Manuel Resthome

Logiciel de gestion pour maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soins (MRS)

Édition	2026
Version	1
Plateforme	Odoo 19
Langue	Français (Belgique)

Support : support@lplg.eu
Documentation en ligne : https://docs.lplg.eu/
Éditeur : LPLG — https://lplg.eu

À propos de ce manuel

Ce manuel décrit Resthome, le logiciel de gestion pour maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soins (MRS) édité par LPLG sur la plateforme Odoo 19. Il s'adresse au personnel soignant, administratif et de direction.

Portée et limites

Ce manuel décrit **le fonctionnement du logiciel**, non la réglementation. Les règles de l'INAMI, de l'AViQ, d'Iriscare et des organismes assureurs prévalent en toutes circonstances sur ce qui est écrit ici. En cas de divergence, référez-vous aux textes officiels et à votre organisme de tutelle.

Le contenu correspond à la version indiquée en couverture. Le logiciel évolue : la version en ligne, toujours à jour, fait foi.

> **Données de santé.** Resthome traite des données de santé à caractère personnel, soumises au RGPD. Les copies d'écran de ce manuel utilisent un établissement et des résidents **entièrement fictifs** — aucune donnée réelle n'y figure.

Propriété intellectuelle

© LPLG. « Resthome » et « LPLG » sont des marques de LPLG. Odoo est une marque déposée d'Odoo S.A., sans lien de sponsoring ni d'affiliation avec le présent document.

Le **logiciel** Resthome, son code source et sa documentation technique interne restent la propriété exclusive de LPLG et ne sont couverts par aucune licence ouverte.

Licence de ce document

Le texte et les illustrations de ce manuel sont publiés sous licence **Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)**. Vous êtes libre de les partager et de les adapter, y compris à des fins commerciales, à condition de créditer LPLG.

Texte complet : https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.fr

Support

support@lplg.eu — pour toute question sur l'utilisation du logiciel, un dysfonctionnement ou une demande d'évolution.

Documentation en ligne : https://docs.lplg.eu/ — mise à jour en continu, avec moteur de recherche.

Historique des versions

Version	Date	Modifications

1	2026	Première édition — Odoo 19.

Table des matières

Bienvenue dans la documentation 1

Application À quoi elle sert 3

Et ensuite ? 4

Étape Signification 9

Faire glisser la carte dans la colonne Admis, ou 10

Gérer un résident 13

La catégorie Katz (O, A, B, C, Cd) détermine le forfait INAMI. 16

L'évaluation Katz 17

Catégorie Signification 18

Les évaluations gériatriques (hors Katz) 20

Échelle Ce qu'elle mesure Score Sens 21

Score Interprétation 22

MNA — état nutritionnel 23

Score Risque de chute 25

Changement de chambre et transfert 27

Trois onglets complètent la fiche : 31

Assigner un résident depuis la chambre 32

CAS DU RÉSIDENT DÉJÀ LOGÉ : LE TRANSFERT 33

Une chambre en maintenance ou réservée n'est pas assignable. 34

À préparer Un résident doit arriver ; la chambre doit être préparée. 35

Points clés à retenir 36

Séjours. 37

Dès que vous choisissez le résident, Resthome pré-remplit : 38

Renseignez Entrée ou Sortie pour un document clair. 39

LE CATALOGUE D'ÉQUIPEMENTS 40

Le rapport reprend : 42

Pour aller plus loin 43

Événement Checklist 45

Tâche À quoi elle sert 46

Préparation de la chambre 47

Ajouter un meuble 50

Principes clés 53

Vue d'ensemble 54

De l'évaluation Katz à la catégorie 58

Forfait = mutuelle, hébergement = résident, sur la même période. 61
Étape 2 — Vérifier l'assurabilité (MDA) 62
Étape 5 — Générer l'eFact (part mutuelle) 63
Assurabilité (MDA) 64
Ajouter un supplément 65
Vue d'ensemble de la facturation 66
Sur la convention : 70
Les suppléments 73
Départ et décès 75
Document Portée Modèle imprimé Généré depuis 77
Le tableau des résidents comporte les colonnes suivantes : 79
La prise en charge CPAS 81
CPAS »), puis rattachez-le au résident dans l'onglet Facturation. 85
Le bouton « Actualiser » 87
À suivre 88
Ce que le MDA récupère 89
Le numéro d'affiliation à la mutuelle. 90
Le résident a un NISS valide. 91
Contrôle par lot (recommandé en début de mois) 92
Les statuts 93
Les boutons 94
Situation Ce que Resthome 98
Cause probable Action 99
Rejets eFact · Facturation électronique (eFact) 101
Un assistant « Générer la facturation » s'ouvre. 103
Dans l'onglet Résidents, vous trouvez ligne par ligne : 104
Problème Pourquoi l'organisme 108
Vérifiez avant de facturer : traitez chaque message d'autocontrôle. 111
Causes de rejet fréquentes → action 113
Cause Ce que vous voyez Action dans Resthome 114
Renvoyer, ou renoncer au rejet 115
MDA avant de facturer — la plupart des rejets sont ainsi évités. 117
Accusé (931000) ou décompte (920900) : le bon repère 120
État Signification 122
Le résident a un NISS (numéro national) valide. 128
LES RÉPONSES QUI ARRIVENT PAR COURRIER OU PAR E-MAIL 129

Ordre Resthome utilise… Quand 132
Champ À quoi il sert 133
La marche à suivre, sur une demande en Brouillon : 135
Suivre une demande : délais et décision 138
Statut Signification 140
ACCORD TACITE 141
Causes de refus fréquentes → action 143
NISS non reconnu Rejet « bénéficiaire 144
Corriger, puis renvoyer 145
Accords (eAgreement) 146
Champ Que faire 147
Brouillon En préparation ; rien n'a été envoyé. 151
Décomptes 152
Le dossier médical du résident 153
Les sens et les risques 155
Sonde urinaire (oui / non) ; 156
Les allergies 157
Notes médicales 159
Élément Détail 162
L'anamnèse est un recueil daté par discipline, pas un second dossier. 164
Reprendre — relancer une prescription suspendue. 165
Hospitalisation : suspendre, puis reprendre 166
Configuration utile 167
Ce que fournit la base SAM 168
Utilisez la barre de recherche et les filtres pour affiner : 169
Choisissez le type de recherche : 170
Donnée SAM Champ du catalogue 172
Chaque plan porte ses objectifs, ce qui rend le suivi mesurable. 174
Signes vitaux 176
Prescriptions et médicaments 177
Registre À quoi il sert 178
Plans de soins et signes vitaux 179
Menus principaux 180
Régimes et allergies 182
La tournée de distribution des repas 183
Le tableau de distribution (par lieu) 186

Statut affiché Signification Couleur du 189
Un signal AViQ est actif dès qu'une de ces conditions est vraie : 190
Cible Comment elle est calculée 191
Enregistrer les apports alimentaires 192
Bandeau Résidents concernés Bouton 193
Portail familles 195
Ce que couvre l'application 196
Menus, régimes et hydratation 197
Trois conditions déclenchent le classement : 198
Étiquettes par défaut 200
Documents 202
Sous-dossier Ce qu'on y met 203
Les autres voient la fiche résident normalement, sans le raccourci. 205
Étiquette Usage typique 206
Résidents 208
Réglage Ce qu'il fait Valeur recommandée 209
Masquer les 210
FAQ · Glossaire 211
Réglage Ce que ça fait Valeur recommandée 212
Journal 213
Configuration — chambres, tarifs, mutuelles, établissement. 215
Réglage À quoi ça sert Valeur recommandée 216
Production. 217
Praticien responsable eAgreement 218
Personne de 220
Réglage Ce qu'il fait Valeur 221
Réglages Documents 224
Chambres et secteurs 227
Premiers pas 228
O (autonome), A (dépendance légère), B (dépendance moyenne), C (forte 230
Comment vérifier plusieurs résidents à la fois ? 231
Facturation électronique (eFact) 233
Absences & hospitalisations 236
Pourquoi une note de crédit est-elle créée au départ ? 237
Annexe 11 238
Lot eFact 240

Organisme assureur (OA) 241
Le parcours de facturation 242
Le nom de votre établissement. 243

Bienvenue dans la documentation Resthome

Resthome est le logiciel de gestion pour **maisons de repos (MR)** et **maisons de repos et de soins (MRS)**, édité par LPLG **sur Odoo** — résidents, soins, repas, facturation INAMI/mutuelle et échanges eHealth belges (eFact, MDA, eAgreement), le tout au même endroit. Cette documentation vous accompagne au quotidien, étape par étape, avec des captures d'écran.

Premiers pas

Se connecter, découvrir les applications et le tableau de bord, et se repérer dans un écran.

Le parcours de facturation

La vue d'ensemble : admission → MDA → eAgreement → Katz → eFact → paiement.

Résidents

Admission, séjour, évaluations Katz et gériatriques, chambres et état des lieux.

Facturation

Périodes de facturation, forfaits INAMI, suppléments, absences et factures.

eHealth

Assurabilité (MDA), facturation électronique (eFact) et accords (eAgreement).

Soins

Dossier clinique, prescriptions, plans de soins et registres cliniques.

Repas

Menus et régimes, distribution des repas, suivi nutritionnel et portail familles.

Documents du résident

Dossiers documentaires automatiques par résident et centralisation des pièces jointes.

Configuration

Tous les réglages : résidents, facturation, eHealth, repas et documents.

Une question précise ?

Utilisez la **barre de recherche** en haut, la **FAQ** ou le **Glossaire**. Cette documentation est publique et conçue pour être lisible par les assistants IA — vous pouvez poser votre question en langage naturel.

Premiers pas

Ce guide vous fait découvrir Resthome en quelques minutes : la connexion, les applications disponibles et le tableau de bord.

Se connecter

1. Ouvrez votre navigateur à l'adresse fournie par votre établissement (par exemple `https://votre-etablissement.resthome.be`).
2. Saisissez votre **adresse e-mail** et votre **mot de passe**.
3. Cliquez sur **Se connecter**.

Mot de passe oublié ?

Utilisez le lien **« Réinitialiser le mot de passe »** sur la page de connexion, ou demandez à votre administrateur.

Les applications

Resthome est organisé en applications, accessibles depuis le **menu principal** (l'icône en damier, en haut à gauche) :

Application	À quoi elle sert
MR/MRS	Résidents, séjours, facturation, conformité Katz, eHealth.
Soins	Prescriptions, plans de soins, signes vitaux, notes infirmières.
Repas	Menus, régimes, suivi nutritionnel, portail familles.
Configuration	Chambres, tarifs, données de base de l'établissement.

Selon votre rôle (administratif, soignant, cuisine…), vous ne voyez que les applications qui vous concernent.

Le tableau de bord

Le **Tableau de bord** de l'application MR/MRS donne une vue d'ensemble :

- les **tâches en attente** (Katz à faire, MDA à vérifier, lots eFact…) ;
- des **compteurs** cliquables qui ouvrent directement la liste concernée ;
- les **alertes** importantes du mois.

> **Astuce**
>
> Cliquez sur un compteur (par exemple « Katz à faire ») pour ouvrir directement la liste des éléments à traiter.

Se repérer dans un écran

- **Menu de gauche / onglets du haut** : les sections de l'application.
- **Fil d'Ariane** (en haut) : votre position ; cliquez dessus pour revenir en arrière.
- **Bouton engrenage / menu Actions** : les actions supplémentaires sur la fiche ouverte.
- **Chatter** (colonne de droite) : l'historique et les notes d'un enregistrement.

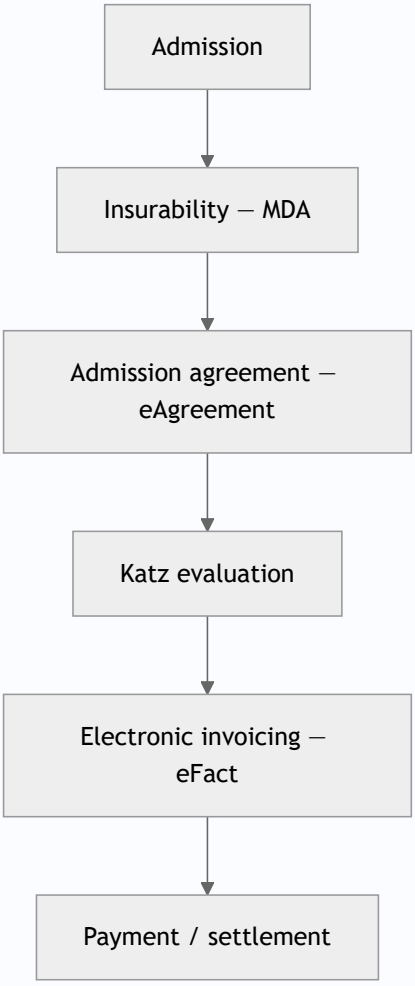
Et ensuite ?

Passez à la gestion d'un résident :

:octicons-arrow-right-24: Gérer un résident

Le parcours de facturation

De l''**admission** au **paiement**, une facture correcte suit toujours les mêmes étapes. Cette page relie l'ensemble du parcours ; chaque étape renvoie vers sa page détaillée.




```
Admission → MDA → eAgreement → Katz → eFact → Payment
```

1. **Admission** — Créez le dossier du résident et ouvrez son séjour.
2. **Assurabilité (MDA)** — Vérifiez l'assurabilité et la mutuelle exacte auprès de MyCareNet / WalCareNet.

3. **Accord d'admission (eAgreement)** — La notification de prise en charge (Annexe 7) est préparée pour la mutuelle.
4. **Évaluation Katz** — Cotez la dépendance : la catégorie Katz est déclarée à la mutuelle pour le forfait INAMI.
5. **Facturation électronique (eFact)** — Générez la période, créez les factures et transmettez la part mutuelle aux organismes assureurs. → Facturation électronique (eFact)
6. **Paiement / décompte** — La part résident est facturée, la part mutuelle suivie jusqu'au décompte de l'OA (accusé, acceptation, rejet).

> **En pratique**
>
> L'"**assurabilité (MDA)** en début de mois et une **évaluation Katz validée** sont les deux préalables qui évitent la plupart des rejets eFact. Traitez-les avant de générer les factures.

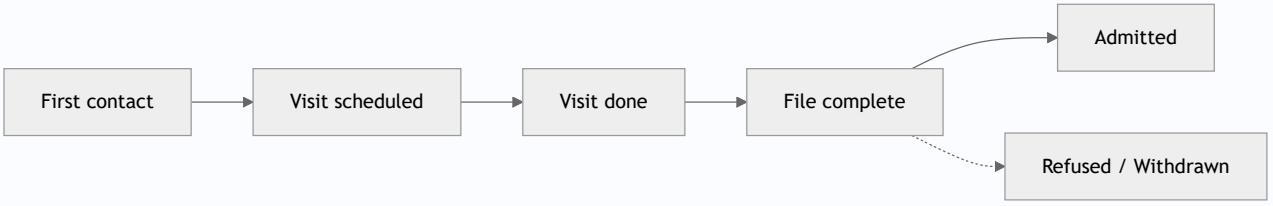
Résidents

Les admissions (pipeline CRM)

Le **pipeline d'admission** est le point d'entrée du parcours d'un résident. Il vous permet de suivre chaque **candidat** — de la première demande d'un proche jusqu'à l'entrée effective — puis, en un geste, de le **transformer en résident** avec sa chambre et son séjour.

Vous le trouvez dans l'application **CRM**, sur l'équipe **Admissions**. Chaque demande y devient une **piste** (un candidat résident) que vous faites progresser d'étape en étape dans un tableau kanban.

Vue d'ensemble



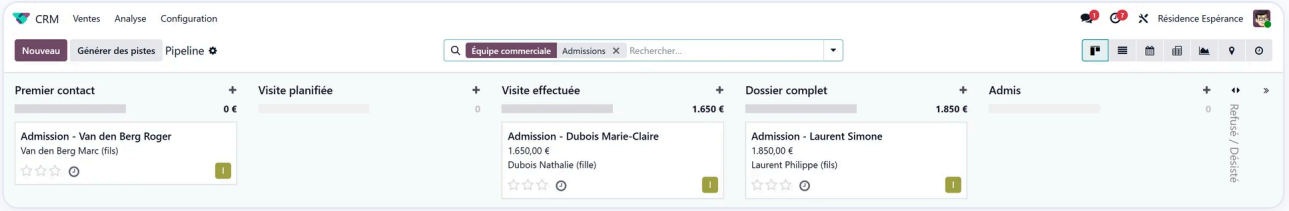
Deux dates à ne pas confondre

- **Date de début de séjour** : quand commence la facturation de l'hébergement (la chambre). C'est celle que vous saisissez dans l'assistant d'admission.
- **Date d'admission** : quand commence l'intervention de la mutuelle (le forfait de dépendance). Elle se fixe plus tard, au **démarrage du séjour**.

Elles sont souvent identiques, mais peuvent différer.

1. Ouvrir le pipeline Admissions

1. Ouvrez l'application **CRM**.
2. Sélectionnez l'équipe / le pipeline **Admissions** (menu **Ventes** → **Mon pipeline**, puis filtrez sur l'équipe Admissions, ou ouvrez directement l'équipe depuis la vue des équipes).
3. Le tableau **kanban** affiche une colonne par étape et une carte par candidat.



2. Créer une piste d'admission

1. Cliquez sur **Nouveau**.
2. Donnez un **nom** à la piste (par exemple « Admission - Nom du candidat »).
3. La case **Candidat résident** est cochée automatiquement lorsque la piste appartient à l'équipe Admissions. Elle active l'onglet **Admission résident** et masque l'onglet **Contacts** standard, sans objet pour une admission.
4. **Enregistrez.**

> **Le candidat et le proche qui appelle**
>
> Souvent, c'est un **proche** (fils, fille) qui prend contact pour la personne à héberger. Resthome distingue les deux : le **candidat résident** est la personne hébergée, tandis que l'appelant est enregistré comme **contact familial**. À l'admission, l'identité (NISS, date de naissance) est portée par le résident, pas par le proche.

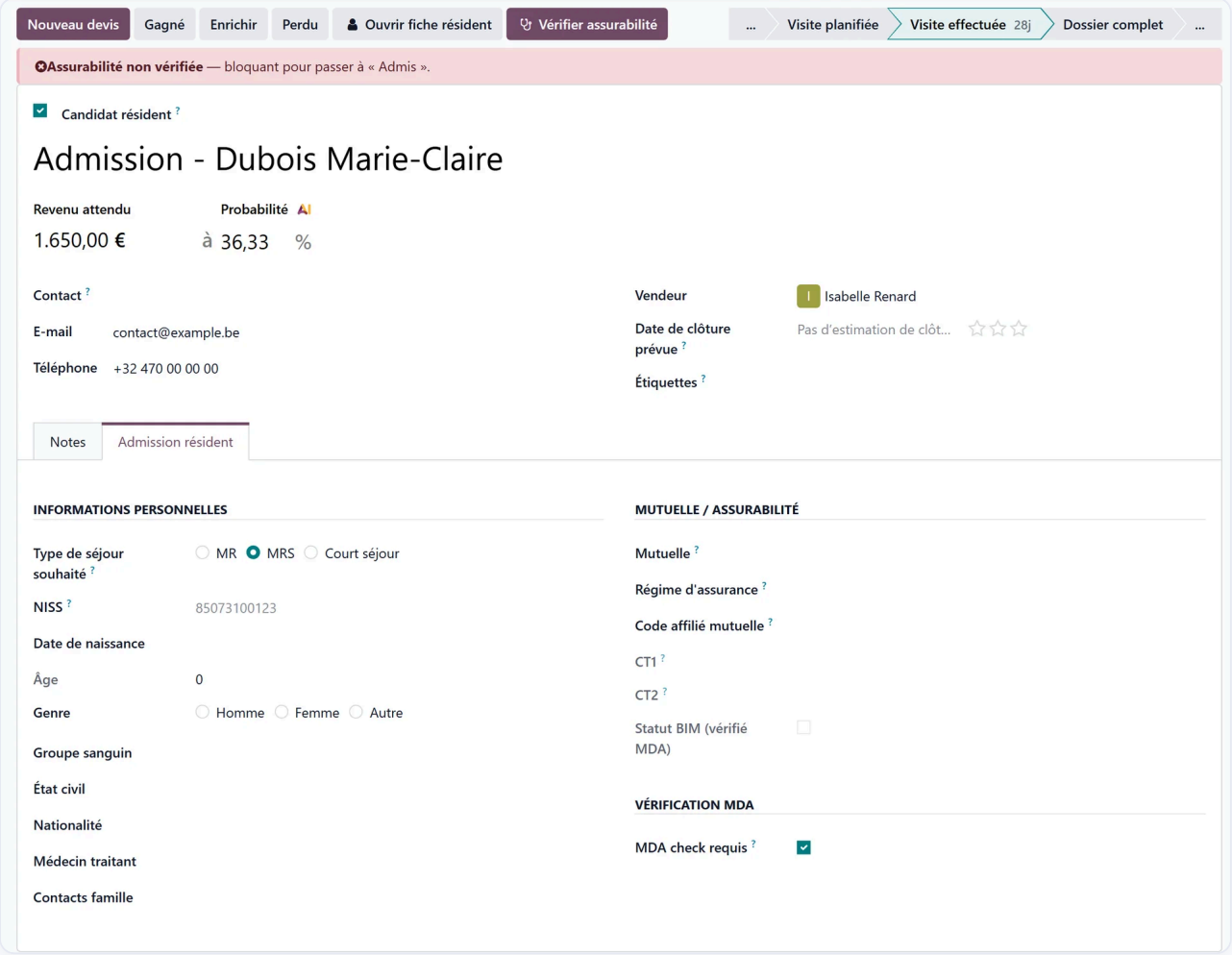
L'ONGLET « ADMISSION RÉSIDENT »

C'est ici que vous constituez le dossier du candidat, sans quitter la piste :

- **Informations personnelles** : NISS, date de naissance, genre, médecin traitant, contacts familiaux, et surtout le **type de séjour souhaité** (MR, MRS ou court séjour).
- **Mutuelle / Assurabilité** : mutuelle, régime d'assurance, code d'affiliation, et le résultat de la **vérification MDA** (CT1/CT2, statut BIM).

Court séjour (court séjour / CSJ)

Si vous choisissez **court séjour**, deux champs supplémentaires apparaissent : le **nombre de jours de court séjour déjà utilisés** cette année civile et des **notes**. La loi limite le court séjour à **90 jours par an** ; renseignez l'information (demandez à la famille, ou confirmez par téléphone avec la mutuelle) avant d'accepter l'admission.



3. Faire avancer la piste

Faites glisser la carte d'une colonne à l'autre, au rythme réel du dossier :

Étape	Signification
Premier contact	Demande reçue, à recontacter.
Visite planifiée	Une visite de l'établissement est fixée.
Visite effectuée	La visite a eu lieu.
Dossier complet	Le dossier administratif et médical est prêt.
Admis	Étape « gagnée » : déclenche l'assistant d'admission.
Refusé / Désisté	La demande n'aboutit pas (colonne repliée).

Vous pouvez aussi planifier les rendez-vous de visite directement depuis la piste (bouton **Réunions** / calendrier partagé).

4. Vérifier l'assurabilité (MDA)

Avant de pouvoir admettre le candidat, vérifiez qu'il est bien assuré :

1. Sur la piste, cliquez sur **Vérifier l'assurabilité** (en-tête).
2. Resthome envoie une requête **MDA** (assurabilité MyCareNet / WalCareNet) et met à jour automatiquement la **mutuelle**, le statut **BIM** et les codes **CT1/CT2** du candidat.

> ⚠ **Le contrôle MDA conditionne l'admission**
>
> Tant que la vérification MDA n'a pas **réussi**, le passage à l'étape **Admis** est **bloqué**. Pour un cas sans NISS (résident étranger, nouveau-né…), décochez **Contrôle MDA requis** dans l'onglet Admission résident pour lever le blocage. Si le MDA revient **non assuré**, l'admission reste possible mais Resthome vous avertit : la facturation devra alors être adressée au résident, pas à la mutuelle.

Pour tout comprendre du contrôle d'assurabilité, voir Assurabilité (MDA).

5. Admettre le candidat

Quand le dossier est prêt, transformez le candidat en résident. Deux gestes équivalents ouvrent l"**assistant d'admission** :

- **Faire glisser** la carte dans la colonne **Admis**, ou
- Ouvrir la piste et cliquer sur le bouton **Gagné**.

> ⚠ **Avant de marquer « Admis »**
>
> Le **type de séjour souhaité** (MR / MRS / court séjour) doit être renseigné : il détermine le lit et l'Annexe 7. Le contrôle MDA doit également être réussi (voir ci-dessus). À défaut, Resthome bloque l'opération et vous indique quoi compléter.

L'assistant d'admission vous demande :

1. La **chambre** — **obligatoire** ; seules les chambres **disponibles** sont proposées.
2. Le **type de séjour** — repris du candidat (MR / MRS / court séjour), en lecture seule.
3. La **date de début de séjour** — par défaut aujourd'hui.

Cliquez sur **Admettre** pour valider.



CE QUE L'ADMISSION CRÉE

En validant l'assistant, Resthome :

- **crée le contact comme résident** (et le retire de la liste des futurs résidents) ;
- **ouvre le séjour** correspondant, à l'état **Confirmé**, sur la chambre et à la date choisies ;

- **ouvre la fiche du résident** pour poursuivre (Katz, documents, séjour).

Le séjour reste ensuite à **démarrer** (bouton **Start Stay**) quand le résident est effectivement présent — c'est ce démarrage qui fixe la **date d'admission** et déclenche la facturation. Voir Gérer un résident.

Gardes-fous et cas particuliers

Resthome protège la cohérence du pipeline :

- **Annulation de l'assistant** — si vous fermez l'assistant sans admettre, la piste **revient à l'étape précédente** : rien n'est créé tant que vous n'avez pas validé.
- **Régression hors « Admis »** — si vous ressortez une piste déjà admise vers une étape antérieure, Resthome **annule automatiquement** les séjours encore en **brouillon** ou **confirmés** rattachés à cette piste. Un séjour déjà **démarré** (actif) n'est pas touché.
- **Détection de doublon** — l'admission est rattachée au **résident**, pas seulement à la piste. Si un séjour existe déjà pour cette personne, Resthome le réutilise plutôt que d'en créer un second ; un séjour confirmé appartenant à une **autre** piste n'est jamais « volé ».
- **Re-glisser une piste** — si vous rouvrez l'assistant sur une piste qui a déjà un séjour, la **chambre** de ce séjour est pré-remplie.

QUAND LE NUMÉRO NATIONAL EXISTE DÉJÀ

Une personne doit avoir **un seul dossier**. Dès que vous saisissez un numéro national (NISS) qui appartient déjà à un résident, une bannière orange apparaît sur l'opportunité : **Ce NISS appartient déjà à un résident**, en nommant le dossier existant.

Ce n'est pas un avertissement que l'on peut ignorer : **l'admission sera refusée** tant que l'opportunité pointe vers un dossier séparé. Sans la bannière, vous ne le découvririez qu'à la dernière étape — l'assistant qui échoue, l'étape qui revient en arrière, et aucune explication à l'écran.

Le bouton **Rattacher à ce résident** règle le problème en un clic : l'opportunité est repointée vers le dossier existant, et le doublon vide créé au passage est archivé.

Un dossier utilisé n'est jamais archivé

Resthome n'archive le doublon que s'il ne porte **rien** — aucun séjour, aucun contrôle d'assurabilité, aucune autre opportunité. Un dossier déjà utilisé est laissé intact, et les deux restent à fusionner à la main.

Réadmettre un ancien résident

C'est le chemin normal pour quelqu'un qui revient : saisissez son NISS, cliquez **Rattacher à ce résident**, et l'admission se poursuit sur son dossier existant — historique, évaluations et documents compris, plutôt que d'en ouvrir un second.

Points clés à retenir

- Le pipeline **Admissions** vit dans l'application **CRM** ; chaque candidat est une piste que vous faites progresser en kanban.
- L'onglet **Admission résident** centralise l'identité, la mutuelle et le contrôle **MDA** du candidat.
- Le passage à **Admis** (glisser-déposer ou bouton **Gagné**) ouvre l'assistant : **chambre obligatoire** + **date de début de séjour**, puis création du **résident** et du **séjour**.
- L'admission est **bloquée** sans type de séjour renseigné et sans **MDA réussi** (sauf contrôle MDA décoché).
- Sortir une piste de **Admis** annule ses séjours **brouillon/confirmés** ; les séjours **actifs** sont préservés.

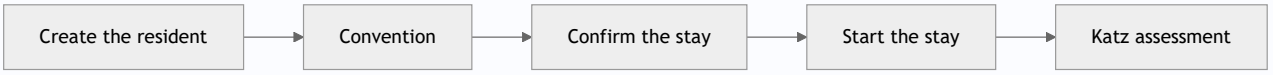
Pour aller plus loin

- Gérer un résident
- L'évaluation Katz
- Assurabilité (MDA)
- Accords eAgreement
- Parcours de facturation

Gérer un résident

Cette page décrit le parcours complet d'un résident dans Resthome : de sa **création** à son **séjour actif**, en passant par l'"**évaluation Katz** qui conditionne la facturation INAMI.

Vue d'ensemble



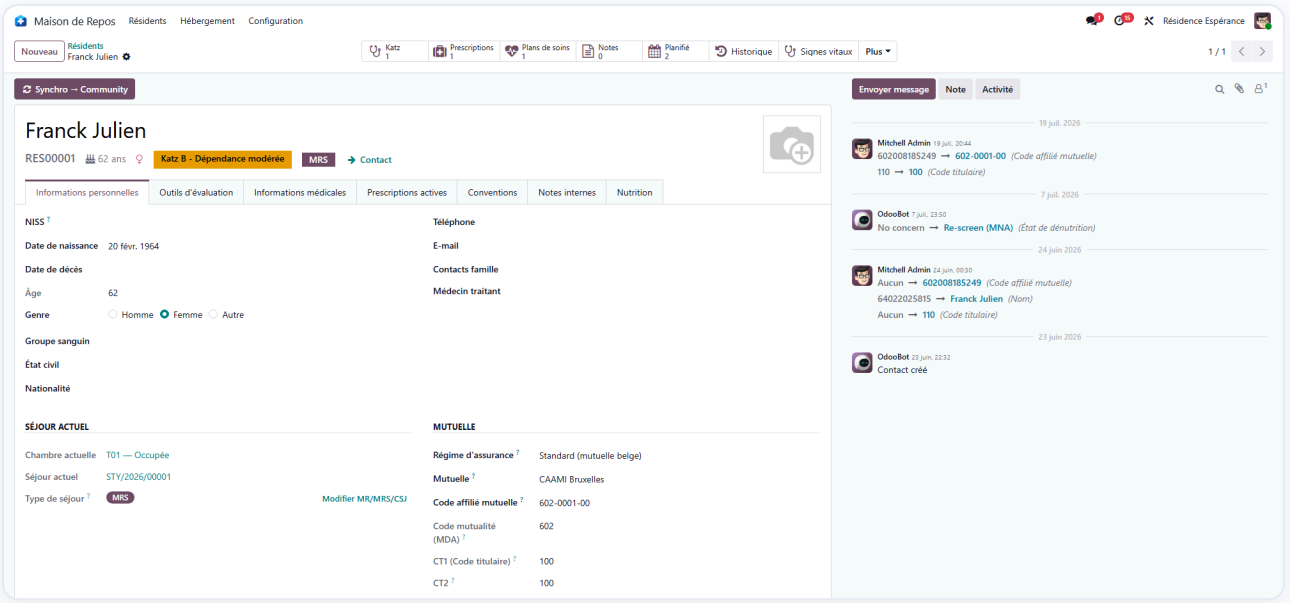
Deux dates à ne pas confondre

- **Date de début de séjour** : quand commence la facturation de l'hébergement (la chambre).
- **Date d'admission** : quand commence l'intervention INAMI (le forfait).

Elles sont souvent identiques, mais peuvent différer — Resthome gère les deux.

1. Créer le résident

1. Ouvrez l'application **MR/MRS → Résidents**.
2. Cliquez sur **Nouveau**.
3. Renseignez au minimum : **nom**, **date de naissance**, **genre**, et le **NISS** (numéro national) s'il est connu.
4. Sélectionnez la **mutuelle** du résident.
5. **Enregistrez**.



LIRE LA CARTE D'IDENTITÉ (EID)

Plutôt que de saisir l'identité, vous pouvez **lire la carte eID du résident**. Resthome renseigne le nom, la date de naissance, le genre et le **NISS** depuis la carte elle-même — sans faute de frappe ni chiffre inversé.

- Depuis une **fiche existante**, la lecture eID **met à jour** ce résident.
- Depuis l'entrée de menu **Nouveau résident via eID**, Resthome recherche la personne par son NISS et **crée** la fiche si elle n'existe pas encore.

Un lecteur de carte doit être connecté au poste de travail.

> ⚠ **Le NISS est nécessaire pour l'eHealth**
>
> Sans NISS, la vérification d'assurabilité (MDA) et les accords (eAgreement) ne peuvent pas être envoyés. Vous pouvez créer le résident sans NISS, mais pensez à le compléter dès que possible.

2. Ouvrir une convention de séjour

Le **séjour** relie le résident à une chambre et déclenche la facturation.

1. Sur la fiche du résident, ouvrez l'onglet **Convention**.
2. Cliquez sur **Ajouter une ligne**.
3. Choisissez la **chambre** (seules les chambres disponibles sont proposées).
4. Indiquez le **type de séjour** (MR ou MRS) et la **date de début de séjour**.
5. **Enregistrez**.

Le séjour est alors en état **Brouillon**.

3. Confirmer puis démarrer le séjour

Le séjour passe par deux étapes :

1. **Confirmer** — le séjour devient *Confirmé* (la chambre est réservée). Les champs **date et heure d'admission** apparaissent : complétez-les.
2. **Start Stay (Démarrer)** — le séjour devient *En cours* (le résident est effectivement présent).

> 🔥 **Ce que le démarrage déclenche automatiquement**
>
> Au démarrage, Resthome :
>
> - ajoute le résident aux **périodes de facturation** ouvertes ;
> - crée, pour un résident facturé en avance, la **première facture d'hébergement** du mois d'admission ;
> - ouvre l'"**enveloppe de suppléments** du mois ;
> - crée l'"**eAgreement d'admission** (si le NISS est présent).

4. Saisir l'évaluation Katz

La catégorie **Katz** (O, A, B, C, Cd) détermine le **forfait INAMI**.

1. Depuis la fiche du résident, ouvrez **Outils d'évaluation** → **Katz** (ou le bouton **Katz**).
2. Cliquez sur **Nouveau** et cotez les 6 critères (toilette, habillage, transfert, aller à la toilette, continence, manger).
3. **Confirmez** puis **Validez** l'évaluation.

> **Pas de Katz validé ?**
>
> Tant qu'aucun Katz validé n'existe, le résident est en catégorie **O** par défaut, et un rappel « Katz à faire » apparaît sur le tableau de bord.

5. Vérifier l'assurabilité (MDA)

Avant de facturer, vérifiez que le résident est bien assuré :

1. Ouvrez la période de facturation du mois, ou la fiche du résident.
2. Lancez une **vérification MDA** (assurabilité MyCareNet/WalCareNet).
3. Resthome met à jour automatiquement la **mutuelle** et le statut **BIM** le cas échéant.

Cas particuliers

- **Changement de chambre** : utilisez l'action dédiée sur le séjour — la facturation de l'hébergement est scindée aux deux tarifs, sans nouvelle admission.
- **Transfert MR ↔ MRS** : un assistant enregistre la date de transfert et met à jour le type de séjour.
- **Absence / hospitalisation** : voir la section Facturation — l'absence ajuste le forfait et peut générer une notification eHealth (Annexe 11).
- **Fin de séjour / décès** : clôturez le séjour ; Resthome arrête la facturation à la bonne date et prépare, si nécessaire, la note de crédit.

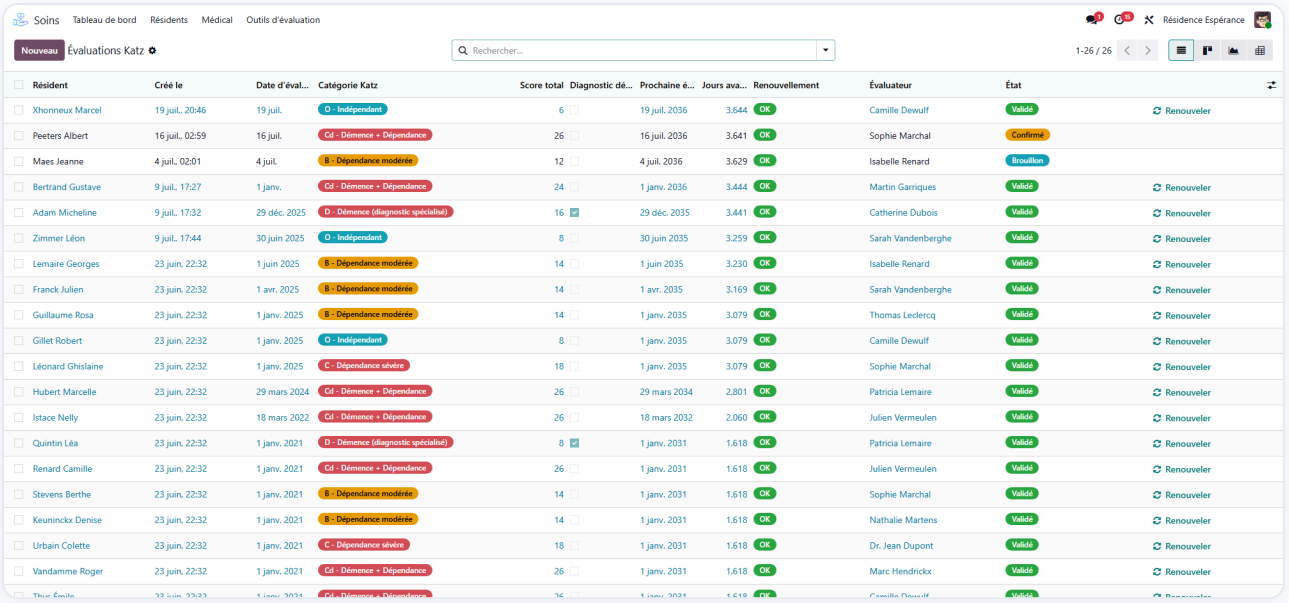
Pour aller plus loin

- Facturation

- eHealth

L'évaluation Katz

L'"**échelle de Katz** mesure le degré de **dépendance** d'un résident. C'est elle qui détermine sa **catégorie** de soins et donc le **forfait INAMI** remboursé par la mutuelle. Dans Resthome, la saisie est guidée et le calcul est automatique.



Les 6 critères

Chaque critère est coté de **1** (autonome) à **4** (totalement dépendant) :

1. **Se laver**
2. **S'habiller**
3. **Transfert et déplacements**
4. **Aller à la toilette**
5. **Continence**
6. **Manger**

À partir de ces cotations, Resthome calcule la **catégorie** conformément à la réglementation.

Les catégories

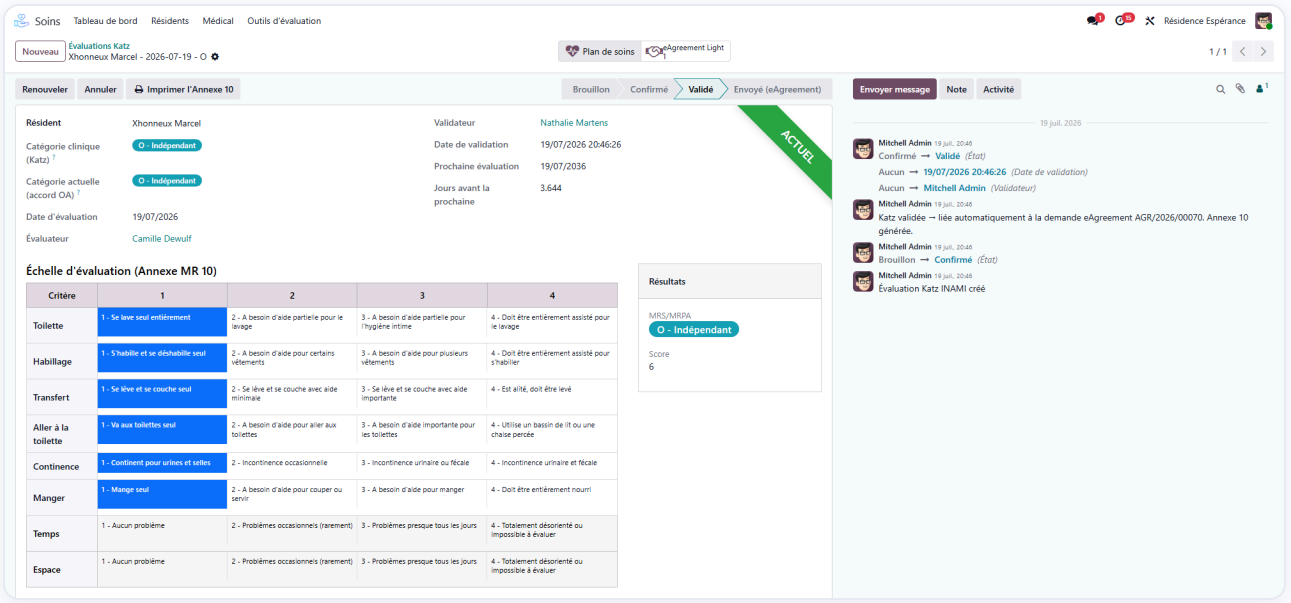
Catégorie	Signification
O	Autonome
A	Dépendance légère
B	Dépendance moyenne
C	Forte dépendance
Cd / Cc	Forte dépendance avec désorientation / cas particuliers

> **Le forfait est le même pour toutes les catégories**
>
> Dans les tarifs **AViQ**, le montant du forfait de dépendance est **identique pour toutes les catégories**, y compris **O**. La catégorie ne change pas le montant : elle sert à déclarer le bon profil à la mutuelle (voir Le forfait INAMI).

> **Catégorie O par défaut**
>
> Tant qu'aucun Katz **validé** n'existe, le résident est en catégorie **O** par défaut, et un rappel « Katz à faire » apparaît sur le tableau de bord. Validez le Katz pour déclarer la bonne catégorie à la mutuelle.

Saisir une évaluation

1. Depuis la fiche du résident, ouvrez **Katz** (bouton ou outils d'évaluation).
2. **Nouveau** : cotez les 6 critères.
3. **Confirmez** puis **Validez** l'évaluation.



La catégorie et le forfait se mettent à jour automatiquement pour la facturation.

> **Ce que Resthome fait pour vous**
>
> À la validation, Resthome relie l'évaluation à la facturation (forfait) et, le cas échéant, prépare l'accord de soins avec la mutuelle. Vous n'avez pas à reporter la catégorie ailleurs.

