

2010

# Migration de AXIDENT à ORTHALIS



[orthalis Maroc ]

27/10/2010

Saisie d'une fiche patient

N°Dossier **FA-09-175** 1     En cours de traitement 2     Traitement terminé     D.C.D.

---

**Bénéficiaire**  M.     Mme     Mlle 3

Nom  3

Prénom

Adresse 127  4

5 Ville  83490  LE MUY

Domicile  6 GSM  7

Bureau  Autre

Email  @hotmail.fr 8

Profession  9

Né le 10.06.1994 10 16 ans (Vendredi)

Nom J.F.


Patient envoyé par  11

Schéma par défaut  
 Adulte

Photo

---

Relation avec l'assuré 12  
 Assuré  Enfant  Conjoint  Famille  Conjoint bin

 **Assuré** Mme  13

94 14

831

599

Fin de droit  Fin de 100%

Patient dans liste C.M.U. SESAM VITALE

**Gestion du tiers-payant**

Taux  %

Taux  %

**Organisme obligatoire**

Nom  Taux  %

**Organisme complémentaire**

Nom de l'O.C.

N°O.C.   Mutualiste

N°Adhérent de O.C.  Type de contrat  00


Ne pas relancer ce patient

Faire les relances au nom de l'assuré

## Etat civile du patient sur Orthalis.

Prochain RDV : 29/09/2009      Semestre en cours :  
chain RDV : **Pas de rendez-vous**      Prochain paiement :  
Date de début TT : 08/09/2009      N° Dossier : 2816      Réf. Doss **1** FA-09-175      Solde : **0,00 €**  
Traitement **2**


### Etat Civil

Nom  **3**   
Prénom(s)   
Commentaire   
Né(e) le 10/06/1994 **10**  
Titre M.  Profession  **9**  
N° Sécurité Sociale  Pays de naissance

#### Adresses

Domicile Pays FRANCE  
 **4**  
83490  LE MUY **5**

#### Adresses électroniques

Adresse de messagerie  @hotmail.fr **8** 

#### Numéros de téléphone

Domicile  **6**  
Bureau   
Téléphone mobile  **7**  
Télécopie (domicile)

[Représentant légal Sa mère](#)

[Assuré par Sa mère](#) **12**

[Payeur](#)

[Dentiste](#)

[Recommandé par](#)  **11**

[Caisse ...](#)



[En cas de problème ...](#)

#### Correspondants



Fonction	Nom	Prénom
Assuré	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Frères et Sœurs

Nom	Prénom
<Pas de données à afficher>	

s) [Redacted] [Redacted]  [Représentant légal Sa mère](#)  
[Assuré par sa mère](#) 

**Lien patient / Assuré**

Nom [Redacted]  N° Sécurité Sociale [Redacted] 1-\_\_ 68  
Prénom [Redacted]  **13** **14** Mutuelle / Contrat  
Profession [Redacted] [Redacted] +  
Né(e) le 04/10/1997 Titre Mme Relation Mère [Redacted] +  
Validité des droits CMU [Redacted]

**Adresses**

Domicile FRANCE [Redacted]  
[Redacted]  
[Redacted] >>> [Redacted] <<<

**Adresses électroniques**

Adresse de messagerie [Redacted]

**Numéros de téléphone** Courriers :

## Plan de traitement AXIDent

△ Date	Dent	Désignation	Montant	Clef	F.S.	Payé	Dr	Montant	Sup
11.06.10	...	TEL de maman pour annuler RDV du 28 / 07 > Jérôme ne se	X	...			EF		
02.06.10	...	NOTA tis bien porté la nuit > on v va iusau fin iuillet	X	...			EF		
21.04.10	...	ORTO2	X	...			EF		
21.04.10	...	NUM	6.65	Z5			EF	6.65	
21.04.10	...	RXTEL1	19.95	Z15			EF	19.95	
21.04.10	...	NOTA	X	...			EF		
20.04.10	...	ORTO1F	650.00	T090	.1373	19.05.2010	EF	193.50	
07.04.10	...	ENT 2	X	...			EF		
03.03.10	...	NOTA > Touiours bien porté / RAS ++	X	...			EF		
13.01.10	...	NOTA > Touiours bien porté / Nuit OK +	X	...			EF		
02.12.09	...	NOTA > Début difficile mais plein de bonne volonté	X	...			EF		
21.10.09	...	NOTA Pose Mvobrace n ° 5 > ordo douleur + exercices resp	X	...			EF		
21.10.09	...	ORTO1	X	...			EF		
29.09.09	...	ENT 1ER remise ce jour	X	...			EF		
29.09.09	...	CHARTE	X	...			EF		
29.09.09	...	CLT	32.25	T015	.1027	29.09.2009	EF	32.25	
29.09.09	...	RXPANO	21.28	Z16	.1027	29.09.2009	EF	21.28	
29.09.09	...	RXTEL1	19.95	Z15	.1027	29.09.2009	EF	19.95	
29.09.09	...	NUM	6.65	Z5	.1027	29.09.2009	EF	6.65	

