**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 : …………………………………………………………………. |

**Structure d’exercice coordonnée (CDS, MSP),**

**Je soussigné(e),**

**Nom/prénom : .............................,**

**Représentant légal ou mandataire de la structure juridique suivante :**

Dénomination sociale de la structure juridique : ……………………………………………………………….........................

Numéro FINESS juridique : .............................................................................................................................

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

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

Pour les FINESS géographiques suivants (listés dans le bon de commande) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dénomination sociale de la structure géographique** | **Finess Géographique** |
| #1 |  |  |
| #2 |  |  |
| #3 |  |  |
| #4 |  |  |
| … |  |  |

**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)
* La production de documents Ségur dont le bilan par professionnel de santé, le CR de grossesse, le bilan bucco-dentaire (voir Annexe pour plus de précisions) ;
* La recherche multicritère pour identifier des patients présentant certaines caractéristiques parmi les patients connus (ex : âge, antécédents, diagnostic...)
* La capacité à gérer le partage et l’exclusion à des professionnels de santé de certaines données et de certains dossiers patients.

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 de la structure d’exercice coordonnée (Maison ou Centre de santé)

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 |