Aggravation en cours de séjour

Si l'état du résident se dégrade, saisissez une **nouvelle évaluation** avec un **motif d'aggravation**. Resthome prépare alors la mise à jour de l'accord (**Annexe 10**) : le motif renseigné est repris automatiquement, et la **signature** du clinicien vient compléter le document.

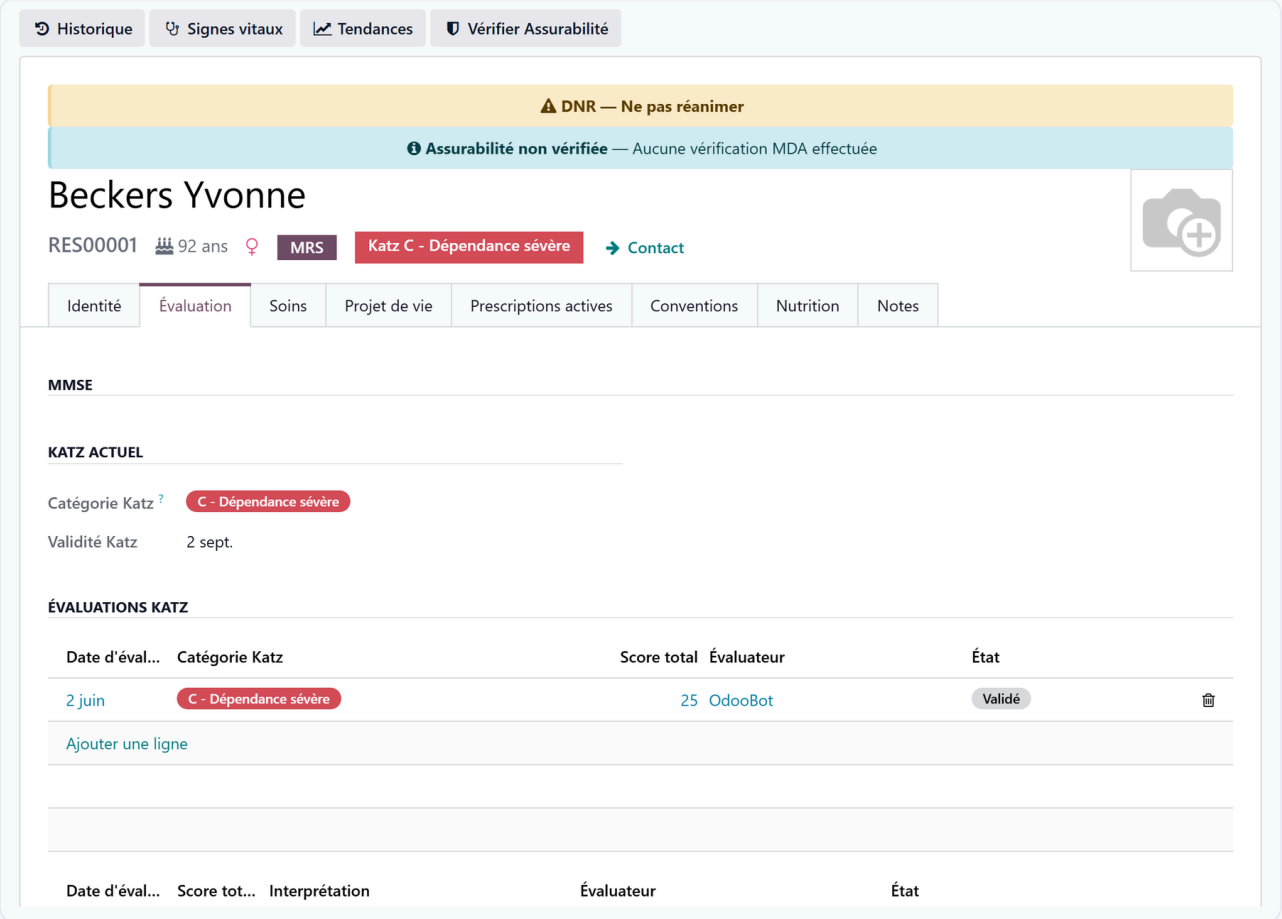
Pour aller plus loin

- Le forfait INAMI (dépendance) — de la catégorie au montant facturé.
- Gérer un résident
- Facturation
- Accords (eAgreement)

Les évaluations gériatriques (hors Katz)

Au-delà de l"échelle de Katz, Resthome regroupe les principales **échelles gériatriques** utilisées en maison de repos (MR/MRS) pour objectiver la cognition, le risque d'escarre, l'état nutritionnel, la santé bucco-dentaire et le risque de chute. Vous les retrouvez à deux endroits :

- sur la **fiche du résident**, onglet **« Evaluation Tools »**, où chaque échelle affiche l'historique du résident et permet une saisie directe ;
- via le menu **Healthcare > Evaluation Tools**, qui liste toutes les évaluations de l'établissement, échelle par échelle.



Les échelles disponibles

Échelle	Ce qu'elle mesure	Score	Sens
MMSE	Fonctions cognitives	/30	Plus haut = meilleur
Braden	Risque d'escarre	/23	Plus bas = plus à risque
MNA	État nutritionnel	/14	Plus bas = plus à risque
OHAT	Santé bucco-dentaire	/16	Plus haut = plus à risque
Tinetti	Équilibre et marche (chute)	/28	Plus bas = plus à risque

> **La catégorie Katz reste à part**
>
> L'échelle de Katz détermine la **catégorie de dépendance** et le **forfait** ; elle a sa propre page et son propre cycle de renouvellement. Voir L'évaluation Katz.

MMSE — fonctions cognitives

Le **MMSE** (Mini Mental State Examination) est un test de dépistage cognitif standard sur **30 points**. Vous cochez chaque item réussi, réparti en 7 domaines :

Domaine	Points
Orientation dans le temps	5
Orientation dans l'espace	5
Apprentissage (3 mots)	3
Attention et calcul	5
Rappel (3 mots)	3
Langage	8
Praxie visuo-constructive	1

Resthome additionne les items cochés et affiche l'interprétation :

Score	Interprétation
27-30	Normal
21-26	Trouble cognitif léger
11-20	Trouble cognitif modéré
0-10	Trouble cognitif sévère

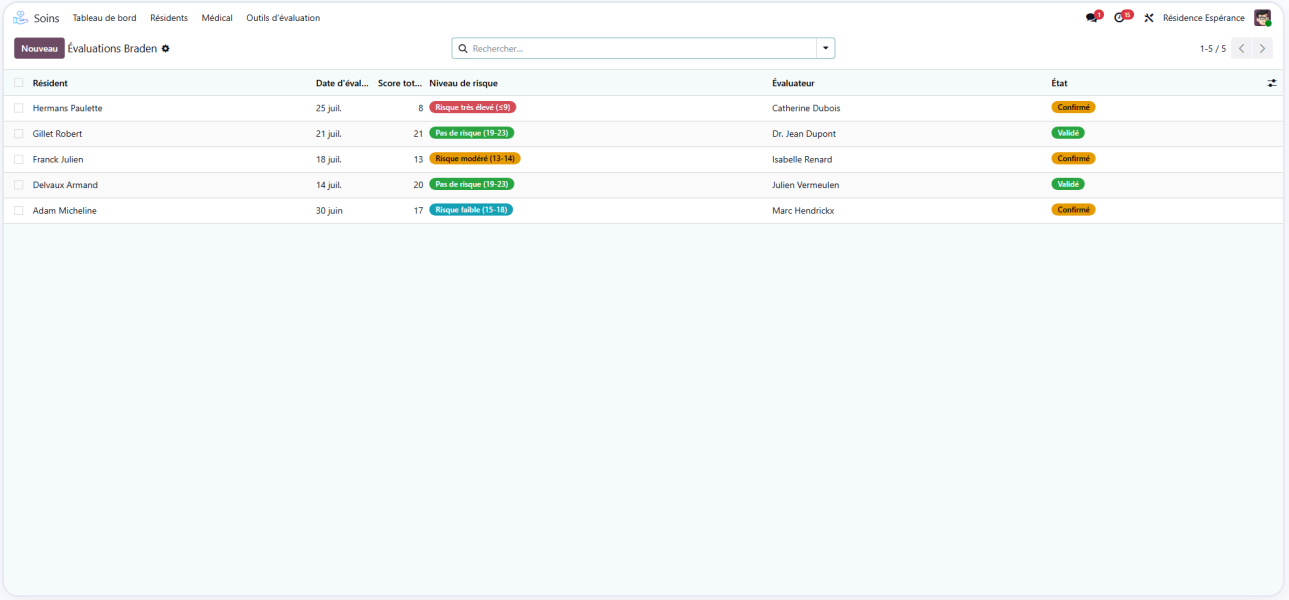
Braden — risque d'escarre

L'échelle de **Braden** prédit le **risque d'escarre**. Vous cotez **6 sous-échelles** (boutons radio) :

- Perception sensorielle (1-4)
- Humidité de la peau (1-4)
- Activité (1-4)
- Mobilité (1-4)
- Nutrition (1-4)
- Friction et cisaillement (1-3)

Le total va de 6 à 23. **Attention : plus le score est bas, plus le risque est élevé.**

Score	Niveau de risque
19-23	Aucun risque
15-18	Risque léger
13-14	Risque modéré
10-12	Risque élevé
9 ou moins	Risque très élevé



MNA — état nutritionnel

Le **MNA** (Mini Nutritional Assessment, forme courte) dépiste le **risque de dénutrition** sur **14 points**, à partir de 6 questions :

- Diminution des prises alimentaires sur 3 mois (0-2)
- Perte de poids récente (0-3)
- Motricité (0-2)
- Maladie aiguë / stress psychologique (0 ou 2)
- Problèmes neuropsychologiques (0-2)
- Indice de masse corporelle — IMC (0-3)

Score	État nutritionnel
12-14	Normal
8-11	Risque de dénutrition
0-7	Dénutrition

Suivi nutritionnel

Le suivi de la dénutrition (rappels de re-cotation MNA, apports vs besoins, hydratation) s'appuie sur les registres cliniques et le module de soins. Voir Les registres cliniques.

OHAT — santé bucco-dentaire

L'"**OHAT** (Oral Health Assessment Tool) évalue la **santé bucco-dentaire** en **8 catégories**, cotées de 0 (sain) à 2 (à traiter) : lèvres, langue, gencives et tissus, salive, dents naturelles, prothèses, propreté buccale et douleur dentaire.

Le total va de 0 à 16. **Ici, plus le score est haut, plus la situation est préoccupante.**

Score	État bucco-dentaire
0-3	Sain
4-8	Changements nécessaires (orienter vers un professionnel dentaire)
9-16	Non sain (orientation urgente)

Options « N/A »

Les catégories **Dents naturelles** et **Prothèses** disposent d'une option **N/A** (non applicable) : elle est exclue du calcul du score total.

Tinetti — équilibre, marche et risque de chute

L'échelle de **Tinetti** (POMA) évalue l'"**équilibre** et la **marche** pour estimer le **risque de chute** :

- Section Équilibre : 9 items, /16
- Section Marche : /12
- Total : /28

Resthome calcule les deux sous-scores et le total.

Score	Risque de chute
25-28	Risque faible
19-24	Risque modéré
Moins de 19	Risque élevé

Tinetti, Morse et registre des chutes

L'onglet « Evaluation Tools » propose **Tinetti**. Pour l'échelle de **Morse** et le **registre des chutes** (incidents, mesures préventives, ré-évaluations), utilisez les registres cliniques.

Saisir et valider une évaluation

Toutes les échelles suivent le même circuit :

1. Ouvrez l'échelle : depuis l'onglet **« Evaluation Tools »** du résident, ou via **Healthcare > Evaluation Tools**.
2. **Nouveau** : le résident, la **date** (aujourd'hui par défaut) et l'"**évaluateur** (vous) sont pré-remplis. Cotez les items.
3. **Confirmer** : l'évaluation passe de **Brouillon** à **Confirmé**.
4. **Valider** : l'infirmier-chef ou le médecin valide ; l'évaluation passe à **Validé**, avec le validateur et la date de validation enregistrés.

La barre d'état suit ces étapes : **Brouillon** → **Confirmé** → **Validé** (plus **Annulé**). Les boutons disponibles sont **Confirmer**, **Valider**, **Annuler** et **Remettre en brouillon**.

Verrouillage et conservation

Une évaluation **validée** est **verrouillée** : ses cotations ne sont plus modifiables. Pour corriger, cliquez sur **Remettre en brouillon** (réservé à l'infirmier-chef). Les évaluations validées **ne peuvent pas être supprimées** : les données de santé doivent être conservées (RGPD + INAMI).

Une évaluation par jour

Il ne peut exister qu"**une seule évaluation par résident, par date et par échelle**. La date ne peut pas être dans le futur, et aucune évaluation ne peut être créée pour un résident décédé.

Suivi et ré-évaluation

- L'onglet « Evaluation Tools » conserve l"**historique daté** de chaque échelle : pour ré-évaluer, saisissez une **nouvelle évaluation** à une nouvelle date.
- L'échelle de **Katz** a son propre **cycle de renouvellement** (échéance de validité, rappels). Voir L'évaluation Katz.
- Pour un **cycle de ré-évaluation périodique** structuré (échéance calculée, décision maintenir / modifier / arrêter, journal de suivi), utilisez les registres cliniques.

Points clés à retenir

- Cinq échelles hors Katz : MMSE, Braden, MNA, OHAT et Tinetti, sur l'onglet « Evaluation Tools » du résident.
- Sens des scores : MMSE et Tinetti, score **haut** = situation favorable ; Braden et MNA, score **bas** = plus à risque ; OHAT, score **haut** = plus à risque.
- Circuit commun : **Brouillon** → **Confirmé** → **Validé** ; la validation est réservée à l'infirmier-chef ou au médecin.
- Validé = **verrouillé et conservé** ; repassez en brouillon pour corriger.
- Une évaluation par résident, par date et par échelle.

Pour aller plus loin

- L'évaluation Katz — catégorie de dépendance et forfait.
- Les registres cliniques — chutes (Morse), contention, douleur, plaies, ré-évaluations périodiques.
- Les plans de soins
- Gérer un résident

Changement de chambre et transfert

Un résident peut **changer de chambre** ou passer de **MR à MRS** (ou l'inverse) en cours de séjour. Resthome gère la **transition** proprement : la facturation est **scindée** à la bonne date, sans que vous ayez à refaire une admission.

Changer de chambre

Pour un simple changement de chambre (même type de soins) :

1. Sur le **séjour** du résident, utilisez l'action **Changer de chambre**.
2. Indiquez la **nouvelle chambre** et la **date/heure** du changement.
3. **Validez.**

Resthome **clôt** la facturation de l'ancienne chambre à cette date et **ouvre** celle de la nouvelle, au tarif correspondant.

> **Pas de nouvelle admission**
>
> Un changement de chambre n'est **pas** une nouvelle entrée : l'intervention INAMI (le forfait) reste **continue**, il n'y a pas de nouvel accord à demander. Seule la **part hébergement** est scindée aux deux tarifs.

Transfert MR ↔ MRS

Le passage d'un type de soins à l'autre (MR ↔ MRS) est un **transfert interne** :

1. Sur le séjour, utilisez l'action **Transfert interne**.
2. Indiquez la **date/heure** du transfert et le **nouveau type de soins**.
3. **Validez.**

Resthome scinde la facturation à la date de transfert et **met à jour le forfait** selon le nouveau type. Le cas échéant, il prépare la **notification eHealth** correspondante.

> **La facturation suit toute seule**
>
> Après un changement de chambre ou un transfert, vous n'avez rien à recalculer à la main : les segments sont facturés chacun à leur tarif, et le forfait continue sans rupture.

Pour aller plus loin

- Gérer un résident
- Vue d'ensemble de la facturation

Les chambres et l'occupation

L'espace **Chambres** vous donne une vue en temps réel de l'"**occupation** de l'établissement : quelles chambres sont libres, occupées, réservées ou en travaux, combien de lits restent disponibles, et à quel tarif. Depuis une chambre, vous pouvez aussi **assigner directement un résident**, ce qui ouvre son séjour.

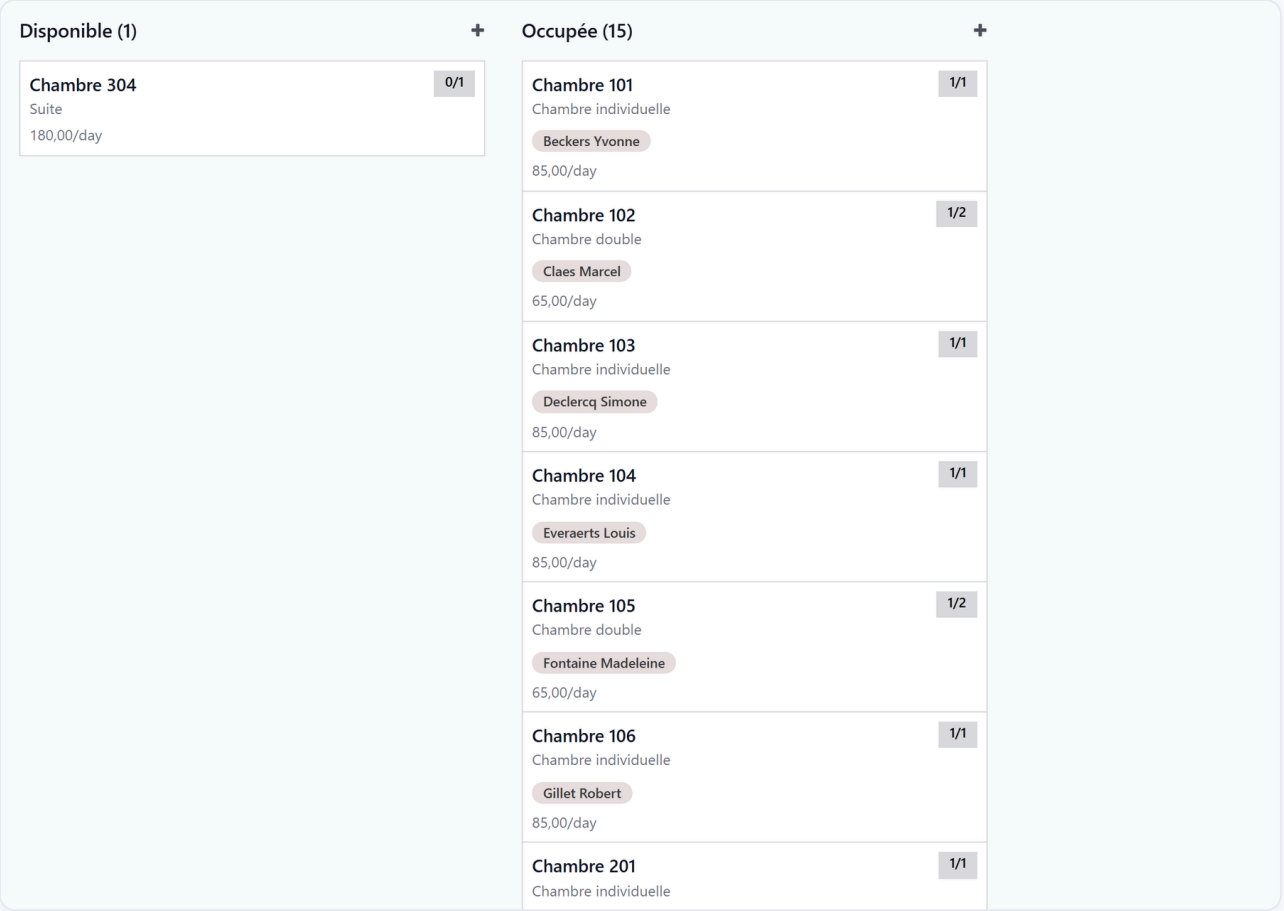
Vous le trouvez dans l'application **MR/MRS** → **Hébergement** → **Chambres**.

Le tableau d'occupation

À l'ouverture, les chambres s'affichent en **kanban**, regroupées par **statut** : une colonne **Disponible**, une colonne **Occupée**, une colonne **En maintenance** et une colonne **Réservée**. D'un coup d'œil, vous voyez où il reste de la place.

Chaque carte de chambre indique :

- le **numéro** de la chambre ;
- un **badge d'occupation** « occupées / capacité » (par exemple 1/1 ou 1/2), coloré selon le statut — vert (Disponible), bleu (Occupée), orange (Maintenance), cyan (Réservée) ;
- le **type de chambre** ;
- le ou les **résidents présents**, le cas échéant ;
- le **tarif journalier** de l'hébergement.



Le badge occupation / capacité

Une chambre de capacité 2 dont un seul lit est pris s'affiche **1/2** et reste **Disponible** : il y a encore une place. Elle ne bascule en **Occupée** que lorsque **tous** les lits sont pris. Une chambre individuelle (capacité 1) passe donc directement de Disponible à Occupée dès le premier résident.

En haut à droite, vous pouvez basculer du **kanban** vers la **liste** (numéro, étage, type, capacité, occupation, tarif, équipements, statut) ou la **fiche**.

FILTRER ET REGROUPER

La barre de recherche propose des **filtres** rapides : **Disponible**, **Occupée**, **Maintenance**, **Réservée**, ainsi que **Active (hors maintenance)**. Vous pouvez aussi **regrouper** les chambres par **État**, **Étage**, **Type** ou **Secteur**, et rechercher par numéro, étage, bâtiment ou secteur.

La fiche chambre

Cliquez sur une carte pour ouvrir la **fiche chambre**. En haut, une **barre de statut** montre l'état courant (**Disponible** → **Occupée** → **En maintenance** → **Réservée**), et des **rubans** signalent visuellement une chambre « Maintenance » ou « Réservée ».

INFORMATIONS ET TARIF

Champ	Rôle
Numéro de chambre	Identifiant unique de la chambre.
Type de chambre	Détermine le **tarif journalier** et la capacité par défaut.
Étage / **Bâtiment**	Localisation physique.
Secteur	Secteur / étage de l'établissement ; sert au regroupement et aux droits d'accès.
Capacité	Nombre de lits de la chambre.
Occupation actuelle	Nombre de lits occupés (calculé automatiquement).
Tarif journalier	Prix d'hébergement, repris du type de chambre.
Article de facturation	Produit lié à la chambre (lecture seule).

> **Le tarif journalier n'est pas le forfait INAMI**
>
> Le **tarif journalier** est le **prix de l'hébergement** (la chambre), une valeur **propre à votre établissement**, définie sur le **type de chambre**. Il est distinct du **forfait de dépendance** (la part mutuelle), qui dépend de la **catégorie Katz** du résident — la même pour toutes les catégories aux tarifs AViQ — et non de la chambre.

ÉQUIPEMENTS

La section **Équipements** liste, sous forme d'étiquettes, ce dont dispose la chambre (Télévision, Wifi, Salle de bain privée, Lit médicalisé, Appel infirmier, Balcon…). Un champ **Notes équipements supplémentaires** permet d'ajouter une précision en texte libre. Le catalogue d'équipements se gère dans les réglages (voir Configuration).

OCCUPATION ACTUELLE ET HISTORIQUE

Trois onglets complètent la fiche :

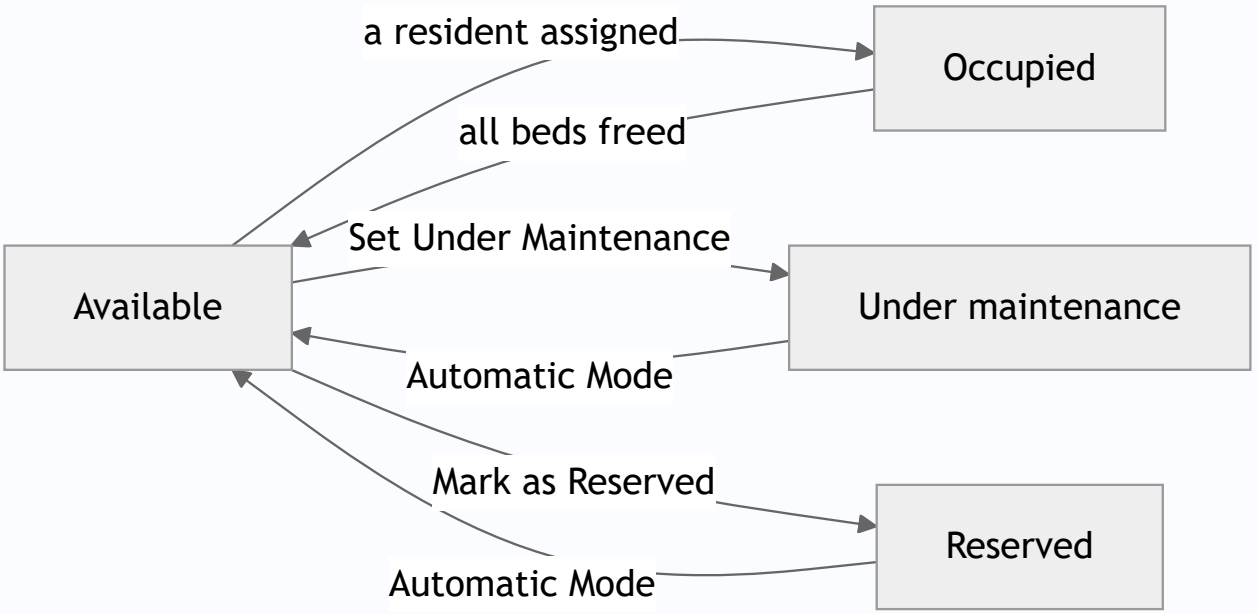
- **Occupation actuelle** — les résidents présents dans la chambre (nom, code résident, âge).
- **Historique des séjours** — tous les séjours qui ont concerné cette chambre, avec le résident, les dates de début et de fin, et l'état (**Brouillon**, **Confirmé**, **En cours**, **Terminé**).
- **Notes** — notes internes libres sur la chambre.

Changer le statut d'une chambre

Le statut **Disponible / Occupée** est calculé automatiquement d'après l'occupation. Vous pouvez toutefois **forcer** un statut manuel depuis l'en-tête de la fiche :

- **Mettre en maintenance** — la chambre passe **En maintenance** (travaux, nettoyage approfondi, panne…) et n'est plus proposée à l'assignation.
- **Marquer comme réservée** — la chambre devient **Réservée** (par exemple pour une admission à venir) et sort des chambres disponibles.
- **Mode automatique** — annule l'override manuel : le statut est de nouveau **calculé automatiquement** d'après l'occupation.

> ⚠ **Maintenance et Réservée bloquent l'assignation**
>
> Tant qu'une chambre est **En maintenance** ou **Réservée**, le bouton **Assigner un résident** est masqué et la chambre n'apparaît **pas** dans les listes de chambres disponibles (admission, transfert). Repassez-la en **Mode automatique** pour la rendre à nouveau assignable.



Assigner un résident depuis la chambre

Vous pouvez ouvrir un séjour directement depuis une chambre libre, sans passer par le pipeline d'admission :

1. Ouvrez la fiche d'une chambre **Disponible** (ni pleine, ni en maintenance, ni réservée — sinon le bouton n'apparaît pas).
2. Cliquez sur **Assigner un résident**.
3. Dans l'assistant, choisissez le **résident** (seuls les résidents sont proposés).
4. Vérifiez la **date d'entrée** (aujourd'hui par défaut) et, si besoin, la **date de fin prévue**.
5. Le **tarif journalier** est repris de la chambre ; ajustez le champ **Facturer à** si la facture doit être adressée à un tiers (proche, CPAS).
6. Ajoutez éventuellement un **motif d'admission**, puis cliquez sur **Assigner un résident**.

Resthome crée alors le **séjour** sur cette chambre, à l'état **En cours**, et vous ramène sur la fiche de la chambre.

CAS DU RÉSIDENT DÉJÀ LOGÉ : LE TRANSFERT

Si le résident choisi **occupe déjà une chambre**, l'assistant le détecte et affiche un **avertissement de transfert** rappelant sa chambre actuelle. Le bouton devient alors **Transférer le résident**. En confirmant, Resthome **termine** l'ancien séjour (motif : *transfert*) et **ouvre** un nouveau séjour dans la chambre choisie.

> **Assigner ≠ Changer de chambre**
>
> Assigner depuis la chambre un résident **déjà logé** effectue un **transfert** simple. Pour un changement de chambre qui **scinde proprement la facturation** de l'hébergement à la date exacte tout en gardant l'intervention INAMI **continue** (sans nouvel accord), préférez l'action **Changer de chambre** sur le **séjour** — voir Changement de chambre et transfert.

Configurer les types de chambres et l'équipement

La structure des chambres se prépare dans la configuration, via **MR/MRS** → **Configuration** → **Chambres** :

- **Types de chambres** — définissez chaque type (individuelle, double…), son **tarif journalier**, sa **capacité par défaut** et l'"**article de facturation** associé. Le tarif d'une chambre découle de son type.
- **Équipement de chambre** — tenez le **catalogue** des équipements proposés (confort, médical, technologie, extérieur), que vous cochez ensuite sur chaque fiche chambre.

Pour le détail des réglages, voir Configuration.

Points clés à retenir

- Le tableau d'occupation vit dans **MR/MRS** → **Hébergement** → **Chambres**, en **kanban regroupé par statut** (Disponible, Occupée, En maintenance, Réservée).
- Le **badge** de chaque carte montre l'occupation « occupées / capacité » et sa couleur reflète le statut ; une chambre partagée reste **Disponible** tant qu'un lit est libre.

- Les boutons **Mettre en maintenance** / **Marquer comme réservée** forcent un statut ; **Mode automatique** rend le calcul automatique.
- Une chambre **en maintenance** ou **réservée** n'est **pas** assignable.
- **Assigner un résident** depuis la chambre crée le séjour ; si le résident est déjà logé, l'opération devient un **transfert**.
- Le **tarif journalier** est le prix d'hébergement propre à l'établissement (par type de chambre), à ne pas confondre avec le **forfait de dépendance** lié à Katz.

Pour aller plus loin

- Gérer un résident
- Changement de chambre et transfert
- L'état des lieux
- Configuration

Entretien des chambres

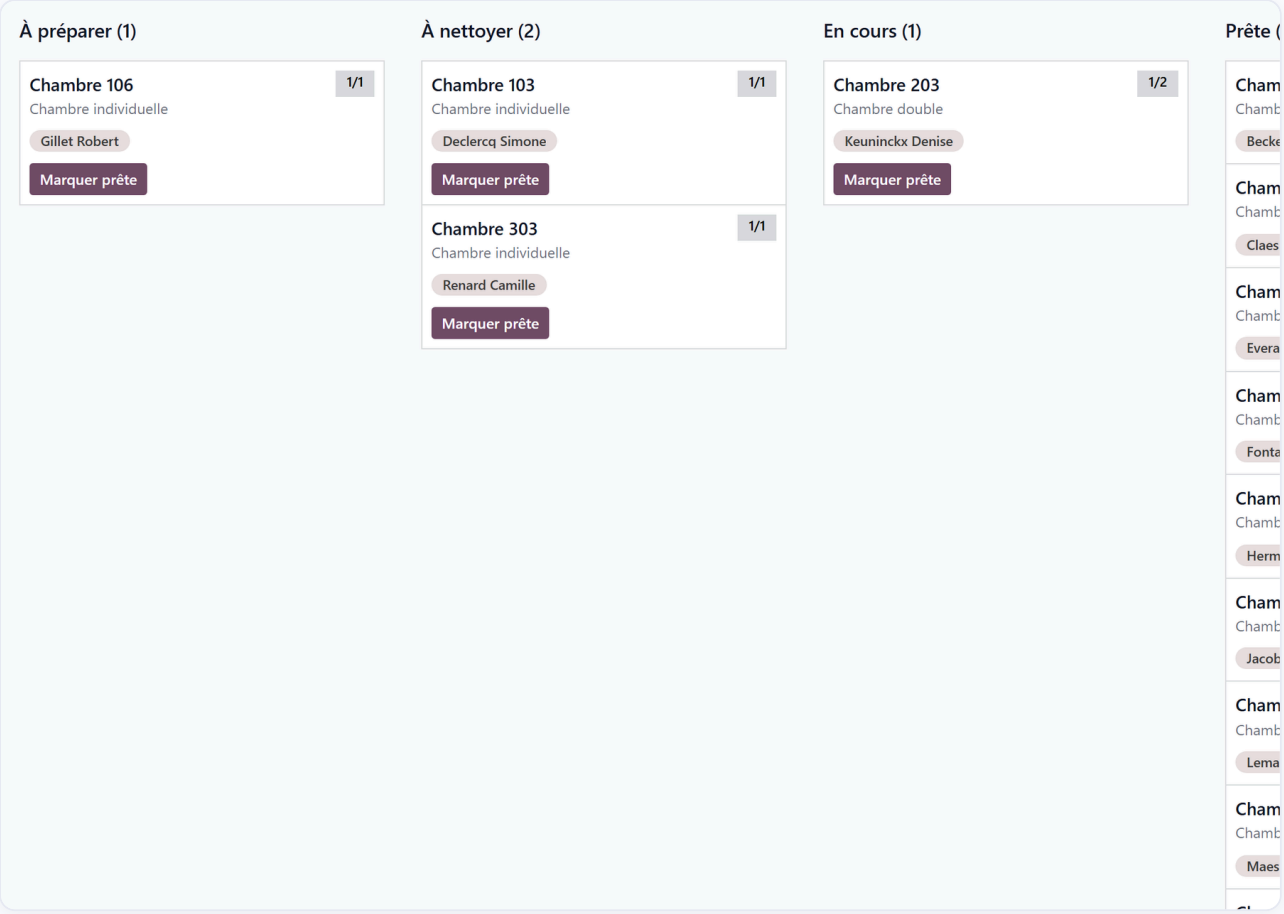
Une chambre a **deux états indépendants** : qui l'occupe, et où elle en est dans le cycle d'"**entretien**. Resthome les suit séparément, parce qu'ils répondent à deux questions différentes.

Menu : **Hébergement** → **Entretien**.

> **Pourquoi deux états distincts**
>
> Une chambre **occupée** peut être *à nettoyer*, et une chambre **libre** n'est pas utilisable tant qu'elle n'est pas *prête*. Fusionner les deux masquerait précisément le cas qui compte : une chambre qui paraît disponible et ne l'est pas encore.

Les quatre étapes

Étape	Signification
À préparer	Un résident doit arriver ; la chambre doit être préparée.
À nettoyer	La chambre a été libérée et attend son nettoyage.
En cours	Nettoyage en cours.
Prête	La chambre peut accueillir un résident.



Comment une chambre les traverse

Resthome fixe automatiquement le **point de départ** :

- une **arrivée** met la chambre en *À préparer* ;
- un **départ** la met en *À nettoyer*.

Ensuite, l'équipe d'entretien pilote elle-même le tableau, par **glisser-déposer** d'une colonne à l'autre. Un bouton **Marquer prête** clôt le cycle en un clic.

> **Les colonnes vides restent visibles**
>
> Chaque étape garde sa colonne, même sans aucune chambre. Un **À nettoyer** vide n'est pas du bruit — c'est le signal que rien n'est en attente.

Points clés à retenir

- L'entretien est **indépendant de l'occupation** : les deux sont suivis séparément.
- Arrivées et départs fixent le **point de départ** ; l'équipe fait le reste.
- Le tableau se pilote par **glisser-déposer**, avec **Marquer prête** comme raccourci.

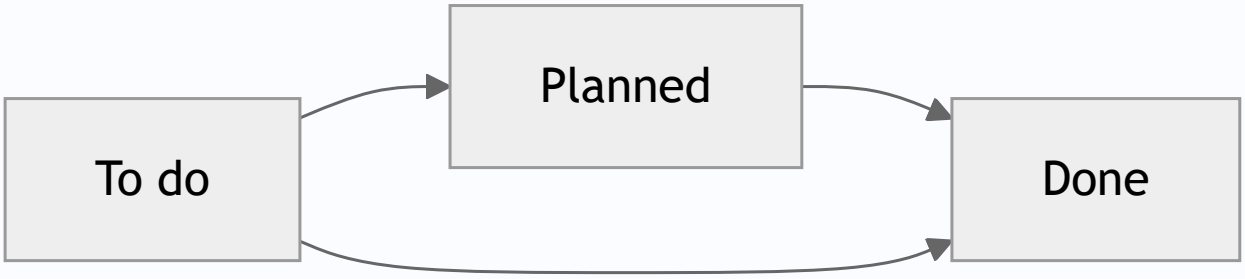
Pour aller plus loin

- Les chambres et l'occupation
- La procédure d'emménagement
- L'état des lieux

L'état des lieux (entrée et sortie)

L'**état des lieux** consigne l'**état d'une chambre** et de ses équipements à un moment précis : à l'**entrée** du résident, puis à sa **sortie**. C'est un **constat contradictoire** à valeur légale, signé par le résident (ou son représentant) et par l'établissement. Vous le trouvez dans le menu **Hébergement ▸ États des lieux**.

Chaque état des lieux relie un **résident**, une **chambre** et un **représentant**, liste les **équipements** constatés (conformes ou non), et produit un **rapport PDF** à votre en-tête, prêt à signer.



> **Un module optionnel**
>
> Les états des lieux sont fournis par un module dédié. S'il est installé, une entrée **États des lieux** apparaît dans le menu **Hébergement**, aux côtés des **Chambres** et des **Séjours**.

1. Créer l'état des lieux

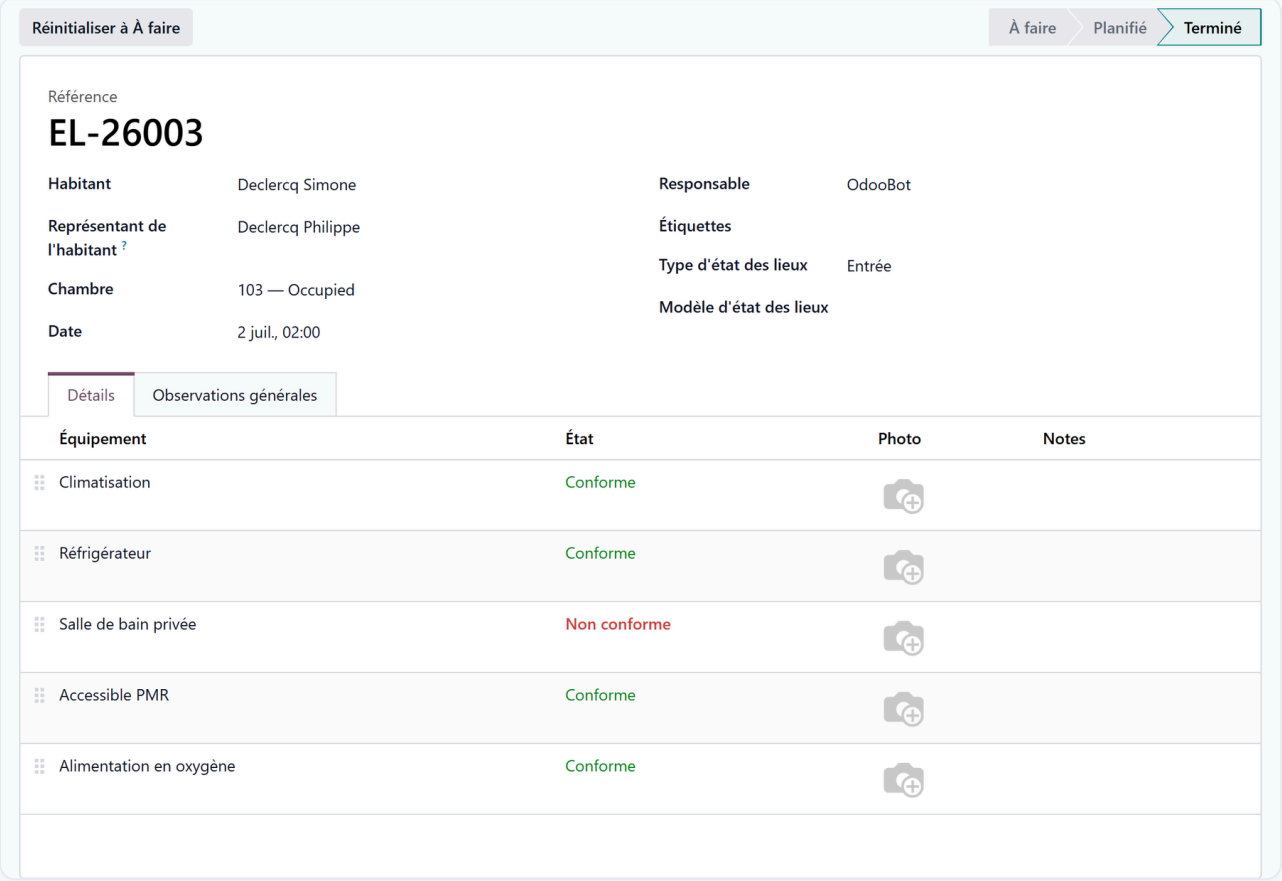
1. Ouvrez **Hébergement** ▸ **États des lieux**.
2. Cliquez sur **Nouveau**.
3. Sélectionnez le **Résident**.
4. Vérifiez la **Date** (par défaut, la date du jour) et le **Responsable** (par défaut, vous).
5. **Enregistrez** : une **référence** automatique est attribuée (préfixe `EL-`).

Le résident, la chambre et le représentant se relient tout seuls

Dès que vous choisissez le **résident**, Resthome pré-remplit :

- la **Chambre**, reprise de son **séjour en cours** ;
- le **Représentant du résident** (personne de référence qui signera), repris de son **premier contact famille**.

Ces deux champs restent modifiables si besoin.



2. Choisir le type : entrée ou sortie

Renseignez le champ **Type d'état des lieux** :

- **Entrée** — l'état de la chambre au moment de l'"**arrivée** du résident.
- **Sortie** — l'état au moment du **départ**, à comparer avec l'entrée.

Le type détermine le **badge** affiché sur le rapport PDF (Entrée / Sortie).

Type non précisé

Si vous ne choisissez pas de type, le rapport affiche le badge **Non précisé**. Renseignez Entrée ou Sortie pour un document clair.

