
- 6) Un filler (5C.).

Le fichier est organisé en indexé séquentiel.

Le volume sera légèrement supérieur à 240 secteurs. En effet, nous avons \pm 65 demandes de prolongation par jour. Pour placer les 65 numéros de dossier, nous aurons besoin de 4 enregistrements, donc de 8 secteurs.

4. L'édition des « Avis d'hospitalisation et d'engagement de paiement ».

Rappelons qu'au niveau de l'admission, chaque fois qu'un malade mutuelliste entre dans un hôpital, un avis d'hospitalisation et d'engagement de paiement est à adresser aux organismes assureurs.

L'impression de cet avis s'effectuera sur le document présenté à la figure IMP5.

Le fichier « Entrées », qui permet de connaître les numéros des dossiers pour lesquels nous éditerons un avis, possède la même structure que le fichier « Echéancier des prolongations ». Il est cependant nettement moins volumineux.

D'une part, le nombre d'entrées par jour est seulement de 40 malades, et, d'autre part, le fichier ne prendra plus en compte une période de 30 jours, mais simplement une période de 2 jours. Ce fichier conservera une période de 2 jours pour ne pas omettre le malade admis pendant la soirée, après l'édition des avis, mais avant minuit.

5. L'édition des avis de fin d'hospitalisation.

Lorsqu'un malade mutuelliste quitte l'hôpital, nous adressons un avis de fin d'hospitalisation. L'impression de cet avis s'effectuera sur le document présenté à la figure IMP28.

Le fichier qui permet de connaître les numéros des dossiers pour lesquels nous éditerons un avis possède la même structure que le fichier « Entrées » vu ci-dessus.

Il est peut-être bon de rappeler qu'au moment de la sortie, en plus de l'édition de l'avis de fin d'hospitalisation, nous devons mettre à jour le sous-dossier administratif en introduisant la date et l'heure de sortie, créer un enregistrement « Modifications d'hospitalisation » de type « sorties » dans le fichier modification du sous-dossier « En cours » et remettre à jour les enregistrements « Inventaires des lits » et « Relevés des malades ».

HOPITAL CIVIL
DE
CHARLEROI

92, BOULEVARD PAUL JANSON

Téléphones } Services : 32.44.20
 } Direction : 31.29.86

C.C.P. 7054.83 de l'Hôpital Civil

DCT MISSON ALB.

RUE DE SALMCHATEAU, 4

4975 ARBREFONTAINE

CHARLEROI, LE 24/09/73

DOCTEUR,

J'AI L'HONNEUR DE VOUS INFORMER

QUE LE NOMME PIERRET JOSEPH
RESIDANT VAUX-CHAVANNE
A 4680 MANHAY

A ETE HOSPITALISE A L'HOPITAL CIVIL DANS
LE SERVICE DU DCT MAQUINAY.

CETTE PERSONNE A ETE ADMISE LE 24/09/73 A
0704 HEURES.