Sauf acte actuel est transféré vers orthalis

acte initiale et plan Traitement doit être transféré vers dentalis

  
**INITIAL**

  
**PLAN T.**

  
**ACTUEL**

## Plan de traitement Orthalis.

Nom :  Prénom :  Age : **16 ans et 1 mois** Praticien : **Dr**  Enregistrer  
 Premier RDV : 29/09/2009 Semestre en cours : 07/04/2010 Accordé le 21/04/2010 Fermer  
 Prochain RDV : **Pas de rendez-vous** Prochain paiement : Solde : **A jour**  
 Début TT : 08/09/2009 N° Dossier : 2816 Réf. Dossier : FA-09-175 Traitement

Plan de gestion  Tiers Payant  CMU

Complet Echancier

Actes

Date	Acte	Code	N°	Montant	Dépassement	Soldé	FSE	DEP	Imp	Donnée le	Accordée le
29/09/2009	CEPHALO	T05		10,75 €	10,75 €		FSE	<input type="checkbox"/>			
29/09/2009	NUM	Z5		6,65 €	6,65 €		FSE	<input type="checkbox"/>			
29/09/2009	RXTEL1	Z15		19,95 €	19,95 €		FSE	<input type="checkbox"/>			
29/09/2009	RXPANO	Z16		21,28 €	21,28 €		FSE	<input type="checkbox"/>			
29/09/2009	CLT	T015		32,25 €	32,25 €		FSE	<input type="checkbox"/>			
29/09/2009	CHARTE	--0		0,00 €	0,00 €			<input type="checkbox"/>			
29/09/2009	ENT	--0		0,00 €	0,00 €			<input type="checkbox"/>			
21/10/2009	NOTA	--0		0,00 €	0,00 €			<input type="checkbox"/>			
21/10/2009	ORTO1	--0		0,00 €	0,00 €			<input type="checkbox"/>			
02/12/2009	NOTA	--0		0,00 €	0,00 €			<input type="checkbox"/>			
13/01/2010	NOTA	--0		0,00 €	0,00 €			<input type="checkbox"/>			
03/03/2010	NOTA	--0		0,00 €	0,00 €			<input type="checkbox"/>			
07/04/2010	ENT	--0		0,00 €	0,00 €			<input type="checkbox"/>			21/04/2010
20/04/2010	ORTO1F	T090		650,00 €	650,00 €		FSE	<input type="checkbox"/>			
21/04/2010	ORTO2	--0		0,00 €	0,00 €			<input type="checkbox"/>			
21/04/2010	NOTA	--0		0,00 €	0,00 €			<input type="checkbox"/>			
21/04/2010	RXTEL1	Z15		19,95 €	19,95 €			<input type="checkbox"/>			
21/04/2010	NUM	Z5		6,65 €	6,65 €			<input type="checkbox"/>			
02/06/2010	NOTA	--0		0,00 €	0,00 €			<input type="checkbox"/>			
11/06/2010	TEL	--0		0,00 €	0,00 €			<input type="checkbox"/>			

Complet

Echéancier

Titre :

[Changer le](#)