3. Remplir les lignes de détail

Ouvrez l'onglet **Détails**. Chaque ligne décrit un **équipement** et son état. Trois boutons sont disponibles au bas de la liste :

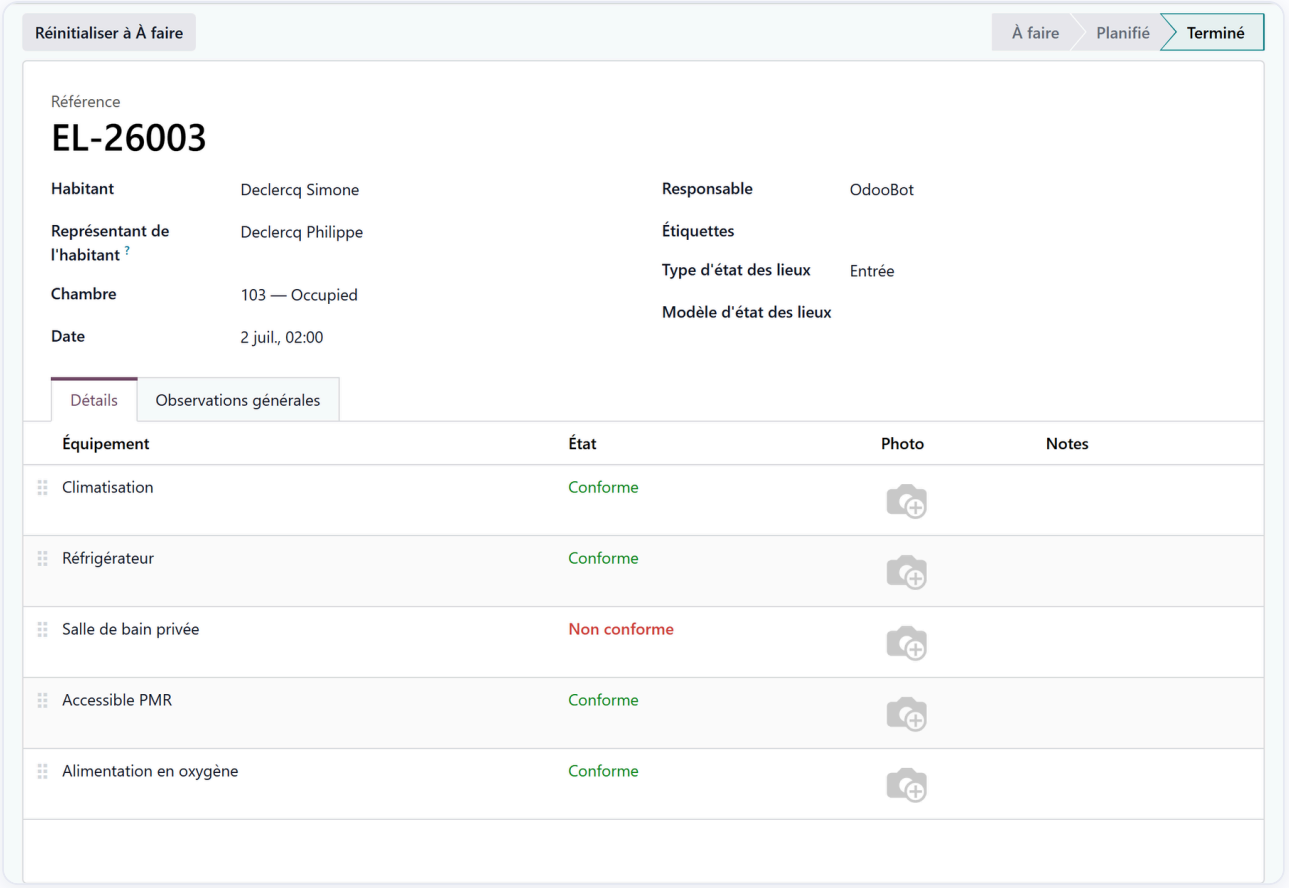
- **Ajouter une ligne** — un équipement constaté ;
- **Ajouter une section** — un titre qui regroupe des lignes (ex. « Chambre », « Salle de bain », « Mobilier ») ;
- **Ajouter une note** — une ligne de texte libre, en italique.

Pour une ligne d'équipement, renseignez :

Champ	Rôle
Équipement	L'élément constaté (obligatoire)
État	**Conforme** ou **Non conforme** (obligatoire)
Photo	Une photo de l'élément (facultatif)
Notes	Une observation libre

Équipement et état obligatoires

Une ligne de détail doit toujours porter un **équipement** et un **état** (Conforme / Non conforme). Les sections et les notes, elles, ne portent ni équipement ni état : ce sont de simples titres ou remarques.



Une seconde page, **Observations générales**, permet d'ajouter un texte libre sur l'état d'ensemble de la chambre.

LE CATALOGUE D'ÉQUIPEMENTS

Les lignes pointent vers le **catalogue d'équipements** de l'établissement (« Équipement de chambre »), partagé avec la gestion des chambres. Vous y définissez une fois pour toutes le lit, l'armoire, la télévision, la salle de bain, etc. Voir Le mobilier et les équipements.

LES MODÈLES RÉUTILISABLES

Pour ne pas ressaisir la même liste à chaque fois, utilisez un **modèle**.

1. Créez vos modèles dans **Configuration ▸ États des lieux ▸ Modèles d'état des lieux**.
2. Sur un état des lieux, choisissez le **Modèle d'état des lieux** : ses lignes, sections et observations générales pré-remplissent le document.

> **Comme un modèle de devis**
>
> Un modèle fonctionne comme un modèle de devis : il pose la structure (sections + équipements) que vous n'avez plus qu'à constater et compléter.

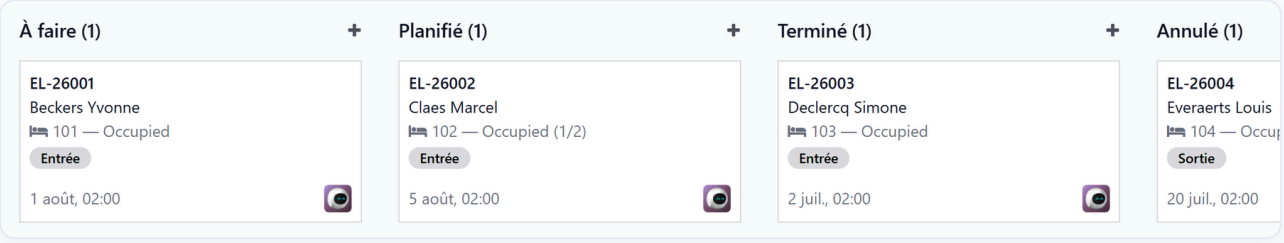
4. Suivre le cycle de vie

Un état des lieux passe par quatre **statuts**, visibles dans la barre d'état et en colonnes dans la vue kanban :

Statut	Signification
À faire	Créé, constat pas encore réalisé (statut initial)
Planifié	Le constat est planifié
Terminé	Le constat est réalisé et clôturé
Annulé	L'état des lieux est abandonné

Les boutons en haut du formulaire font avancer le dossier :

- **Planifier** — passe de *À faire* à *Planifié* ;
- **Marquer comme terminé** — passe à *Terminé* ;
- **Réinitialiser à À faire** — revient à *À faire* depuis *Terminé* ou *Annulé* ;
- **Annuler** — bascule en *Annulé*.



5. Générer le rapport PDF signé

Depuis un état des lieux, utilisez **Imprimer ▸ État des lieux**. Resthome produit un document `EDL_<référence>.pdf` à la charte de votre établissement.

Le rapport reprend :

- votre **en-tête** (logo, nom, adresse, TVA) et la **couleur** de votre établissement — définie dans **Paramètres ▸ Configurer la mise en page des documents** ;
- le titre **ÉTAT DES LIEUX** avec le **badge Entrée** (vert) ou **Sortie** (orange) selon le type ;
- les **métadonnées** : résident, chambre, responsable du constat, représentant, date, étiquettes ;
- les **observations générales**, si vous en avez saisi ;
- le **détail des éléments constatés** (équipement, état, photo, observation) ;
- un **récapitulatif** : nombre d'éléments, dont conformes et non conformes ;
- deux cadres de **signatures contradictoires** — *Le représentant du résident* et *Pour l'établissement* — sous la mention « Fait à …, en deux exemplaires » ;
- une **annexe photographique** reprenant les photos en grand format (4 par page).

> **Prêt pour la signature électronique (Odoo Sign)**
>
> Le rapport contient des **ancres de signature** invisibles à l'impression, posées pour l'application **Odoo Sign** : lorsqu'une demande de signature est créée, les champs *représentant* et *établissement* se placent au bon endroit. Le pied de page mentionne la conformité au **règlement eIDAS (UE) n° 910/2014**. L'usage d'Odoo Sign est optionnel : à défaut, imprimez le PDF et faites-le signer à la main.

Points clés à retenir

- L'état des lieux est un **constat contradictoire** à valeur légale : entrée puis sortie, signé par le représentant du résident et l'établissement.
- Le **résident**, la **chambre** (reprise du séjour) et le **représentant** se pré-remplissent automatiquement.
- Chaque ligne porte un **équipement** et un état **Conforme / Non conforme**, avec photo et observation ; les **sections** et **notes** structurent la liste.
- Les **modèles** évitent de ressaisir la même liste ; le **catalogue d'équipements** est partagé avec les chambres.

- Le **rapport PDF** est à votre charte, avec badge Entrée/Sortie, récapitulatif, signatures et annexe photos, prêt pour **Odoo Sign** (eIDAS).

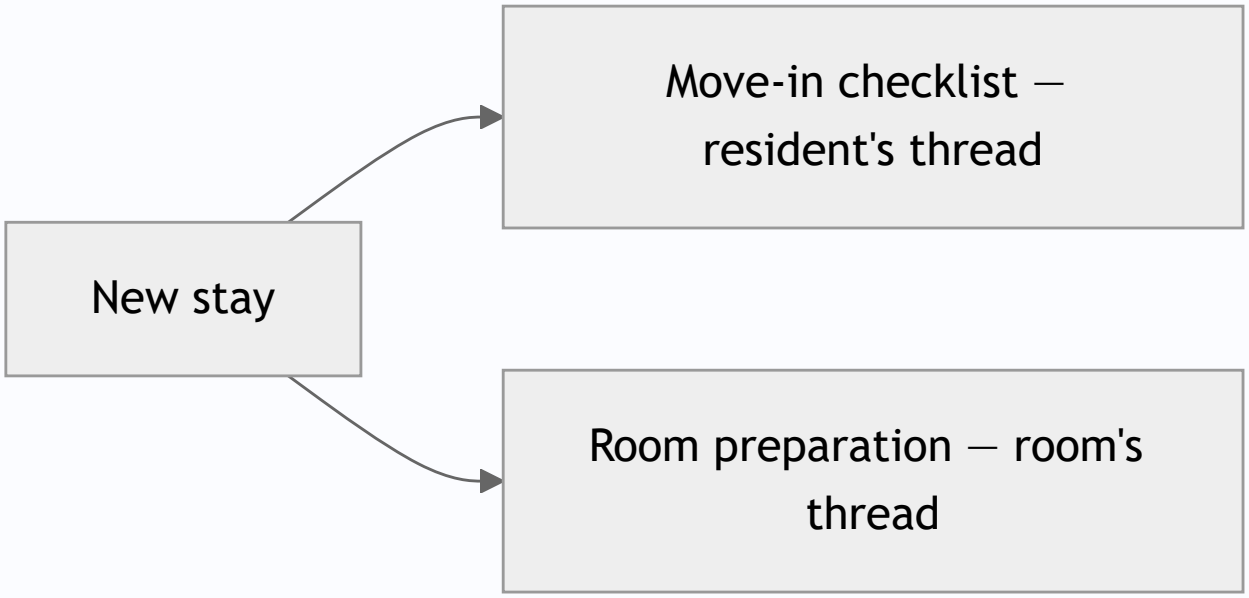
Pour aller plus loin

- Gérer un résident
- Changement de chambre et transfert
- Le mobilier et les équipements
- Réglages généraux (résidents, chambres)

La procédure d'emménagement

À chaque **nouveau séjour** — admission, changement de chambre, transfert interne ou réadmission — Resthome ouvre automatiquement la **procédure d'emménagement** du résident : une **checklist d'activités administratives** sur le fil du résident, et la **préparation de la chambre** côté technique. Rien à déclencher à la main : les tâches apparaissent dans les **activités** des responsables concernés et sur les fils correspondants.

Vous choisissez ces responsables dans **Réglages ▸ Maison de repos ▸ Hébergement**.



Une automatisation optionnelle

Les deux automatisations ne se déclenchent que si le **responsable** correspondant est défini dans les réglages. Tant qu'un champ est vide, l'automatisation reste silencieuse — pratique pour un import de données ou une mise en route progressive.

Ce qui se déclenche à chaque nouveau séjour

Dès qu'un **séjour** est créé (par le wizard d'admission, la conversion d'une opportunité CRM, ou un changement de chambre / transfert), Resthome planifie en même temps les **deux volets** de la procédure. L'échéance de toutes les activités est la **date de début du séjour**.

Événement	Checklist résident	Préparation de la chambre
Admission initiale	6 tâches	Préparer la nouvelle chambre
Changement de chambre	6 tâches	Préparer la nouvelle chambre **et** remettre l'ancienne en état
Transfert interne (MR ↔ MRS)	6 tâches	Préparer la nouvelle chambre **et** remettre l'ancienne en état
Réadmission	6 tâches	Préparer la chambre (pas de remise en état — l'ancienne était déjà libérée)

Sans doublon

Les activités sont **idempotentes** : si vous enregistrez à nouveau le séjour, Resthome ne réempile pas une activité identique déjà ouverte. Un séjour **annulé**, ou sans chambre ni résident, ne génère aucune tâche.

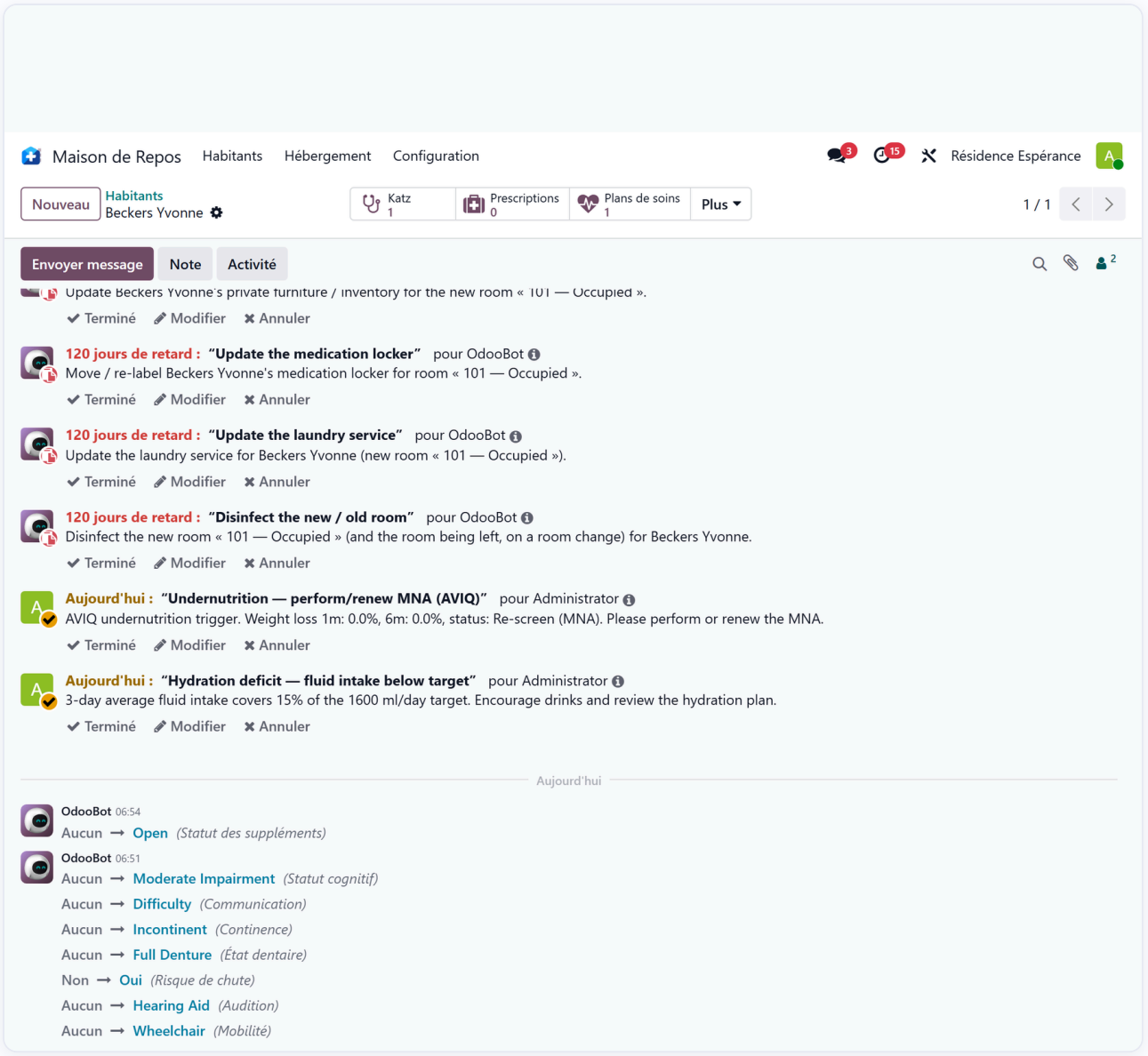
La checklist d'emménagement (six tâches)

La checklist est planifiée sur le **fil du résident** (activité de type **Procédure d'emménagement**), assignée au **Responsable procédure d'emménagement**. Elle comporte six tâches :

Tâche	À quoi elle sert
Signer l'accord avec le représentant du résident	Faire signer la convention d'hébergement avec la personne de référence
État des lieux entrée / sortie	Réaliser le constat contradictoire de la chambre (voir L'état des lieux)
Mettre à jour l'inventaire privé du résident	Recenser le mobilier privé apporté pour la nouvelle chambre (voir Le mobilier)
Mettre à jour le casier à médicaments	Déplacer / réétiqueter le casier à médicaments de la chambre
Mettre à jour la buanderie	Mettre à jour le service linge du résident
Désinfecter la nouvelle / l'ancienne chambre	Désinfecter la chambre d'arrivée (et l'ancienne, lors d'un changement de chambre)

Cochez ce qui s'applique

La liste est **la même** pour une première admission et pour un changement de chambre. Le responsable **marque comme fait** ou **supprime** les étapes sans objet — par exemple, il n'y a pas d'ancienne chambre à désinfecter lors d'une première entrée.



Préparation de la chambre

En parallèle, Resthome planifie la **préparation de la chambre** sur le **fil de la chambre** (activité de type **Préparation de chambre**), assignée au **Responsable technique chambres** :

- **Préparer la chambre — arrivée de …** : toujours planifiée sur la **chambre d'arrivée**, à la date de début du séjour.
- **Remettre la chambre en état — départ de …** : planifiée sur la **chambre quittée**, uniquement lors d'un **changement de chambre** ou d'un **transfert interne** (là où le résident libère réellement une chambre occupée).

Pas de remise en état à l'entrée ni à la réadmission

L'activité « Remettre la chambre en état » n'est **pas** créée pour une première admission (aucune chambre précédente) ni pour une réadmission (l'ancienne chambre a déjà été libérée et nettoyée lors du départ précédent).

Définir les responsables

Les deux automatisations s'appuient sur deux champs de configuration, propres à votre établissement. Rendez-vous dans **Réglages** ▸ **Maison de repos** ▸ **Hébergement** :

1. **Responsable procédure d'emménagement** — l'utilisateur qui reçoit la checklist du résident (les 6 tâches ci-dessus). Laisser vide **désactive** la checklist.
2. **Responsable technique chambres** — l'utilisateur qui reçoit les activités de **préparation** et de **remise en état** des chambres. Laisser vide **désactive** ces activités.

Sans responsable, pas d'activités

Si un champ reste vide, l'automatisation correspondante ne crée **aucune** activité. Désignez au moins le **Responsable procédure d'emménagement** pour profiter de la checklist à chaque nouveau séjour.

Points clés à retenir

- La procédure d'emménagement se déclenche **automatiquement** à l'ouverture de tout nouveau séjour : admission, changement de chambre, transfert interne, réadmission.
- Elle comporte deux volets : une **checklist de 6 tâches** sur le fil du résident et la **préparation de la chambre** sur le fil de la chambre.
- Toutes les activités ont pour **échéance la date de début du séjour** et sont assignées aux **responsables** configurés.
- Les six tâches : **accord**, **état des lieux**, **inventaire privé**, **casier à médicaments**, **buanderie**, **désinfection** — le responsable clôture ou supprime celles sans objet.

- On désigne les responsables dans **Réglages ▸ Maison de repos ▸ Hébergement** ; un champ vide **désactive** l'automatisation correspondante.

Pour aller plus loin

- Gérer un résident
- Changement de chambre et transfert
- L'état des lieux (entrée et sortie)
- Réglages généraux (résidents, chambres)

Le mobilier privé du résident

Beaucoup de résidents arrivent avec leurs **meubles et objets personnels** : fauteuil, télévision, cadres photos, bibliothèque, fauteuil roulant personnel… Resthome vous permet d'en tenir un **inventaire** simple, rattaché au résident, pour savoir à tout moment ce qui a été apporté et ce qui a été repris.

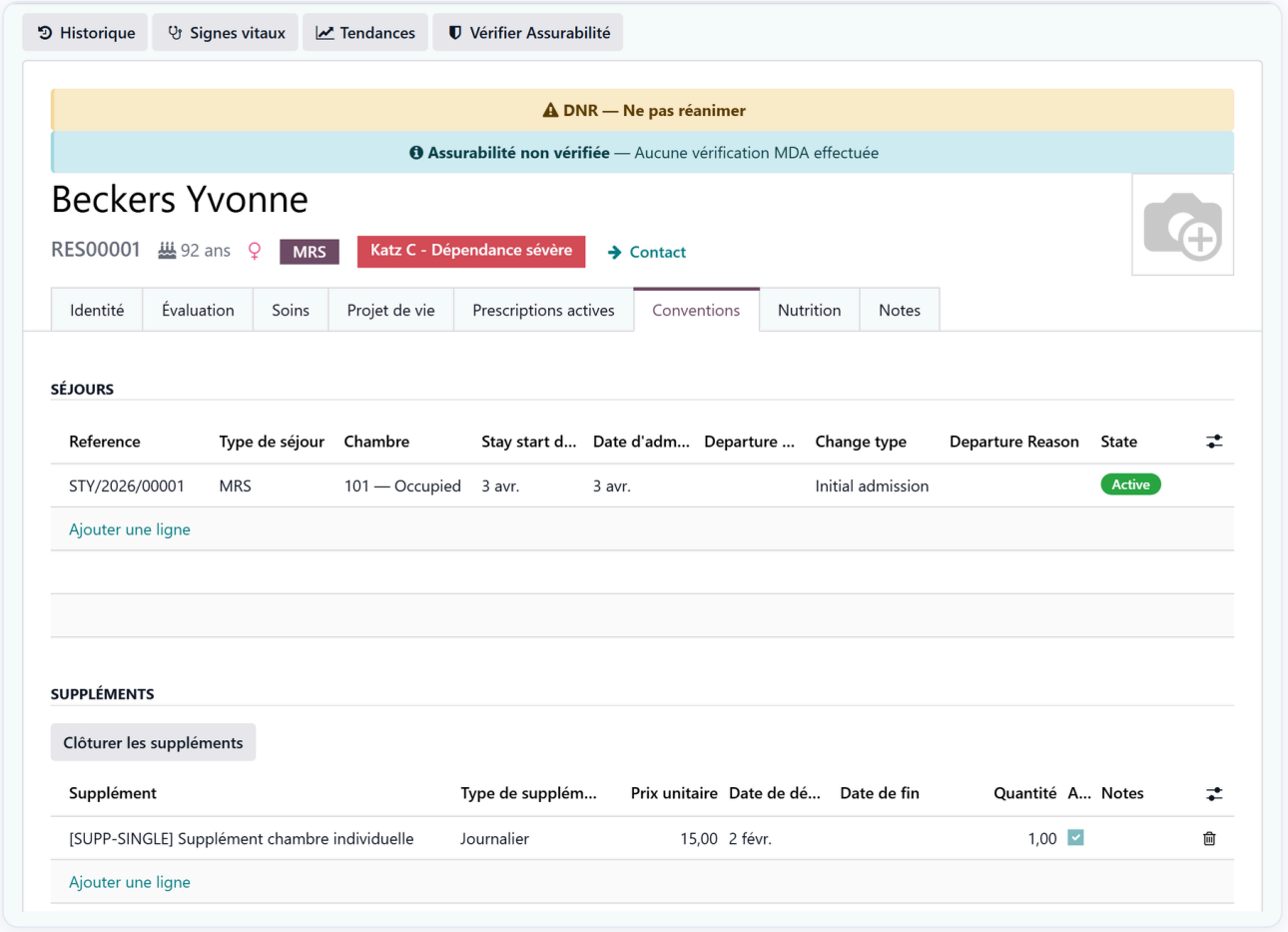
Vous trouvez cet inventaire sur la **fiche du résident**, onglet **Convention de séjour**, dans la section **Mobilier résident**.

> **Un module optionnel**
>
> Le mobilier privé est géré par un module distinct, installé uniquement pour les établissements qui en ont besoin. Si la section **Mobilier résident** n'apparaît pas sur la fiche, c'est que le module n'est pas installé.

Où trouver l'inventaire

1. Ouvrez la fiche du résident (application **MR/MRS → Résidents**).
2. Allez dans l'onglet **Convention**.
3. Descendez jusqu'à la section **Mobilier résident**.

La section se présente comme un tableau : une ligne par meuble ou objet.



Ajouter un meuble

La liste est **éditable directement** : pas besoin d'ouvrir une fenêtre séparée.

1. Cliquez sur **Ajouter une ligne** au bas de la section.
2. Renseignez la **Description** (obligatoire) — par exemple « Fauteuil relax en cuir » ou « Télévision 32 pouces + support mural ».
3. Ajoutez si besoin un **Commentaire** — par exemple « Apporté par la famille » ou « Propriété du résident — entretien à sa charge ».
4. La **Date** se remplit automatiquement à la date du jour ; ajustez-la pour refléter le jour où le meuble a été apporté.
5. **Enregistrez** la fiche.

> **La date = quand le meuble est arrivé**
>
> Le champ **Date** indique quand l'article a été apporté (ou sa dernière mise à jour). Il vous aide à reconstituer l'historique de la chambre, utile lors d'un état des lieux ou en cas de litige.

Réordonner les lignes

Chaque ligne dispose d'une **poignée** (à gauche). Faites-la glisser vers le haut ou le bas pour ranger l'inventaire dans l'ordre qui vous convient — par exemple regrouper les gros meubles, puis les petits objets.

Reprendre un meuble : l'archivage

Quand un meuble est **repris** par le résident ou la famille, ne supprimez pas la ligne : **archivez-la**. Vous conservez ainsi la trace de ce qui a été apporté puis repris.

1. Affichez la colonne **Actif** via le sélecteur de colonnes (l'icône à droite de l'en-tête du tableau), si elle n'est pas déjà visible.
2. **Décochez** la case **Actif** de la ligne concernée.
3. **Enregistrez**.

La ligne est alors **archivée** : elle disparaît de la liste active, mais son historique reste enregistré dans la base.

> **Archiver plutôt que supprimer**
>
> Supprimer la ligne efface l'information définitivement. **Décocher Actif** est préférable : le meuble n'apparaît plus dans l'inventaire courant, mais vous gardez la preuve qu'il a bien été apporté, puis repris à telle date.

L'inventaire suit le résident

L'inventaire est rattaché au **résident**, et non à la chambre ni au séjour. Cela a une conséquence pratique importante :

- lors d'un **changement de chambre**, la liste du mobilier **ne bouge pas** ;
- lors d'un **transfert MR ↔ MRS**, elle **suit** également le résident.

Vous n'avez donc **rien à recopier** quand le résident change de chambre : son mobilier reste attaché à sa fiche. Voir Changement de chambre et transfert.

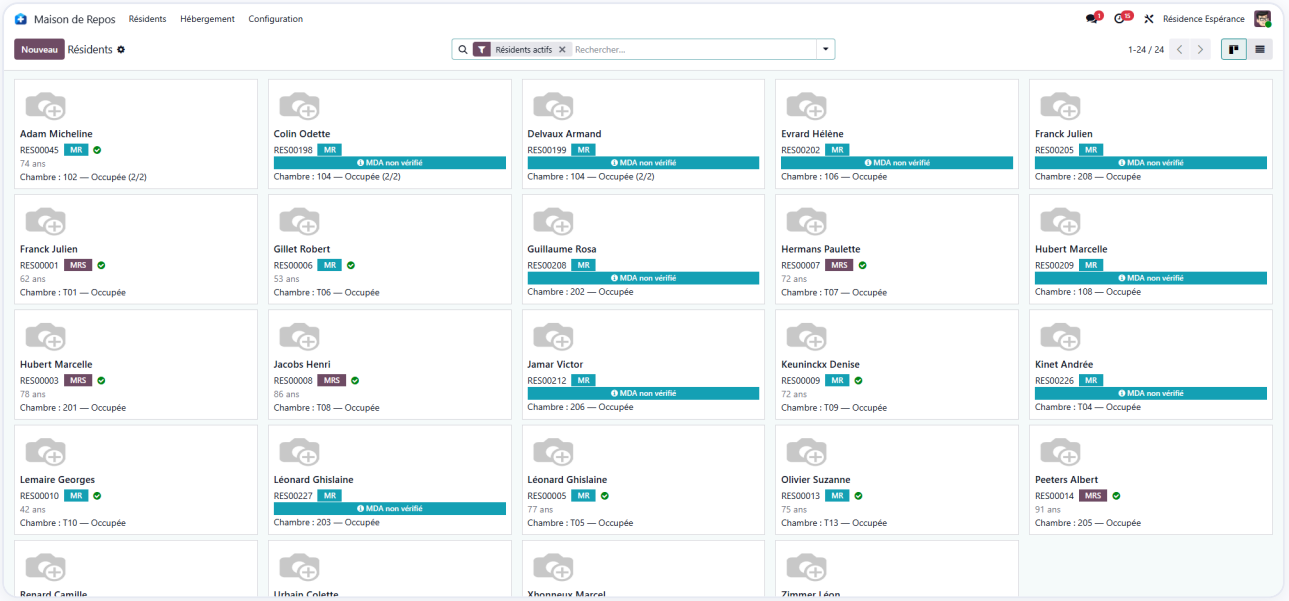
Points clés à retenir

- L'inventaire du mobilier se tient sur la fiche du résident, onglet **Convention de séjour**, section **Mobilier résident**.
- Une ligne = un meuble ou objet : **Description** (obligatoire), **Commentaire**, **Date**.
- La liste est **éditable directement** ; la **poignée** permet de réordonner les lignes.
- Un meuble repris se **désactive** (case **Actif** décochée), pas supprime : son historique est conservé.
- L'inventaire **suit le résident** lors d'un changement de chambre ou d'un transfert.

Pour aller plus loin

- Gérer un résident
- Changement de chambre et transfert
- L'état des lieux

Tout sur la vie d'un résident dans l'établissement, du premier contact à la fiche quotidienne : **admission**, **séjour**, **évaluations (Katz)**, **chambre** et **état des lieux**. Le résident est la fiche centrale sur laquelle s'appuient les autres applications — soins, repas et facturation.



Principes clés

- **Admission** : gérée comme un **pipeline CRM**, du premier contact à l'emménagement ; un assistant crée le résident et ouvre son séjour.
- **Séjour** : la période pendant laquelle le résident occupe une **chambre**. Il pilote la présence, la facturation et les procédures de fin de séjour.
- **Évaluation Katz** : cote la dépendance du résident ; elle détermine la **catégorie** utilisée pour déclarer le profil à la mutuelle et facturer le forfait de dépendance.
- **Chambre** : reprise du séjour ; l'occupation est suivie par statut.
- **État des lieux** : un constat contradictoire d'entrée/sortie de la chambre et de son équipement, signé par le représentant et l'établissement.

À suivre

- Les admissions (pipeline CRM) — du premier contact à l'emménagement.
- Gérer un résident — la fiche centrale.
- L'évaluation Katz — cotation de la dépendance et catégorie.
- Les évaluations gériatriques (hors Katz) — MNA, Braden et autres.
- Changement de chambre et transfert
- Les chambres et l'occupation
- L'état des lieux (entrée et sortie)
- La procédure d'emménagement
- Le mobilier privé du résident

Facturation

Check-list de fin de mois

Cette page rassemble, **dans l'ordre**, tout ce qu'exige une fin de mois. Chaque étape renvoie à la page qui la détaille.

L'ordre n'est pas arbitraire : chaque étape **alimente la suivante**, et en sauter une se paie plusieurs étapes plus loin sous forme d'un rejet bien plus coûteux à corriger.

Vue d'ensemble



Avant de générer

1. VÉRIFIER L'ASSURABILITÉ (MDA)

Lancez le **MDA par lot** du mois : il confirme qui est assuré et, surtout, **quelle mutuelle répond réellement**. Un résident qui a changé de mutuelle sans le dire est repéré ici — pas par un rejet trois semaines plus tard.

- Chaque résident doit atteindre l'état **Succès**.
- Traitez les cas **Non assuré** : leur part va au résident, pas à la mutuelle.
- Relancez les **erreurs** et les **absences de réponse**.

→ Assurabilité (MDA) · Erreurs MDA

> **L'étape la plus utile**
>
> La plupart des rejets eFact viennent d'une mauvaise mutuelle ou d'une perte d'assurabilité. Lancer le MDA en **début** de mois, avant tout le reste, élimine toute cette famille de problèmes.

2. CLÔTURER LES ABSENCES

Chaque absence du mois doit avoir son **retour** renseigné — ou rester sciemment ouverte si le résident est toujours absent.

Le compteur **Absences** de la période montre celles encore ouvertes. Une absence ouverte fausse le décompte des jours, et donc le forfait.

→ Absences et hospitalisations

3. METTRE LES ÉVALUATIONS KATZ À JOUR

La catégorie Katz détermine le **forfait INAMI**. Une évaluation manquante ou périmée, c'est un résident facturé en catégorie **O** — la plus basse.

Le compteur **Katz à faire** du tableau de bord les liste.

→ L'évaluation Katz

4. SAISIR LES SUPPLÉMENTS

Les suppléments ponctuels du mois (coiffeur, pédicure, boissons…) doivent être saisis **avant** de générer. Les suppléments récurrents se reconduisent seuls.

→ Suppléments · L'application Suppléments

Générer et facturer

5. GÉNÉRER LA PÉRIODE

Ouvrez la période du mois et cliquez sur **Générer**. Resthome calcule, pour chaque résident, le forfait, l'hébergement et les suppléments.

Lisez les **auto-contrôles** affichés à droite : forfait surdéclaré, chambre libérée mais encore facturée, absence non clôturée. Ils sont là pour être traités avant la facturation, pas après.

→ Facturer un mois

6. CRÉER LES FACTURES

Cliquez sur **Créer les factures**. La part résident devient une facture ; là où une répartition est paramétrée, chaque débiteur d'aliments reçoit sa quote-part.

→ Débiteurs d'aliments · CPAS

> ⚠ **Passé ce point, corriger a un coût**
>
> Une fois les factures **comptabilisées**, Resthome ne les modifie plus automatiquement. Une correction passe par une **remise en brouillon** ou une **note de crédit**, puis un rafraîchissement. C'est une protection contre la double facturation, pas un obstacle.

Envoyer et suivre

7. GÉNÉRER ET ENVOYER LES LOTS EFACT

Cliquez sur **Générer eFact** : Resthome construit un lot par mutuelle. Vérifiez-les, puis envoyez.

→ Facturation électronique (eFact)

8. SUIVRE LES RÉPONSES

L'envoi n'est pas la fin. Chaque lot passe par un **accusé de réception** puis un **décompte** :

- **lignes rejetées** — corrigez la cause et émettez un reliquat ;
- **lot rejeté** — un problème de format, à faire remonter ;
- **décompte** — vérifiez le montant payé au regard du montant accepté.

Le **cockpit eFact** rassemble tout ce qui reste à faire en piles : à envoyer, en attente OA, à corriger, à pointer, paiements en retard.

→ Rejets eFact · Décomptes et paiements

Check-list express

#	Étape	Terminé quand
1	**MDA**	chaque résident est en Succès
2	**Absences**	aucune absence ouverte non voulue
3	**Katz**	plus aucun « Katz à faire »
4	**Suppléments**	les saisies ponctuelles du mois sont faites
5	**Générer**	la période est Générée, auto-contrôles traités
6	**Facturer**	les factures résident sont créées
7	**eFact**	les lots sont envoyés
8	**Suivre**	les piles du cockpit sont vides

L'échéance à ne pas manquer

Les lots eFact doivent parvenir à la mutuelle pour le **20 du mois suivant**. À rebours, le MDA et les corrections doivent être faits la **première semaine** — ce qui laisse de la marge pour traiter un rejet sans manquer l'échéance.

Pour aller plus loin

- Facturer un mois
- Le parcours de facturation
- Facturation électronique (eFact)

Le forfait INAMI (dépendance)

Le **forfait de dépendance** est le montant **journalier** pris en charge par la mutuelle pour les **soins** d'un résident. Il dépend de son **degré de dépendance**, mesuré par l'"**évaluation Katz**, et il est envoyé à l'organisme assureur (OA) via la **facturation électronique (eFact)**.

Cette page explique la chaîne complète : **évaluation Katz → catégorie → montant facturé**.

De l'évaluation Katz à la catégorie

L'"évaluation Katz cote **6 critères** (se laver, s'habiller, transfert et déplacements, aller à la toilette, continence, manger) de **1** (autonome) à **4** (totalement dépendant). À partir de ces cotations, Resthome calcule une **catégorie de dépendance**, qui est **déclarée à la mutuelle** :

Catégorie	Dépendance	Forfait INAMI
O	Autonome	Oui (pseudo-code 770501)
A	Légère	Oui
B	Moyenne	Oui
C	Forte	Oui
Cd	Forte, avec désorientation / démence	Oui
D	Démence (diagnostic spécialisé)	Oui

Le montant est le même pour toutes les catégories

Dans les tarifs **AViQ**, le **montant** du forfait de dépendance est **identique pour toutes les catégories Katz**, y compris **O** : un **tarif journalier unique**, indexé chaque année (par ex. **85,72 €/jour en 2026**). La catégorie ne change donc **pas le montant** — elle sert à **déclarer le bon profil** à la mutuelle (l'"**accord OA**) et aux **normes de soins**. Le tarif reste **configurable par catégorie** dans *Configuration → INAMI Rates* si une convention l'exige.

Catégorie O par défaut

Tant qu'aucune évaluation Katz n'est **validée**, le résident est en catégorie **O** par défaut et un rappel **« Katz à faire »** apparaît. Validez l'évaluation Katz pour **déclarer la bonne catégorie** à la mutuelle et obtenir l'"**accord** correspondant.

Patient comateux

Le forfait des patients **comateux** est un forfait **fédéral** particulier : il nécessite une **accréditation** spécifique de l'établissement. Sans elle, la ligne de forfait correspondante n'est pas générée (l'hébergement reste facturé).

Comment le montant est calculé

Le forfait facturé pour un résident suit une règle simple :

> **Forfait = tarif journalier du forfait (le même pour toutes les catégories) × nombre de jours de présence facturables**

- Les **jours de présence** sont comptés sur la **période d'intervention INAMI** (de l'admission à la fin d'intervention), **moins les absences**. Cette période peut être **plus courte** que l'hébergement (admission en cours de mois, départ, décès, fin d'intervention avant la libération de la chambre).
- Une **absence** (hospitalisation, vacances) **réduit** le nombre de jours, selon la **règle de midi** (heure de Bruxelles).
- Le **tarif** appliqué est celui **en vigueur à la date** de facturation ; il est indexé dans le temps (voir plus bas).

Forfait = mutuelle · hébergement = résident

Le **forfait de dépendance** est pris en charge à **100 % par la mutuelle** (tiers payant, via l'eFact). L'"**hébergement** (la chambre) est une **ligne distincte**, à charge du **résident**. Les deux avancent en parallèle sur la même période de facturation.

Catégorie clinique et catégorie facturée

Deux notions coexistent, et il est important de ne pas les confondre :

- La **catégorie clinique** — votre **dernière évaluation Katz validée** ; elle reflète la dépendance réelle et sert aux soins.
- La **catégorie facturée** — celle qui figure sur la facture envoyée à la mutuelle.

Elles peuvent différer. La mutuelle rembourse **la catégorie qu'elle a approuvée** dans l'"**accord (eAgreement)**, pas forcément votre dernière évaluation. Concrètement :

- Si un **accord OA** est en vigueur → on facture **la catégorie de cet accord**.
- Si un **changement de catégorie** est demandé mais l'accord est **encore en attente** de la mutuelle → Resthome **maintient la catégorie précédente** en facturation.
- Sinon → on facture la catégorie clinique.

> ⚠ **Pourquoi cette prudence ?**
>
> Facturer une catégorie qui **diverge de l'accord** provoque un **rejet** de l'OA (« forfait incompatible avec l'accord »). Tant que la nouvelle catégorie n'est pas **acceptée par la mutuelle**, Resthome continue donc de facturer l'ancienne. La catégorie affichée cliniquement peut ainsi être **plus élevée** que celle facturée.

Aggravation de la dépendance

Si l'état d'un résident se dégrade, saisissez une **nouvelle évaluation Katz** avec un **motif d'aggravation**. Resthome prépare la mise à jour de l'accord de soins (**Annexe 10**), avec le motif repris automatiquement et la **signature** du clinicien. La **nouvelle catégorie** ne devient **facturée** qu'une fois l'"**accord de la mutuelle obtenu** (voir ci-dessus).

Configurer les tarifs de forfait

Les tarifs sont configurés dans l'application **MR/MRS → Configuration → INAMI Rates** : un **tarif par catégorie Katz**, avec une **période de validité**. Resthome applique automatiquement le tarif en vigueur à la date de facturation. Pour l'"**indexation annuelle**, on ajoute une nouvelle ligne de tarif (nouvelle date de début) et on clôture l'ancienne. Le même écran gère aussi le **tarif d'hébergement** (à charge du résident).

Points clés

- Le **forfait journalier** est le **même montant pour toutes les catégories** (y compris **O**) ; la catégorie sert à **déclarer le bon profil** à la mutuelle (accord OA).
- Le forfait facturé = **tarif journalier × jours de présence** (période d'intervention INAMI, moins les absences).

- On facture la **catégorie convenue avec la mutuelle** (accord), pas forcément la dernière évaluation clinique.
- **Forfait = mutuelle**, **hébergement = résident**, sur la même période.

Pour aller plus loin

- L'évaluation Katz
- Facturation électronique (eFact) · Rejets eFact
- Accords (eAgreement)
- Absences et hospitalisations
- FAQ · Glossaire

Facturer un mois, pas à pas

Ce guide vous accompagne **du début à la fin** d'un mois de facturation : ouvrir la période, vérifier l'assurabilité, générer les factures, les comptabiliser, puis **envoyer la part mutuelle par eFact** et suivre les réponses. Suivez-le en gardant Resthome ouvert à côté : chaque étape indique **où cliquer**.

> **L'idée en deux parties**
>
> Chaque mois se facture en **deux flux** :
>
> - la **part résident** — hébergement, suppléments et conventions de suppléments, prestations de soins, médicaments, ajustés selon les absences → factures classiques ;
> - la **part mutuelle** (forfait INAMI) → envoi **eFact** aux organismes assureurs.
>
> Resthome les mène en parallèle sur une même **période**.