VEUILLEZ AGREER, DOCTEUR, L'EXPRESSION
DE MES SENTIMENTS DISTINGUES

POUR L'HOPITAL CIVIL,

HOPITAL CIVIL 92 BOULEVARD PAUL JANSON 6000 CHARLEROI TEL (07) 32 44 20 AGREATION I.N.A.M. : 7/38/073/38	DEMANDE DE PROLONGATION D'HOSPITALISATION Exempleire pour le médecin-conseil.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">Références</td></tr> <tr><td style="width: 50%;">Etabl.</td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td>O. A.</td><td></td></tr> </table>	Références		Etabl.		O. A.			
Références										
Etabl.										
O. A.										
Mod. 723/1 P.										
ORGANISME ASSUREUR FEDERATION : <input style="width: 150px;" type="text"/> <input style="width: 150px;" type="text"/> ou OFF. REG. : <input style="width: 150px;" type="text"/> <input style="width: 150px;" type="text"/> MUTUALITE : <input style="width: 150px;" type="text"/> <input style="width: 150px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 150px;" type="text"/>										
DEMANDE DE PROLONGATION D'HOSPITALISATION concernant										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">NOM PRENOM TITULAIRE</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">N.°4 P.N.°DM BENEFICIAIRE</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">RESIDENCE</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">ADRESSE</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">LOCALITE</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">LOCALITE</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">CAT ASSURE</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">DATE NAISS</td> </tr> </table>			NOM PRENOM TITULAIRE	N.°4 P.N.°DM BENEFICIAIRE	RESIDENCE	ADRESSE	LOCALITE	LOCALITE	CAT ASSURE	DATE NAISS
NOM PRENOM TITULAIRE	N.°4 P.N.°DM BENEFICIAIRE									
RESIDENCE	ADRESSE									
LOCALITE	LOCALITE									
CAT ASSURE	DATE NAISS									
N° MUTUELLE - IND STATISTIQUE IND FEDERAL - N° CARNET <input style="width: 150px;" type="text"/>										
CETTE PERSONNE A ETE HOSPITALISEE LE <input style="width: 40px;" type="text"/> A <input style="width: 40px;" type="text"/> HEURES. CHAMBRE N° <input style="width: 40px;" type="text"/> LIT N° <input style="width: 20px;" type="text"/> RAISON DE L'HOSPITALISATION : <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">Signature du Directeur</div>	Décision du Médecin-Conseil. Accord jusqu'au inclus. Refus : Remarques éventuelles : Signature et cachet du médecin-conseil Date									
Cas de : Canc. — Tub. — mal Ment. — Polio										
Rapport médical justifiant la prolongation de l'hospitalisation. Raison de la prolongation : Durée probable de la prolongation : Plan diagnostic et thérapeutique (indication des interventions prévues) <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">Date Cachet et signature du médecin</div>										

(IMP 07)

HOPITAL CIVIL 92 BOULEVARD PAUL JANSON 6000 CHARLEROI TEL. (07) 32 44 20 AGREATION (N.A.M.) 7/38/073/38	DEMANDE DE PROLONGATION D'HOSPITALISATION Exempleire pour l'établissement hospitalier.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Retenueurs</td></tr> <tr><td>Etat:</td></tr> <tr><td>O. A.</td></tr> </table>	Retenueurs	Etat:	O. A.
Retenueurs					
Etat:					
O. A.					
ORGANISME ASSUREUR FEDERATION ou OFF. REG. <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> MUTUALITE: <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>					
DEMANDE DE PROLONGATION D'HOSPITALISATION concernant <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%;"> NOM PERSONNE HOSPITALISE <input style="width: 100%;" type="text"/> N° MATR. <input style="width: 100%;" type="text"/> LOCALITE <input style="width: 100%;" type="text"/> CAT ASSURE <input style="width: 100%;" type="text"/> N° MATR. IND. STATIONNE <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> <td style="width: 50%;"> NOM PERSONNE BENEFICIAIRE <input style="width: 100%;" type="text"/> ADRESSE <input style="width: 100%;" type="text"/> LOCALITE <input style="width: 100%;" type="text"/> DATE NAISS <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> </table>			NOM PERSONNE HOSPITALISE <input style="width: 100%;" type="text"/> N° MATR. <input style="width: 100%;" type="text"/> LOCALITE <input style="width: 100%;" type="text"/> CAT ASSURE <input style="width: 100%;" type="text"/> N° MATR. IND. STATIONNE <input style="width: 100%;" type="text"/>	NOM PERSONNE BENEFICIAIRE <input style="width: 100%;" type="text"/> ADRESSE <input style="width: 100%;" type="text"/> LOCALITE <input style="width: 100%;" type="text"/> DATE NAISS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
NOM PERSONNE HOSPITALISE <input style="width: 100%;" type="text"/> N° MATR. <input style="width: 100%;" type="text"/> LOCALITE <input style="width: 100%;" type="text"/> CAT ASSURE <input style="width: 100%;" type="text"/> N° MATR. IND. STATIONNE <input style="width: 100%;" type="text"/>	NOM PERSONNE BENEFICIAIRE <input style="width: 100%;" type="text"/> ADRESSE <input style="width: 100%;" type="text"/> LOCALITE <input style="width: 100%;" type="text"/> DATE NAISS <input style="width: 100%;" type="text"/>				
DETTTE PERSONNE A ETE HOSPITALISEE LE <input style="width: 30px;" type="text"/> A <input style="width: 30px;" type="text"/> HEURES. CHAMBRE N° <input style="width: 30px;" type="text"/> LIT N° <input style="width: 30px;" type="text"/> RAISON DE L'HOSPITALISATION : <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <i>Signature</i> <i>du BENEFICIAIRE</i> </div>	Décision du Médecin-Conseil. Accord jusqu'au inclus. Refus : Remarques éventuelles : Signature et cachet du médecin conseil Date				
Cas de : Canc. — Tub. — Mal. Ment. — Polio					
<p>N.B. Lorsque l'hospitalisation doit se prolonger, une demande de prolongation doit être adressée au médecin-conseil, au plus tard le dernier jour du délai fixé,</p> <ul style="list-style-type: none"> — par l'établissement hospitalier, au cas où celui-ci a conclu une convention visée à l'article 66 de l'Arrêté Royal Organique du 22-9-1955. — par l'assuré, au cas où le malade est hospitalisé dans un établissement hospitalier n'ayant pas conclu une telle convention. <hr/> <p>Le présent engagement est valable dans les limites des dispositions réglementaires concernant le remboursement des prestations par l'assurance.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> Cachet de l'O. A. </div> <div style="width: 45%;"> Le (Signature du Secrétaire) </div> </div>					