Voire

Glisser une colonne ici pour créer un regroupement

Date	Libellé	Montant	Payé	A Payer	Semestre	Type	Praticien
<b>11/06/2010</b>	<b>TEL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		<b>Acte</b>	<b>FADOUL</b>
29/09/2009	CEPHALO	10,75	0	10,75	4031.39719	FSE	FADOUL
29/09/2009	NUM	6,65	0	6,65	4031.39719	FSE	FADOUL
29/09/2009	RXTEL1	19,95	0	19,95	4031.39719	FSE	FADOUL
29/09/2009	RXPANO	21,28	0	21,28	4031.39719	FSE	FADOUL
29/09/2009	CLT	32,25	0	32,25	4031.39719	FSE	FADOUL
21/04/2010	ORT01F	650	0	650	4703.39951	FSE	FADOUL

Historique des règlements et tiers-payants

### Historique des recettes

Date	Désignation	Montant	Mode	N°Chèque
19.05.2010	[REDACTED] /3p Mfp	193.50	Virement	
21.04.2010	[REDACTED]	325.00	Chèque	
21.10.2009	[REDACTED]	456.50	Chèque	
29.09.2009	[REDACTED]	90.88	Chèque	

Total recette: 1065.88

Plan de gestion sur Orthalis.

Paiements					
☰ Date	△	Payeur	Montant	Mode	Remis
29/09/2009		Patient	90,88 €	Chèque	<input type="checkbox"/>
21/10/2009		Patient	456,50 €	Chèque	<input type="checkbox"/>
21/04/2010		Patient	325,00 €	Chèque	<input type="checkbox"/>
19/05/2010		Patient	193,50 €	Virement OS	<input type="checkbox"/>
			Total = 1065,88		

## RDV Orthalis.

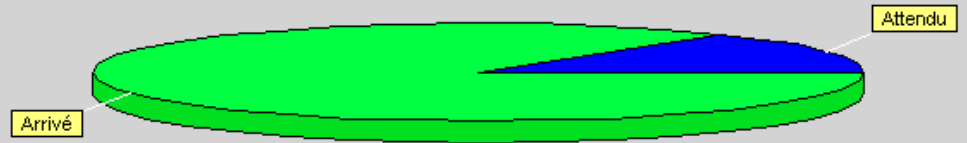
ier RDV : 29/09/2009      Semestre en cours :  
 ain RDV : **Pas de rendez-vous**      Prochain paiement :  
 t TT : 08/09/2009    N° Dossier : 2816    Réf. Dossier : FA-09-175    Solde : **0,00 €**    Fermer

### Historique

Tenir compte des horaires preterentiels du patient

Glisser une colonne ici pour créer un regroupement

St.	Date	Jour	Acte	Commentaire	Faute	Durée	Heure d'arrivée	Ponct.	Temps Sall	Temps Faul	Temps Sec	Temps
■	29/09/2009 18:35:00	mardi	BILAN-CR	Arrivé	F1	25	18:38	+3				
■	04/08/2010 10:20:00	mercredi	Contrôle	Attendu	F1	10	10:20	+0				
■	02/06/2010 16:50:00	mercredi	Contrôle	Arrivé	F1	10	16:46	-3				
■	21/04/2010 17:00:00	mercredi	Contrôle	Arrivé	F1	10	16:48	-11				
■	03/03/2010 17:10:00	mercredi	Contrôle	Arrivé	F1	10	16:59	-10				
■	13/01/2010 16:50:00	mercredi	Contrôle	Arrivé	F1	10	16:45	-4				
■	02/12/2009 17:20:00	mercredi	Contrôle	Retard	F1	10	17:31	+11				
■	21/10/2009 16:45:00	mercredi	POSE	Arrivé	F1	20	16:51	+6				



The interface features a toolbar at the top with icons for adding (+), editing (pencil), user profile, navigation (left and right arrows), help (?), and printing. Below the toolbar, patient information is displayed, including a name starting with 'M.', a number '127', and the address '83490 LE MUY'. Birth information is given as 'Né le 10.06.1994' and '16 ans 2 mois. (Vendredi)'. Insurance details include 'Assuré: Mme' and 'N°S.S.'. A section titled 'Documents' and 'Volet médical' contains a table of medical documents. The table has three columns: date, description, and status. Two rows are visible, with the second row circled in red.