Étape 1 — Ouvrir la période du mois

1. Menu principal → application **MR/MRS**.
2. **Facturation** → **Périodes de facturation**.
3. Ouvrez la période du mois, ou créez-la avec **Nouvelle période**.

La période liste les résidents concernés et son **état** en haut (brouillon → générée → facturée → clôturée).

Étape 2 — Vérifier l'assurabilité (MDA)

Avant de facturer la mutuelle, contrôlez que chacun est **en ordre** :

1. Sur la période, cliquez **Vérifier MDA** (contrôle par lot).
2. Attendez les réponses ; corrigez les cas signalés (mutuelle erronée, perte d'assurabilité).

C'est l'étape qui évite les rejets plus tard. Détails : Assurabilité (MDA).

Étape 3 — Générer les lignes de facturation

1. Cliquez **Générer**.
2. Resthome calcule pour chaque résident : **hébergement**, **forfait** (sur les jours de présence), **suppléments** et **conventions de suppléments**, **prestations de soins**, **médicaments**, et applique les **absences**.

> **Anticipative**
>
> L'hébergement est facturé **un mois d'avance** ; le forfait et les suppléments sur le mois presté. Voir Vue d'ensemble.

Étape 4 — Créer les factures (part résident)

1. Cliquez **Créer les factures**.
2. Les factures **brouillon** de la part résident sont générées.
3. Vérifiez-les, puis **Comptabilisez**-les.

> **Une facture comptabilisée « fige » le mois**
>
> Une fois **comptabilisée**, la facture d'un résident est verrouillée pour ce mois (protection). Pour la corriger : remettez-la en **brouillon** ou faites une **note de crédit**, puis **Actualisez**. Les autres résidents ne sont pas touchés.

Étape 5 — Générer l'eFact (part mutuelle)

Une fois les factures comptabilisées :

1. Sur la période, cliquez **Générer l'eFact**.
2. Resthome constitue les **lots** eFact, **regroupés par union** d'organismes assureurs.

Étape 6 — Envoyer aux organismes assureurs

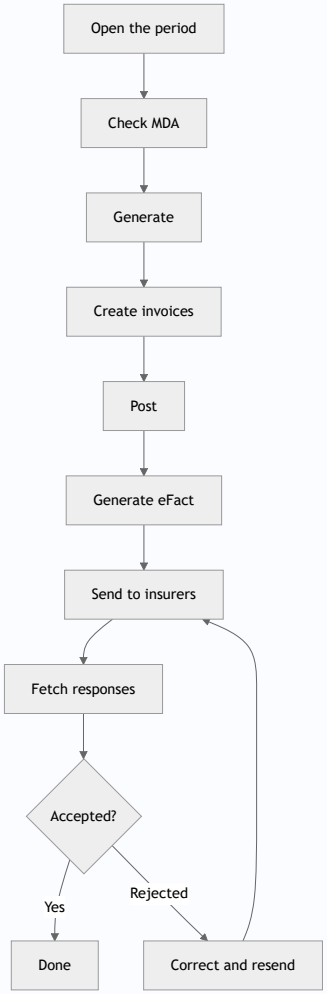
1. Ouvrez **eHealth** → **eFact** → **Cockpit** (ou les lots).
2. Cliquez **Tout envoyer** (ou envoyez lot par lot).
3. Les envois partent vers les mutuelles via le réseau eHealth.

Étape 7 — Suivre les réponses

1. Cliquez **Récupérer les réponses** pour rapatrier les accusés et décomptes.
2. Chaque lot passe **Envoyé** → **Accusé reçu** → **Accepté / Rejeté**.
3. En cas de **rejet**, corrigez la cause (assurabilité, dates, montants) et **renvoyez**.

Détails et boutons avancés : Facturation électronique (eFact).

Récapitulatif du parcours



Pour aller plus loin

- Assurabilité (MDA)
- Facturation électronique (eFact)
- Absences et hospitalisations
- Accords (eAgreement)

Les suppléments

Au-delà de l'hébergement et du forfait, un résident peut avoir des **suppléments** à payer : chambre individuelle, télévision, coiffeur, pédicure, boissons, téléphone… Resthome les regroupe dans une **enveloppe de suppléments** par résident et par mois.

Enveloppe de suppléments

Pour chaque résident et chaque période, Resthome tient une **enveloppe** qui rassemble tous ses suppléments du mois. Elle est ouverte automatiquement quand le séjour

démarre, et se reporte de mois en mois pour les suppléments **récurrents**.

Ajouter un supplément

1. Ouvrez l'"**enveloppe de suppléments** du résident (depuis sa fiche ou la période de facturation).
2. Ajoutez une ligne : **produit/prestation**, **quantité**, **prix**.
3. Indiquez s'il est **ponctuel** (une fois) ou **récurrent** (chaque mois).
4. **Enregistrez.**

> **Synchronisation automatique**
>
> Ajouter, modifier ou retirer un supplément **met à jour automatiquement** la facture du résident concerné — pas besoin de cliquer « Actualiser ». Vous êtes notifié quand le supplément est bien répercuté sur la facturation.

Suppléments ponctuels et récurrents

- **Ponctuel** : facturé une seule fois (ex. une coupe chez le coiffeur).
- **Récurrent** : reconduit chaque mois tant qu'il est actif (ex. supplément chambre individuelle, TV). Vous pouvez l'"**arrêter** à tout moment ; il cesse d'être facturé le mois suivant.

> **Mois déjà comptabilisé**
>
> Si la facture du résident est **déjà comptabilisée**, l'ajout d'un supplément n'y touche pas automatiquement (protection). Repassez la facture en **brouillon** (ou faites une note de crédit), puis **actualisez**.

Créer les enveloppes en lot

Sur une période de facturation, l'action **Créer les enveloppes de suppléments** prépare en un clic les enveloppes de tous les résidents actifs du mois — pratique en début de période.

Pour aller plus loin

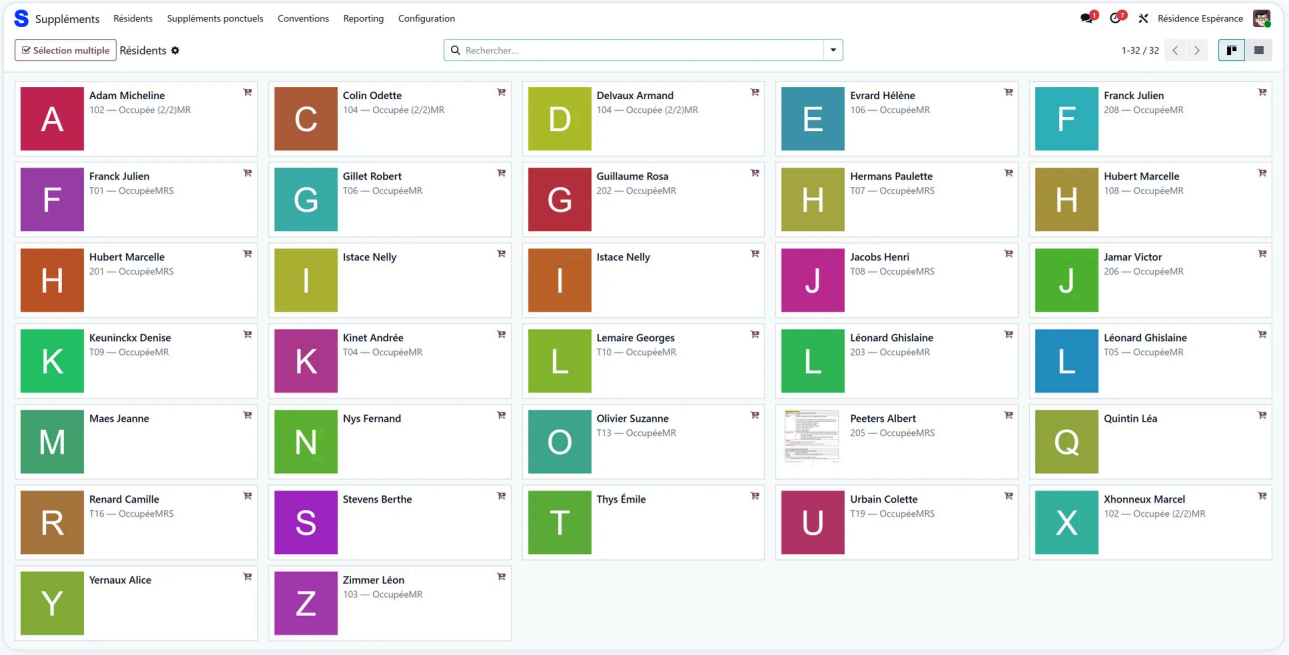
- Vue d'ensemble de la facturation
- Absences et hospitalisations

L'application Suppléments

L'application **Suppléments** est l'écran dédié à la saisie et à la gestion des suppléments des résidents. Elle rassemble en un seul endroit ce qui, autrement, se répartit entre la fiche résident et la période de facturation : ouvrir le catalogue d'un résident, en ajouter à plusieurs résidents à la fois, gérer les conventions récurrentes, tenir le catalogue et suivre les montants facturés.

Vous la trouvez dans le **menu principal** → **application Suppléments**.

> **Cette page complète « Les suppléments »**
>
> Les notions de base — l'"**enveloppe de suppléments** par résident et par mois, la **synchronisation automatique** de la facture, la protection quand un mois est déjà comptabilisé — sont expliquées dans Les suppléments. Cette page-ci décrit l'"**application dédiée** et ses raccourcis de saisie. L'application ne crée aucune donnée parallèle : elle agit sur les mêmes enveloppes et les mêmes conventions.



L'écran Résidents (le point de départ)

À l'ouverture, l'application affiche l'écran **Résidents** : la liste des résidents actifs, en **vue kanban** (cartes) ou en **vue liste**. Chaque carte montre la photo, le nom, la **chambre** et le **type de séjour** (MR / MRS), avec une icône de panier « Ajouter des suppléments ».

- **Cliquez sur un résident** : Resthome ouvre directement le **catalogue** de son enveloppe de suppléments du mois en cours. Vous atterrissez sur la grille d'ajout, sans passer par la fiche.
- En **vue liste**, chaque ligne porte un bouton **Ajouter des suppléments**, et l'en-tête un bouton **Ajouter via le catalogue** pour agir sur les résidents cochés.

> **Filtrer et regrouper**
>
> La barre de recherche filtre par **MR** / **MRS** et regroupe par **chambre** ou par **type de séjour** — utile pour repérer rapidement une aile ou un étage avant une saisie groupée.

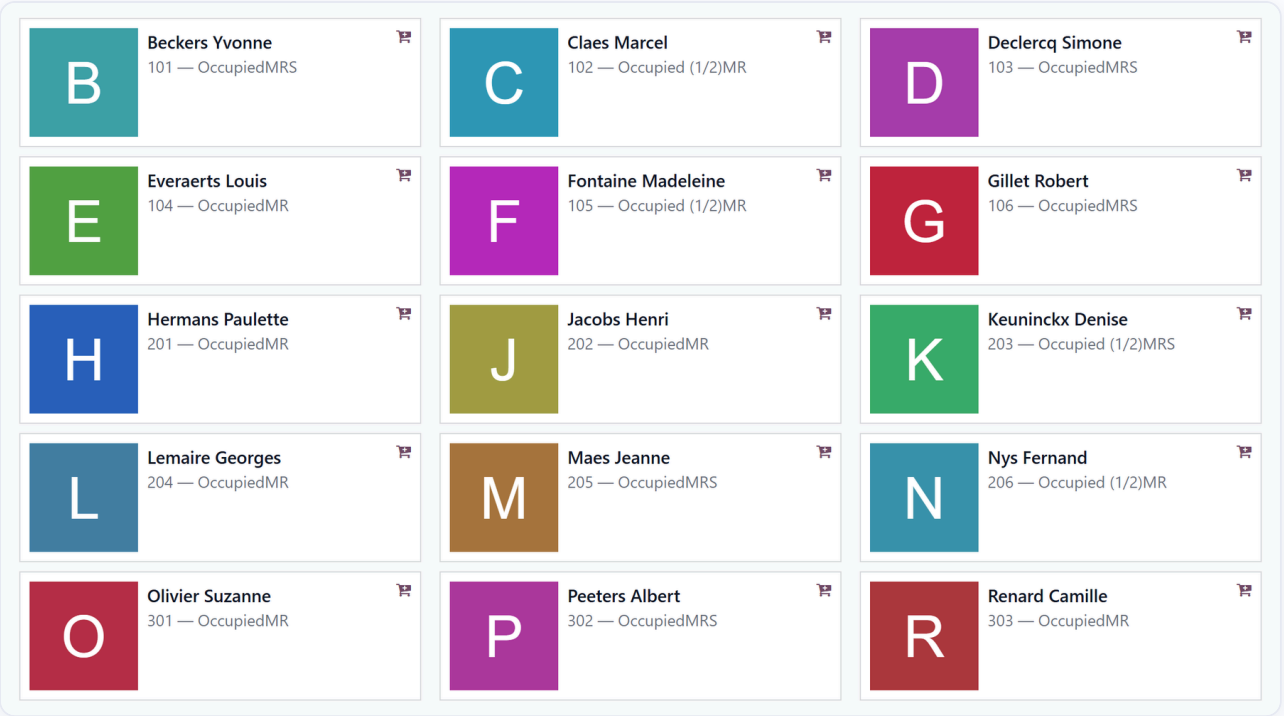
Ajouter des suppléments à plusieurs résidents

C'est le raccourci central de l'application : appliquer le même supplément à plusieurs résidents sans rouvrir chaque fiche.

1. Sur l'écran **Résidents**, **sélectionnez plusieurs résidents** :
   - **Ctrl+clic** (ou Cmd+clic) sur ordinateur ajoute/retire un résident ; **Maj+clic** étend la sélection à une plage ;
   - **appui long** sur tablette tactile ;
   - ou activez le bouton **Sélection multiple**, qui fait sélectionner au simple clic.
2. Cliquez sur le bouton **Suppléments (N)** qui apparaît (N = nombre de résidents sélectionnés). En vue liste, utilisez **Ajouter via le catalogue**.
3. **Un seul catalogue** s'ouvre. Chaque supplément que vous y ajoutez, modifiez ou retirez est **répercuté sur l'enveloppe ouverte de chaque résident sélectionné**, pour le mois en cours.

Dans ce catalogue partagé, le panneau de gauche affiche une section **Résidents** : les résidents concernés apparaissent sous forme d'étiquettes (le résident « pilote » en

gris, les autres en vert). Le lien **Ajouter** permet d'en ajouter d'autres à la volée ; supprimer une étiquette retire le résident (le dernier ne peut pas être retiré).



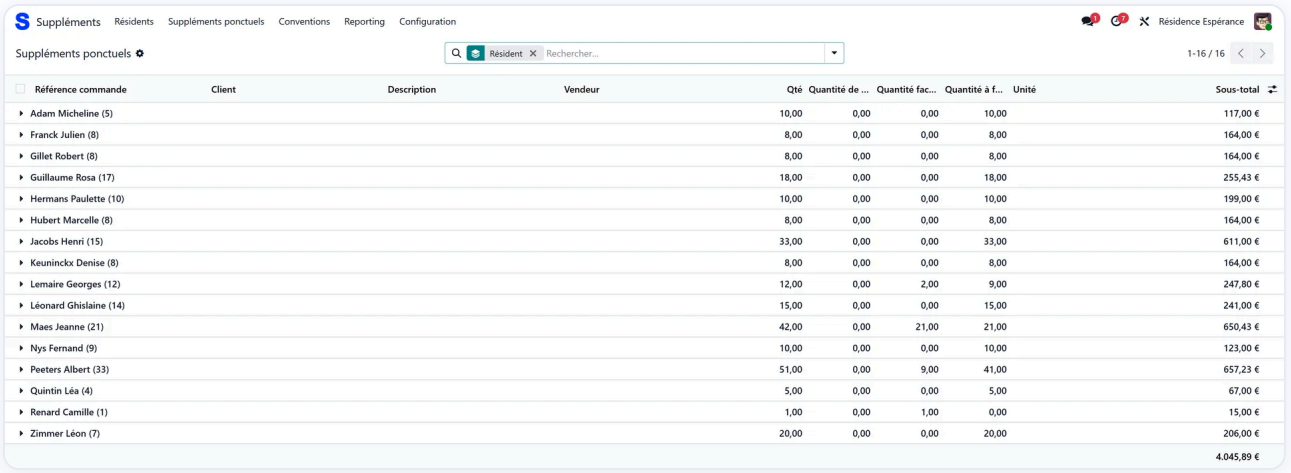
Un supplément déjà couvert par une convention est ignoré

Si l'un des résidents sélectionnés a déjà ce produit dans une **convention active**, la ligne n'est **pas** ajoutée pour lui (elle serait de toute façon écartée à la facturation) — les autres résidents la reçoivent normalement. Pour une saisie sur un seul résident, Resthome bloque carrément l'ajout et vous invite à passer par la convention.

Suppléments ponctuels et récurrents

L'application distingue les deux natures de suppléments déjà présentées dans Les suppléments.

- **Ponctuels** — ajoutés à l'enveloppe du mois via le catalogue (coiffeur, pédicure, boisson, téléphone…). Le menu **Suppléments ponctuels** en donne la **liste**, regroupée par résident, avec la période, le produit, la quantité, le prix et le total. C'est l'endroit pour relire tout ce qui a été saisi à la main sur le mois.
- **Récurrents** — reconduits chaque mois via une **convention** (voir la section suivante).



Référence commande	Client	Description	Vendeur	Qté	Quantité de ...	Quantité fac...	Quantité à f...	Unité	Sous-total
Adam Micheline (5)				10,00	0,00	0,00	10,00		117,00 €
Franck Julien (8)				8,00	0,00	0,00	8,00		164,00 €
Gillet Robert (8)				8,00	0,00	0,00	8,00		164,00 €
Guillaume Rosa (17)				18,00	0,00	0,00	18,00		255,43 €
Hermans Paulette (10)				10,00	0,00	0,00	10,00		199,00 €
Hubert Marcelle (8)				8,00	0,00	0,00	8,00		164,00 €
Jacobs Henri (15)				33,00	0,00	0,00	33,00		611,00 €
Keuninckx Denise (8)				8,00	0,00	0,00	8,00		164,00 €
Lemaire Georges (12)				12,00	0,00	2,00	9,00		247,80 €
Léonard Ghislaine (14)				15,00	0,00	0,00	15,00		241,00 €
Maes Jeanne (21)				42,00	0,00	21,00	21,00		650,43 €
Nys Fernand (9)				10,00	0,00	0,00	10,00		123,00 €
Peeters Albert (33)				51,00	0,00	9,00	41,00		657,23 €
Quintin Léa (4)				5,00	0,00	0,00	5,00		67,00 €
Renard Camille (1)				1,00	0,00	1,00	0,00		15,00 €
Zimmer Léon (7)				20,00	0,00	0,00	20,00		206,00 €
									4.045,89 €

Où est passé mon supplément ?

À chaque ajout, Resthome affiche une notification indiquant **sur quelle(s) période(s)** le supplément a été facturé — ou vous prévient qu"**aucune période ouverte** ne correspond encore à sa date (il ne sera alors facturé que lorsque le mois concerné sera généré). Vérifiez la **date de début** si le supplément n'apparaît pas où vous l'attendiez.

Les conventions de suppléments

Une **convention** regroupe les suppléments **récurrents** d'un résident (chambre individuelle, TV, téléphone…). Elle vit sur le **résident**, pas sur le séjour : elle **survit** à une clôture de séjour, un changement de chambre ou un transfert MR ↔ MRS. Chaque résident a **une seule** convention, qui rassemble toutes ses lignes récurrentes.

Dans l'application, le menu **Conventions** liste les lignes de suppléments récurrents (résident, convention, produit, type, dates, quantité, actif). La convention elle-même — avec son statut et ses boutons — se gère depuis l'application **MR/MRS → Facturation → Conventions de suppléments**.

Habitant	Date de dé	Date de fin	Supplém...	Statut
Beckers Yvonne	2 févr.		1	Ouverte
Claes Marcel	28 janv.		2	Ouverte
Everaerts Louis	18 janv.		1	Ouverte
Hermans Paulette	3 janv.		1	Ouverte
Jacobs Henri	29 déc. 2025		2	Ouverte
Lemaire Georges	19 déc. 2025		1	Ouverte
Maes Jeanne	14 déc. 2025		2	Ouverte
Olivier Suzanne	4 déc. 2025		1	Ouverte
Peeters Albert	29 nov. 2025		2	Ouverte

Sur la convention :

Élément	Rôle
Statut	**Ouverte** ou **Clôturé** (en haut de la fiche).
Bouton **Clôturer**	Fixe une **date de fin** et arrête de facturer chaque ligne au-delà.
Bouton **Rouvrir**	Efface la date de fin et réactive les lignes qui avaient été clôturées.
Lignes	Produit, type, prix, date de début, date de fin, quantité, actif, notes.



> ⚠ **Un produit sous convention ne se saisit pas en ponctuel**
>
> Tant qu'un produit est couvert par une **convention active**, il ne peut pas être ajouté comme supplément ponctuel pour le même résident. Ajoutez-le **dans la convention**, ou **clôturez** d'abord celle-ci.

Le catalogue des suppléments

Le menu **Configuration** → **Catalogue** tient la liste des **types de suppléments** facturables (« Types de suppléments »). Chaque supplément y a :

Champ	Description
Référence	Code interne du supplément.
Nom	Libellé affiché dans le catalogue.
Type de supplément	**Journalier** (facturé au prorata des jours), **Mensuel** (par mois) ou **Ponctuel** (une fois).
Prix	Montant unitaire — **valeur propre à l'établissement**.
Code AViQ	Pseudo-code de déclaration, quand le supplément est déclaré à l'organisme assureur.

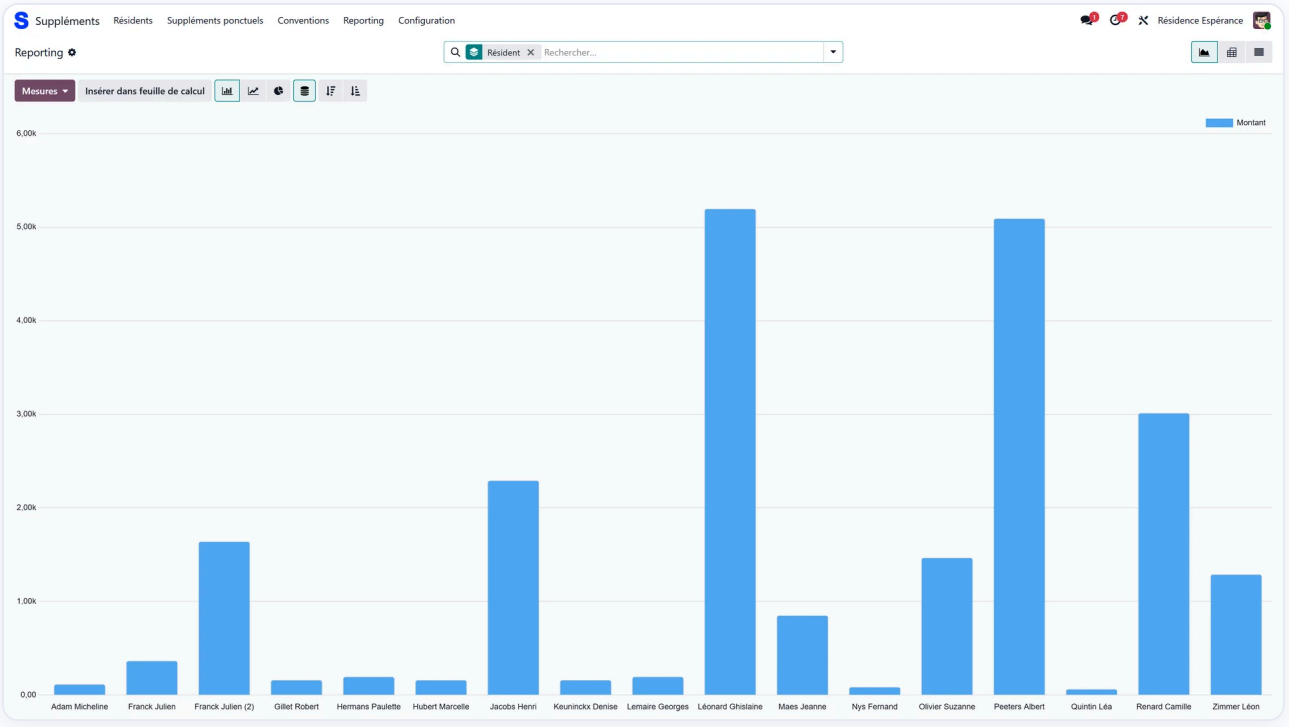
> ℹ **Déclaré à l'OA ou non ?**
>
> Selon sa **catégorie**, un supplément est soit **déclaré à l'organisme assureur** dans l'eFact (ET50), soit facturé **uniquement sur la facture du résident**. Ce réglage se fait sur la catégorie de produit — voir Réglages de facturation.

Le reporting

Le menu **Reporting** ouvre une vue d'analyse des suppléments **facturés** :

- un **graphique** des montants par produit ;
- un **tableau croisé** (résidents × mois) ;
- une **liste** détaillée des lignes de suppléments.

Vous pouvez filtrer entre suppléments **ponctuels** et de **convention**, et regrouper par **résident**, **produit** ou **mois**.



Après génération seulement

Les suppléments n'apparaissent dans le reporting qu'une fois la **période de facturation générée** pour le mois concerné.

Points clés à retenir

- L'application **Suppléments** est un écran de saisie dédié ; elle agit sur les **mêmes enveloppes et conventions** que la facturation — pas de données en double.
- L'écran **Résidents** est le point de départ : cliquez un résident pour ouvrir son catalogue, ou **sélectionnez-en plusieurs** (Ctrl+clic / appui long / **Sélection multiple**) puis **Suppléments (N)** pour les servir en une fois.
- **Ponctuel** = une fois sur l'enveloppe ; **convention** = récurrent, sur le résident, survivant aux changements de séjour.
- Un produit sous **convention active** ne se saisit pas en ponctuel.
- Le **catalogue** porte le type et le prix (valeur propre à l'établissement) ; le **reporting** suit les montants par résident, produit et mois.

Pour aller plus loin

- Les suppléments
- Facturer un mois, pas à pas
- Vue d'ensemble de la facturation
- Réglages de facturation

Absences et hospitalisations

Quand un résident s'absente (hospitalisation, vacances, congé familial), cela influence **le forfait INAMI** de la période et peut déclencher une **notification à la mutuelle**. Resthome gère les deux automatiquement à partir de l'absence que vous saisissez.

Enregistrer une absence

1. Ouvrez la **période de facturation** du mois, ou la fiche du résident.
2. Ajoutez une **absence** en indiquant :
    - le **résident** ;
    - le **type** (hospitalisation, vacances…) ;
    - la **date/heure de départ** et la **date/heure de retour** (ou laissez le retour vide tant que le résident n'est pas revenu).
3. **Enregistrez.**

> **Vous n'avez pas besoin de cliquer sur « Actualiser »**
>
> Ajouter, modifier ou supprimer une absence **synchronise automatiquement** la facturation du résident concerné : le forfait est recalculé et, le cas échéant, la notification eHealth est préparée. Voir la facturation.

Effet sur le forfait

Le **forfait INAMI** (part mutuelle) est calculé sur les **jours de présence**. Une absence **réduit** ce forfait pour les jours concernés.

> **La « règle de midi »**
>
> Le décompte des jours d'absence suit une règle de présence à **midi** (heure de Bruxelles) : c'est la présence à midi qui détermine si la journée compte. Les **dates et heures** de départ et de retour sont donc importantes — Resthome s'appuie dessus pour un décompte exact.

La **part hébergement** (la chambre, payée par le résident) suit ses propres règles selon votre convention.

Notification à la mutuelle (eHealth)

Certaines absences doivent être signalées à la mutuelle :

- une absence de **plus de 72 h**, ou **toute hospitalisation**, prépare une **Annexe 11** (notification de sortie) ;
- le **retour** du résident prépare une **Annexe 7** (réadmission).

Resthome crée ces notifications **au moment où vous enregistrez l'absence et le retour**, sans manipulation supplémentaire. Vous n'avez qu'à les vérifier et les envoyer. Voir Accords (eAgreement).

Annuler une absence

Une absence saisie par erreur ? **Supprimez-la** ou remettez-la en brouillon : Resthome **fait machine arrière proprement** — le forfait est recalculé comme si l'absence n'avait pas eu lieu, et les notifications préparées sont retirées tant qu'elles n'ont pas été validées côté mutuelle.

> **Mois déjà facturé**
>
> Si la facture du mois est **déjà comptabilisée** pour ce résident, Resthome ne modifie pas ce mois automatiquement (protection contre la double facturation). Pour corriger malgré tout : repassez la facture en **brouillon** (ou créez une **note de crédit**), puis **actualisez**. Les autres résidents de la période ne sont pas touchés.

Pour aller plus loin

- Accords (eAgreement)

- Départ et décès
- Vue d'ensemble de la facturation

Départ et décès

Quand un résident quitte l'établissement ou décède, il suffit de **clôturer son séjour** : Resthome arrête la facturation à la bonne date, prépare la **régularisation** de ce qui a été facturé d'avance, et signale la sortie à la mutuelle.

Clôturer le séjour

1. Ouvrez la fiche du résident → son **séjour**.
2. Indiquez la **date de sortie** (et l'heure), avec le **motif** (départ, décès, transfert…).
3. **Validez** la clôture.

Ce que Resthome fait automatiquement

- **Arrêt de la facturation** à la bonne date : plus rien n'est facturé après la sortie.
- **Note de crédit de l'hébergement prépayé** : comme l'hébergement est facturé **un mois à l'avance** (facturation anticipative), si le résident part en cours de mois déjà facturé, Resthome prépare **automatiquement une note de crédit** pour rembourser la période non occupée. Vous êtes **notifié** de sa création.
- **Notification eHealth** : la sortie prépare l'"**Annexe 11** vers la mutuelle. Voir Accords (eAgreement).

> **Facturation anticipative, en clair**
>
> L'hébergement d'un mois est facturé **le mois précédent**. C'est pourquoi un départ en cours de mois donne lieu à un **remboursement** (note de crédit) : on avait facturé d'avance, on régularise à la sortie. Le forfait INAMI et les suppléments, eux, sont facturés sur le mois presté.

Réouvrir un séjour clôturé par erreur

Si vous avez clôturé un séjour à tort (ou en cas de décès enregistré par erreur), vous pouvez le **rouvrir** : Resthome rétablit la facturation et annule les régularisations tant

qu'elles ne sont pas définitives.

> ⚠ **Si le mois est déjà comptabilisé**
>
> Comme partout, si la facture concernée est déjà **comptabilisée**, la correction passe d'abord par une **remise en brouillon** ou une **note de crédit**, puis une **actualisation**. Les autres résidents ne sont pas affectés.

Pour aller plus loin

- Absences et hospitalisations
- Accords (eAgreement)
- Vue d'ensemble de la facturation

La note de frais (Annexe 12)

L'"**Annexe 12** est le document officiel qui justifie, mois par mois, les frais d'hébergement et de soins d'un résident de maison de repos (MR/MRS). Resthome la produit sous deux formes complémentaires :

- la **Note de Frais Individuelle** — un justificatif détaillé **par résident** ;
- la **Note de Frais Récapitulative** — un tableau **par organisme assureur (O.A.)** qui regroupe tous les résidents d'une même mutuelle.

Les deux se génèrent depuis le bouton **Imprimer** (Print), à partir d'une **période de facturation** ou d'une **fiche de facturation par résident**.

> ℹ **Un document officiel AViQ**
>
> L'Annexe 12 vise les « institutions visées à l'article 43/7, 4° du Code wallon de l'action sociale et de la santé ». Resthome remplit automatiquement le formulaire officiel avec les données de votre période : vous n'avez rien à recopier à la main.

Deux documents, deux portées

Document	Portée	Modèle imprimé	Généré depuis
Note de Frais Individuelle	Un résident	`Annexe12_<résident>_<période>`	Fiche **Facturation par résident** → **Imprimer**
Note de Frais Récapitulative	Un organisme assureur	`NoteRecap_<période>`	**Période de facturation** → **Imprimer**

> **Le lien entre les deux**
>
> Chaque ligne de la note récapitulative porte un **n° de note individuelle** qui renvoie à la note individuelle du résident correspondant. Vous éditez donc en général **les deux documents pour le même mois** : le récapitulatif pour l'O.A., les notes individuelles pour les résidents.

La Note de Frais Individuelle (par résident)

C'est le justificatif complet d'"**un seul résident** pour le mois. Resthome le génère sur le **formulaire officiel** en trois pages.

Page	Contenu
1. Récapitulatif du résident	Identification de l'institution (nom, adresse, n° INAMI) et de la mutuelle, période, ligne du résident (nom, n° d'inscription NISS, jours de présence) et les **trois montants obligatoires** : à charge O.A., à charge patient, total.
2. Frais fixes	Le **forfait de soins** (part organisme assureur), avec son **pseudo-code AViQ**, le prix journalier, le nombre de jours et le montant — ventilé par sous-période le cas échéant — ainsi que la **ristourne incontinence**.
3. Suppléments	L'"**hébergement** (la chambre), les **suppléments** (télévision, téléphone, buanderie, pédicure, chambre individuelle…), les **médicaments** (para)pharmaceutiques et le **total des suppléments**.

Les trois montants obligatoires

La première page porte les **trois montants** exigés par la facturation électronique : **à charge de l'O.A.** (le forfait remboursé, ristourne incontinence comprise), **à charge du patient** (hébergement + suppléments) et le **total**. Ce sont ces montants qui justifient, vis-à-vis du résident, ce que la mutuelle prend en charge et ce qui lui reste à payer.

Le forfait ne dépend pas de la catégorie Katz

Le montant du **forfait de soins** est le **même pour toutes les catégories Katz** (tarifs AViQ) : la catégorie sert à **déclarer le profil de dépendance** à la mutuelle, pas à fixer un montant différent. Voir Le forfait INAMI.

ÉDITER UNE NOTE INDIVIDUELLE

1. Ouvrez la **période de facturation** du mois (application **MR/MRS → Facturation → Périodes de facturation**).
2. Ouvrez la **fiche de facturation du résident** concerné (« Facturation par résident »).
3. Cliquez **Imprimer → Annexe 12 — Note de Frais Individuelle**.
4. Le PDF est généré au nom du résident et de la période.

Remettez-en un double au résident

La note récapitulative certifie qu'« un double de la note de frais individuelle a été remis au bénéficiaire ». Pensez donc à **remettre la note individuelle** (ou son double) à chaque résident ou à son représentant.

La Note de Frais Récapitulative (par organisme assureur)

La note récapitulative regroupe, pour un mois, **tous les résidents d'un même organisme assureur** sur un tableau unique. Resthome produit **une page par O.A.** : si votre période compte des résidents affiliés à plusieurs mutuelles, le document contient autant de pages que d'organismes.

En-tête de chaque page :

- l'**identification de l'institution** : nom, adresse, téléphone, **n° INAMI** ;

- l’**identification de la mutualité** : n° (code O.A.) et nom ;
- la **période** couverte (« Note récapitulative du … au … — établie le … »).

Le tableau des résidents comporte les colonnes suivantes :

Colonne	Contenu
N° note individuelle	Référence de la note individuelle du résident
Nom et prénom du bénéficiaire	Le résident
N° d’inscription	Le NISS du résident
Nombre de jours	Jours de présence facturés
À charge O.A.	Part remboursée par l’organisme assureur
À charge patient	Part à payer par le résident
Total	Somme des deux

La dernière ligne totalise le **Total général pour l’O.A.**, à charge patient et total. Le document se termine par une **certification** signée du **Responsable de l’Institution** (date, nom et signature).

ÉDITER UNE NOTE RÉCAPITULATIVE

1. Ouvrez la **période de facturation** du mois (ou sélectionnez-la dans la liste **Périodes de facturation**).
2. Cliquez **Imprimer** → **Annexe 12 — Note Récapitulative**.
3. Resthome génère le PDF, **une page par organisme assureur**.

Quand éditer l’Annexe 12

Éditez l’Annexe 12 **une fois le mois facturé** : les montants reprennent les lignes de facturation calculées par Resthome (forfait, hébergement, suppléments, médicaments, absences). Si vous modifiez une facture après coup, **actualisez** la période puis régénérez le document pour qu’il reflète les nouveaux montants.

Elle accompagne l'eFact

La note récapitulative est le justificatif « papier » qui **accompagne la facturation transmise** à chaque organisme assureur. Pour le flux électronique complet (envoi du forfait à la mutuelle), voir Facturer un mois, pas à pas.

Départ ou décès en cours de mois

Les montants tiennent compte des **jours de présence réels** : un départ ou un décès en cours de mois est déjà reflété dans les lignes de facturation, donc dans l'Annexe 12. Voir Départ et décès.

Points clés à retenir

- L'Annexe 12 existe en **deux formes** : la **note individuelle** (par résident) et la **note récapitulative** (par organisme assureur).
- Les deux se génèrent depuis le bouton **Imprimer** : la récapitulative sur la **période**, l'individuelle sur la **fiche de facturation par résident**.
- La note individuelle porte les **trois montants obligatoires** : à charge O.A., à charge patient et total.
- La récapitulative produit **une page par organisme assureur** et totalise le **Total général pour l'O.A.**.
- Un **double de la note individuelle** doit être **remis au résident**.
- Le n° INAMI de l'institution et les tarifs sont **propres à votre établissement** : vérifiez qu'ils sont correctement configurés.

Pour aller plus loin

- Facturer un mois, pas à pas
- Les suppléments
- Vue d'ensemble de la facturation
- Départ et décès

La prise en charge CPAS

Quand un résident n'a pas les moyens de couvrir sa **part personnelle** (hébergement et suppléments), le **CPAS** (Centre Public d'Action Sociale) de sa commune peut la **prendre en charge**, en totalité ou en partie. Resthome vous permet d'**enregistrer cette décision** sur la fiche du résident et de **router la facture** vers le bon débiteur.

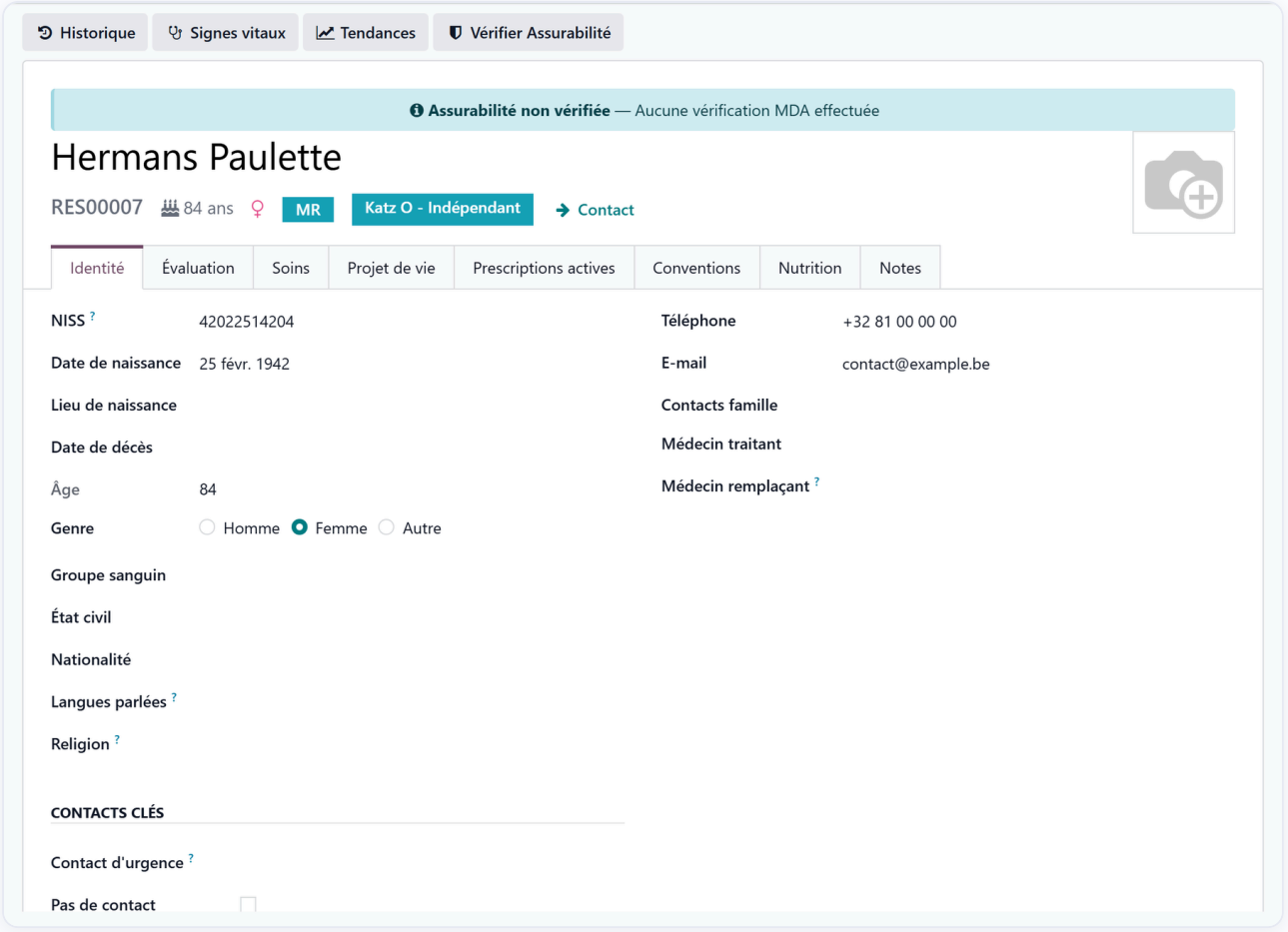
Vous trouvez ces réglages dans l'onglet **Facturation** de la fiche résident, et la liste des CPAS dans **Facturation** → **Configuration** → **CPAS**.

> **Ce que couvre le CPAS**
>
> Le CPAS intervient sur la **part résident** (chambre + suppléments), pas sur le **forfait de dépendance** : celui-ci est pris en charge à 100 % par la mutuelle et facturé via l'eFact. Voir Le forfait INAMI (dépendance).

À quoi sert la prise en charge CPAS

Deux notions sont à distinguer :

- **Enregistrer la décision** — qui est le CPAS, à partir de quand, sous quelle référence, pour quelle couverture et quel montant. Ces informations documentent le dossier et sont **tracées dans le journal d'audit** (catégorie financière).
- **Router la facture** — décider **à qui** Resthome adresse la part résident : au résident, à sa famille, ou au CPAS. Ce routage se pilote via le **Contact facturation** ou les **débiteurs alimentaires** (voir plus bas).



1. Déclarer le CPAS comme organisme

Avant de rattacher un résident à un CPAS, le CPAS doit exister comme contact.