(IMP 08)

HOPITAL CIVIL 92 BOULEVARD PAUL JANSON 91000 CHARLEROI TEL. (07) 32 44 20 AGREATION I.N.A.M.I. 7/38/073/38	DEMANDE DE PROLONGATION D'HOSPITALISATION Exempleire pour le service administratif de l'O.A.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">References</td></tr> <tr><td style="width: 50%;">Etabl.</td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td>O. A.</td><td></td></tr> </table>	References		Etabl.		O. A.	
References								
Etabl.								
O. A.								
Mod. 723/4 F.								
ORGANISME ASSUREUR FEDERATION / ou OFF. REG. : <input style="width: 100px;" type="text"/> MUTUALITE : <input style="width: 150px;" type="text"/>	A Monsieur le Médecin-Conseil de <input style="width: 250px;" type="text"/> <input style="width: 250px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 150px;" type="text"/>							
DEMANDE DE PROLONGATION D'HOSPITALISATION concernant								
NOM PRENOM TITULAIRE <input style="width: 180px;" type="text"/> ADRESSE <input style="width: 180px;" type="text"/> LOCALITE <input style="width: 180px;" type="text"/> CAT ASSURE <input style="width: 40px;" type="text"/>	NOM PRENOM BENEFICIAIRE <input style="width: 180px;" type="text"/> ADRESSE <input style="width: 180px;" type="text"/> LOCALITE <input style="width: 180px;" type="text"/> DATE NAISS <input style="width: 40px;" type="text"/>	N° MUTUELLE IND. STATISTIQUE <input style="width: 100px;" type="text"/> N° FEDERAL N° CAJNET <input style="width: 100px;" type="text"/>						
CETTE PERSONNE A ETE HOSPITALISEE LE <input style="width: 40px;" type="text"/> A <input style="width: 40px;" type="text"/> HEURES. CHAMBRE N° <input style="width: 40px;" type="text"/> LIT N° <input style="width: 20px;" type="text"/> RAISON DE L'HOSPITALISATION : <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">Signature du Directeur</div>	Décision du Médecin-Conseil. Accord jusqu'au inclus. Refus : Remarques éventuelles : <div style="margin-top: 10px;">Signature et cachet du médecin-conseil</div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">Date</div>							
Cas de : Canc. — Tub. — Mal. Ment. — Polio								

(IMP 10)

