**VERIFICATION D’APTITUDE – LGC Vague 2**

*Le procès-verbal de VA fourni ici en exemple contient toutes les informations obligatoires pour le dispositif Ségur. Le fournisseur est libre d’y ajouter des éléments et d’adapter sa mise en forme.*

Afin de faciliter votre compréhension, les mentions obligatoires sont en **bleu**.

**La présence de ces mentions est contrôlée automatiquement par lecteur optique, il est important de veiller à leur lisibilité lors de la transmission des documents à l’ASP.**

Référence de l’appel à financement : AF-MDV-LGC-Va2

**Nature de la prestation** – cocher une des cases suivantes :

☐ Prestation Principale Vague 1 + vague 2

☐ Prestation Principale Vague 2

N° demande de Financement ASP (à renseigner par le Fournisseur de la solution Logicielle) : …………………

Date de finalisation de l’installation en environnement de production (*installation complète et effective de la solution) :* …………………

N° de bon de commande *(référence Fournisseur à renseigner par le Fournisseur de la solution logicielle)* :…………………

|  |
| --- |
| **Fournisseur** *(pourra être renseigné au préalable par le fournisseur)*  Dénomination sociale : ……………………….  N° de SIRET : ……………………….  Nom de la solution référencée installée : ……………………….  N° de référencement de la solution référencée installée : ……………………….  N° de version de la solution logicielle installée : ……………………….  Adresse : ……………………………………………………………….  Responsable de la transaction : …………………………….  Téléphone : ………………………………………………………….  Email : …………………………………………………………………. |

**Cabinet individuel ou de groupe :**

**Je soussigné(e),**

Nom du médecin (médecin représentant légal ou mandataire dans le cas d’un cabinet de groupe) : ……………………………………………

RPPS : ……………………………………………………………………

Adresse : ………………………………………

Code postal : ………………………………………

Ville : ………………………………………

Téléphone : ……………………………………………………………………………….

Mail : ……………………………………………………………………………………….

**Atteste de la réalisation de la Prestation Ségur, dans les conditions définies par les textes réglementaires du dispositif SONS MDV-LGC-Va2.**

**Déclare ne pas constater d’anomalie ou de dysfonctionnement lors de l’utilisation qui empêcherait un service régulier dans des conditions normales d’exploitation.**

Le Fournisseur s’est acquitté de l’ensemble des tâches attendues, à l’exception de celles éventuellement assurées directement par la structure/le cabinet à sa demande et précisées **obligatoirement** en commentaire.

Toutes les cases doivent être cochées pour que la VA soit validée :

**1. J’ai constaté que les fonctions clés de la solution fonctionnement correctement. En particulier :**

* L’authentification au logiciel de gestion de cabinet (LGC) et aux téléservices assurance maladie (INS, DMP, Ordonnance Numérique) avec Pro Santé Connect (PSC) en utilisant la carte CPS ou la carte e-CPS ;
* La possibilité de connaitre le statut INS des patients et de qualifier l’identité ;
* La production des documents listés dans les exigences Ségur (prescriptions, CR médicaux, courriers médicaux, et pour les médecins traitants : note de vaccination, synthèse médicale, santé de l’enfant) (détail des documents en Annexe)

Concernant la messagerie sécurisée de santé MSSanté

* La recherche d’un confrère dans l’annuaire et adressage d’un document par MSSanté ;
* L’envoi d’un message vers la MSSanté d’un patient ;
* La réception de documents par MSSanté directement par le logiciel et l’intégration du document dans le logiciel ;

Concernant Mon Espace Santé

* L’envoi des documents produits par le logiciel de gestion de cabinet dans Mon espace santé ;
* La consultation de Mon espace santé depuis le logiciel de gestion de cabinet et la possibilité d’intégrer dans le logiciel de gestion les documents choisis ;
* La gestion du consentement à la consultation de Mon espace santé du patient et la non-opposition à l’alimentation ;

Concernant l’ordonnance numérique

* La production et la consultation d’ordonnances numériques.

**2. Une formation m’a été proposée** sur les fonctionnalités ci-dessus (existence d’un webinaire enregistré et de vidéos sur l’ensemble des nouvelles fonctionnalités).

|  |
| --- |
| **Commentaires**  (Préciser le cas échéant les réserves non bloquantes sur les fonctionnalités Ségur)  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

**Cette attestation signée ouvre droit au versement du solde de la Prestation financière Ségur au fournisseur.**

Je reconnais que la signature de ce document engage ma responsabilité sur l’exactitude des informations attestées ci-dessus.

A ………………………………, le ……………… Signature du représentant légal du cabinet de ville

Pour rappel, dans le cas de l’existence d’un contrat de maintenance avec votre fournisseur, ce dernier doit vous faire parvenir **un avenant au dit contrat afin d’intégrer sans surcoût la maintenance corrective de la version Ségur installée**.

ANNEXE / documents

|  |  |
| --- | --- |
| **Profils** | **Document** |
| **Général** | CR d’imagerie médicale |
| **Général** | Prescription de produits de santé |
| **Général** | Prescription d’actes de biologie médicale |
| **Général** | Prescription d’actes de kinésithérapie |
| **Général** | Prescription d’actes infirmiers |
| **Général** | Prescription d’actes de pédicurie |
| **Général** | Prescription d’acte d’orthophonie |
| **Général** | Prescription d’acte d’orthoptie |
| **Général** | CR ou fiche de consultation/visite |
| **Général** | Lettre d'adressage à un confrère |
| **Général** | Demande d'actes d'imagerie |
| **Général** | Certificat, déclaration |
| **Général** | Plan personnalisé de prévention |
| **Suivi de l'enfant** | Projet d'accueil individualisé |
| **Médecin traitant et Suivi de l'enfant** | Synthèse Médicale |
| **Médecin traitant et Suivi de l'enfant** | Mesures de l’enfant |
| **Médecin traitant et Suivi de l'enfant** | CR d'examen de l'enfant |
| **Médecin traitant et Suivi de l'enfant** | Certificat de santé du 9ème mois de l'enfant (CS9) |
| **Médecin traitant et Suivi de l'enfant** | Certificat de santé du 24ème mois de l'enfant (CS24) |
| **Médecin traitant et Suivi de l'enfant** | Note de vaccination |
| **Structures d’exercice coordonné** | CR de grossesse |
| **Structures d’exercice coordonné** | Bilan bucco-dentaire |
| **Structures d’exercice coordonné** | Bilan par professionnel de santé |
| **Structures d’exercice coordonné** | Carte d'implant |