1. Ouvrez **Facturation** → **Configuration** → **CPAS**.
2. Cliquez sur **Nouveau** et encodez le **nom** du CPAS, sa ville, son téléphone et son e-mail.
3. Vérifiez que la case **« Est un CPAS »** est cochée (elle l'est par défaut depuis ce menu).
4. **Enregistrez.**

> **Pourquoi cocher « Est un CPAS »**
>
> Le champ **CPAS** de la fiche résident ne propose que les contacts marqués **« Est un CPAS »**. Un CPAS créé ailleurs (dans les contacts génériques) n'apparaîtra dans la liste que si cette case est cochée sur sa fiche.

2. Renseigner la prise en charge sur le résident

1. Ouvrez la fiche du **résident** et l'onglet **Facturation**.
2. Dans le groupe **Aide CPAS**, cochez **Pris en charge CPAS**.
3. Sélectionnez le **CPAS** responsable.
4. Choisissez la **Couverture CPAS** : *Prise en charge totale* ou *Prise en charge partielle*.
5. En couverture partielle, saisissez le **Montant mensuel CPAS**.
6. Complétez la **Décision CPAS** : date, référence et, si besoin, des **Notes CPAS**.

Champ	Rôle
Pris en charge CPAS	Active la prise en charge et bascule le **Payeur par défaut** sur CPAS
CPAS	L'organisme responsable (liste filtrée sur « Est un CPAS »)
Couverture CPAS	*Totale* (le CPAS paie tout) ou *Partielle* (le CPAS paie une part)
Date décision CPAS	Date de la décision d'octroi
Référence décision CPAS	Numéro / référence de la décision reçue
Montant mensuel CPAS	Montant payé par le CPAS — **couverture partielle uniquement**
Notes CPAS	Texte libre (conditions, contact, remarques)

> **Champs qui apparaissent au fur et à mesure**
>
> Le CPAS, la couverture et le bloc **Décision CPAS** ne s'affichent qu'une fois **« Pris en charge CPAS »** coché. Le **Montant mensuel CPAS** n'apparaît qu'en couverture **partielle**.

3. Router la facture vers le CPAS

C'est l'étape qui décide **à qui** part la facture de la part résident.

- **Le CPAS paie tout** → renseignez le **Contact facturation** du résident (dans le groupe *Payeur par défaut*) avec le contact du **CPAS**. La facture mensuelle de la part résident sera alors **adressée au CPAS**.
- **Le CPAS paie une partie** → utilisez les débiteurs alimentaires (facturation partagée) : ajoutez le CPAS comme débiteur avec son **pourcentage**, et le reste des payeurs (résident, famille) pour le solde.

> ⚠ **La section « Aide CPAS » est un enregistrement, pas un moteur de répartition**
>
> Les champs de la section **Aide CPAS** documentent la décision et basculent le **Payeur par défaut** sur CPAS, mais **ils ne redirigent pas et ne scindent pas automatiquement la facture**. Le destinataire de la facture reste déterminé par le **Contact facturation** du résident (ou le contact de facturation du séjour), et la répartition partielle par la **facturation partagée**. Sans l'un de ces deux leviers, la part résident continue d'être adressée **au résident**.

Ce que Resthome fait — et ne fait pas

Action	Automatique ?
Tracer la décision CPAS (audit financier)	Oui, dès la saisie
Basculer le **Payeur par défaut** sur CPAS quand vous cochez « Pris en charge CPAS »	Oui
Adresser la facture au CPAS	Non — via le **Contact facturation**
Répartir la part résident entre CPAS et famille	Non — via la facturation partagée
Déduire le **Montant mensuel CPAS** des montants facturés	Non — champ documentaire

Points clés à retenir

- La prise en charge CPAS concerne la **part résident** (chambre + suppléments), pas le **forfait de dépendance** (part mutuelle, via eFact).

- Créez d'abord le CPAS dans **Facturation** → **Configuration** → **CPAS** (case **« Est un CPAS »**), puis rattachez-le au résident dans l'onglet **Facturation**.
- La couverture est **totale** ou **partielle** ; le **Montant mensuel CPAS** ne s'applique qu'à la couverture partielle.
- La section **Aide CPAS enregistre** la décision ; pour **router** la facture, utilisez le **Contact facturation** (couverture totale) ou la **facturation partagée** (couverture partielle).
- Le **Montant mensuel CPAS** et la référence de décision sont **propres à chaque dossier**, d'après la notification du CPAS.

Pour aller plus loin

- Gérer un résident
- Facturer un mois
- Débiteurs alimentaires (facturation partagée)
- Le forfait INAMI (dépendance)

Débiteurs alimentaires (facturation partagée)

Quand la **part résident** (hébergement + suppléments) doit être payée par **plusieurs personnes** — typiquement les **débiteurs alimentaires** (enfants, proches) — Resthome permet de la **répartir automatiquement**.

Le principe

Vous définissez, pour un résident, une **répartition en pourcentage** entre plusieurs débiteurs. À chaque facture mensuelle, Resthome **découpe la part résident** selon ces pourcentages et adresse à chaque débiteur **sa quote-part**.

> **Ce qui est réparti**
>
> Seule la **part résident** est concernée (la chambre et les suppléments). Le **forfait INAMI** (part mutuelle) n'est pas réparti : il part vers la mutuelle via l"eFact.

Mettre en place une répartition

1. Sur la fiche du **résident** (ou sa période de facturation), ouvrez l'onglet de **répartition**.
2. Ajoutez les **débiteurs** et leur **pourcentage** (le total doit faire 100 %).
3. **Enregistrez.**

Les factures suivantes sont automatiquement **scindées** selon cette clé.

> **Solde à zéro**
>
> La répartition est conçue pour **tomber juste** : la somme des quotes-parts correspond exactement à la part résident, sans reste ni écart d'arrondi.

Pour aller plus loin

- Vue d'ensemble de la facturation
- Les suppléments

Resthome automatise la facturation MR/MRS : la **part mutuelle** (forfait INAMI) et la **part résident** (hébergement + suppléments), période par période.

Les grands principes

- **Période de facturation** : un mois. On la **génère**, puis on **facture**.
- **Forfait INAMI** : calculé selon la **catégorie Katz** et les jours de présence ; c'est la part remboursée par la mutuelle.
- **Hébergement** : la part payée par le résident (la chambre), selon le tarif.
- **Suppléments** : prestations ponctuelles ou récurrentes (chambre individuelle, TV, coiffeur…), via l'"**enveloppe de suppléments** du résident.
- **Absences** : une absence (hospitalisation, vacances) **réduit le forfait** sur la période concernée et peut déclencher une notification eHealth.

Facturation anticipative

Pour les résidents facturés en avance, l'hébergement d'un mois est facturé **le mois précédent**. Le forfait et les suppléments, eux, sont facturés sur le mois de prestation.

Le bouton « Actualiser »

Sur une période de facturation, l'action **Actualiser** recalcule tout en un clic : lignes de facturation, suppléments et factures brouillon.

Bon à savoir

- Les résidents dont la facture est **déjà comptabilisée** sont laissés intacts ; tout le reste est recalculé.
- Ajouter un supplément ou une absence se **synchronise automatiquement** : il n'est en général pas nécessaire de cliquer « Actualiser ».

Cycle d'une période

1. **Nouvelle période** (le mois).
2. **Générer** les lignes de facturation.
3. Vérifier l'"**assurabilité (MDA)** des résidents.
4. **Créer les factures** (part résident).
5. **Comptabiliser** les factures.
6. **Générer l'eFact** (part mutuelle) puis l'envoyer.

Pas à pas

Suivez le guide détaillé Facturer un mois, pas à pas, ou visualisez l'ensemble du parcours de facturation.

À suivre

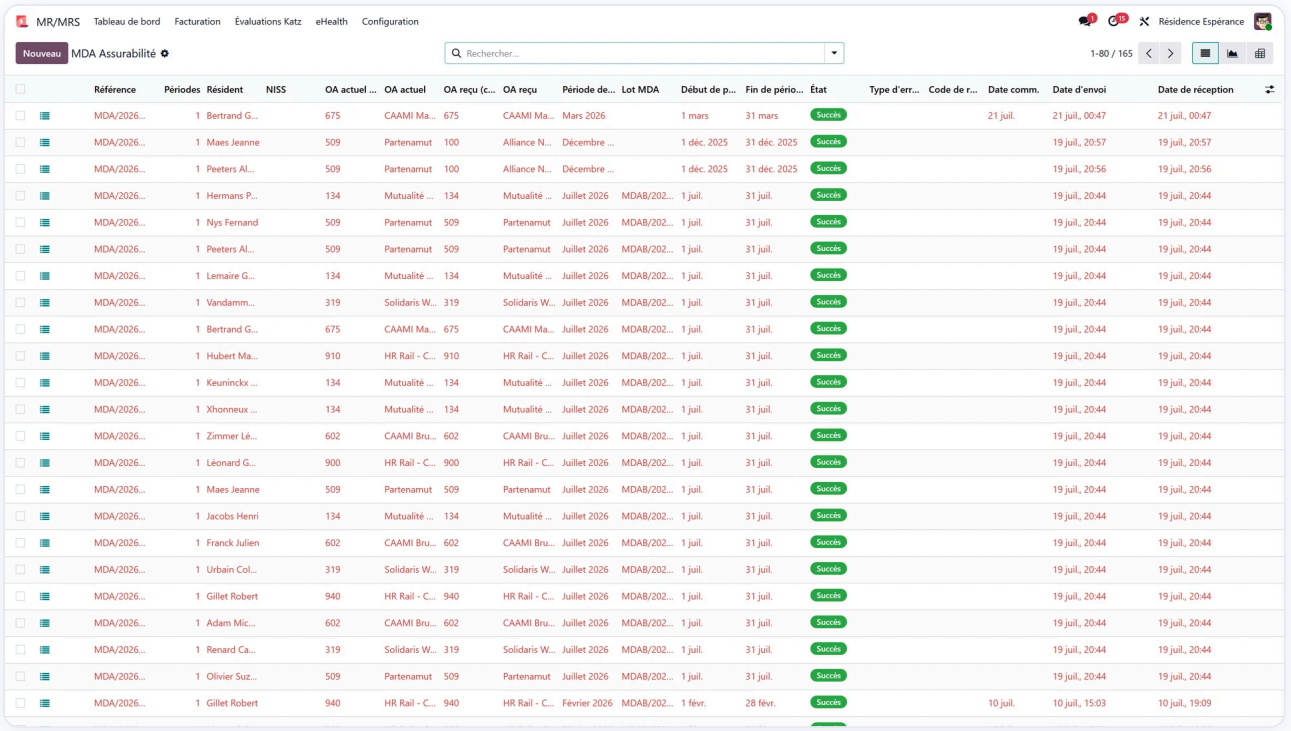
- Facturer un mois, pas à pas — le guide complet du mois.
- Le forfait INAMI (dépendance) — Katz → catégorie → montant facturé.
- Les suppléments — enveloppe de suppléments, ponctuels ou récurrents.
- Absences et hospitalisations — effet sur le forfait, règle des 72 h, notification eHealth automatique.
- Départ et décès — arrêt de la facturation, note de crédit de l'hébergement prépayé.
- Débiteurs alimentaires — répartir la part résident entre débiteurs.
- Accords (eAgreement) — notifier la mutuelle (admission, absence, retour, sortie).
- eHealth — envoi de la part mutuelle (eFact) et accords.
- Gérer un résident
- Le parcours de facturation · FAQ · Glossaire

eHealth

Assurabilité (MDA)

Avant de facturer, il faut s'assurer que le résident est **en ordre d'assurabilité** et connaître sa **mutuelle** exacte. Le **MDA** interroge pour vous **MyCareNet / WalCareNet** et récupère l'information à jour, pour une **période** donnée. C'est le préalable indispensable à l'envoi eFact.

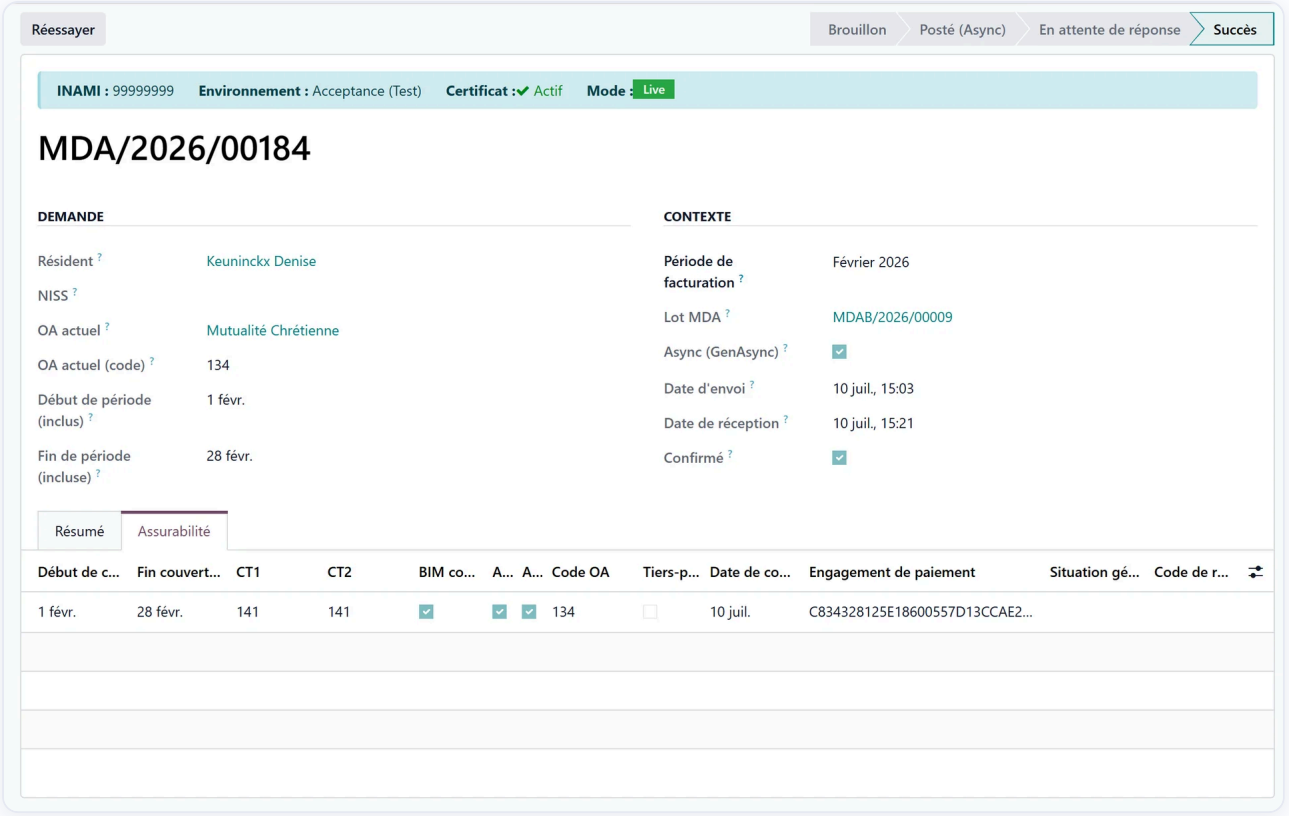
Menu : **eHealth** → **Assurabilité** → **Requêtes MDA** (et **Lots MDA**).



Référence	Périodes	Résident	NISS	OA actuel ...	OA actuel	OA reçu (c...	OA reçu	Période de...	Lot MDA	Début de p...	Fin de pério...	État	Type d'err...	Code de r...	Date comm.	Date d'envoi	Date de réception
MDA/2026...	1	Bertrand G...		675	CAAMI Ma...	675	CAAMI Ma...	Mars 2026		1 mars	31 mars	Succès			21 juil.	21 juil., 00:47	21 juil., 00:47
MDA/2026...	1	Maes Jeanne		509	Partenamut	100	Alliance N...	Décembre ...		1 déc. 2025	31 déc. 2025	Succès				19 juil., 20:57	19 juil., 20:57
MDA/2026...	1	Peeters Al...		509	Partenamut	100	Alliance N...	Décembre ...		1 déc. 2025	31 déc. 2025	Succès				19 juil., 20:56	19 juil., 20:56
MDA/2026...	1	Hermans P...		134	Mutualité ...	134	Mutualité ...	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Nys Fernand		509	Partenamut	509	Partenamut	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Peeters Al...		509	Partenamut	509	Partenamut	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Lemaire G...		134	Mutualité ...	134	Mutualité ...	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Vandamm...		319	Solidaris W...	319	Solidaris W...	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Bertrand G...		675	CAAMI Ma...	675	CAAMI Ma...	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Hubert Ma...		910	HR Rail - C...	910	HR Rail - C...	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Keuninckx ...		134	Mutualité ...	134	Mutualité ...	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Xhonneux ...		134	Mutualité ...	134	Mutualité ...	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Zimmer Lé...		602	CAAMI Bru...	602	CAAMI Bru...	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Léonard G...		900	HR Rail - C...	900	HR Rail - C...	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Maes Jeanne		509	Partenamut	509	Partenamut	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Jacobs Henri		134	Mutualité ...	134	Mutualité ...	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Franck Julien		602	CAAMI Bru...	602	CAAMI Bru...	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Urbain Col...		319	Solidaris W...	319	Solidaris W...	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Gillet Robert		940	HR Rail - C...	940	HR Rail - C...	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Adam Mic...		602	CAAMI Bru...	602	CAAMI Bru...	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Renard Ca...		319	Solidaris W...	319	Solidaris W...	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Olivier Suz...		509	Partenamut	509	Partenamut	Juillet 2026	MDAB/202...	1 juil.	31 juil.	Succès				19 juil., 20:44	19 juil., 20:44
MDA/2026...	1	Gillet Robert		940	HR Rail - C...	940	HR Rail - C...	Février 2026	MDAB/202...	1 févr.	28 févr.	Succès			10 juil.	10 juil., 15:03	10 juil., 19:09

Ce que le MDA récupère

- **Assuré ou non** sur la période.
- La **mutuelle (OA)** qui a réellement répondu — à comparer avec celle du profil (une **mutation** de mutuelle est détectée et signalée).
- Le **statut BIM** (intervention majorée).



- Les **périodes de couverture** (dates de début/fin ; plusieurs sous-périodes si l'assurance a changé pendant l'intervalle).
- Le **numéro d'affiliation** à la mutuelle.
- Le cas échéant : **tiers payant**, **date de décès** signalée par l'OA, et selon la demande, la **pharmacie de référence**, le **DMG**, le **statut palliatif** ou une **hospitalisation**.

> ⚠ **Le cas « pas en ordre »**
>
> Si les codes bénéficiaire reviennent à zéro (assuré mais cotisations impayées / dossier à problème), Resthome affiche une **alerte** : le résident est affilié mais **pas en ordre**. À clarifier avec lui ou sa mutuelle avant de facturer à l'OA.

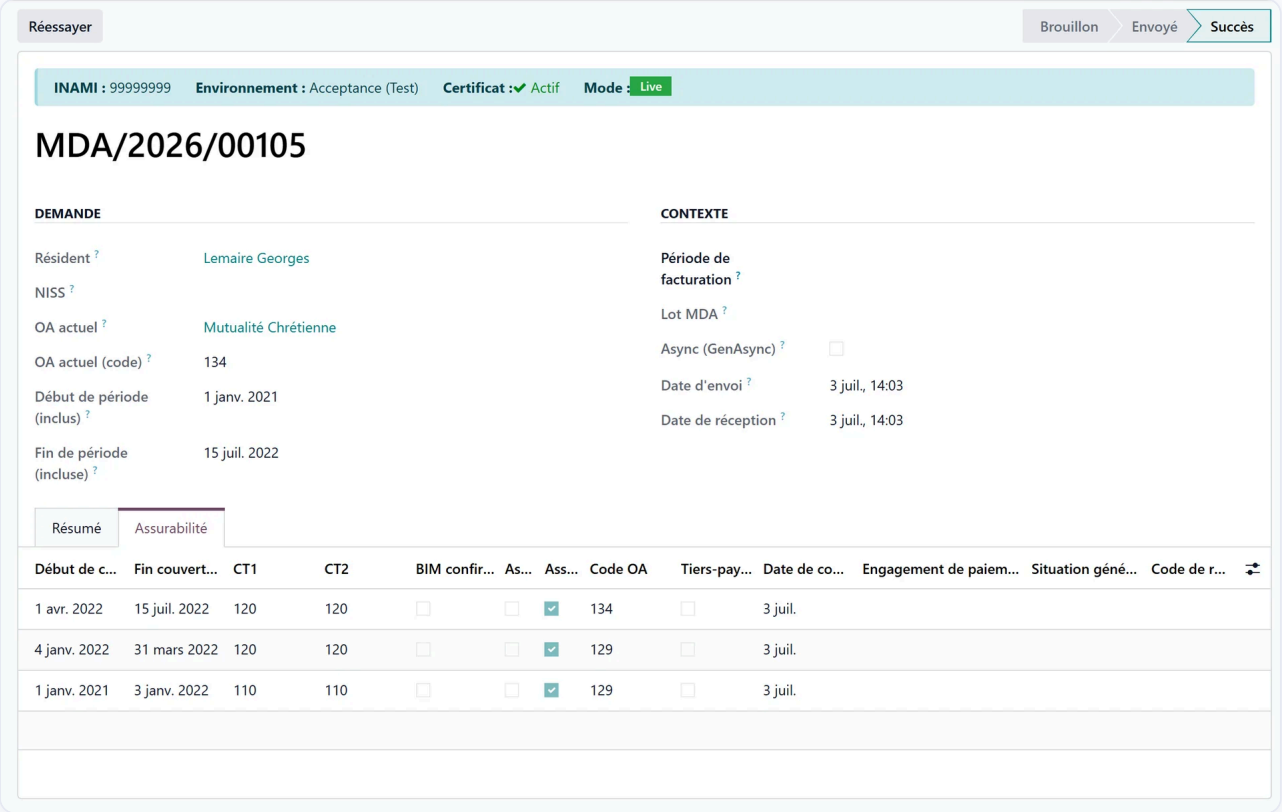
Prérequis

> ⚠ **À vérifier**
>
> - Le résident a un **NISS** valide.
> - Le **numéro INAMI** de l'établissement est configuré.
> - Le **certificat eHealth** est actif.
>
> La **mutuelle du profil** n'est pas bloquante (l'OA réel est identifié par la réponse), mais la renseigner aide à repérer les mutations.

Resthome applique aussi des règles de période automatiques : la fin doit être après le début, au plus **5 ans** d'historique, et un MDA standard ne dépasse pas le mois courant.

Contrôle individuel

1. Créez une **requête MDA** (résident, NISS pré-rempli, période = le mois courant par défaut).
2. Cliquez **Envoyer (Sync)** : l'envoi est **immédiat** et la réponse revient tout de suite.
3. Consultez le résumé et les périodes d'assurabilité.



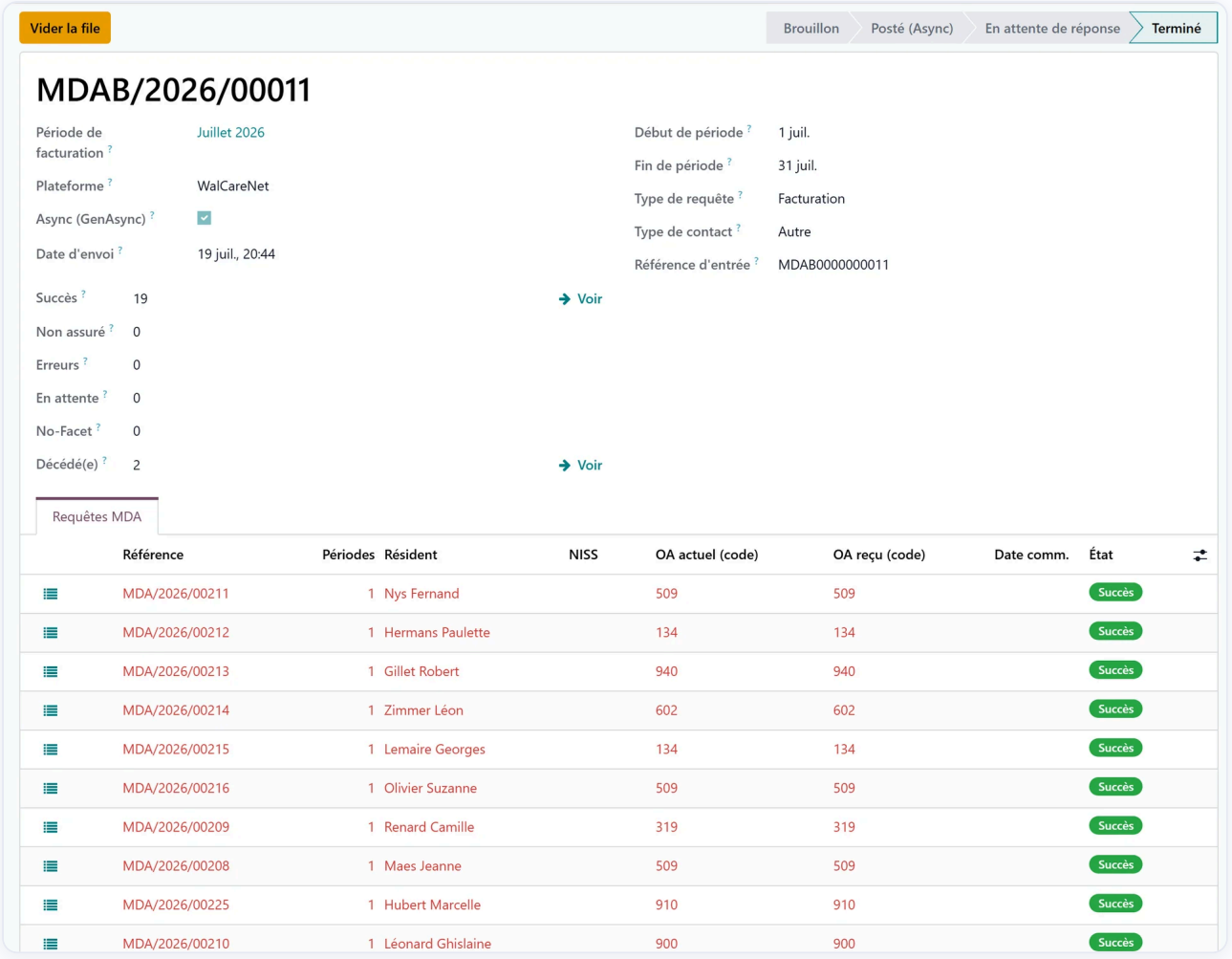
> **Un seul MDA par résident et par période**
>
> Refaire un contrôle pour le même résident et la même période **réutilise** la requête existante — pas de doublon.

Contrôle par lot (recommandé en début de mois)

Pour toute une période, lancez le contrôle **par lot** : sélectionnez les résidents (vous pouvez **coller une colonne** de noms/NISS), la période et envoyez tout le lot d'un coup.

- **Envoi immédiat (Sync)** : pour de petits volumes.
- **Envoi groupé (Async)** : pour les **gros lots mensuels** — la demande part, et la réponse se récupère un peu plus tard avec **Vérifier les réponses** (nécessite au moins 2 résidents).

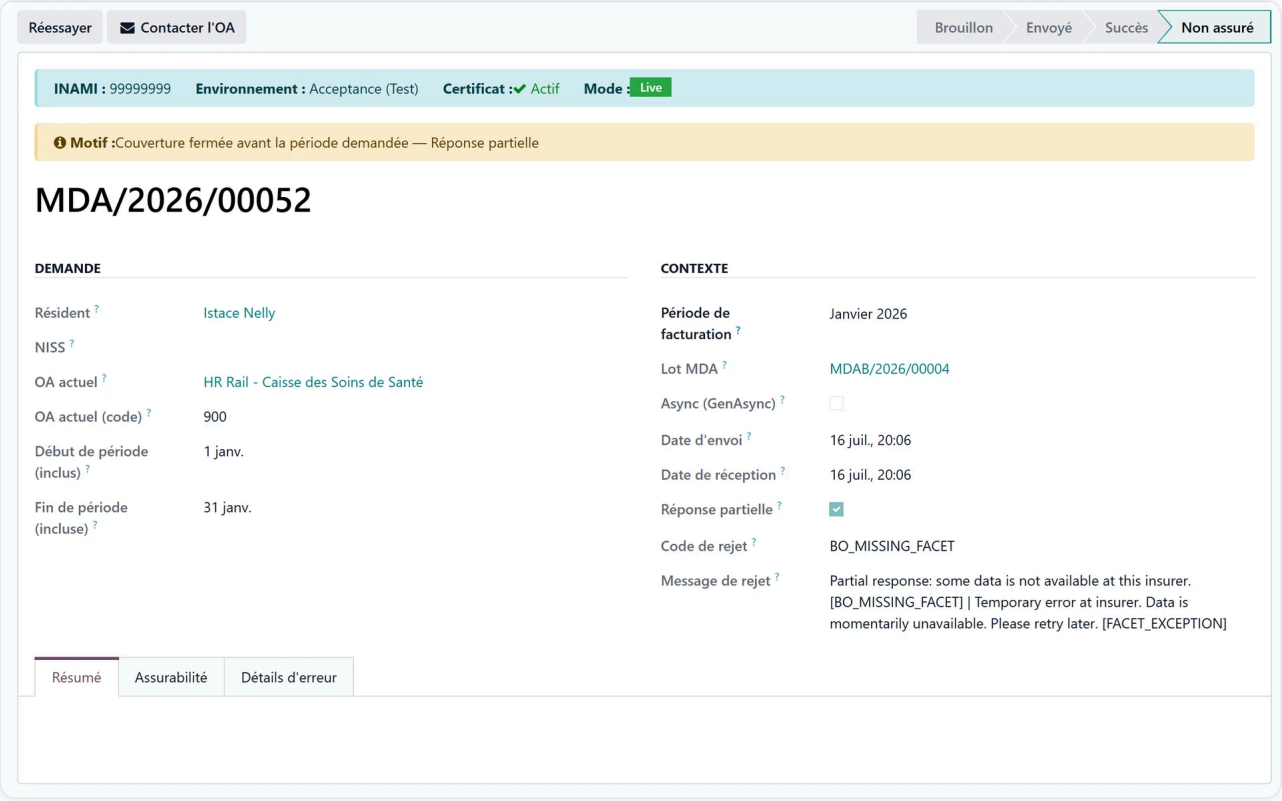
Le lot affiche des **compteurs** : Assurés, Non assurés, Erreurs, En attente, et « Décès détectés ».



> **Le bon réflexe**
>
> Faites le MDA **en début de mois**, avant de générer les factures : vous évitez les rejets eFact ultérieurs dus à une mutuelle erronée ou à une perte d'assurabilité.

Les statuts

Statut	Signification
Brouillon	Pas encore envoyé
Envoyé / En attente	Transmis, réponse attendue (surtout en groupé)
Succès	Réponse reçue, résident assuré
Non assuré	Réponse OK, mais résident non couvert
Sans réponse	La plateforme a clôturé sans réponse d'un OA (à réessayer)
Erreur	L'OA ou la plateforme a renvoyé une erreur



Les boutons

Bouton	Effet
Envoyer (Sync)	Envoi immédiat, réponse tout de suite
Vérifier la réponse	Récupère une réponse d'un envoi groupé
Réessayer	Remet en brouillon pour renvoyer
Contacter l'OA	Ouvre un e-mail pré-rempli vers la mutuelle qui a répondu
Signaler à l'intermut.	Ouvre un e-mail vers le CIN pour les blocages plateforme

Sur un lot, les mêmes actions existent en version groupée (**Envoyer**, **Vérifier les réponses**, **Réessayer les erreurs**, **Réessayer les sans-réponse**).

Ce que Resthome met à jour tout seul

Après une réponse réussie, la fiche résident est **corrigée automatiquement** :

- **Mutuelle (OA)** : si l'OA qui répond diffère du profil, le profil est mis à jour (et l'OA créé s'il manquait).
- Le **statut BIM** et le **numéro d'affilié**.
- La **date de naissance** et le **sexe** : les valeurs de l'organisme assureur **l'emportent**, même si la fiche contient déjà autre chose (voir ci-dessous).
- **Date de décès** si l'OA la signale → alerte sur la fiche.

SUR L'IDENTITÉ, L'ORGANISME ASSUREUR L'EMPORTE

La date de naissance et le sexe sont **écrasés**, et pas seulement complétés lorsqu'ils sont vides. C'est délibéré : une date de naissance en désaccord avec le NISS fait **rejeter l'eFact**, et une faute de frappe saisie à l'admission survivrait sinon à tous les contrôles — l'opérateur croyant que le MDA avait validé le dossier. L'organisme assureur applique la même règle.

Quand une valeur existante change, Resthome publie **MDA — identité corrigée** dans le fil du résident, en listant chaque changement sous la forme ~~ancien~~ → **nouveau**. Rien ne bouge en silence.

La date de décès fait exception

Si l'organisme assureur communique une **date de décès** différente de celle du dossier, Resthome ne l'écrase **pas** : il publie *« MDA — la date de décès diverge »* et vous laisse arbitrer. Cette date clôture le séjour et plafonne le forfait — trop lourde de conséquences pour être modifiée automatiquement.

LES CHAMPS D'IDENTITÉ SONT VERROUILLÉS APRÈS LA PREMIÈRE RÉPONSE

Dès qu'un résident a une réponse MDA, les champs que le MDA possède — nom, date de naissance, sexe, mutuelle — passent en **lecture seule** sur la fiche. Cela évite qu'une modification manuelle contredise en silence ce que détient l'organisme assureur.

Le verrou n'est pas absolu :

- **avant** tout MDA les champs sont libres — c'est ainsi qu'on crée un candidat ;
- un **manager** peut le lever fiche par fiche avec **Autoriser la modification manuelle de l'identité**.

Lever le verrou est temporaire

N'utilisez **Autoriser la modification manuelle de l'identité** que si la réponse de l'organisme assureur est réellement erronée. Le **prochain rafraîchissement MDA écrase votre correction** — réglez le désaccord avec l'organisme assureur plutôt que d'entretenir l'écart à la main.

Garde-fou régimes spéciaux

Pour les résidents sous **régime particulier** (INIG, CEE, Fedasil, étranger, privé…), Resthome **n'écrase pas** la mutuelle du profil : un message explique que la réponse MDA a été ignorée pour ne pas casser une couverture non standard.

Réintégration (perte puis retour d'assurabilité)

Resthome compare avec le contrôle précédent :

- **Non assuré → assuré** : une notification apparaît sur la période, et l'action **Réintégration** permet de basculer vers l'OA les lignes qui avaient été facturées au résident.
- **Assuré → non assuré** : Resthome signale que le résident « n'est plus en ordre » — son forfait est exclu de la facturation OA de la période et facturé au résident jusqu'au rétablissement.

Gestion des erreurs

Situation	Quoi faire
Sans réponse (plateforme)	**Réessayer les sans-réponse** ; si ça persiste, **Signaler à l'intermut.**
Rejet de l'OA	**Contacter l'OA** (motif affiché)
Erreur technique	**Signaler à l'intermut.**
Résident sans mutuelle	Non bloquant : l'OA réel vient de la réponse
En attente (groupé)	**Vérifier les réponses** ou patienter

Pour aller plus loin

- Erreurs MDA — causes et solutions
- Facturation électronique (eFact)
- Accords (eAgreement)
- Vue d'ensemble de la facturation

Erreurs MDA — causes et solutions

Le MDA interroge pour vous la plateforme des mutualités (MyCareNet / WalCareNet) pour confirmer qu'un résident est **assuré sur la période** et identifier **la mutualité qui le couvre réellement**. C'est le **préalable à l'eFact**. Cette page regroupe les erreurs et cas particuliers, avec la marche à suivre.

Le bon réflexe

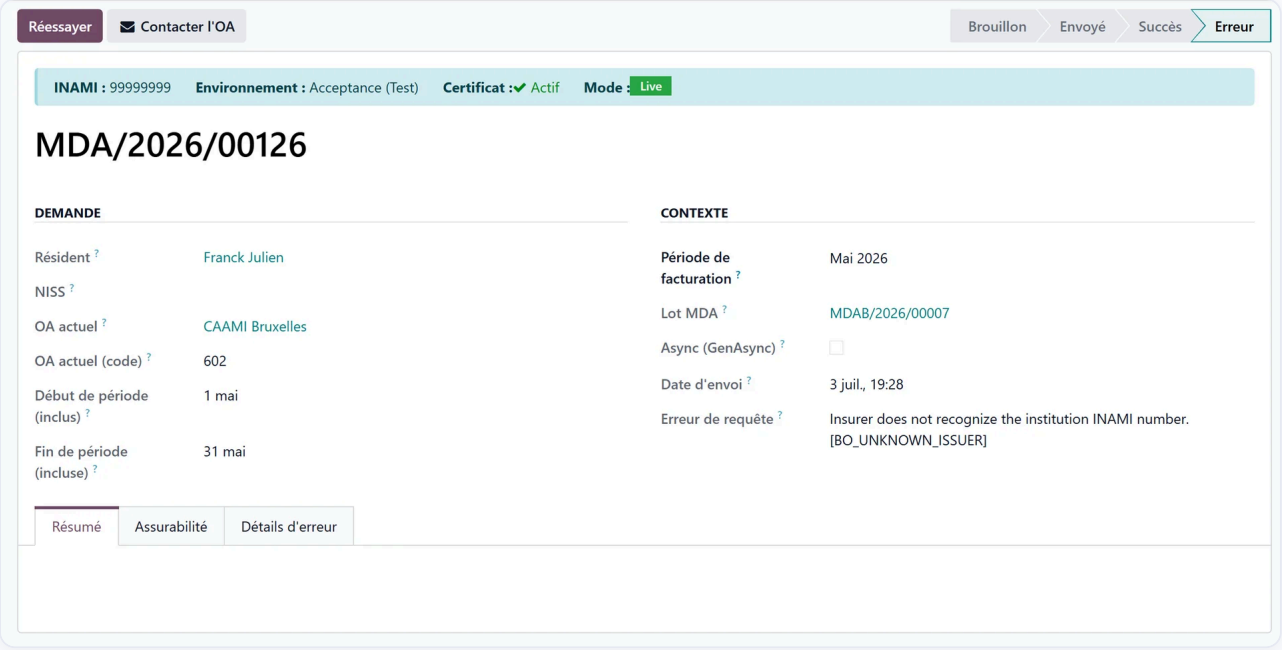
Lancez le MDA **en début de mois, avant de générer les factures** : vous évitez les rejets eFact ultérieurs dus à une mauvaise mutualité ou à une perte d'assurabilité découverte trop tard.

Situations MDA → action

Rappel des statuts que Resthome peut afficher : **Brouillon · Envoyé / En attente · Succès · Non assuré · Sans réponse · Erreur**. Actions disponibles : **Envoyer · Vérifier la réponse · Réessayer · Contacter l'OA · Signaler à l'intermut.**

Situation	Ce que Resthome affiche	Cause probable	Action
NISS non reconnu	**Erreur** : la demande est refusée avant d'arriver à une mutualité	Le **NISS** est mal saisi (chiffre inversé, faute de frappe) : format invalide	Vérifier le NISS (carte d'identité), **le corriger**, puis **Réessayer**. C'est la cause la plus fréquente.
Bénéficiaire introuvable	**Erreur** : « non trouvé »	NISS bien formé mais **pas (encore) connu** de la plateforme (inscription très récente, cas particulier)	Confirmer le NISS et l'affiliation. Si le numéro est correct : **Contacter l'OA** ; en dernier recours **Signaler à l'intermut.**
Assuré mais « pas en ordre »	**Non assuré** + **alerte**	Affiliation existante mais **couverture non valide** (cotisations impayées, dossier à régulariser)	Ne pas facturer l'OA pour cette période. **Contacter l'OA** ou le résident pour régulariser ; facturer la part **au résident** en attendant.
Pas de mutualité sur la fiche	Non bloquant : après un MDA réussi, la mutualité est **remplie automatiquement**	Profil incomplet (nouveau résident)	Lancer le MDA : s'il aboutit, Resthome **renseigne** la mutualité et le n° d'affiliation. Sinon, revérifier le NISS.
Changement de mutualité (mutation)	**Mutation détectée** : le profil est **mis à jour**	Le résident a changé de mutualité ; le profil n'était pas à jour	Laisser Resthome corriger le profil ; **vérifier** la nouvelle mutualité avant de facturer.
« Sans réponse »	**Sans réponse**	La plateforme a clôturé la demande sans réponse — souvent **hors horaires** (soir/week-end) ou indisponibilité	**Réessayer** aux heures ouvrables. Si cela persiste, **Signaler à l'intermut.**

Situation	Ce que Resthome affiche	Cause probable	Action
		temporaire. Ce n'est pas une erreur de votre part	
Erreur technique	**Erreur** + détail technique	Panne temporaire côté plateforme ou mutualité	**Réessayer** plus tard ; si l'erreur revient, **Signaler à l'intermut.** Ne pas relancer en boucle.
Décès signalé par la mutualité	**Date de décès** sur la fiche + alerte	L'OA signale un décès (couverture close)	Vérifier et **arrêter la facturation** à la bonne date.
Régime particulier	La réponse MDA est **ignorée** ; la mutualité du profil **reste inchangée**	Le résident relève d'un régime spécial (voir plus bas)	Ne rien corriger : le garde-fou est **volontaire**. Facturer selon le régime particulier.



Régimes particuliers

Certains résidents ne relèvent **pas** du flux mutualité standard. Dans ces cas, Resthome **n'écrase pas** la mutualité de leur profil avec la réponse du MDA, et la facturation se fait

souvent **sur papier**, adressée au véritable payeur (ou au résident), plutôt qu'en eFact.

- **Statut BIM (intervention majorée)** — ce n'est pas un régime à part : le MDA le **récupère et met à jour tout seul**. Il ouvre droit à un **ticket modérateur réduit** pour le résident (la part à sa charge diminue) ; le forfait journalier, lui, est inchangé.
- **Invalides de guerre / victimes civiles** — le résident a **deux couvertures** : sa mutualité standard (visible dans le MDA) **et** une couverture spécifique qui **ne passe pas** par le MDA. Le garde-fou évite d'écraser cette configuration.
- **Retraités d'institutions internationales** — couverts par un régime propre à leur organisation, pas par une mutualité belge classique.
- **Pensionnés étrangers** — couverture d'un régime étranger via les formulaires européens de coordination ; en pratique, beaucoup s'affilient tout de même à une mutualité belge.

> ⚠ **En cas de doute**
>
> Pour un régime particulier, en cas de doute sur l'organisme à facturer, rapprochez-vous de la mutualité ou de l'organisme concerné avant d'émettre la facture.