HOPITAL CIVIL 92, BOULEVARD PAUL JANSON 6000 CHARLEROI TEL.: (07) 32 44 20 AGREATION I.N.A.M.I. 7/38/073/38	AVIS DE FIN D'HOSPITALISATION	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Références</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">Etabl.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>O.A.</td> <td></td> </tr> </table>	Références		Etabl.		O.A.	
Références								
Etabl.								
O.A.								
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>ORGANISME ASSUREUR</p> <p>FEDERATION : <input style="width: 60%;" type="text"/></p> <p>ou OFF. REG. :</p> <p>MUTUALITE : <input style="width: 60%;" type="text"/></p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;">A Monsieur le Médecin-Conseil de</p> <p><input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p><input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p><input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 60%;" type="text"/></p> </td> </tr> </table> <p>Nous avons l'honneur de vous informer de ce que</p> <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>NOM PRENOM TITULAIRE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>ADRESSE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>LOG. NITE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>CAT. ASSURE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>N° MUTUELLE - IND. STATISTIQUE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>IND. FEDERAL - N° CARNET <input style="width: 90%;" type="text"/></p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>NOM PRENOM BENEFICIAIRE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>ADRESSE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>LOCALITE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>DATE NAISS <input style="width: 90%;" type="text"/></p> </td> </tr> </table> <p>hospitalisé depuis le</p> <p>est sorti de notre établissement le</p> <p>à heures.</p>			<p>ORGANISME ASSUREUR</p> <p>FEDERATION : <input style="width: 60%;" type="text"/></p> <p>ou OFF. REG. :</p> <p>MUTUALITE : <input style="width: 60%;" type="text"/></p>	<p style="text-align: center;">A Monsieur le Médecin-Conseil de</p> <p><input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p><input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p><input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 60%;" type="text"/></p>	<p>NOM PRENOM TITULAIRE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>ADRESSE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>LOG. NITE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>CAT. ASSURE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>N° MUTUELLE - IND. STATISTIQUE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>IND. FEDERAL - N° CARNET <input style="width: 90%;" type="text"/></p>	<p>NOM PRENOM BENEFICIAIRE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>ADRESSE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>LOCALITE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>DATE NAISS <input style="width: 90%;" type="text"/></p>	<p>La Direction (signature)</p>	
<p>ORGANISME ASSUREUR</p> <p>FEDERATION : <input style="width: 60%;" type="text"/></p> <p>ou OFF. REG. :</p> <p>MUTUALITE : <input style="width: 60%;" type="text"/></p>	<p style="text-align: center;">A Monsieur le Médecin-Conseil de</p> <p><input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p><input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p><input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 60%;" type="text"/></p>							
<p>NOM PRENOM TITULAIRE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>ADRESSE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>LOG. NITE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>CAT. ASSURE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>N° MUTUELLE - IND. STATISTIQUE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>IND. FEDERAL - N° CARNET <input style="width: 90%;" type="text"/></p>	<p>NOM PRENOM BENEFICIAIRE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>ADRESSE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>LOCALITE <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>DATE NAISS <input style="width: 90%;" type="text"/></p>							
<p>Renseignements à fournir par le médecin de l'établissement.</p> <p>concernant</p> <p>Nom et prénom du malade : <input style="width: 40%;" type="text"/> Raison de l'hospitalisation : <input style="width: 40%;" type="text"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">Signature et cachet du médecin.</p>								

(IMP 28)

6. L'édition du relevé de population.

Pour l'édition de ce relevé, le programme lira successivement en mémoire les enregistrements « Inventaires des lits » de chaque service. On triera à l'intérieur de chacun d'eux, les enregistrements « Chambre » pour retrouver ceux-ci dans leur ordre de base, et puis, à l'aide de l'enregistrement « Relevé des malades » et du sous-dossier administratif, on imprimera le relevé sur le document présenté à la figure IMP31.

UT XXXX	RELEVÉ ALPHABÉTIQUE	AU JJ/MM/AA	HEURE	HH,MM	P:NN	
NOM ET PRENOM DU MALADE	DOSSIER	BLC	CHBRE	DTE NAIS	DTE ENT	HEURE
#####	#####	###	####	##/##/##	##/##/##	####

(IMP 31)

7. L'édition du relevé alphabétique.

Au lieu de trier chaque jour les enregistrements M.TP.DIV. du sous-dossier administratif, afin d'obtenir le relevé alphabétique, nous conserverons une liste des malades établie sur le critère du nom.