Documents		Volet médical
07.04.2010	DEP Ortho. 2	EF
29.09.2009	DEP Ortho. 1ER	EF

Nom : [REDACTED] Prénom : [REDACTED] Age : 16 ans et 1 mois Praticien : Dr [REDACTED]  
 Premier RDV : 29/09/2009 Semestre en cours : 07/04/2010 Accordé le 21/04/2010  
 Prochain RDV : **Pas de rendez-vous** Prochain paiement : Solde : **A jour**  
 Début TT : 08/09/2009 N° Dossier : 2816 Réf. Dossier : FA-09-175 Traitement

**Demande d'entente préalable**

Informations chirurgien et assuré Renseignements médicaux

Demandes d'entente prévues

Date d'exécution	Libellé	Montant	Semestre
Cliquez ici pour sélectionner les colonnes visibles			
<Pas de données à afficher>			

Demandes d'entente créées

Date de proposition	Libelle du semestre	Semestre
29/09/2009		
07/04/2010		

Patient

Nom et Prénom [REDACTED]  
 Date de naissance 10/06/1994

Assuré

Nom et Prénom [REDACTED]  
 Date de naissance 04/10/1997  
 No Immatriculation 2621238196071

Partie réservée au chirurgien

Date de la proposition 29/09/2009  
 Date de début effectif du traitement 08/09/2009  
 Cotation des actes **TO 90**  
 Date d'accord

Références Nationales

R.  
 HR.

Devis

Oui  
 Non

- Prévisualise
- Imprimer les croix relatives au statut d
- Imprimer les croix sans tenir compte du statut
- Imprimer commentaire et plan de traitement pour chaque semestre ap



DEP AXIDent (suite)

**D.E.P. Ortho de Mr** [Nom] [?][X]

29.09.2009 1ER 29.09.2009 1ER Marge Recto Verso

Identification du Chirurgien-Dentiste ou Centre: M. [Nom] Nom du chirurgien dentiste: Dr I. [Nom]

Références Nationales Opposables:  R.  HR  
 Date proposition: 29.09.2009  
 Date de début effectif du traitement: [Date]  
 Cotation des actes: TO 90  
 Devis a-t-il été remis à l'assuré:  Oui  Non

Nom du patient: Mr [Nom] 10.06.1994 Nom de l'assuré(e): Mme [Nom] N°S.S. [N°]

**Renseignement médicaux. Traitement d'orthopédie dento-faciale**

Début de traitement  Suite semestre n° ..... [N°]  Autres, lesquels : [Texte]  
 Surveillance  Contention - année n° [N°]

**DIAGNOSTIC (uniquement lors d'une 1er demande ou d'une réévaluation)**

Anomalie(s) basale(s)			Anomalie(s) alvéolaire(s)		
	Maxillaire	Mandibulaire		Maxillaire	Mandibulaire
Sens sagittal	<input type="checkbox"/> Pro <input type="checkbox"/> Retro	<input type="checkbox"/> Pro <input checked="" type="checkbox"/> Retro		<input type="checkbox"/> Pro <input type="checkbox"/> Retro	<input type="checkbox"/> Pro <input type="checkbox"/> Retro
Sens transversal	<input type="checkbox"/> Endo <input type="checkbox"/> Exo	<input type="checkbox"/> Endo <input type="checkbox"/> Exo		<input type="checkbox"/> Endo <input type="checkbox"/> Exo	<input type="checkbox"/> Endo <input type="checkbox"/> Exo
Sens vertical	<input type="checkbox"/> Hypodivergence	<input type="checkbox"/> Hyperdivergence		<input type="checkbox"/> Supraclusion	<input checked="" type="checkbox"/> Infraclusion

Classe dentaire molaire:  Cl.I  Cl.II  Cl.III [N°]  
 Dysharmonie dento-maxillaire

Classe dentaire canine:  Cl.I  Cl.II  Cl.III [N°]  
 Dysharmonie dento-dentaire

Agénésie(s): [Texte] Dent(s) incl. ou Surnum.: [Texte] Malposition(s): [Texte]

Occlusion inversée  Droite  Gauche  Antérieure

Facteur(s) fonctionnel(s): [Texte]

Plan de traitement: Traitement fonctionnel destiné à solliciter l'avancée de la mandibule

Commentaires: Réévaluation des besoins à l'issue d'une première période de 6 mois, en fonction de la réponse obtenue

Tou ces informations sont spécifique pour chaque DEP dans AXIdent, mais pas dans orthalis, qui sont spécifique pour chaque patient