Bonnes pratiques

- **MDA en début de mois, avant de facturer.**
- **Contrôle individuel** (immédiat) pour un résident précis ; **contrôle par lot** pour une période entière — collez au besoin une colonne de noms/NISS.
  - **Envoi immédiat (Sync)** pour les **petits volumes** ;
  - **Envoi groupé (Async)** pour les **gros lots mensuels** : la demande part, puis on **récupère les réponses** un peu plus tard avec **Vérifier les réponses** (nécessite au moins 2 résidents).
- Le lot affiche des **compteurs** (Assurés, Non assurés, Erreurs, En attente, Décès) pour repérer d'un coup d'œil ce qui reste à traiter.
- **Ce que Resthome met à jour** après un MDA réussi : la **mutualité (OA)** réelle, le **statut BIM**, le **numéro d'affiliation**, l'"**identité** si des champs manquaient, et la **date de décès** si l'organisme la signale. Exception : la mutualité d'un **régime particulier** n'est pas écrasée.

Pour aller plus loin

- Assurabilité (MDA)
- Rejets eFact · Facturation électronique (eFact)
- FAQ · Glossaire

Facturation électronique (eFact)

L'**eFact** est l'envoi **électronique** de la **part mutuelle** (le forfait INAMI) aux **organismes assureurs** (OA), via le réseau eHealth / MyCareNet. Resthome construit les fichiers, les transmet et **suit les réponses** pour vous — accusés de réception, décomptes, acceptations et rejets.

Ce guide vous accompagne du début à la fin : générer une période, vérifier, facturer, envoyer l'eFact et traiter les retours.

> **Obligation 2026**
>
> La facturation électronique des forfaits est **obligatoire**. La production a démarré en **avril 2026** ; l'échéance finale pour être en conformité est le **1er octobre 2026**. Resthome respecte les **échéances** d'envoi par période et vous alerte lorsqu'une échéance approche ou est dépassée.

Le cycle d'une période, en un coup d'œil

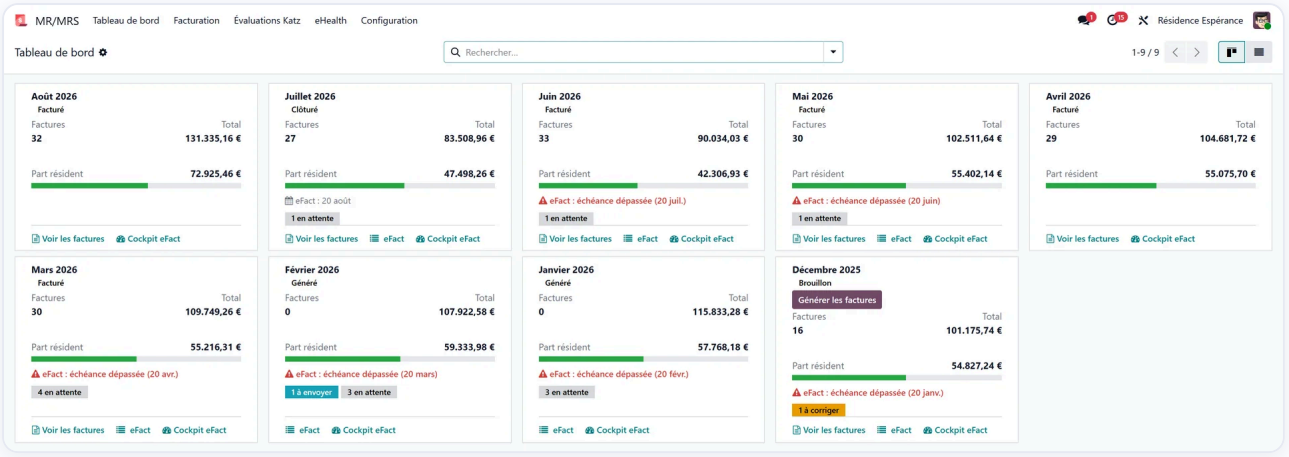
Chaque mois de facturation est une **période** qui passe par quatre états, dans l'ordre :

État	Ce que cela signifie
Brouillon	La période est créée, rien n'est encore calculé.
Générée	Les forfaits et les parts sont calculés, résident par résident. À vérifier.
Facturée	Les factures sont comptabilisées. L'eFact peut être construit et envoyé.
Clôturée	La période est terminée et verrouillée.

Le fil conducteur : **Générer → vérifier → Créer les factures → Générer l'eFact → envoyer → suivre les réponses**.

1. Le tableau de bord des périodes

Ouvrez l'application **MR/MRS → Tableau de bord**. Chaque mois est une carte qui résume l'essentiel.



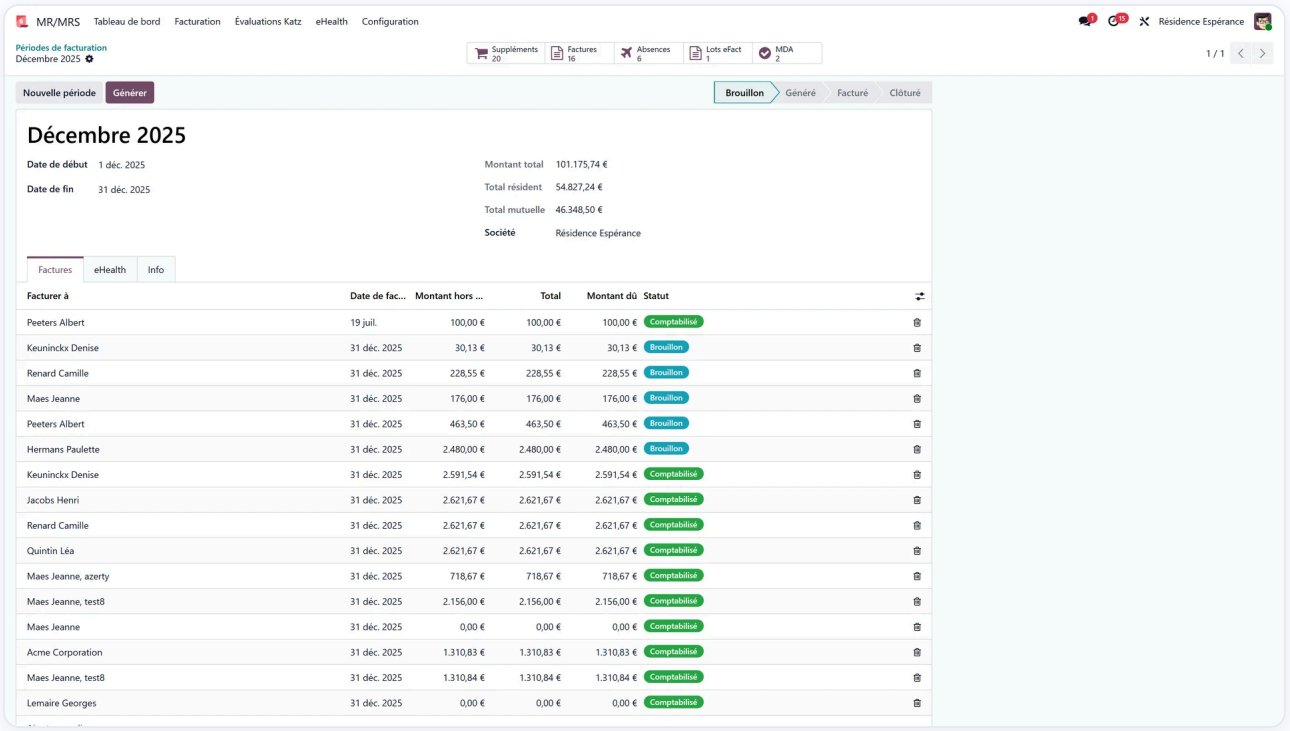
Sur chaque carte :

- le **statut** de la période (Facturée, Générée…) ;
- **Factures** (nombre de factures) et **Total** ;
- **Part résident** (la part à charge du résident) ;
- l'"**échéance eFact** (p. ex. « eFact : 20 sept. ») ;
- des raccourcis : **Voir les factures**, **eFact** (les lots), **Cockpit eFact**.

> ⚠ **« Échéance dépassée »**
>
> Si une carte affiche **eFact : échéance dépassée** en rouge, l'échéance d'envoi de cette période est **passée**. Envoyez sans tarder — au-delà, certains organismes assureurs peuvent refuser le lot.

2. Générer la période (Brouillon → Générée)

Ouvrez la période du mois. À l'état **Brouillon**, un bouton compte : **Générer**.

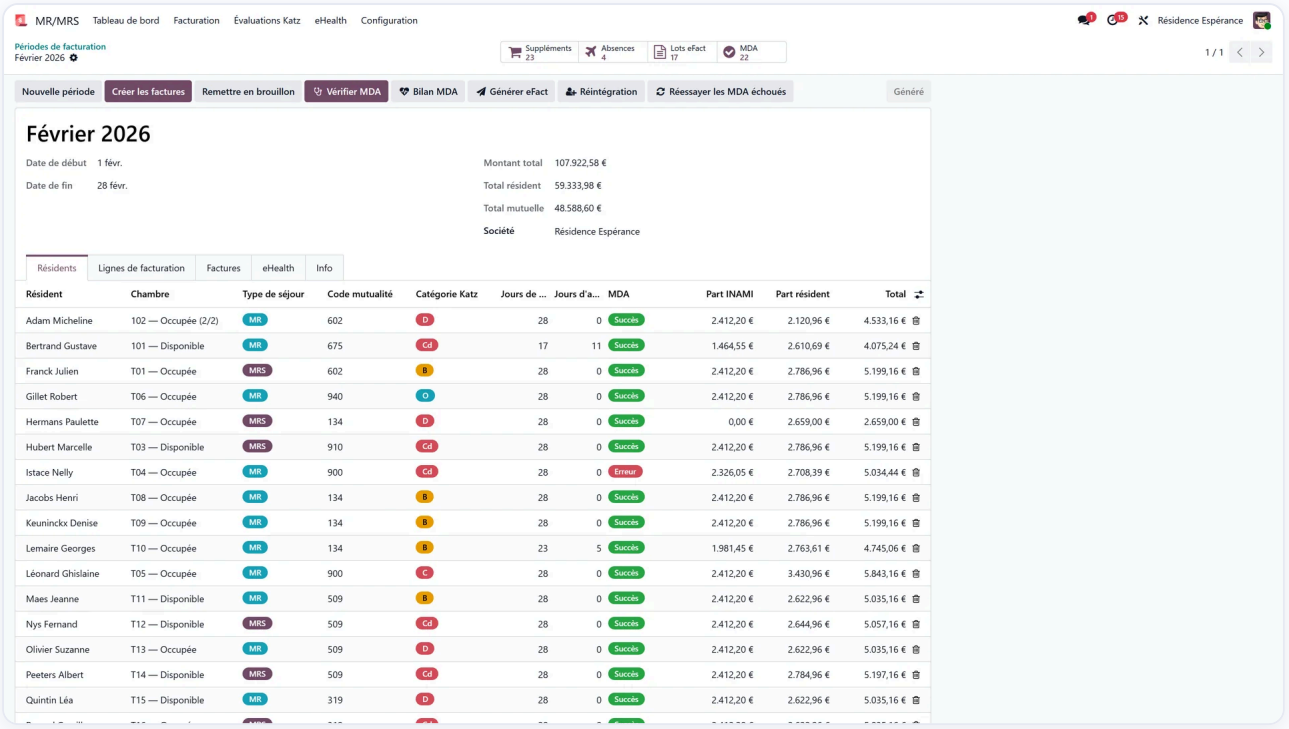


Un assistant **« Générer la facturation »** s'ouvre.



- **Période de facturation / dates** : rappel du mois concerné.
- **Résidents** : laissez **vide pour tous les résidents actifs** (ou ciblez un résident pour un cas particulier).
- **Charger le MDA** : charge l'assurabilité (MDA) déjà vérifiée — « Succès » ou « en attente ». La légende indique l'état MDA de la période.

Cliquez sur **Générer**. La période devient **Générée** : Resthome a calculé, pour **chaque résident**, le forfait Katz, la **part INAMI** (mutuelle) et la **part résident**.



Dans l'onglet **Résidents**, vous trouvez ligne par ligne :

- le **type de séjour** (MR / MRS) et la **chambre** ;
- la **catégorie Katz** (B, C, Cd, D…) ou **Pas de Katz** ;
- les **jours de présence** et **jours d'absence** ;
- la **part INAMI**, la **part résident** et le **montant total**.

Les autres onglets : **Lignes de facturation** (le détail des lignes), **Factures**, **eHealth** (les échanges) et **Info**.

3. Vérifier avant de facturer

C'est l'étape la plus importante. En haut de la période, des **compteurs** donnent l'état de santé du mois : **Suppléments**, **Absences**, **Non facturé**, **MDA** et **Katz à faire** (évaluations Katz manquantes à compléter).

L'autocontrôle de Resthome

Après la génération, Resthome parcourt la période et **signale les anomalies** dans le fil de discussion (à droite). Chaque message décrit le problème **et** l'action à mener. Les cas les plus fréquents :

- **Chambre libérée mais toujours facturée** (surfacturation) — un résident a quitté sa chambre en cours de mois, mais l'hébergement est toujours facturé. → Émettez une **note de crédit** ou clôturez l'hébergement.
- **Forfait OA surdéclaré** — la fin de l'intervention INAMI (ou un décès) précède la fin de la période, mais le forfait a été déclaré au-delà. → Émettez une **note de crédit / reliquat** pour les jours surdéclarés.
- **Décès — hébergement toujours facturé** — le résident est décédé mais la chambre n'a pas encore été libérée (« Clôturer l'hébergement »).
- **Absences en cours** — des absences non clôturées influencent le forfait.

Traitez chaque point (bouton **Fait** une fois réglé) avant de facturer.

Vérifier MDA — le bouton **Vérifier MDA** contrôle l'"**assurabilité** de vos résidents auprès des mutuelles. Un résident sans couverture valide ne peut pas être facturé en tiers payant.

4. Créer les factures (Générée → Facturée)

Lorsque les contrôles sont au vert, cliquez sur **Créer les factures**. Resthome génère et comptabilise :

- les **factures résident** (part à charge du résident / de la famille) ;
- la **part mutuelle**, qui alimentera l'eFact.

La période devient **Facturée**. Vous pouvez encore **Remettre en brouillon** tant que vous n'avez pas envoyé l'eFact, si une correction est nécessaire.

5. Générer l'eFact (les lots)

Cliquez sur **Générer l'eFact**. Resthome construit les **lots** — un fichier électronique par organisme assureur — puis affiche la liste des **Lots eFact**.

Un lot par union de mutualités

Les envois sont regroupés **par union** (les grandes familles d'OA), pas par petite mutuelle individuelle : **100** (Alliance nationale), **300** (Solidaris), **500** (Union nationale), **600** (CAAMI), **900** (HR Rail)… Resthome se charge du regroupement.

Chaque ligne de lot affiche :

- l'**OA** et son **code** ;
- la **référence** du lot (p. ex. `EF/2026/…`) et le **mois** de facturation ;
- l'**échéance** d'envoi et l'état **MDA** ;
- le **statut** du lot (Brouillon, envoyé, accepté, rejeté…) ;
- les **montants** : facturé, accepté, refusé ;
- en cas de refus, le **code** et le **motif** de rejet.

6. Les contrôles avant envoi

Avant qu'un lot ne parte, Resthome le passe au crible de tout ce qu'il peut vérifier **sans interroger l'organisme assureur**. Un lot en Brouillon ou Prêt porte un bouton **Contrôles** : vert **Contrôles OK**, ou rouge avec le nombre de problèmes trouvés.

En l'ouvrant, une ligne par problème s'affiche, avec le résident concerné (ou *« (tout le lot) »*), une **Sévérité**, le rejet que renverrait l'organisme assureur, et une colonne **Que faire**.

Sévérité	Signification
Bloquant	L'envoi est refusé, quel que soit l'environnement.
Bloquant en production	Toléré en test, refusé en production.
Avertissement	Mérite un regard ; n'empêche jamais l'envoi.

Un envoi refusé, c’est la fonction qui marche

Si **Envoyer à l’OA** refuse, c’est délibéré. Chaque transmission consomme un **numéro d’envoi**, et un lot envoyé avec un défaut connu revient en rejet après avoir brûlé ce numéro pour rien. Corrigez la cause, régénérez le message, renvoyez.

CE QUE LES CONTRÔLES CHERCHENT

Problème	Pourquoi l'organisme assureur le rejetterait	Que faire
Message non généré	Il n'y a pas de fichier à envoyer.	Cliquez **Générer le message**.
Période ≠ jours facturés	La période facturée couvre plus de jours qu'elle n'en facture (rejet **302240**).	Régénérez la **période de facturation**, pas le lot — le forfait est alors découpé autour de l'absence.
Forfait au-delà de la fin d'intervention	La ligne facture au-delà de la date de décès ou de départ.	Régénérez la période, ou émettez une note de crédit.
Facturation dans le futur	Le dernier jour facturé n'est pas encore écoulé (rejet **300610 / 500610**).	Transmettez une fois le mois écoulé (M+1).
Code d'union au lieu d'une mutuelle membre	Facturé sous un code de fédération ; l'organisme assureur attend la mutuelle membre.	Relancez le MDA, ou assignez une mutuelle membre au résident.
Assurabilité non confirmée	Aucun MDA exploitable ne couvre la période facturée.	Lancez **Refaire le MDA** pour ce résident.
Non assuré selon le MDA	L'organisme assureur a répondu *« non assuré »* pour la période.	Utilisez **Scinder les non-assurés** (voir ci-dessous).
CT1/CT2 partirait à vide	Les codes titulaire se résolvent en zéros (rejet **202703**).	Relancez le MDA pour la période facturée, puis régénérez le message.
L'assurabilité vient d'une simulation	Un MDA simulé **fabrique** les codes titulaire.	Lancez un vrai MDA, puis régénérez le message.
Le dernier MDA a échoué — l'assurabilité est périmée *(avertissement)*	Ce qui s'affiche est le reliquat d'un succès plus ancien.	Réglez la cause avec l'organisme assureur, puis relancez le MDA.

7. Couverture d'assurabilité et lots retenus

Chaque lot porte une pastille **Couverture MDA** — **OK**, **Partielle**, **Manquante** ou **En attente** — avec le nombre de résidents réellement envoyables (*« 5/7 envoyables »*). Le même indicateur figure dans l'onglet eHealth de la période.

Quand une partie du lot n'est pas couverte, vous n'avez pas à choisir entre retarder tout le monde et envoyer un fichier que vous savez rejeté :

- **Scinder les non-assurés** ne garde dans le lot que les résidents dont le MDA confirme l'assurance, et déplace tous les autres — sans MDA, *« non assuré »*, ou MDA en erreur — dans un lot **retenu** distinct. La partie saine peut partir tout de suite.
- Le lot retenu attend. Relancez-y le MDA, réintégrez les résidents qui retrouvent une couverture, ou facturez-les directement.
- **Libérer le lot retenu** le remet en circulation dès que la couverture est **OK**.

> ⚠ **La libération est refusée tant que la couverture n'est pas OK**
>
> **Libérer le lot retenu** refuse tant que la couverture n'est pas **OK**, et vous indique l'état courant. Rafraîchissez d'abord l'assurabilité — tout l'intérêt du lot retenu est qu'il ne parte jamais dans un état que l'organisme assureur rejetterait.

À la libération, Resthome traite aussi le cas où un MDA a **changé la mutuelle d'un résident** : ces lignes sont réaiguillées vers le lot du bon organisme assureur — fusionnées dans un lot existant, ou placées dans un nouveau, lui-même retenu si un lot est déjà en vol pour cet organisme.

8. Envoyer et suivre les réponses

Une fois les lots construits, **envoyez-les** : la transmission part vers les organismes assureurs via le réseau eHealth.

Le cycle des réponses est automatique :

1. **Accusé de réception (931000)** — l'OA confirme avoir **reçu** le lot et passé le premier contrôle. **C'est normal : il n'y a rien à renvoyer, attendez le décompte** (quelques jours).
2. **Notification avec avertissements (920098)** ou **rejet global (920099)** — le cas échéant : soit le lot est accepté malgré des erreurs mineures, soit l'ensemble du lot

est refusé (à corriger et renvoyer).

3. **Décompte (920900)** — le résultat final : montants **acceptés** et/ou **rejetés**. Resthome **rapproche** les réponses et met à jour chaque lot (code et motif de rejet).

> ⚠ **Traiter un rejet**
>
> Si un lot (ou une partie) est **rejeté**, le **code** et le **motif** de rejet vous indiquent pourquoi (assurabilité, forfait, dates…). Corrigez la cause, puis **renvoyez**. Le compteur **Renvois** assure le suivi des retransmissions pour éviter les doublons.

Le bouton **Réintégration** permet, le cas échéant, de réintégrer des lignes (par exemple après correction) dans un nouvel envoi.

9. Le cockpit eFact

Depuis une période ou une carte du tableau de bord, le **Cockpit eFact** offre une **vue de pilotage** : l'état de tous les lots et envois d'un coup d'œil — transmis, acceptés, rejetés, en attente. C'est l'écran idéal pour **suivre une campagne mensuelle** et repérer ce qui bloque.

10. Notes de crédit et régularisations

Lorsqu'un résident **part** ou **décède** au cours d'un mois déjà facturé, une partie de l'hébergement ou du forfait a été **surfacturée**. Resthome le détecte (voir l'autocontrôle ci-dessus) et prépare la **note de crédit** ou le **reliquat** correspondant, pour rembourser la période indue — côté résident **et**, si nécessaire, côté mutuelle via un lot correctif.

Prérequis

> ⚠ **À vérifier avant d'envoyer**
>
> - **Assurabilité (MDA)** vérifiée pour la période.
> - **Mutuelle** correcte sur chaque résident.
> - Factures **comptabilisées** (période à l'état *Facturée*).
> - **Certificat eHealth** actif.

Points clés à retenir

- La période suit toujours l'ordre **Brouillon** → **Générée** → **Facturée** → **Clôturée**.
- **Vérifiez avant de facturer** : traitez chaque message d'autocontrôle.
- **Vérifiez le MDA** — pas de tiers payant sans assurabilité valide.
- **Un lot eFact par union** de mutualités, pas par mutuelle.
- Respectez l'"**échéance** d'envoi de chaque période (« échéance dépassée »).
- Un **rejet** se corrige puis se **renvoie** — le compteur Renvois évite les doublons.

Rejets eFact — causes et solutions

Quand vous envoyez l'"eFact, l'"**organisme assureur (OA)** vérifie chaque ligne et vous renvoie un résultat. Cette page explique **comment lire une réponse**, **pourquoi un lot ou une ligne est rejeté**, et **comment corriger puis renvoyer**.

> **Deux lignes de défense**
>
> La plupart des causes de rejet sont **interceptées par Resthome avant l'envoi** (auto-contrôle de la période, contrôles à la génération). Elles apparaissent alors comme un **message d'anomalie** à traiter, pas comme un rejet. Les cas qui passent malgré tout reviennent ensuite sous forme de **rejet de l'OA**. Cette page couvre les deux.

Le cycle de réponse, en clair

Après l'envoi d'un lot, les réponses de l'OA font évoluer le **statut du lot** et remplissent les **montants** (facturé / accepté / refusé) :

1. **Accusé de réception** — l'OA confirme avoir reçu le fichier et passé le premier contrôle. Rien à faire.
2. **Décompte de l'OA** — l'OA renvoie le résultat **ligne par ligne** : ce qui est **accepté** et ce qui est **refusé**. Resthome rapproche ce décompte et met à jour les montants du lot.
3. **Acceptation et/ou rejet** — trois issues possibles :
   - **tout est accepté** → le lot est décompté, puis peut être clôturé ;
   - **rejet partiel** — certaines lignes sont refusées, le reste est payé : on ne corrige et ne renvoie **que** les lignes refusées ;

- **rejet global** — le lot entier est refusé, rien n'est payé : on corrige la cause et on **renvoie un lot neuf**.

> **Quand un lot est-il rejeté globalement ?**
>
> L'organisme assureur rejette **tout le lot** (920099) en cas d'"**erreur bloquante** ou lorsque le **taux d'erreurs dépasse environ 5 %** des lignes. En dessous, les lignes fautives font l'objet d'un **rejet partiel** et le reste est payé — d'où l'intérêt de traiter l'auto-contrôle et le MDA **avant** d'envoyer.

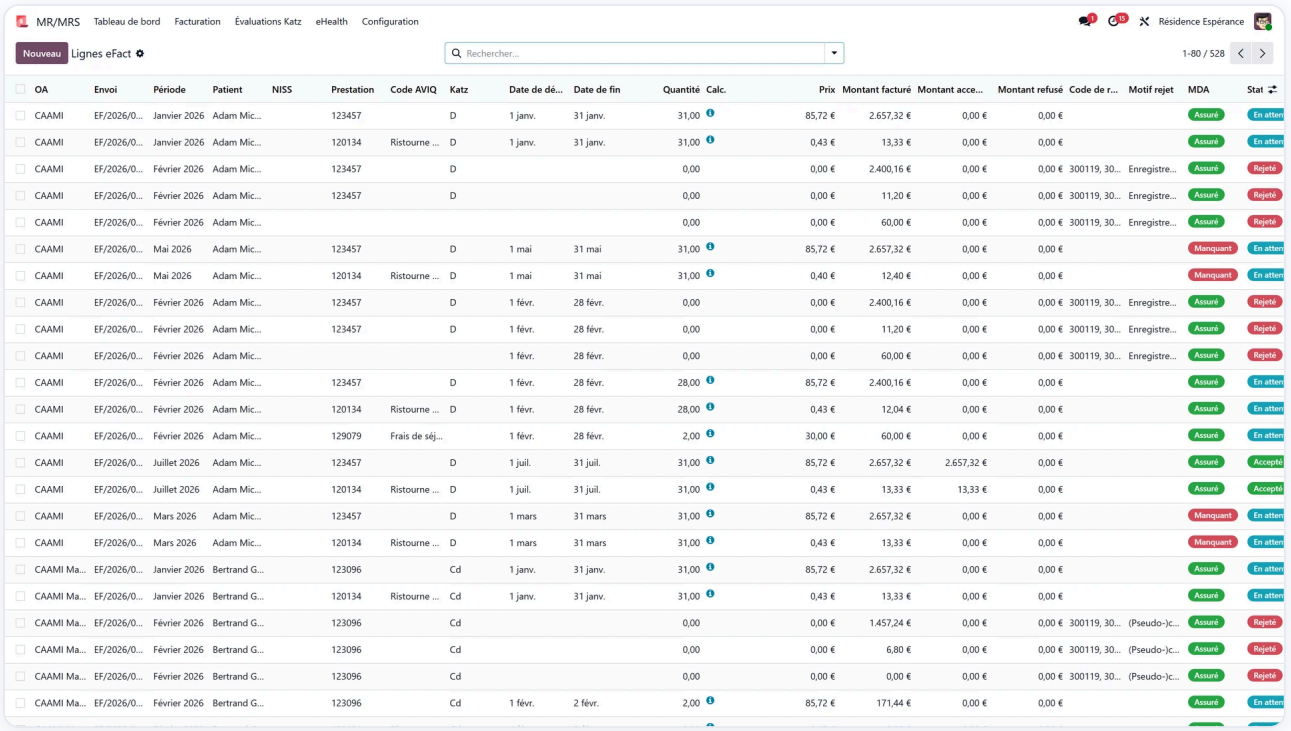
Lire une liste où des lots ont été renvoyés

Un lot rejeté n'est jamais modifié sur place : le corriger produit un **renvoi**, un nouveau lot qui prend le relais. Sur un mois, une même facture peut donc être portée par une **chaîne** de lots. La liste est faite pour vous montrer le **fil**, pas la paperasse.

- Le statut affiché sur une ligne est celui du **fil entier** — le dernier renvoi de la chaîne. Un lot rejeté, renvoyé puis payé se lit **Décompté**, parce que c'est là qu'en est réellement la facture.
- La colonne **Lot en cours** nomme le lot vivant du fil.
- Ouvrir une tête rejetée vous amène sur une bannière — **Renvoi déjà créé** — avec un bouton **Ouvrir le renvoi en cours**. Son propre statut, en dessous, est historique : les corrections se font sur le renvoi vivant, pas ici.

> **« Mes lots ont disparu »**
>
> La liste s'ouvre sur le filtre **Fils actifs**, qui replie les fils déjà remplacés — rejetés globalement puis resoumis, ou abandonnés — dès qu'un nouvel envoi couvre le même organisme assureur pour le même mois. Une ligne vivante par organisme assureur, au lieu d'un empilement d'impasses.
>
> Rien n'est supprimé. Passez au filtre **Remplacés / abandonnés** pour les retrouver, ou ouvrez le lot vivant et utilisez son bouton **Renvois / cycle de vie** (☰), qui liste tous les lots ayant facturé cet organisme assureur pour ce mois.

Sur chaque ligne refusée, un **code** et un **motif de rejet** en clair pointent la cause.



OA	Envoi	Période	Patient	NISS	Prestation	Code AVIQ	Katz	Date de dé...	Date de fin	Quantité	Calc.	Prix	Montant facturé	Montant acce...	Montant refusé	Code de r...	Motif rejet	MDA	Stat
CAAMI	EF/2026/0...	Janvier 2026	Adam Mic...		123457		D	1 janv.	31 janv.	31,00		85,72 €	2.657,32 €	0,00 €	0,00 €			Assuré	En atten
CAAMI	EF/2026/0...	Janvier 2026	Adam Mic...		120134	Ristourne ...	D	1 janv.	31 janv.	31,00		0,43 €	13,33 €	0,00 €	0,00 €			Assuré	En atten
CAAMI	EF/2026/0...	Février 2026	Adam Mic...		123457		D			0,00		0,00 €	2.400,16 €	0,00 €	0,00 €	300119, 30...	Enregistre...	Assuré	Rejeté
CAAMI	EF/2026/0...	Février 2026	Adam Mic...		123457		D			0,00		0,00 €	11,20 €	0,00 €	0,00 €	300119, 30...	Enregistre...	Assuré	Rejeté
CAAMI	EF/2026/0...	Février 2026	Adam Mic...							0,00		0,00 €	60,00 €	0,00 €	0,00 €	300119, 30...	Enregistre...	Assuré	Rejeté
CAAMI	EF/2026/0...	Mai 2026	Adam Mic...		123457		D	1 mai	31 mai	31,00		85,72 €	2.657,32 €	0,00 €	0,00 €			Manquant	En atten
CAAMI	EF/2026/0...	Mai 2026	Adam Mic...		120134	Ristourne ...	D	1 mai	31 mai	31,00		0,40 €	12,40 €	0,00 €	0,00 €			Manquant	En atten
CAAMI	EF/2026/0...	Février 2026	Adam Mic...		123457		D	1 févr.	28 févr.	0,00		0,00 €	2.400,16 €	0,00 €	0,00 €	300119, 30...	Enregistre...	Assuré	Rejeté
CAAMI	EF/2026/0...	Février 2026	Adam Mic...		123457		D	1 févr.	28 févr.	0,00		0,00 €	11,20 €	0,00 €	0,00 €	300119, 30...	Enregistre...	Assuré	Rejeté
CAAMI	EF/2026/0...	Février 2026	Adam Mic...					1 févr.	28 févr.	0,00		0,00 €	60,00 €	0,00 €	0,00 €	300119, 30...	Enregistre...	Assuré	Rejeté
CAAMI	EF/2026/0...	Février 2026	Adam Mic...		123457		D	1 févr.	28 févr.	28,00		85,72 €	2.400,16 €	0,00 €	0,00 €			Assuré	En atten
CAAMI	EF/2026/0...	Février 2026	Adam Mic...		120134	Ristourne ...	D	1 févr.	28 févr.	28,00		0,43 €	12,04 €	0,00 €	0,00 €			Assuré	En atten
CAAMI	EF/2026/0...	Février 2026	Adam Mic...		129079	Frais de séj...		1 févr.	28 févr.	2,00		30,00 €	60,00 €	0,00 €	0,00 €			Assuré	En atten
CAAMI	EF/2026/0...	Juillet 2026	Adam Mic...		123457		D	1 juil.	31 juil.	31,00		85,72 €	2.657,32 €	2.657,32 €	0,00 €			Assuré	Accepté
CAAMI	EF/2026/0...	Juillet 2026	Adam Mic...		120134	Ristourne ...	D	1 juil.	31 juil.	31,00		0,43 €	13,33 €	13,33 €	0,00 €			Assuré	Accepté
CAAMI	EF/2026/0...	Mars 2026	Adam Mic...		123457		D	1 mars	31 mars	31,00		85,72 €	2.657,32 €	0,00 €	0,00 €			Manquant	En atten
CAAMI	EF/2026/0...	Mars 2026	Adam Mic...		120134	Ristourne ...	D	1 mars	31 mars	31,00		0,43 €	13,33 €	0,00 €	0,00 €			Manquant	En atten
CAAMI Ma...	EF/2026/0...	Janvier 2026	Bertrand G...		123096		Cd	1 janv.	31 janv.	31,00		85,72 €	2.657,32 €	0,00 €	0,00 €			Assuré	En atten
CAAMI Ma...	EF/2026/0...	Janvier 2026	Bertrand G...		120134	Ristourne ...	Cd	1 janv.	31 janv.	31,00		0,43 €	13,33 €	0,00 €	0,00 €			Assuré	En atten
CAAMI Ma...	EF/2026/0...	Février 2026	Bertrand G...		123096		Cd			0,00		0,00 €	1.457,24 €	0,00 €	0,00 €	300119, 30...	(Pseudo-)c...	Assuré	Rejeté
CAAMI Ma...	EF/2026/0...	Février 2026	Bertrand G...		123096		Cd			0,00		0,00 €	6,80 €	0,00 €	0,00 €	300119, 30...	(Pseudo-)c...	Assuré	Rejeté
CAAMI Ma...	EF/2026/0...	Février 2026	Bertrand G...		123096		Cd			0,00		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	300119, 30...	(Pseudo-)c...	Assuré	Rejeté
CAAMI Ma...	EF/2026/0...	Février 2026	Bertrand G...		123096		Cd	1 févr.	2 févr.	2,00		85,72 €	171,44 €	0,00 €	0,00 €			Assuré	En atten

Causes de rejet fréquentes → action

Cause	Ce que vous voyez	Action dans Resthome
Assurabilité (MDA) non valide ou manquante	Compteur **MDA** pas au vert ; lot retenu à l'envoi ; ou rejet de l'OA pour assurabilité	Lancer **Vérifier MDA**, obtenir le statut **Succès** pour chaque résident, puis **régénérer** l'eFact. Le MDA doit être validé **avant** de générer.
Mutuelle erronée ou absente	Le forfait part au mauvais OA (rejet) ou n'apparaît pas dans le lot	Renseigner/corriger la **mutuelle** sur la fiche du résident, puis **régénérer**. Vérifier que chaque résident facturé en tiers payant a bien une mutuelle.
Forfait déclaré au-delà de la fin d'intervention	Auto-contrôle : **« forfait OA sur-déclaré »** ; l'OA refuse les jours en trop	Émettre une **note de crédit / un reliquat** pour les jours sur-déclarés (voir plus bas).
Chambre libérée / décès — hébergement encore facturé	Auto-contrôle : **surfacturation** ; refus des jours indus	**Clôturer l'hébergement** à la bonne date + **note de crédit**.
Absence non clôturée	Compteur **Absences** actif ; jours de forfait faussés	Clôturer les absences de la période, puis re-contrôler.
Catégorie Katz manquante ou évaluation expirée	Compteur **« Katz à faire »** ; blocage à la génération	Compléter ou renouveler l'"**évaluation Katz**, puis **régénérer**.
NISS manquant ou incorrect	Donnée d'identification obligatoire → rejet technique	Corriger le **NISS** sur la fiche du résident, puis régénérer.
Double envoi	L'OA signale un **envoi déjà reçu**	Ne pas renvoyer un lot **déjà accepté**. Pour un renvoi légitime, s'appuyer sur le compteur **Renvois** (anti-doublon).
Discordance de montant / tarif	L'OA renvoie un **montant/tarif inattendu**	Vérifier le **tarif** appliqué et le montant de la ligne, corriger le paramétrage, régénérer, renvoyer.
Rejet technique / de format	**Rejet global** : le fichier n'a pas passé le contrôle de format	Cas rare à escalader : utiliser **Contact OA** ou **Helpdesk**, corriger, puis renvoyer un lot neuf.

Renvoyer, ou renoncer au rejet

Un lot rejeté vous laisse deux voies, et Resthome garde trace des deux.

RETRANSMETTRE

Retransmettre construit un **nouveau lot** à partir du lot rejeté. Chaque ligne est réacheminée vers la mutuelle à laquelle le résident appartient **réellement** aujourd'hui — ce qui est souvent l'objet même du rejet.

- Si les lignes relèvent désormais de **plusieurs mutuelles**, Resthome crée **un lot par mutuelle**.
- Un lot ne peut être retransmis qu'**une fois** : si un renvoi existe déjà, Resthome vous y renvoie plutôt que d'en créer un doublon.

> ⚠ **Retransmettre renvoie un contenu inchangé**
>
> Si la facturation a été **corrigée** depuis l'envoi du lot — séjour clôturé, décès plafonné, lignes régénérées — retransmettre renverrait les montants d'*avant* la correction. Resthome le détecte et vous oriente vers le flux de régénération, qui reconstruit à partir de la facturation actuelle.

RENONCER

Parfois le rejet est fondé et il n'y a rien à corriger. **Renoncer** acte cette décision : le lot **ne sera pas renvoyé**, le rejet de la mutuelle est définitif, et le lot quitte la liste « À renvoyer ».

C'est **réversible** : un lot auquel on a renoncé peut être remis dans la liste à tout moment. La renonciation comme son annulation sont consignées dans le journal du lot : la décision reste traçable.

> ✎ **Renoncer est une décision de gestion**
>
> Ce n'est pas une façon de faire le ménage dans la liste. Renoncer, c'est accepter la perte du montant concerné — ce qui est parfois le bon choix quand la correction coûterait plus qu'elle ne rapporte.

Corriger, puis renvoyer

Le principe : **on ne repousse pas un lot rejeté tel quel — on corrige la cause à la source, puis on renvoie.**

- **Boucle corriger → renvoyer.** Après avoir traité la cause (MDA, mutuelle, Katz, absence, dates…), régénérez la partie concernée et renvoyez. Le compteur **Renvois** garde la trace de chaque retransmission pour **éviter d'envoyer deux fois** le même lot.
- **Réintégration.** Le bouton **Réintégration** permet de réintégrer des lignes (par exemple des lignes rejetées, une fois corrigées) dans un **nouvel envoi**, plutôt que de tout refaire.
- **Note de crédit / lot correctif.** Chaque fois que vous avez **facturé plus que dû** — départ ou décès en cours de mois facturé, forfait sur-déclaré — Resthome prépare une **note de crédit** (côté résident) et, si la part mutuelle est concernée, un **lot correctif** vers l'OA. Les lignes de crédit sont intégrées à l'"**envoi eFact suivant**.

Les réponses que vous pouvez croiser

Selon le message renvoyé par l'OA, vous pouvez apercevoir, dans les statuts ou le journal du lot :

Réponse	Code	Ce que ça veut dire
Accusé de réception	931000	L'OA a **reçu** le fichier et il a passé le premier contrôle. Étape normale.
Notification avec avertissements	920098	Le lot est **accepté**, mais avec des **avertissements** (erreurs mineures) à lire.
Décompte	920900	Le **résultat ligne par ligne** : montants **acceptés** et **refusés**. C'est ici qu'apparaissent les rejets partiels à corriger.
Rejet global	920099	Le **lot entier est refusé** (trop d'erreurs). Corriger la cause et **renvoyer un lot neuf**.
Rejet technique	920999	Le fichier n'a pas passé le **contrôle de format** ; retransmission nécessaire après correction.

Points clés

- **Prévenez plutôt que guérir** : traitez les messages d'**auto-contrôle** et validez le **MDA** avant de facturer — la plupart des rejets sont ainsi évités.
- Un **rejet partiel** se corrige **ligne par ligne** ; un **rejet global** se **renvoie en lot neuf**.
- Une **surfacturation** (départ, décès, forfait sur-déclaré) se corrige par une **note de crédit / un lot correctif**, pas par un simple renvoi.

Pour aller plus loin

- Facturation électronique (eFact)
- Assurabilité (MDA) · Erreurs MDA
- Départ et décès
- FAQ · Glossaire

Corriger un envoi déjà décompté

Une fois un envoi **décompté**, il appartient à l'histoire : on ne le modifie jamais. Deux instruments existent pour le corriger après coup, et choisir le bon compte — l'organisme assureur ne les lit pas de la même façon.

Instrument	À utiliser quand	Sens
Note de crédit	L'organisme assureur a **accepté et payé** quelque chose qui n'aurait pas dû être facturé.	Reprend de l'argent
Reliquat	L'organisme assureur a **refusé** une ligne, et vous en avez corrigé la cause.	Refacture ce qui a été refusé

Note de crédit — reprendre ce qui a été surfacturé

Cas typiques : un résident est décédé ou parti en cours de mois et le forfait a été facturé jusqu'au bout ; une catégorie a été facturée plus haut que celle finalement accordée.

Depuis un lot **décompté** ou **clôturé**, cliquez **Créer une note de crédit**. Un assistant liste toutes les prestations de l'envoi, **toutes cochées par défaut**.

- Laissez tout coché pour créditer la facture **entière**.

- Décochez les prestations correctes pour ne créditer **que** celle qui est erronée.

Confirmez : Resthome crée un **envoi de correction dédié**, un lot à part entière, visible dans la liste eFact avec son propre message. Il porte les marqueurs réglementaires d'une note de crédit et **référence la facture d'origine**, pour que l'organisme assureur puisse la rapprocher de ce qu'il a payé.

> ⚠ **Jamais une ligne négative dans le fichier du mois suivant**
>
> Une note de crédit n'est **pas** une ligne négative glissée dans l'envoi mensuel suivant. Cette forme ne référence pas la facture d'origine et n'est pas conforme aux instructions INAMI — l'organisme assureur ne peut pas savoir ce qui est repris. Passez toujours par **Créer une note de crédit** depuis le lot concerné.

> ✎ **Uniquement depuis un envoi décompté**
>
> Le bouton n'est proposé que sur les lots **décomptés** ou **clôturés**. Avant cela, il n'y a rien à créditer : un envoi qui attend encore son décompte se corrige en reprenant la période et en régénérant.

Reliquat — refacturer une ligne refusée par l'organisme assureur

Quand un décompte refuse une partie d'un envoi, le reste est payé et seules les lignes refusées demandent une intervention. Sur une ligne rejetée, **Corriger et refacturer** ouvre un assistant qui affiche :

- le montant **initialement facturé** ;
- le **rejet** de l'organisme assureur — code et motif, tels que renvoyés ;
- le **montant corrigé** à refacturer, pré-rempli avec l'original.

Saisissez le bon montant, ajoutez une courte note sur ce que vous avez corrigé, et confirmez.

Resthome, alors :

- **laisse la ligne d'origine rejetée** — c'est le statut de suivi propre à l'organisme assureur, il ne doit pas être réécrit ;

- ajoute le montant corrigé à un envoi de **reliquat**, qui réintroduit la ligne avec une référence à la facture d'origine.