En fin de journée, nous introduirons les nouveaux malades et supprimerons les sortants.

Au départ du fichier « Entrées » et du fichier « Sorties », nous générerons un fichier « Manœuvre » qui possède la même structure que le fichier « Relevé alphabétique ». Nous trierons ce fichier sur le critère du nom du malade, pour pouvoir ensuite effectuer une fusion/extraction avec le fichier « Relevé alphabétique ». Lorsque celle-ci sera terminée, nous imprimerons le relevé sur le document présenté à la figure IMP30.

La structure

- 1) Le nom du malade (22C.) ;
- 2) Le numéro du dossier (9C.) ;
- 3) Le numéro du Bloc (1C.) ;
- 4) Le numéro de la chambre (5C.) ;
- 5) La date de naissance (6C.) ;
- 6) La date d'entrée (6C.) ;
- 7) L'heure d'entrée (4C.).

Le fichier est organisé de façon séquentielle.

Le volume

Le fichier « Relevé alphabétique » requiert environ 500 secteurs.

Le fichier « Manœuvre » requiert environ 60 secteurs.

UT XXXX	RELEVÉ DE POPULATION	AU JJ/MM/AA	HEURE	HH,MM	PAGE	NN		
BLC	CHBRE	DOSSIER	NOM ET PRENOM DU MALADE	DTE NAIS	DTE ENT	HEURE	NOM DU MEDECIN	HCC
##	####	#####	#####	##/##/##	##/##/##	####	#####	#####
...	.....	.....	.....	.. / .. / ..	.. / .. / ..	..H..	.....	.....

(IMP 30)

ANNEXE

STATISTIQUES SUR 100 DOSSIERS					
ATTESTATIONS	BIOLOGIE	PHARMACIE	ATTESTATIONS	BIOLOGIE	PHARMACIE
7	0	27	14	67	19
33	178	60	2	1	6
0	10	34	44	134	95
10	70	5	12	46	8
42	370	96	3	10	4
0	0	0	11	34	69
33	0	0	13	36	50
20	0	19	0	0	0
40	6	0	2	27	2
3	0	0	24	172	45
0	0	19	1	0	0
0	6	19	9	16	1
1	0	31	13	0	4
14	3	0	0	17	3
4	15	0	7	6	2
5	7	0	6	36	13
12	25	0	0	0	0
17	0	45	6	1	3
13	214	62	8	0	1
43	13	0	5	1	3
9	5	0	3	8	3
8	11	0	7	17	8
14	200	62	16	88	19
12	153	77	68	105	76
10	19	49	28	0	13
0	4	27	1	29	1
16	17	30	0	1	0
0	0	62	20	69	24
0	0	0	0	29	5
1	0	34	7	0	15
33	653	0	7	0	0
14	75	27	2	0	0
23	102	0	9	13	51
3	0	18	0	0	4
0	6	0	34	0	16
0	6	0	15	37	9
7	0	0	17	68	62
0	0	0	0	13	3
0	7	4	3	33	8
1	41	32	16	121	43
4	0	0	8	37	23
0	6	0	7	80	23
9	6	6	8	81	11
13	27	9	0	0	14
12	41	20	7	0	25
4	33	0	23	12	18
17	80	36	6	29	3
3	0	2	7	26	1
11	56	28	71	310	96
1	15	13	0	0	3
			981	4280	1838

BIBLIOGRAPHIE

- Bibliographie spécialisée « Singer System Ten » :
 - Disc Management Facility (N° 40-225),
 - Assembler II (N° 40-279) ;
- Bibliographie Spécialisée « Loi de l'INAMI » ;
- Journées d'informatique médicale de Toulouse (1971, 1972, 1973, 1974) (IRIA) ;
- L'ordinateur à l'hôpital. Pourquoi ? Comment ? R. Bandelier (MASSON) ;
- Applications d'ordinateurs en médecine. A. Besson (DUNOD) ;
- The principes of medical computing. R. Taylor (Blackwelle Scientific Publications).