## DEP Orthalis. (suite)

Nom : [REDACTED] Prénom : [REDACTED] Age : 16 ans et 1 mois Praticien : Dr [REDACTED] Enreg  
Premier RDV : 29/09/2009 Semestre en cours : 07/04/2010 Accordé le 21/04/2010 Fer  
Prochain RDV : Pas de rendez-vous Prochain paiement : Solde : A jour  
Début TT : 08/09/2009 N° Dossier : 2816 Réf. Dossier : FA-09-175 Traitement

### Demande d'entente préalable [REDACTED]

Informations chirurgien et assuré Renseignements médicaux

#### Statut du patient

Début de traitement

Suite - Semestre N° [REDACTED]

Autres [REDACTED]

Surveillance

Contention - Année [REDACTED]

#### Anomalie(s) basale(s)

Maxillaire

Sens sagittal  Pro  Retro

Sens transversal  Endo  Exo

Sens vertical  Hypodivergen

Mandibulaire

Prc  Retr

Endc  Exc

Hyperdivergenc

#### Anomalie(s) alvéolaire(s)

Maxillaire

Prc  Retr

Endc  Exo

Supraclusio

Mandibulaire

Pro  Retr

Endo  Exo

Infraclusio

#### Classe dentaire

Molaire  Cl.  Cl.II  Cl.III [REDACTED]

Canine  Cl.  Cl.  Cl.II [REDACTED]

#### Occlusion inversée

Droite  Antérieur

Gauche

Agénésie(s) [REDACTED] Dent(s) incl. ou Surr [REDACTED] Malposition(s) [REDACTED]

Dysharmonie dento-ma:

Dysharmonie dento-dent

Facteur(s) fonctionnel( [REDACTED]

Plan de traitement [Ajouter] [Importer le ...]

Commentaire [Ajouter] [Importer le ...]

Traitement fonctionnel destiné à solliciter l'avancée de la mandibule

Réévaluation des besoins à l'issue d'une première période de 6 mois, en fonction de la réponse obtenue

Nom :  Prénom :  Age : 16 ans et 1 mois

Premier RDV : 29/09/2009 Semestre en cours : 07/04/2010 Accordé le 21/04/2010

Prochain RDV : **Pas de rendez-vous** Prochain paiement :

Début TT : 08/09/2009 N° Dossier : 2816 Réf. Dossier : FA-09-175

### Classification

#### Anomalie(s) basale(s)

	Maxillaire		Mandibulaire	
Sens sagittal	<input type="checkbox"/> Pro	<input type="checkbox"/> Retro	<input type="checkbox"/> Pro	<input checked="" type="checkbox"/> Retro
Sens transversal	<input type="checkbox"/> Endo	<input type="checkbox"/> Exo	<input type="checkbox"/> Endo	<input type="checkbox"/> Exo
Sens vertical	<input type="checkbox"/> Hypodivergence		<input type="checkbox"/> Hyperdivergence	

#### Anomalie(s) alvéolaire(s)

	Maxillaire		Mandibulaire	
	<input type="checkbox"/> Pro	<input type="checkbox"/> Retro	<input type="checkbox"/> Pro	<input type="checkbox"/> Retro
	<input type="checkbox"/> Endo	<input type="checkbox"/> Exo	<input type="checkbox"/> Endo	<input type="checkbox"/> Exo
	<input type="checkbox"/> Supraclusion		<input checked="" type="checkbox"/> Infraclusion	

#### Classe dentaire

Molaire	<input type="checkbox"/> Cl.I	<input checked="" type="checkbox"/> Cl.II	<input type="checkbox"/> Cl.III	<input type="text"/>
Canine	<input type="checkbox"/> Cl.I	<input checked="" type="checkbox"/> Cl.II	<input type="checkbox"/> Cl.III	<input type="text"/>

#### Occlusion inversée

<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Antérieure
<input type="checkbox"/> Gauche	

Agénésie(s)  Dent(s) incl. ou Surnum.

Malposition(s)

Dysharmonie dento-maxillaire  Dysharmonie dento-dentaire

Facteur(s) fonctionnel(s)

Plan de traitement   Commentaires

Traitement fonctionnel destiné à solliciter l'avancée de la mandibule

Réévaluation des besoins à l'issue d'une première période de 6 mois, en fonction de la réponse obtenue