Le reliquat est un lot ordinaire : générez son message, passez les contrôles avant envoi et envoyez-le comme n'importe quel autre.

> **Corrigez d'abord la cause, le montant ensuite**
>
> Refacturer la même ligne avec un montant différent ne règle pas un rejet dont la cause était l'assurabilité, les dates ou la catégorie. Lisez le motif de rejet : s'il pointe vers le dossier du résident, corrigez-le d'abord — sinon le reliquat revient refusé lui aussi.

Pour aller plus loin

- Les rejets et comment les corriger — lire un décompte, les codes de rejet.
- Décomptes et paiements — ce que l'organisme assureur a réellement payé.
- La facturation électronique (eFact) — le cycle complet.
- Départ et décès — la cause la plus fréquente d'un forfait surfacturé.

Suivi des paiements et rapprochement des décomptes

Une fois vos forfaits envoyés en eFact, reste la vraie question : **« ai-je été payé ? »**. Cette page explique comment Resthome répond, du **décompte (920900)** rapproché automatiquement jusqu'à la **relance des organismes assureurs (OA)** en retard.

Vous trouverez tout dans l'application **MR/MRS → eHealth → eFact** :

- le **Cockpit** — votre tableau de pilotage « quoi faire maintenant » ;
- **eFact Settlements** — la liste des **décomptes** reçus ;
- **eFact Batches** (Lots eFact) — chaque lot et son **onglet Paiement**.

> **Accusé de réception ≠ décompte**
>
> Ne confondez pas les deux réponses de l'OA. L'"**accusé de réception (931000)** dit juste « bien reçu ». Le **décompte (920900)** dit « voici ce que je paie ». C'est le décompte qui compte pour l'argent.

Accusé (931000) ou décompte (920900) : le bon repère

Réponse	Ce que ça veut dire	Y a-t-il paiement ?
Accusé de réception (931000)	L'OA a **reçu** votre envoi et passé le premier contrôle de format.	Non — rien n'est encore décidé. Il faut attendre le décompte.
Décompte (920900)	Le **résultat final**, ligne par ligne : montants **acceptés** et **rejetés**. En Compte C, il **vaut avis de paiement**.	Oui — c'est ici qu'apparaît ce qui est réellement payé.

Compte C (Wallonie / AViQ)

Depuis 2025, la facturation MR/MRS wallonne fonctionne en **Compte C** : l'OA paie et **le décompte fait office d'avis de paiement**. Le décompte porte donc la **référence de paiement** et le **montant**, mais **pas de date de paiement** (le format n'en prévoit pas). Resthome ne fabrique jamais de date : elle reste vide tant qu'une date bancaire réelle n'est pas saisie.

1. Le décompte (920900) rapproché automatiquement

Quand un décompte revient de l'OA (via la récupération automatique ou le bouton **Process Response** d'un lot), Resthome le **rapproche tout seul**, sans saisie de votre part :

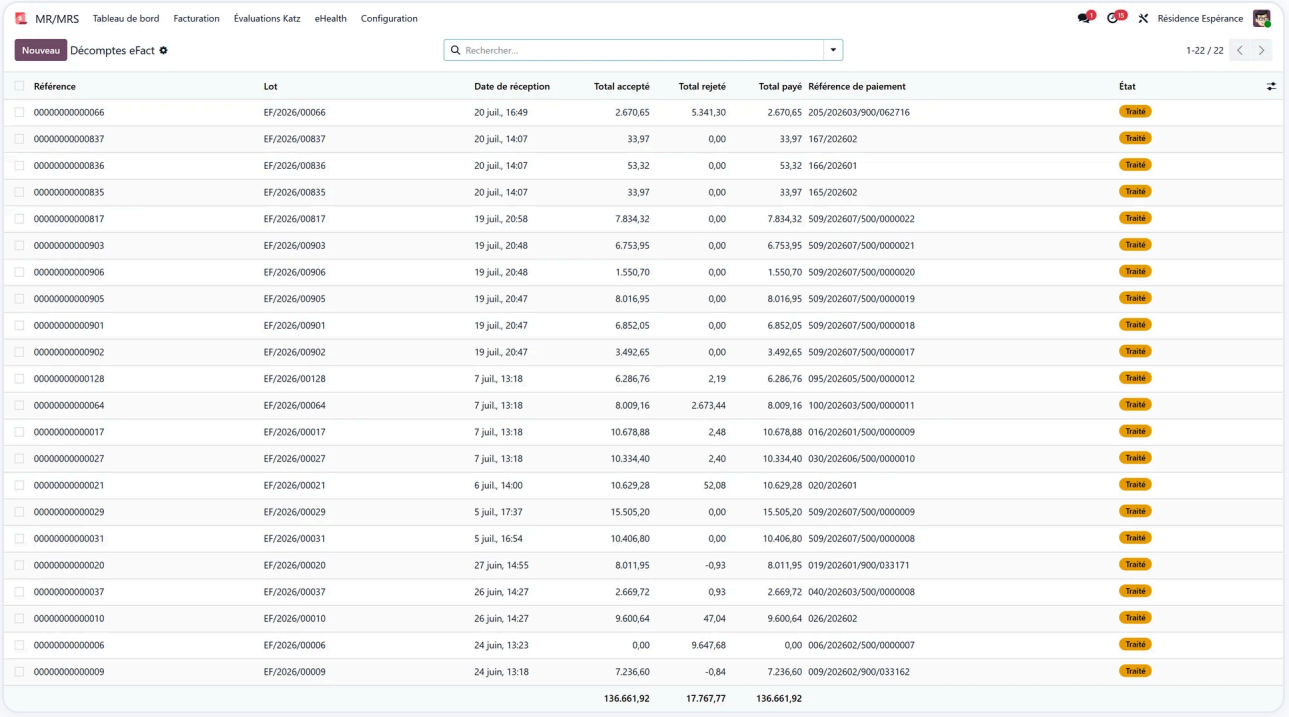
1. il crée un enregistrement **décompte (Settlement)** rattaché au lot ;
2. il **réassocie chaque ligne** du décompte à la ligne facturée du bon résident (par NISS et montant) ;
3. il marque chaque ligne **acceptée** ou **rejetée** ; un forfait accepté n'est pas répété dans le décompte, donc **toute ligne non citée est réputée acceptée** (règle AViQ) ;
4. il **met à jour le statut du lot** : **settled** (tout accepté), **rejected** (tout rejeté) ou **partial_reject** (mélange, ou décompte partiel en attente du reste) ;
5. si des lignes sont rejetées, il prépare **automatiquement un reliquat** pour les réintroduire (voir Rejets eFact).

En Compte C, dès que le décompte porte une **référence de paiement réelle** et un **montant accepté positif**, le lot est marqué **Payé** automatiquement. Un décompte entièrement rejeté (0 € accepté) porte une référence mais ne paie rien — il n'est donc **pas** marqué payé.

2. L'écran eFact Settlements (les décomptes)

Menu **eHealth → eFact → eFact Settlements**. C'est la liste de tous les **décomptes (920900)** reçus, un par paiement.

La liste affiche : la **référence**, le **lot** concerné, la **date de réception**, les montants **Accepted** / **Rejected** / **Paid** et la **référence de paiement**, plus un badge de **statut**.



Référence	Lot	Date de réception	Total accepté	Total rejeté	Total payé	Référence de paiement	État
00000000000066	EF/2026/00066	20 juil., 16:49	2.670,65	5.341,30	2.670,65	205/202603/900/062716	Traité
00000000000837	EF/2026/00837	20 juil., 14:07	33,97	0,00	33,97	167/202602	Traité
00000000000836	EF/2026/00836	20 juil., 14:07	53,32	0,00	53,32	166/202601	Traité
00000000000835	EF/2026/00835	20 juil., 14:07	33,97	0,00	33,97	165/202602	Traité
00000000000817	EF/2026/00817	19 juil., 20:58	7.834,32	0,00	7.834,32	509/202607/500/0000022	Traité
00000000000903	EF/2026/00903	19 juil., 20:48	6.753,95	0,00	6.753,95	509/202607/500/0000021	Traité
00000000000906	EF/2026/00906	19 juil., 20:48	1.550,70	0,00	1.550,70	509/202607/500/0000020	Traité
00000000000905	EF/2026/00905	19 juil., 20:47	8.016,95	0,00	8.016,95	509/202607/500/0000019	Traité
00000000000901	EF/2026/00901	19 juil., 20:47	6.852,05	0,00	6.852,05	509/202607/500/0000018	Traité
00000000000902	EF/2026/00902	19 juil., 20:47	3.492,65	0,00	3.492,65	509/202607/500/0000017	Traité
00000000000128	EF/2026/00128	7 juil., 13:18	6.286,76	2,19	6.286,76	095/202605/500/0000012	Traité
00000000000064	EF/2026/00064	7 juil., 13:18	8.009,16	2.673,44	8.009,16	100/202603/500/0000011	Traité
00000000000017	EF/2026/00017	7 juil., 13:18	10.678,88	2,48	10.678,88	016/202601/500/0000009	Traité
00000000000027	EF/2026/00027	7 juil., 13:18	10.334,40	2,40	10.334,40	030/202606/500/0000010	Traité
00000000000021	EF/2026/00021	6 juil., 14:00	10.629,28	52,08	10.629,28	020/202601	Traité
00000000000029	EF/2026/00029	5 juil., 17:37	15.505,20	0,00	15.505,20	509/202607/500/0000009	Traité
00000000000031	EF/2026/00031	5 juil., 16:54	10.406,80	0,00	10.406,80	509/202607/500/0000008	Traité
00000000000020	EF/2026/00020	27 juin, 14:55	8.011,95	-0,93	8.011,95	019/202601/900/033171	Traité
00000000000037	EF/2026/00037	26 juin, 14:27	2.669,72	0,93	2.669,72	040/202603/500/0000008	Traité
00000000000010	EF/2026/00010	26 juin, 14:27	9.600,64	47,04	9.600,64	026/202602	Traité
00000000000006	EF/2026/00006	24 juin, 13:23	0,00	9.647,68	0,00	006/202602/500/0000007	Traité
00000000000009	EF/2026/00009	24 juin, 13:18	7.236,60	-0,84	7.236,60	009/202602/900/033162	Traité
			136.661,92	17.767,77	136.661,92		

Ouvrez un décompte pour le détail. L'écran est en **lecture seule** (rien ne se saisit à la main) et suit trois états :

État	Signification
Received (reçu)	Le décompte vient d'arriver.
Processed (traité)	Ses lignes ont été ventilées sur le lot. Resthome fait cette étape **automatiquement** à la réception.
Reconciled (pointé)	Vous avez **confirmé** que l'argent a bien été reçu.

- Le bouton **Process** (traiter) n'apparaît que si un décompte est resté en *Received* sans traitement — cliquez pour le ventiler.
- Le bouton **Mark Reconciled** (marquer pointé) confirme la réception du paiement une fois vérifié sur votre extrait bancaire.

L'onglet **Lines** détaille, ligne par ligne : n°, résident, montant réclamé, accepté, rejeté, la case **Accepted**, et — en cas de refus — le **code** et le **motif de rejet**. Les lignes rejetées ressortent en rouge.

> **Lire le décompte tel que l'OA l'a envoyé**
>
> Un bouton **Decoded 920900** (réservé aux gestionnaires eHealth) affiche le fichier brut du décompte, zone par zone, pour vérifier une valeur au plus près de la source.

3. L'onglet Paiement d'un lot

Sur un lot (Lots eFact), une fois l'envoi parti, le groupe **Payment** (Paiement) résume l'état du paiement :

- **Paid** (Payé) — la coche passe au vert quand le lot est payé ;
- **Payment Reference** — la référence de paiement de l'OA ;
- **Payment Date** — la date (souvent vide en Compte C, voir plus haut) ;
- **Total Paid** — le montant payé.

Marquer payé manuellement

Certains OA paient sans référence de paiement exploitable dans le décompte. Un gestionnaire eHealth peut alors activer **Marked Paid Manually** (marqué payé manuellement) pour attester le paiement reçu hors flux.

Un encart **Status** indique en un badge ce que le lot attend : *Awaiting OA response* (en attente de réponse), *Awaiting settlement (920900)* (en attente du décompte), *Complete* (terminé) ou *Rejected* (à corriger). Quand un lot est **settled**, le bouton **Close** (clôturer) permet de le classer définitivement.

Dans la liste des lots, les filtres **Paid** / **Unpaid** (payé / impayé) et les colonnes optionnelles **Payment Ref.**, **Payment Date**, **Amount Paid** aident à faire le point mois par mois.

4. Comptabiliser l'envoi

Une créance en tiers payant transite par le réseau santé et **ne passe aucune écriture dans vos livres**. Sans une action délibérée, tout le flux de revenus des organismes assureurs resterait invisible pour la comptabilité.

Sur un lot **décompté** ou **clôturé**, **Créer le document comptable** le comptabilise en facture client vers l'organisme assureur, dans le journal INAMI. Les prestations de l'envoi sont reprises **groupées par résident**, chacune avec son compte de produits.

Seulement une fois le décompte reçu

Le bouton n'apparaît qu'à partir de **décompté**, et c'est bien le principe : avant le décompte, le montant n'est pas définitif. Resthome comptabilise **ce que l'organisme assureur a réellement accepté**, ligne par ligne — une prestation acceptée pour moins que réclamé est comptabilisée au montant accepté, et une prestation ventilée à zéro ne l'est pas du tout.

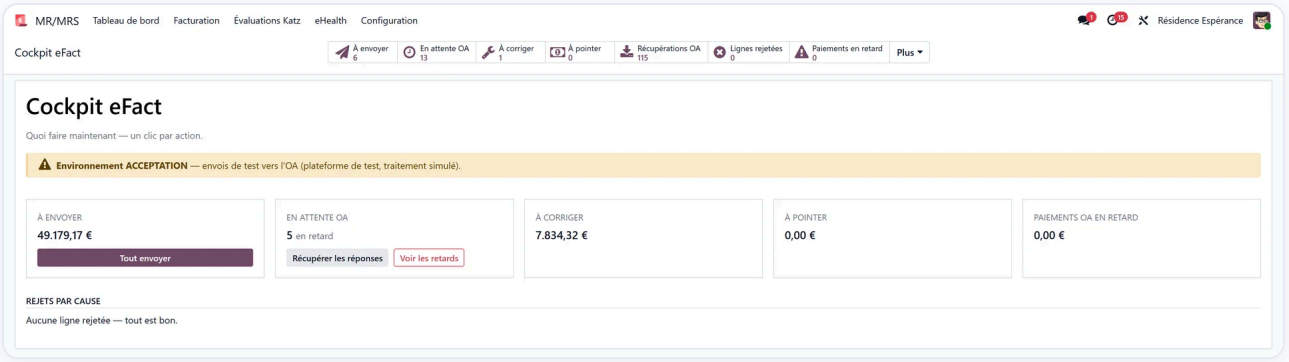
Une note de crédit fonctionne de la même façon, signes inversés : comme elle rend de l'argent à l'organisme assureur, elle se comptabilise en **avoir** plutôt qu'en facture.

Une fois créé, le document est accessible depuis le lot, et le lot depuis le document — de sorte qu'un comptable qui regarde une ligne du journal INAMI peut remonter à l'envoi qui l'a produite.

> **Comptabiliser deux fois est refusé**
>
> Un lot portant déjà un document comptable vivant ne peut pas être comptabilisé une seconde fois : Resthome nomme le document existant et vous demande de l'annuler d'abord. Si rien n'a été accepté sur l'envoi, il n'y a rien à comptabiliser et l'action le dit, plutôt que de créer un document vide.

5. Le cockpit eFact : « ai-je été payé ? » d'un coup d'œil

Menu **eHealth** → **eFact** → **Cockpit** (aussi accessible depuis une période ou une carte du tableau de bord). Le Cockpit range tout le travail en **piles d'action**, avec un compteur et un bouton par pile. Trois piles répondent directement à la question du paiement.



- **To reconcile** (à pointer) — les lots **décomptés mais dont le paiement n'est pas encore confirmé**. Le montant total attendu est affiché ; le bouton **Reconcile payments** ouvre la liste pour les pointer un à un.
- **Overdue payments** (paiements en retard) — les envois **acceptés mais toujours impayés** dont l'"**échéance de paiement OA est dépassée**. Voir la relance ci-dessous.
- **Rejected lines** (lignes rejetées) — la **liste de travail** des lignes rejetées encore à renvoyer (résident + code + montant), filtrable par cause, OA et mois.

Deux repères complètent le tableau :

- **OA retrievals** (récupérations OA) — le **journal complet** de tout ce que l'OA a renvoyé : accusés, décomptes et rejets, filtrables par OA, mois et type, avec un bouton **Export XLSX**.

- **Rejects by cause** (rejets par cause) — un tableau qui regroupe les lignes rejetées **par motif**, pour traiter la cause systémique plutôt que ligne par ligne.

> **Aller chercher les réponses**
>
> Si des lots restent en attente, le bouton **Fetch responses** (récupérer les réponses) interroge la plateforme OA et met à jour les statuts. Les réponses arrivent aussi automatiquement, mais ce bouton force une vérification immédiate.

6. Relancer un organisme assureur en retard

La pile **Overdue payments** liste les envois **introduits dans les délais**, **acceptés** par l'OA mais **non payés** au-delà de l'échéance. Le bouton **Chase (by OA)** ouvre ces lots **regroupés par organisme assureur** : vous voyez immédiatement **qui relancer** et **pour quel montant** (le total accepté est additionné par OA).

Pour écrire à l'OA, le bouton **Contact OA** (présent sur chaque lot) prépare la prise de contact avec le bon interlocuteur de facturation.

7. Intérêts de retard (intérêts moratoires)

Un envoi payé trop tard peut donner droit à des **intérêts de retard**. Resthome applique la règle AViQ :

- l'envoi doit avoir été **introduit dans les délais** (envoyé au plus tard le **20 du mois M+1**) — c'est la condition d"**éligibilité** ;
- l'OA doit payer **pour la fin du 2e mois suivant l'introduction** : c'est l"**OA Payment Deadline** (échéance de paiement) ;
- passé cette date, les intérêts courent, calculés ainsi : **montant accepté × taux légal annuel × jours de retard / 365**.

Sur le lot, dès que l'échéance est dépassée et le lot toujours impayé, un groupe **Late-payment interest (OA)** apparaît avec l"**échéance**, les **jours de retard** et l"**intérêt dû**. La liste des lots propose le filtre **OA Payment Overdue** et une colonne **OA Pay Deadline** (en rouge si dépassée).

> ⚠ **Renseigner le taux légal**
>
> Le calcul reste à **0 tant que le taux légal n'est pas saisi**. Indiquez le **taux d'intérêt légal annuel** publié dans **eHealth → Réglages → Legal Interest Rate (%)** — voir Réglages eHealth. C'est une valeur **propre à votre établissement / à l'année** en cours.

Points clés à retenir

- L'**accusé (931000)** ne paie rien ; seul le **décompte (920900)** dit ce qui est réellement payé.
- Resthome **rapproche le décompte automatiquement** : lignes ventilées, statut du lot mis à jour, reliquat créé pour les rejets.
- En **Compte C**, un décompte avec référence de paiement réelle marque le lot **Payé** automatiquement (la date de paiement peut rester vide).
- **Pointer** un décompte (**Mark Reconciled**), c'est confirmer l'argent reçu ; le Cockpit regroupe le **À pointer** et les **OA à relancer**.
- Les **intérêts de retard** ne se calculent qu'après avoir renseigné le **taux légal** dans les réglages eHealth.

Pour aller plus loin

- Facturation électronique (eFact)
- Rejets eFact — causes et solutions
- Facturer un mois
- Réglages eHealth
- Vue d'ensemble eHealth

Accords (eAgreement)

Quand un résident entre, s'absente, revient ou quitte l'établissement, la **mutuelle (organisme assureur)** doit en être informée par voie électronique. Resthome s'en charge : au bon moment, il **prépare automatiquement** la notification eHealth qui correspond à votre action. Vous n'avez, la plupart du temps, **rien à saisir en plus** — juste à vérifier et, si besoin, à envoyer.

Deux notions proches

- **eAgreement** : l'accord de prise en charge des soins (lié à la catégorie **Katz** et au forfait).
- **eAgreement Light** : les notifications plus simples liées aux **mouvements** du résident — admission, absence, départ, retour. Ce sont elles que Resthome génère tout seul au fil de vos actions.

Quand Resthome crée-t-il un accord ?

Vous faites l'action métier habituelle ; Resthome en déduit la notification.

Votre action dans Resthome	Notification préparée	Document
Démarrer un séjour (admission)	Accord d'admission	Annexe 7
Enregistrer une absence / hospitalisation	Notification de sortie	Annexe 11
Retour du résident (fin d'absence)	Réadmission	Annexe 7
Aggravation Katz validée	Mise à jour de l'accord de soins	Annexe 10
Fin de séjour / décès	Notification de sortie	Annexe 11

Le principe, en une phrase

Vous gérez le **résident** (entrée, absence, retour, sortie) ; Resthome gère l'"**eHealth** derrière. Les manipulations de facturation et d'accords que vous voyez apparaître sont le reflet automatique de ce que vous venez de faire.

Ce qu'il faut avant d'envoyer

⚠ À vérifier

- Le résident a un **NISS** (numéro national) valide.
- Sa **mutuelle** est renseignée.
- Le **certificat eHealth** de l'établissement est actif.

Sans NISS, l'accord ne peut pas être transmis. Vous pouvez tout de même enregistrer le mouvement (admission, absence…) : Resthome le note et vous invite à compléter le NISS dès que possible.

Vérifier les annexes (aperçu PDF)

Chaque annexe jointe à une demande dispose d'un bouton **aperçu** (icône œil) à côté d'elle : il ouvre le PDF dans un nouvel onglet pour en vérifier le contenu **avant l'envoi** — sans téléchargement.

Une fois la demande envoyée, le bouton **Aperçu des annexes envoyées** affiche le **PDF fusionné tel qu'il a été intégré au message transmis** à la mutuelle. C'est la vue qui fait foi sur *ce que la mutuelle a réellement reçu* : pratique pour confirmer que chaque page d'annexe est bien partie.

🔥 Avant ou après l'envoi

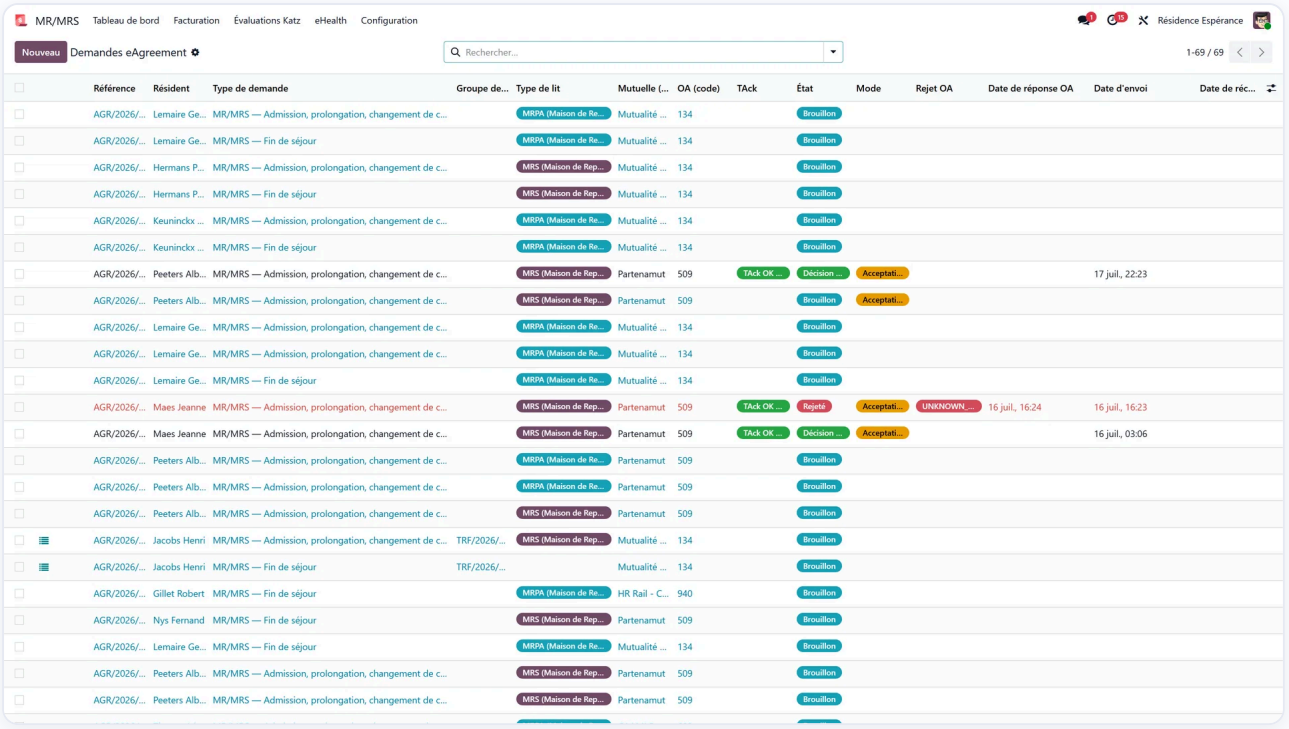
- **Icône œil à côté d'une annexe** — le document *source*, disponible dès l'état Brouillon.
- **Aperçu des annexes envoyées** — le document *transmis*, disponible uniquement une fois la demande envoyée.

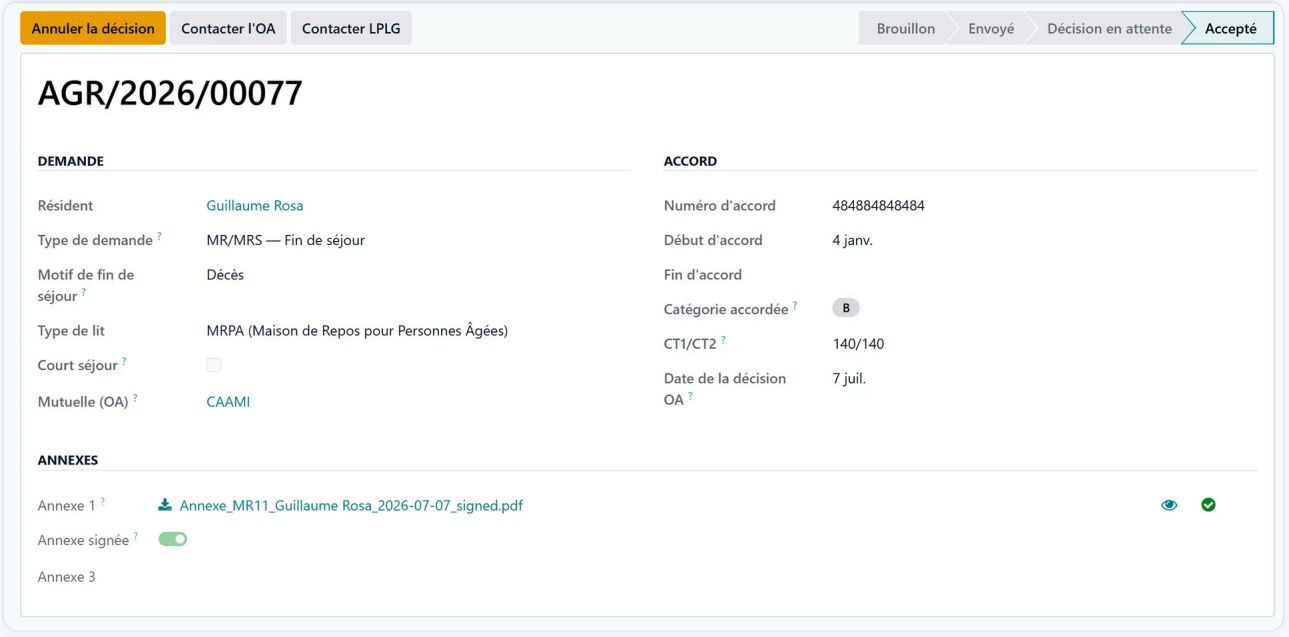
Suivre un accord

Chaque accord passe par des **statuts** clairs :

1. **Brouillon** — préparé par Resthome, pas encore envoyé.
2. **Envoyé** — transmis à la mutuelle via eHealth.
3. **Accepté** — la mutuelle a marqué son accord.
4. **Rejeté** — la mutuelle refuse, avec un **motif**.

Depuis la fiche du résident ou la période de facturation, vous voyez la liste des accords et leur statut, avec un lien vers le détail.





LES RÉPONSES QUI ARRIVENT PAR COURRIER OU PAR E-MAIL

Toutes les mutuelles ne répondent pas par voie électronique. Certaines envoient un **courrier scanné**. Resthome les rassemble dans la **boîte de réception eAgreement** et lit ce qu'il peut du message entrant :

- le **NISS**, lorsqu'il figure dans l'objet ou le nom du fichier ;
- la **référence** de la mutuelle, lorsque le format est reconnaissable ;
- le **type de document** — Annexe 8 (acceptation) ou 9 (refus) pour MR/MRS, Annexe 15 ou 16 pour le court séjour, ou un **accord tacite**.

Le **PDF** reste attaché à l'entrée. Ce que l'extraction trouve est un point de départ, pas un verdict : c'est vous qui confirmez et rattachez à la bonne demande.

EN CAS DE REJET

Si la mutuelle rejette une demande, Resthome affiche le **motif de rejet en clair, en français et en néerlandais**, directement sur l'accord. Vous savez ainsi immédiatement quoi corriger (souvent : NISS, mutuelle, ou dates) avant de renvoyer.

Cas particuliers utiles

- **Absence de courte durée** : une absence de plus de **72 h** (ou toute **hospitalisation**) déclenche l'"**Annexe 11** de sortie ; le **retour** génère l'"**Annexe 7** de réadmission. Voir Absences et hospitalisations.
- **Facturation déjà clôturée** : si la facture du mois concerné est **déjà comptabilisée** pour ce résident, Resthome **ne recrée pas** d'accord en double pour ce mois — il protège la cohérence. Repassez la facture en brouillon (ou faites une note de crédit) si vous devez vraiment modifier ce mois, puis actualisez.
- **Réadmission après un long congé** : selon la durée, la réadmission peut nécessiter une **nouvelle évaluation Katz** — Resthome vous le signale.

Pour aller plus loin

- Accord refusé (eAgreement) — causes et solutions
- Absences et hospitalisations
- Départ et décès
- Vue d'ensemble eHealth

Praticien responsable et signatures des annexes

Une demande eAgreement doit désigner un **praticien responsable** et porter une **signature** sur ses annexes. Cette page explique les deux mécanismes que Resthome

met en place :

- **Qui est identifié** comme praticien responsable sur la demande électronique — et comment son numéro **INAMI** est déterminé automatiquement ;
- **Comment signer** les **Annexes 7, 10 et 11** directement dans l'application, à partir d'une **image de signature** enregistrée, au lieu d'imprimer, signer et scanner.

Les boutons de signature apparaissent sur la **demande eAgreement** (accessible depuis la fiche du résident ou la période de facturation). Les identités se configurent sur la **fiche d'employé** et dans les **réglages eHealth**.

Deux identités à ne pas confondre

- **Le praticien responsable** : l'identité **électronique** enregistrée dans la demande envoyée à l'organisme assureur — le clinicien qui a réalisé l'évaluation **Katz**. Resthome la **résout automatiquement** (voir ci-dessous).
- **Le signataire** : la personne dont l'"**image de signature** est placée sur le **PDF** de l'annexe. Par défaut, c'est **vous** (l'utilisateur connecté).

Dans la plupart des cas, ces deux rôles coïncident, mais ils sont distincts : un secrétariat peut envoyer une demande dont le praticien responsable est l'infirmier qui a coté le Katz.

Le praticien responsable

Le praticien responsable est le **clinicien qui a réalisé l'évaluation Katz** — l'évaluateur — et **non** la personne qui envoie la demande. Resthome détermine son numéro **INAMI** en parcourant une chaîne de repli, de sorte qu'une identité cohérente soit toujours transmise à l'organisme assureur.

Ordre	Resthome utilise…	Quand
1	**L'évaluateur Katz**, s'il a un numéro INAMI personnel	Cas normal
2	L'"**infirmier en chef** configuré (son numéro INAMI)	L'évaluateur (infirmier, aide-soignant) n'a pas de numéro INAMI
3	Le **médecin coordinateur** configuré (son numéro INAMI)	Ni l'évaluateur ni l'infirmier en chef n'ont de numéro INAMI
4	Un **numéro d'infirmier générique AViQ**	En dernier recours, aucun numéro INAMI disponible

⚠ Catégorie Katz D : un médecin est obligatoire

Pour une **catégorie D** Katz (ou **Cd**), la spécification exige un **médecin** comme praticien responsable. Resthome utilise alors l'évaluateur s'il est médecin (avec un numéro INAMI), sinon le **médecin coordinateur** configuré. Si aucun médecin n'est disponible, l'envoi est **bloqué** avec un message explicite : configurez un médecin coordinateur dans les réglages eHealth.

ⓘ Le numéro générique est un dernier recours

Si personne dans la chaîne n'a de numéro INAMI utilisable, Resthome se rabat sur le **numéro d'infirmier générique AViQ**. C'est un filet de sécurité : pour une identité correcte, saisissez le numéro INAMI personnel du soignant, ou au moins un infirmier en chef et un médecin coordinateur de repli.

Où sont stockées les identités (fiche d'employé)

Le **numéro INAMI**, le **rôle** et l'"**image de signature** d'un soignant figurent sur sa **fiche d'employé**, pas sur un compte utilisateur. Ainsi, un soignant qui signe une Annexe 10 de temps en temps **ne consomme pas de licence utilisateur** : il doit seulement exister en tant qu'employé.

Application Employés → fiche d'employé → onglet Maison de repos.

Champ	À quoi il sert
Numéro INAMI (numéro NIHII/INAMI)	Le numéro INAMI personnel du soignant, utilisé comme praticien responsable sur la demande eAgreement. 11 chiffres.
Rôle de soins	Le métier (infirmier, infirmier en chef, aide-soignant, médecin…). Il détermine le rôle eHealth.
Rôle eHealth	Déduit automatiquement du rôle de soins : *infirmier* (infirmier / infirmier en chef / aide-soignant) ou *médecin* (médecin). En lecture seule.
Médecin étranger (pas de numéro INAMI belge)	Cochez-le pour un médecin transfrontalier sans numéro INAMI belge. Visible uniquement pour un médecin.
Image de signature (Annexe 10)	Le scan de la signature (PNG/JPG, fond transparent de préférence), placé sur le PDF lors de la signature dans l'application.

> **Une image de signature propre**
>
> Préférez une **image PNG à fond transparent**, recadrée sur le tracé. Resthome la place dans la case « Signature » de l'annexe en **préservant ses proportions** — une image bien recadrée donne un résultat propre.

Configurer les identités de repli

Réglages > Maison de repos > Praticien responsable eAgreement. Ces deux réglages fournissent le numéro INAMI de repli lorsque l'évaluateur Katz n'a pas le sien.

Réglage	À quoi il sert
Infirmier en chef (numéro INAMI de repli)	Son numéro INAMI identifie le praticien responsable lorsque l'évaluateur (infirmier, aide-soignant) n'a pas de numéro INAMI personnel.
Médecin coordinateur (numéro INAMI de repli)	Repli lorsqu'aucun numéro INAMI d'infirmier n'est disponible, et **obligatoire** pour une catégorie Katz D.

Voir aussi Réglages eHealth et eFact.

La catégorie Katz sert à déclarer, pas à fixer le montant

Le **forfait de dépendance** est du **même montant** pour toutes les catégories Katz (tarifs AViQ) ; la catégorie sert à **déclarer le profil du résident** à l'organisme assureur. Une catégorie **D** exige toutefois un **médecin** comme praticien responsable — d'où l'importance du médecin coordinateur de repli.

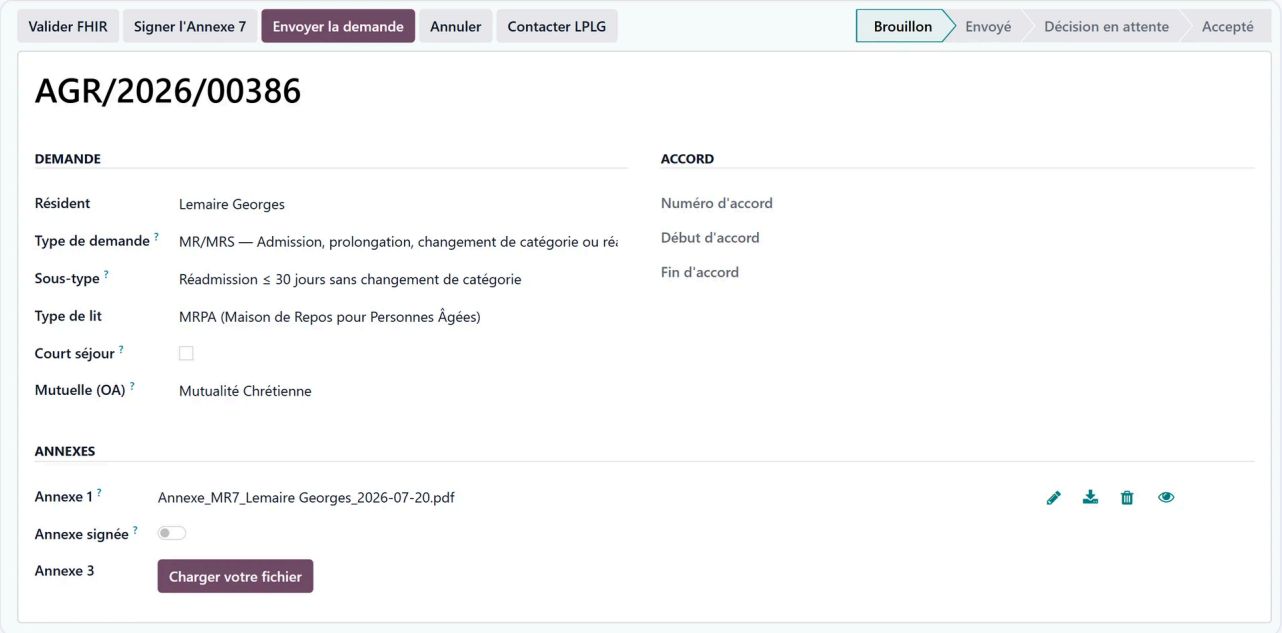
Le médecin étranger

Un médecin **transfrontalier** qui n'a **pas** de numéro INAMI belge ne peut pas fournir de numéro personnel. Sur sa fiche d'employé (rôle *médecin*), cochez **Médecin étranger (pas de numéro INAMI belge)**. Resthome inscrit alors sur la demande le **numéro générique prévu par la spécification eHealth** pour les praticiens étrangers, que les organismes assureurs acceptent. Vous n'avez aucun numéro à saisir vous-même.

Signer une annexe dans l'application

Plutôt qu'"**imprimer, signer à la main puis scanner**, Resthome place votre **image de signature** sur le PDF de l'annexe et l'enregistre — une voie conforme aux **règles de signature applicables**. Les annexes concernées :

- **Annexe 10** — l'échelle de Katz (accord de soins) ;
- **Annexe 7** — l'accord d'admission (admission / réadmission) ;
- **Annexe 11** — la notification de fin de séjour.



La marche à suivre, sur une demande en **Brouillon** :

1. **Générez l'annexe** si ce n'est pas déjà fait (l'Annexe 10 est produite à partir du Katz ; l'Annexe 7 ou 11 à partir de la demande).
2. Cliquez sur **Signer l'Annexe 10** (ou **Signer l'Annexe 7** / **Signer l'Annexe 11**). Ces boutons n'apparaissent qu'en Brouillon, lorsque l'annexe existe et n'est **pas encore signée**.
3. Dans la fenêtre **Signer l'annexe**, vérifiez le **signataire** (vous par défaut), son **rôle**, la **date de signature** et l''**aperçu** de la signature.
4. Cliquez sur **Signer et remplacer le PDF**. Resthome régénère un PDF propre, y place la signature et coche l'annexe comme **signée** (un ✓ vert « Signé » apparaît à côté de l'annexe).

⚠ Envoyer sans signer : possible, mais sous votre responsabilité

Resthome **ne bloque pas** l'envoi quand une annexe n'est pas signée — il demande une confirmation. Le bouton **Envoyer la demande** affiche alors : *« L'annexe n'est pas signée. En eAgreement Light, l'OA décide à partir du PDF de l'annexe — envoyer quand même ? »*. Annulez pour signer d'abord, ou confirmez pour envoyer en l'état.

Si vous confirmez, la demande part avec une **annexe non signée** et Resthome consigne un avertissement dans le fil de la demande : *« Envoyée avec une annexe NON SIGNÉE »*. Comme l'organisme assureur décide **à partir de ce PDF**, une annexe non signée vous expose à un refus — il faudrait alors signer et renvoyer la demande **entière**.

Resigner est sans risque : Resthome repart d'un PDF vierge à chaque fois, sans empiler les signatures.

✎ Remplacer un PDF efface sa signature

Régénérer une annexe, ou téléverser un nouveau PDF par-dessus l'existant, remet l'annexe à **non signée** — même si le document que vous téléversez porte déjà une signature manuscrite. Recochez **Annexe signée** (annexes 7 / 11), ou relancez **Signer l'annexe N**, sinon le prochain envoi redemandera une confirmation.

Katz déjà signé lors de l'évaluation

Si l'évaluation Katz a été **signée dans l'application** au moment de la cotation, le PDF de l'Annexe 10 porte déjà la signature : Resthome le marque **signé automatiquement** et l'étape ci-dessus est inutile.

QUI PEUT SIGNER (RÈGLES DE SIGNATURE)

Situation	Signataire autorisé
Annexe 10 — cas standard	**Médecin OU infirmier**
Annexe 10 — catégorie Katz **D / Cd**	**Médecin obligatoire** (pas de repli infirmier)
Annexe 10 — **révision rapide** (nouveau Katz moins de 6 mois après le précédent)	**Médecin obligatoire**
Annexe 7 (admission) / Annexe 11 (fin de séjour)	**Responsable de l'établissement** — pas de règle médicale

La fenêtre de signature rappelle la règle applicable dans un bandeau **règles de signature**. Si la règle exige un médecin et que le signataire n'en est pas un, la signature est refusée avec un message clair.

Réadmission après une longue absence

Une **réadmission** après plus de 30 jours d'absence peut nécessiter une **nouvelle évaluation Katz**, mais elle n'exige **pas** de médecin : l'Annexe 10 peut être signée par un **médecin OU un infirmier**.

CHACUN SIGNE AVEC SA PROPRE SIGNATURE

Par sécurité, vous ne pouvez signer qu'"**avec votre propre** image de signature. Signer **au nom d'un autre** clinicien — dont le nom et le rôle figurent sur une annexe légale transmise à l'organisme assureur — exige les droits de **gestionnaire eHealth**. Dans tous les cas, l'"**auteur réel** de l'action reste enregistré dans le journal d'audit.

SI AUCUNE IMAGE DE SIGNATURE N'EST CONFIGURÉE

Si le signataire n'a **aucune** image de signature sur sa fiche d'employé, la fenêtre vous en avertit et le bouton **Signer et remplacer le PDF** n'est pas proposé. Deux options :

- **téléversez une image de signature** sur la fiche d'employé, puis recommencez ;
- **conservez la voie manuelle** : imprimez l'annexe, faites-la signer, scannez le document signé et re-téléversez-le sur la demande (pour l'Annexe 7 / 11, cochez **Annexe signée**).

Points clés à retenir

- Le **praticien responsable** est l'"**évaluateur Katz**, pas l'expéditeur ; Resthome résout son **numéro INAMI** en cascade : évaluateur → infirmier en chef → médecin coordinateur → numéro générique.
- Une **catégorie D** Katz exige un **médecin** ; configurez un **médecin coordinateur** de repli dans les réglages eHealth.
- Le **numéro INAMI**, le **rôle** et l'"**image de signature** figurent sur la **fiche d'employé** (onglet *Maison de repos*) — aucune licence utilisateur nécessaire pour les soignants qui signent occasionnellement.
- **Signer l'Annexe 10 / 7 / 11** place votre image de signature sur le PDF : plus d'impression / signature / scan. La signature est un **préalable à l'envoi**.
- **Règles de signature** : médecin OU infirmier par défaut ; **médecin obligatoire** en catégorie D ou en révision rapide (< 6 mois).
- Vous signez **uniquement avec votre propre** signature, sauf si vous disposez des droits de **gestionnaire eHealth**.

Pour aller plus loin

- Accords (eAgreement)
- Accord refusé (eAgreement) — causes et solutions
- L'échelle de dépendance (Katz)
- Réglages eHealth et eFact
- Aperçu eHealth

Suivre une demande : délais et décision

Envoyer une demande eAgreement n'est pas la fin de l'histoire. Cette page couvre tout ce qui suit : ce qui revient par voie électronique, les deux délais réglementaires à surveiller, et comment enregistrer la décision de l'organisme assureur.

> **L'asymétrie essentielle**
>
> En eAgreement Light, **seuls les accusés de réception et les rejets circulent par voie électronique**. La décision du médecin-conseil — celle qui accorde ou refuse le forfait — arrive **par la poste**. Resthome ne peut pas aller la chercher : vous l'enregistrez à la main, et le logiciel fait le reste.

Les deux niveaux d'accusé de réception

Le statut de la demande suit ce qui est réellement revenu, d'où deux étapes plutôt qu'une.

Statut	Ce que cela signifie	Ce que vous détenez
Envoyée	Le courtier a accepté le message.	Il est en route. **Aucune preuve** que l'organisme assureur l'ait reçu.
Décision attendue	L'accusé de réception légal est revenu.	La **preuve légale de réception** par l'organisme assureur.

Le premier accusé est un reçu de **transport** émis par le courtier — utile, mais sans valeur légale. Le second est l'accusé **légal** : la preuve signée que le destinataire a reçu votre message. C'est lui qui démarre le compte à rebours de l'accord tacite.

Le bouton **Vérifier la réponse**, disponible dès **Envoyée**, demande à la plateforme si quelque chose de neuf est arrivé. Aucun délai n'est à respecter de votre côté : si vous demandez trop souvent, la plateforme répond elle-même par un message *« veuillez patienter »* que Resthome vous affiche tel quel.

Si l'accusé de réception revient négatif

Un accusé négatif (**TAck KO**) signifie que le message n'a **pas** été accepté. Une bannière apparaît sur la demande avec le motif renvoyé. Ce n'est pas un refus du forfait — c'est un échec de transport : corrigez ce qui est signalé et renvoyez.

Délai 1 — l'envoi : 14 jours après l'admission

La réglementation laisse à l'établissement **14 jours calendrier à compter de l'admission du résident** pour transmettre la demande. Resthome calcule l'échéance à partir de la date d'admission et affiche un statut :

Statut	Signification
Délai OK	Vous êtes dans les temps.
Envoyer rapidement	Il reste trois jours ou moins.
Délai dépassé	La fenêtre est fermée.

L'envoi n'est jamais bloqué

Resthome **informe, il n'interdit pas** : un délai dépassé laisse quand même envoyer. Une demande tardive peut être refusée pour tardiveté par l'organisme assureur, mais une régularisation sur une facture ultérieure reste possible. Envoyer en retard vaut mieux que ne pas envoyer.

Délai 2 — la réponse : accord tacite à 15 jours

Une fois la réception accusée, l'organisme assureur dispose de **15 jours** pour répondre. Au-delà, l'accord est **tacitement acquis** au titre de la réglementation applicable — le silence vaut acceptation.

Resthome compte à partir de la date de l'accusé légal, à défaut de la date d'envoi si aucun accusé n'a été enregistré, et affiche où vous en êtes :

Statut	Signification
En attente	La fenêtre est ouverte, l'organisme assureur peut encore répondre.
Échéance imminente	Il reste trois jours ou moins.
Échéance dépassée — accord tacite obtenu	Les 15 jours se sont écoulés sans réponse.

Un **rappel quotidien** signale les demandes qui entrent dans leurs trois derniers jours et celles qui ont dépassé l'échéance, pour qu'un accord tacite ne reste jamais en suspens.

> ⚠ **Un accord tacite doit quand même être enregistré**
>
> Le dépassement de l'échéance ne clôture pas la demande à lui seul. Enregistrez l'issue en **Accord tacite** (ci-dessous) pour que le forfait soit facturé et que l'accord porte une date de début et de fin. Laissée en *Décision attendue*, elle ne facture rien.

Enregistrer la décision de l'organisme assureur

Quand le courrier arrive — ou quand l'échéance tacite est dépassée — ouvrez la demande et cliquez **Décision papier reçue**. Le bouton est disponible dès **Envoyée**.

Trois issues possibles :

ACCEPTATION

L'organisme assureur accorde le forfait. Recopiez depuis le courrier :

- le **numéro d'accord** qui y figure — il sert aussi de référence en cas de litige ;
- le **début** et la **fin** de l'accord ;
- la **catégorie accordée** — qui peut différer de celle demandée ;
- le **code titulaire CT1/CT2** : choisissez la paire dans la liste, les deux codes vont toujours ensemble.

REFUS

Enregistrez le **motif** tel qu'indiqué sur le courrier. Il est obligatoire — un refus sans motif écrit ne pourra pas être contesté par la suite.

ACCORD TACITE

Le recours réglementaire quand les 15 jours se sont écoulés sans réponse. Même effet qu'une acceptation ; renseignez les dates et la catégorie de l'accord telles que vous les avez demandées.

COMMUN AUX TROIS

Quelle que soit l'issue, enregistrez aussi :

- la **date de décision** inscrite sur le courrier ;
- le **médecin-conseil** qui l'a signé. Choisissez parmi ceux déjà enregistrés sur la mutuelle du résident, ou créez-en un à la volée — il est classé sous cette mutuelle, vous ne le saisissez donc qu'une fois ;
- le **courrier scanné** lui-même, comme preuve.

C'est la catégorie accordée qui est facturée

L'organisme assureur peut accorder une catégorie **inférieure** à celle demandée. Ce qui est enregistré ici est ce qui sera facturé — pas ce que vous avez demandé. Si l'écart n'est pas justifié, contestez-le auprès de l'organisme assureur plutôt que de le corriger à la main.

Pour aller plus loin

- Les accords (eAgreement Light) — créer et envoyer une demande.
- Signer les annexes — avant l'envoi.
- Refus et rejets — que faire d'une issue négative.
- L'évaluation Katz — la catégorie qui est demandée.

Accord refusé (eAgreement) — causes et solutions

Quand un résident **entre**, **s'absente**, **revient** ou **quitte** l'établissement, Resthome prévient automatiquement sa **mutuelle (organisme assureur, OA)** par voie

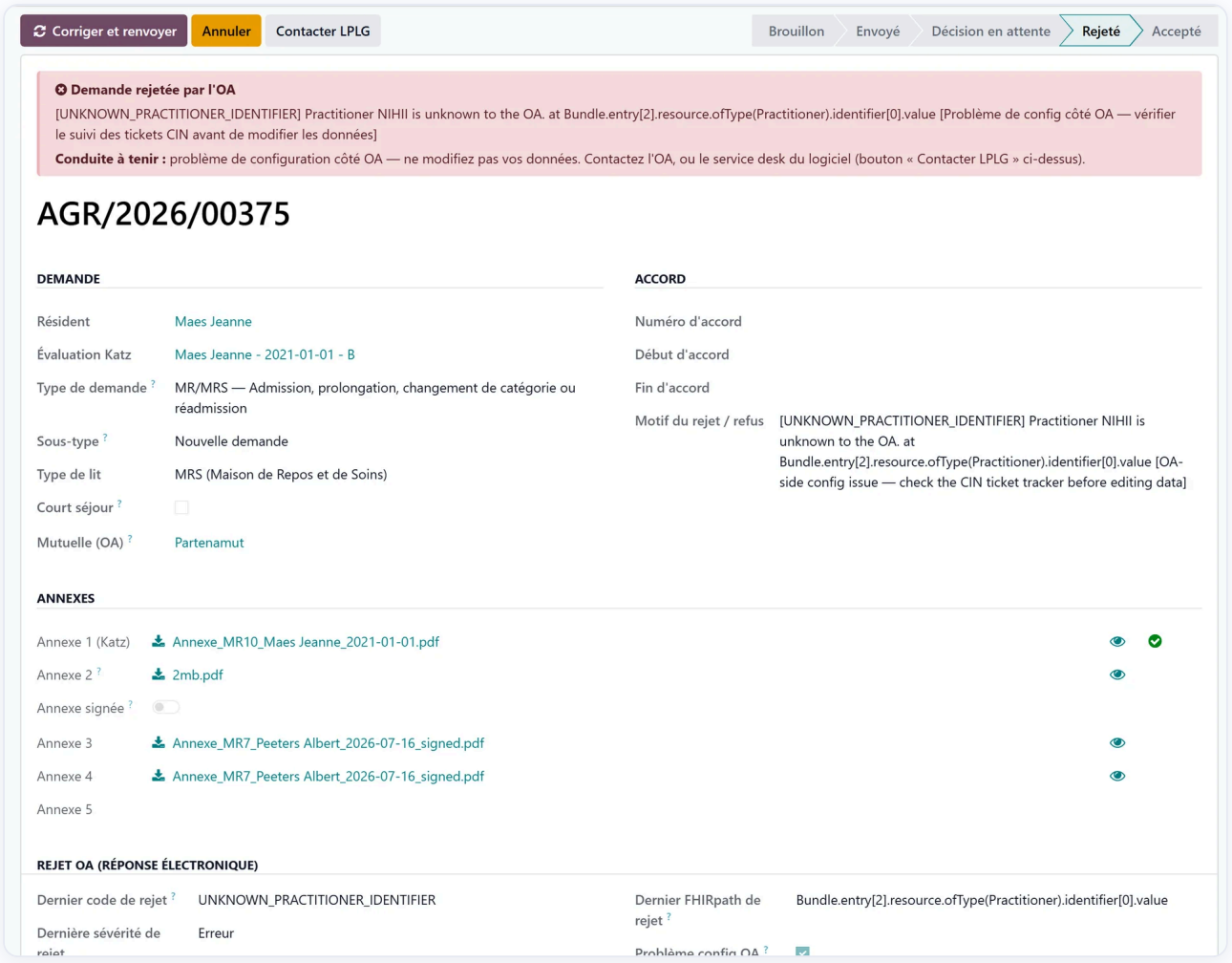
électronique, avec le bon document officiel (Annexe 7, 10 ou 11). Ce service — **eAgreement Light** — est **agréé** (opérationnel). La mutuelle peut ensuite **accepter** l'accord, le laisser devenir **tacite**, ou le **refuser**.

Cette page explique **pourquoi un accord est refusé** et **comment le corriger puis le renvoyer**.

Deux moments où « ça bloque »

> **À distinguer**
>
> - **Rejet technique immédiat** — une donnée cloche (NISS, document, champ obligatoire) et la mutuelle ou la plateforme renvoie **tout de suite** une erreur. C'est l'objet du tableau ci-dessous : ça se **corrige et se renvoie**.
> - **Décision de fond de la mutuelle** — pour eAgreement Light, la **vraie réponse** (acceptation ou refus sur le bien-fondé, p. ex. la catégorie Katz) arrive généralement **par courrier**, pas électroniquement.

> **Un accusé de réception n'est pas un accord**
>
> Un accusé électronique « bien reçu » signifie **reçu**, **pas accepté**. Ne considérez pas un accord comme acquis sur la seule base de l'accusé.



Causes de refus fréquentes → action

Cause	Ce que vous voyez	Action dans Resthome
NISS non reconnu	Rejet « bénéficiaire inconnu » ; l'accord repasse en *Rejeté*	Vérifier le NISS (carte d'identité / eID), corriger, renvoyer.
NISS mal formé / incomplet	Rejet « identifiant invalide » (format)	Ressaisir les 11 chiffres du NISS, renvoyer.
Numéro de mutuelle inconnu	Rejet « numéro de mutualité inconnu »	Vérifier la mutuelle et le n° d'affiliation ; privilégier l'identification par NISS ; renvoyer.
Assurabilité (MDA) non confirmée	Resthome **bloque l'envoi** : assurabilité pas en ordre	Relancer / mettre à jour la vérification MDA, corriger mutuelle/NISS, réessayer. *(Les notifications de sortie/décès ne sont pas bloquées par ce contrôle.)*
Données résident incomplètes	Rejet « donnée obligatoire manquante » (nom, identifiant)	Compléter la fiche résident, renvoyer.
Document (annexe) absent ou mauvais format	Envoi bloqué si l'annexe est vide ; sinon rejet « format de pièce invalide »	Régénérer / joindre l'Annexe **en PDF**, vérifier qu'elle s'ouvre, renvoyer.
Pièce jointe trop volumineuse	L'envoi n'aboutit pas	Alléger le PDF (réduire le poids du scan), renvoyer.
Évaluation Katz manquante ou non validée	Envoi bloqué : « évaluation Katz requise »	Créer, **confirmer** puis **valider** le Katz ; vérifier l'Annexe 10 ; renvoyer.
Doublon d'accord	Rejet « enregistrement déjà existant »	Ne pas renvoyer un accord déjà transmis ; corriger la donnée fautive (Resthome régénère alors une nouvelle notification).
Mauvaise annexe / type inadapté	Rejet « type d'accord non autorisé / incohérent »	Refaire la **bonne action métier** (admission ≠ absence ≠ sortie) : **une situation = une annexe**.
Établissement ou soignant non	Rejet « organisation / prestataire inconnu »	Faire vérifier par l'administrateur la configuration eHealth (n° INAMI

Cause	Ce que vous voyez	Action dans Resthome
reconnu		établissement / soignant), renvoyer.

Corriger, puis renvoyer

1. **Lisez le motif.** En cas de rejet, Resthome affiche le **motif en clair, en français et en néerlandais**, directement sur l'accord.
2. **Vérifiez ce qui a réellement été envoyé.** Quand le rejet porte sur un **document**, le bouton **Aperçu des annexes envoyées** ouvre le PDF fusionné **tel qu'il a été transmis** à la mutuelle — vous voyez immédiatement si une page d'annexe manque, est blanche ou illisible. Voir Les accords (eAgreement).
3. **Corrigez la cause à la source** (fiche résident, mutuelle/NISS, MDA, évaluation Katz, document PDF, ou la bonne action métier).
4. **Renvoyez l'accord** une fois la donnée corrigée.
5. **Accusé de réception.** Il confirme la **réception**, pas l'acceptation.
6. **Accord tacite.** Si la mutuelle ne se manifeste pas dans le délai réglementaire, l'accord est **tacitement acquis** (silence = accepté).

Les statuts visibles : **Brouillon** → **Envoyé** → **Accepté / Rejeté**, avec le motif affiché en cas de rejet.

Bonnes pratiques (éviter le refus)

- **MDA d'abord** — vérifiez l'"assurabilité **avant** de préparer l'accord : c'est le blocage le plus fréquent, et il s'anticipe.
- **Fiche résident complète** — NISS valide (eID), mutuelle renseignée, identité correcte, avant tout mouvement.
- **Le bon document, une fois** — une situation = une annexe (7 admission/retour, 10 Katz, 11 sortie/décès). Ne renvoyez pas un accord déjà transmis.
- **Katz validé** avant l'envoi pour les admissions et aggravations.
- **Certificat eHealth actif** et configuration établissement (n° INAMI) à jour.
- **Laissez Resthome faire** — gérez le résident (entrée, absence, retour, sortie) ; Resthome en déduit la notification. Le plus souvent : vérifier et envoyer.

Pour aller plus loin

- Accords (eAgreement)
- Assurabilité (MDA) · Erreurs MDA
- Rejets eFact
- FAQ · Glossaire

Transfert interne (MR ↔ MRS)

Un résident dont l'état évolue peut passer de **MR** à **MRS** (ou l'inverse, ou en centre de jour). Pour l'organisme assureur, ce n'est pas un détail d'organisation interne : cela clôture une intervention et en ouvre une autre, et il faut **deux documents** pour l'officialiser.

Resthome le fait en une étape : depuis le séjour en cours du résident, ouvrez **Transfert interne**.

> **Pourquoi le champ secteur est en lecture seule sur le séjour**
>
> Vous ne pouvez pas changer le secteur en modifiant directement le séjour. Une simple modification changerait vos données alors que l'organisme assureur croit toujours le résident dans l'ancien secteur — et ne produirait **aucune annexe**. L'assistant est le seul chemin qui génère la paire de documents.

Ce que l'assistant demande

Champ	Que faire
Type de destination	MR, MRS ou centre de jour. Par défaut, l'inverse du secteur actuel.
Nouvelle chambre	Par défaut la chambre actuelle — la même chambre est simplement reclassée. Ne la changez que si le résident déménage réellement.
Date de transfert	Clôture le séjour en cours et démarre le nouveau, le même jour.
Heure du transfert	Le moment du passage. Elle figure sur l'annexe de fin de séjour (*« à … heures »*).
Avec changement de catégorie Katz	Cochez si le transfert s'accompagne d'une nouvelle évaluation, puis choisissez-la ou créez-la.

Ce qu'il produit

En une seule opération, l'assistant :

1. **clôture** le séjour en cours, avec *transfert* comme motif de départ, l'heure saisie et le secteur de destination ;
2. **ouvre** le nouveau séjour dans le secteur de destination, à partir de ce même moment ;
3. crée les **deux demandes eAgreement**, dans l'ordre : une **notification de fin de séjour** (annexe 11) pour le secteur quitté, puis une **demande d'intervention** (annexe 7) pour le secteur rejoint.

L'intervention INAMI de l'ancien séjour s'arrête au moment du transfert, de sorte qu'aucune journée n'est facturée deux fois.

> **Exactement deux documents, pas quatre**
>
> Clôturer un séjour et en ouvrir un déclenchent normalement chacun leur propre demande eAgreement. Pendant un transfert, Resthome supprime ces demandes automatiques — vous obtenez exactement les deux documents de transfert, dans le bon ordre, et rien d'autre.

Ce que l'assistant refuse

Un transfert qui ne change rien. Si le secteur de destination et la chambre sont tous deux identiques au séjour en cours, l'assistant refuse : il clôturerait un séjour vivant pour en rouvrir un identique, et annuler ensuite ce nouveau séjour laisserait le résident sans aucun séjour. Il vous indique ce que vous vouliez probablement faire :

- un autre secteur → choisissez-le dans l'assistant ;
- une autre chambre, même secteur → utilisez **Changer de chambre** ;
- l'indicateur **court séjour** → cochez-le directement sur le séjour, c'est une modalité, pas un transfert.

MRS en dessous de la catégorie B. La MRS exige une catégorie Katz **B ou supérieure**. Si la dernière évaluation validée du résident est **O** ou **A**, l'assistant s'arrête avant de toucher à quoi que ce soit et vous demande soit d'enregistrer une nouvelle évaluation (cochez *Avec changement de catégorie Katz*), soit de mettre MR en destination.

Un transfert déjà effectué. Si le séjour n'est plus actif, l'assistant refuse plutôt que de créer un séjour de destination en double. Démarrez tout nouveau transfert depuis le séjour actif en cours du résident.

Annuler un transfert

Si vous annulez le séjour ouvert par un transfert, le transfert n'a jamais eu lieu — et les deux annexes qu'il a créées ne doivent pas rester en file d'attente à déclarer à l'organisme assureur un mouvement qui n'aura pas lieu.

Resthome fait le ménage tout seul, mais la règle dépend du fait que l'annexe soit déjà partie ou non :

- **Encore en brouillon** — la paire est **supprimée**, et le fil du résident le consigne : *« Transfert interne annulé — ses demandes eAgreement en brouillon ont été supprimées. »*
- **Déjà envoyée** — l'annexe est **laissée intacte**, et le fil vous avertit : *« Transfert interne annulé, mais … a déjà été envoyée à l'OA. »*

> ⚠ **Une annexe envoyée se retire auprès de l'organisme assureur, pas dans le logiciel**
>
> Resthome ne supprimera jamais en silence une déclaration que l'organisme assureur a déjà reçue. Si l'annexe de transfert est partie et que le transfert est annulé, l'organisme assureur détient un mouvement qui n'a pas eu lieu : **contactez-le** pour le corriger. La même règle s'applique quand vous rouvrez un séjour dont l'annexe de fin de séjour a déjà été envoyée — Resthome refuse alors purement et simplement la réouverture plutôt que de laisser une contradiction.

Seule la paire créée avec ce séjour est touchée. Une demande appartenant à un transfert antérieur du même résident n'est jamais affectée, et le nettoyage ne bloque jamais l'annulation elle-même.

Pour aller plus loin

- Les accords (eAgreement Light) — les demandes créées par le transfert.
- Suivre une demande — les délais et la décision de l'organisme assureur.
- Changement de chambre et transfert — changer de chambre dans le même secteur.
- L'évaluation Katz — la catégorie qui conditionne la MRS.

Vacances collectives

Une **vacance collective** est un séjour de groupe : la mer, la montagne, quelques jours ailleurs. Elle a des conséquences sur la facturation et pour les mutuelles, qui doivent en être informées. Resthome gère l'ensemble depuis une seule fiche.

Menu : **eHealth** → **Vacances collectives**.

1. Créer le séjour

1. Donnez au séjour un **nom** — quelque chose de reconnaissable, comme la destination et l'année.
2. Saisissez les dates de **départ** et de **retour**. Resthome compte les jours, **les deux dates incluses**.
3. Notez la **destination** en texte libre.

4. Ajoutez les **résidents** participants.

> **Le retour ne peut précéder le départ**
>
> Resthome refuse une date de retour antérieure à la date de départ — un garde-fou simple contre une erreur qui fausserait tout le décompte.

2. Surveiller le quota

Chaque résident a droit à **14 jours de vacances collectives par année civile**. Dès que vous ajoutez des résidents, Resthome affiche, pour chacun :

- les jours **déjà pris** cette année, tous séjours confondus ;
- les jours de **ce séjour** ;
- le **total**, mis en rouge s'il dépasse 14.

> **Un avertissement, pas un blocage**
>
> Resthome signale le dépassement mais vous laisse continuer : la décision appartient à l'établissement, qui peut avoir ses raisons. L'essentiel est que personne ne découvre le dépassement après coup.

3. Prévenir les mutuelles

Cliquez sur **Communiquer aux OA**. Chaque résident participant reçoit une notification **Annexe 7** distincte, adressée à sa propre mutuelle.

> **Un préavis de deux semaines**
>
> Les mutuelles doivent être prévenues **au moins deux semaines avant le départ**. Si vous envoyez avec un délai plus court, Resthome consigne un avertissement dans le journal de la fiche mais ne bloque pas l'envoi — un départ tardif peut être justifié, et c'est la trace qui compte.

États

État	Signification
Brouillon	En préparation ; rien n'a été envoyé.
Communiquée aux OA	Les notifications sont parties.
Terminée	Le séjour a eu lieu.
Annulée	Annulé ; peut être remis en brouillon.

Points clés à retenir

- Une seule fiche couvre tout le séjour : **dates, destination, participants**.
- Le quota de **14 jours par an** est vérifié par résident, avec le cumul de l'année.
- **Communiquer aux OA** produit une **Annexe 7** par résident, vers sa propre mutuelle.
- Prévenez **deux semaines à l'avance** ; un préavis plus court avertit sans bloquer.

Pour aller plus loin

- Absences et hospitalisations
- Accords (eAgreement)
- Gérer un résident

Resthome est connecté à l'écosystème e-santé belge (eHealth, MyCareNet, WalCareNet) pour échanger directement avec les mutuelles.

Les services

- **MDA — Assurabilité**

  Vérifie qu'un résident est **assuré** et récupère sa mutuelle et son statut BIM, individuellement ou par lot.

  → L'assurabilité en détail

- **eFact — Facturation électronique**

  Envoie la **part mutuelle** (message 920000) aux organismes assureurs et suit les accusés et décomptes.

→ La facturation eFact en détail · Rejets · Corrections et notes de crédit · Décomptes

- **eAgreement — Accords**

  Notifie l'OA lors d'une **admission**, d'une **fin de séjour** ou d'une **absence** (Annexes 7, 10, 11…).

  → Les accords en détail · Signer les annexes · Suivre une demande · Transfert interne

Prérequis

> ⚠ **À vérifier avant d'envoyer**
>
> - Le résident a un **NISS** valide.
> - Sa **mutuelle** est renseignée.
> - Une **assurabilité (MDA)** a été vérifiée pour la période.
> - Le **certificat eHealth** de l'établissement est actif.

Bon à savoir

- Une **absence** de plus de 72 h (ou toute hospitalisation) déclenche une **Annexe 11** de fin d'hébergement ; le **retour** génère une **Annexe 7** de réadmission.
- Une facture déjà **comptabilisée** « fige » la facturation du mois pour ce résident : pour la modifier, remettez-la en brouillon (ou émettez une note de crédit), puis actualisez.

À suivre

- Accords (eAgreement) — admission, absence, retour, sortie (Annexes 7, 10, 11).
- Le parcours de facturation — de l'admission au paiement.
- Absences et hospitalisations
- Facturation
- FAQ · Glossaire

Soins

Le dossier médical du résident

L'onglet **Informations médicales** de la fiche résident constitue son **dossier clinique** dans Resthome. Il rassemble en une page les **mesures**, l''**état clinique**, les **sens et risques**, les **dispositifs**, les **diagnostics (CIM-10)**, les **allergies**, les **contacts médicaux** et les **directives anticipées**.

Vous le trouvez sur la **fiche du résident** (application **Résidents** ou **Soins**), dans l'onglet **Informations médicales**. L'onglet n'apparaît que pour les **résidents**.

> ⚠ **Accès réservé au personnel soignant**
>
> L'onglet **Informations médicales** et les indicateurs qui en découlent (badge DNR, filtres) ne sont visibles que pour le **personnel soignant**. Les modifications des données médicales sont **journalisées** (traçabilité et conformité **RGPD**).

Au-dessus de l'onglet, une série de **boutons statistiques** ouvre les autres volets du suivi : **Prescriptions**, **Plans de soins**, **Notes**, **Katz**, **Signes vitaux** et **Tendances**. Le dossier médical décrit ci-dessous concentre, lui, le **profil clinique** du résident.

Mesures et IMC

La section **Mesures** réunit les données morphologiques de base :

Champ	Rôle
Groupe sanguin	Groupe sanguin du résident
Taille (cm)	Taille, saisie une fois
Poids (kg)	En lecture seule — provient des signes vitaux
IMC	Calculé automatiquement (poids / taille²)

Le poids passe par les signes vitaux

Le champ **Poids** n'est pas saisi directement ici : il reprend la dernière valeur enregistrée lors d'une **saisie de signes vitaux**. Utilisez le bouton **Saisir les signes vitaux** en haut de la fiche, ou le petit **+** à côté du champ Poids. L'**IMC** se recalcule alors tout seul dès que la taille et le poids sont connus.

La dépendance (Katz)

La section **Dépendance** affiche, en lecture, la synthèse de la dépendance du résident :

- la **catégorie Katz** en cours (O, A, B, C, Cd) ;
- la **fin de validité** de l'évaluation Katz ;
- le **plan de soins actif**, s'il en existe un.

Ces informations proviennent de l'**évaluation Katz** et du **plan de soins** ; vous ne les modifiez pas depuis le dossier médical.

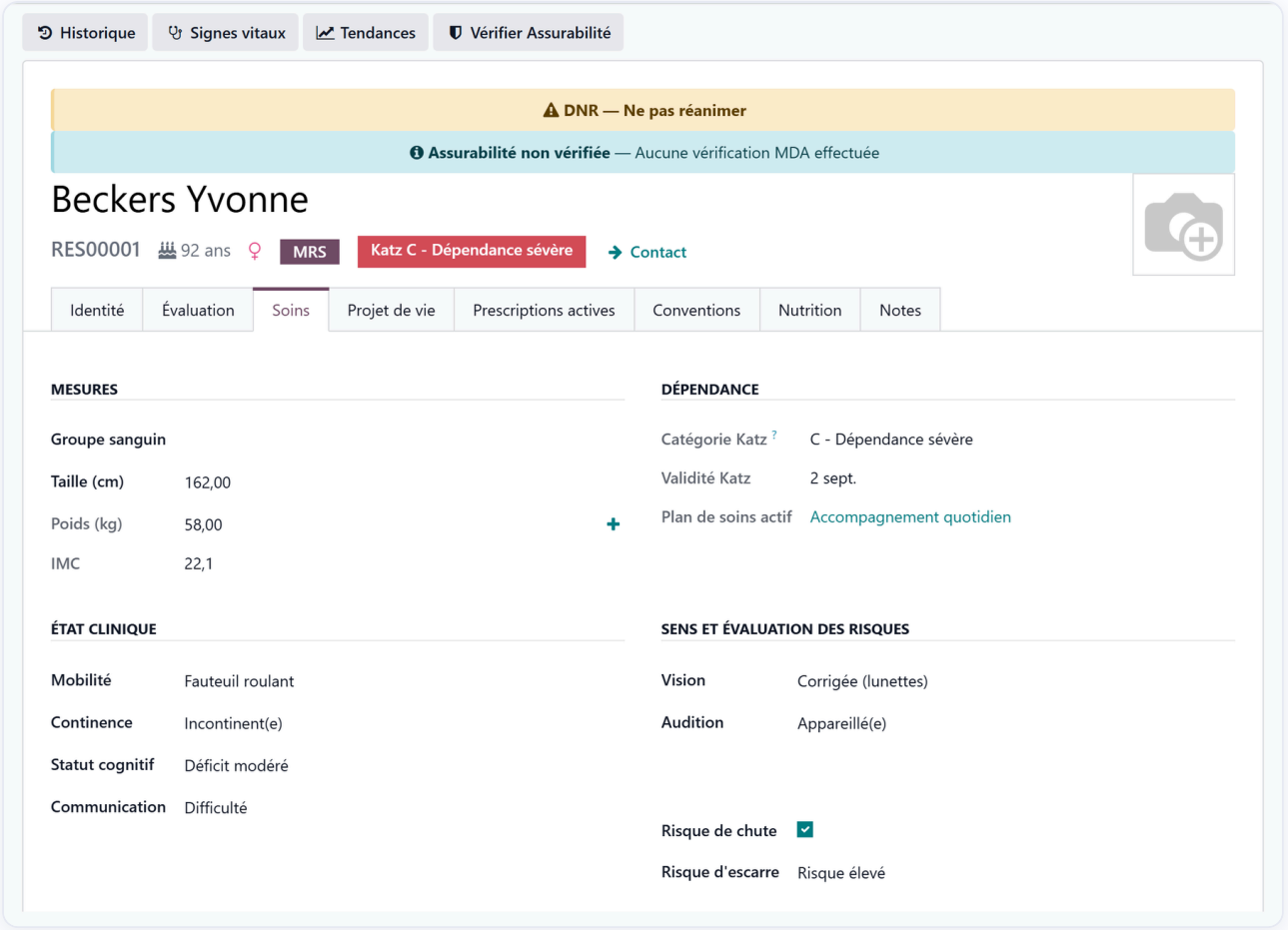
La catégorie Katz se déclare, elle ne fixe pas le montant

La catégorie sert à **déclarer le profil de dépendance** à la mutuelle. Dans les tarifs **AViQ**, le forfait de dépendance est le **même montant pour toutes les catégories** (voir L'évaluation Katz).

L'état clinique

La section **État clinique** décrit l'autonomie fonctionnelle du résident. Chaque champ propose une liste de valeurs :

Champ	Valeurs
Mobilité	Autonome · Canne · Déambulateur · Fauteuil roulant · Alité
Continence	Continent · Incontinence occasionnelle · Incontinence fréquente · Incontinent
Statut cognitif	Normal · Trouble léger · Trouble modéré · Trouble sévère
Communication	Normale · Difficulté · Non verbal · Aphasie



Les sens et les risques

La section **Sens & Évaluation des risques** complète le profil :

Champ	Valeurs
Vision	Normale · Corrigée (lunettes) · Diminuée · Aveugle
Audition	Normale · Appareil auditif · Diminuée · Sourd
Risque de chute	Oui / Non
Risque d’escarre	Faible · Modéré · Élevé

Ces indicateurs orientent la surveillance quotidienne et alimentent le plan de soins.

Les dispositifs médicaux

La section **Dispositifs médicaux** recense les dispositifs et conditions permanentes :

- **Sonde urinaire** (oui / non) ;
- **Stomie** (oui / non) ;
- **État dentaire** : Dents naturelles · Prothèse partielle · Prothèse complète · Édenté.

Les diagnostics (pathologies CIM-10)

La section **Diagnostics / Pathologies** liste les pathologies du résident, codées selon la **CIM-10** (classification internationale des maladies). Chaque ligne relie le résident à une pathologie du **catalogue**.

Colonne	Rôle
Pathologie	La pathologie du catalogue (code CIM-10)
Catégorie	Reprise du catalogue (circulatoire, nerveux, endocrinien…)
Sévérité	Léger · Modéré · Sévère — propre à ce résident
Statut	**Actif** ou **Résolu**
Confirmé	Diagnostic cliniquement confirmé (oui / non)
Date	Date du diagnostic
Notes	Observations cliniques

Sévérité et statut propres au résident

Le catalogue porte une sévérité **par défaut**, mais vous fixez la sévérité et le statut (Actif / Résolu) **pour ce résident**. Un statut *Résolu* impose une **date de résolution**. Une même pathologie ne peut être enregistrée **qu'une fois** par résident.

Code CIM-10	Nom de la pathologie	Catégorie	Gravité par défaut	Habitant...
I10	Essential Hypertension	Circulatoire	Modérée	2
I25	Chronic Ischaemic Heart Disease	Circulatoire	Modérée	1
I48	Atrial Fibrillation	Circulatoire	Modérée	1
I50	Heart Failure	Circulatoire	Sévère	2
I63	Cerebral Infarction (Stroke)	Circulatoire	Sévère	1
K21	GERD	Digestif	Léger	1
K80	Cholelithiasis	Digestif	Léger	2
E03	Hypothyroidism	Endocrinien / Métabolique	Léger	1
E10	Diabetes Type 1	Endocrinien / Métabolique	Sévère	2
E11	Diabetes Type 2	Endocrinien / Métabolique	Modérée	1
E78	Hyperlipidaemia	Endocrinien / Métabolique	Léger	0
N18	Chronic Kidney Disease	Génito-urinaire	Modérée	1
N40	Benign Prostatic Hyperplasia	Génito-urinaire	Léger	2
F00	Alzheimer's Disease (Dementia)	Mental / Comportemental	Sévère	2
F01	Vascular Dementia	Mental / Comportemental	Sévère	2
F03	Unspecified Dementia	Mental / Comportemental	Sévère	2
F20	Schizophrenia	Mental / Comportemental	Sévère	0
F32	Depression	Mental / Comportemental	Modérée	1
M16	Coxarthrosis (Hip OA)	Musculo-squelettique	Modérée	2

Les allergies

La section **Allergies** recense les allergies **propres au résident**, reliées au **catalogue d'allergènes**.

Colonne	Rôle
Allergène	L'allergène du catalogue
Catégorie	Médicament · Aliment · Environnemental · Contact · Insecte/Venin
Sévérité	Faible · Moyen · Élevé · **Critique** — propre à ce résident
Confirmé	Allergie cliniquement confirmée (oui / non)
Date	Date d'identification
Réaction	Description de la réaction

> ⚠ **Les allergènes médicamenteux protègent la prescription**
>
> Pour un **allergène médicamenteux**, la sévérité pilote le comportement à la prescription : **Critique bloque** la prescription du médicament concerné ; **Élevé**, **Moyen** ou **Faible** affiche un **avertissement**. Les allergies **alimentaires** et **environnementales** sont documentaires. Voir Prescriptions et médicaments.

Un champ **Notes d'allergies complémentaires** permet de consigner en texte libre les allergies ou remarques qui ne figurent pas dans la liste structurée.

Les contacts médicaux

La section **Contacts médicaux** relie le résident à ses intervenants de santé :

- **Médecins spécialistes** — un ou plusieurs médecins (étiquettes) ;
- **Pharmacie** de référence.

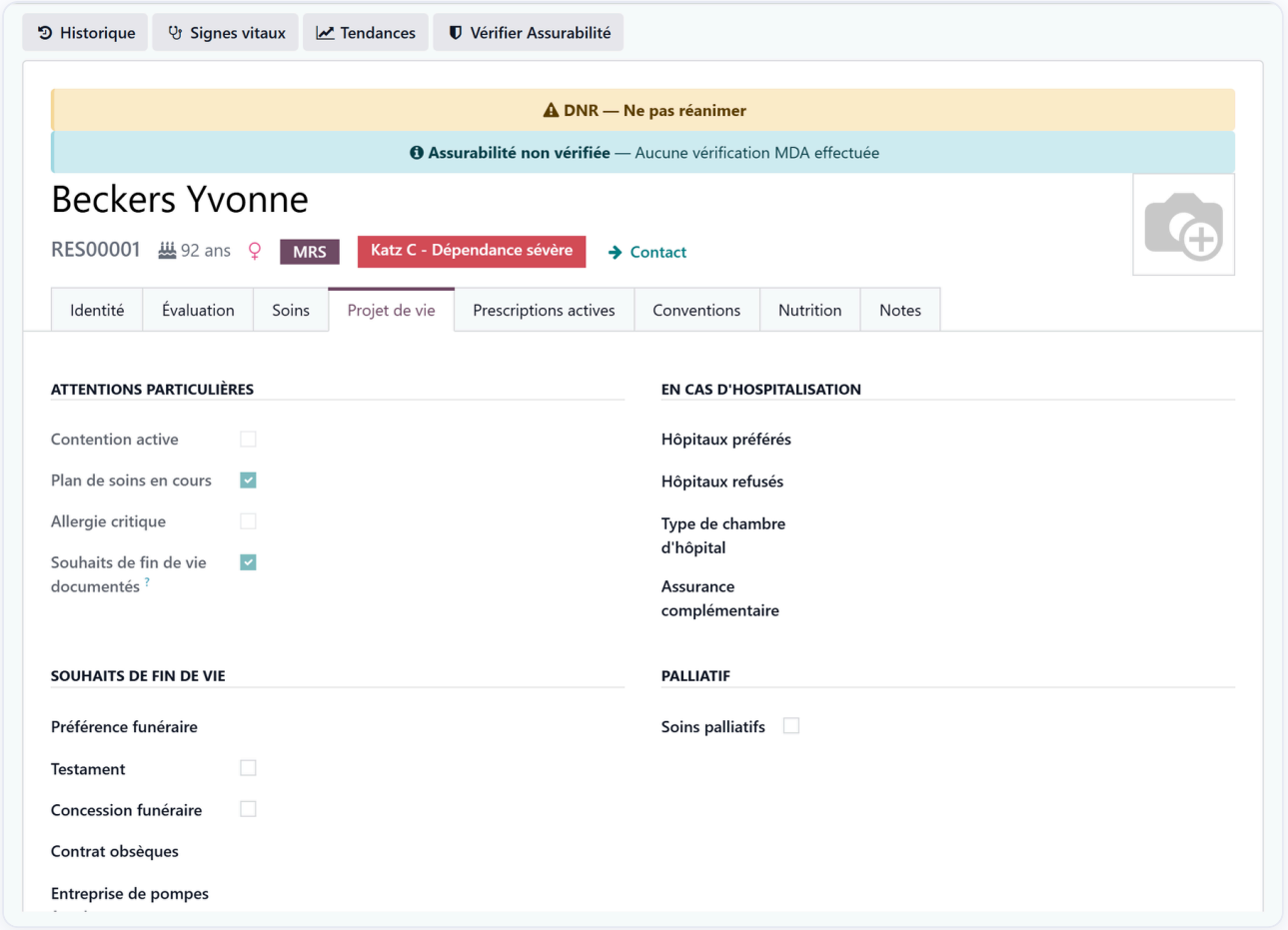
Le **médecin traitant** (médecin attitré du résident) se renseigne, lui, sur les informations générales du résident. Ces contacts sont réutilisés ailleurs dans Resthome (prescriptions, échanges eHealth).

Les directives anticipées et le DNR

La section **Directives anticipées** consigne les volontés du résident :

- **Directives anticipées** (oui / non) — lorsqu'elle est cochée, un champ **contenu** apparaît pour en décrire la teneur ;
- **Ordre DNR (Ne pas réanimer)** — décision de non-réanimation.

> ⚠ **Le DNR est signalé partout dans Resthome**
>
> Dès que **Ordre DNR (Ne pas réanimer)** est coché, Resthome le rend visible pour le personnel soignant :
>
> - un **bandeau orange** « DNR — Ne pas réanimer » en haut de la fiche du résident ;
> - un **badge DNR** sur la carte **kanban** et dans la **liste** des résidents ;
> - un **filtre DNR** dans la recherche, pour retrouver les résidents concernés.



Notes médicales

Enfin, un champ **Notes médicales** en texte libre permet de consigner toute information importante qui n'entre pas dans les rubriques structurées.

Points clés à retenir

- Le dossier médical est l'onglet **Informations médicales** de la fiche résident ; il est **réservé au personnel soignant** et **journalisé** (RGPD).
- Le **poids** vient des **signes vitaux** (lecture seule) et l'"**IMC** se calcule automatiquement à partir de la taille et du poids.
- La **catégorie Katz** et le **plan de soins actif** s'y affichent en lecture ; la catégorie **déclare** le profil, elle ne fixe pas le montant du forfait.
- Les **diagnostics** utilisent la **CIM-10** ; **sévérité** et **statut** (Actif / Résolu) sont propres au résident.
- Les **allergènes médicamenteux** protègent la prescription : **Critique** bloque, les autres avertissent.

- Le **DNR** déclenche un **bandeau**, un **badge kanban/liste** et un **filtre** de recherche.

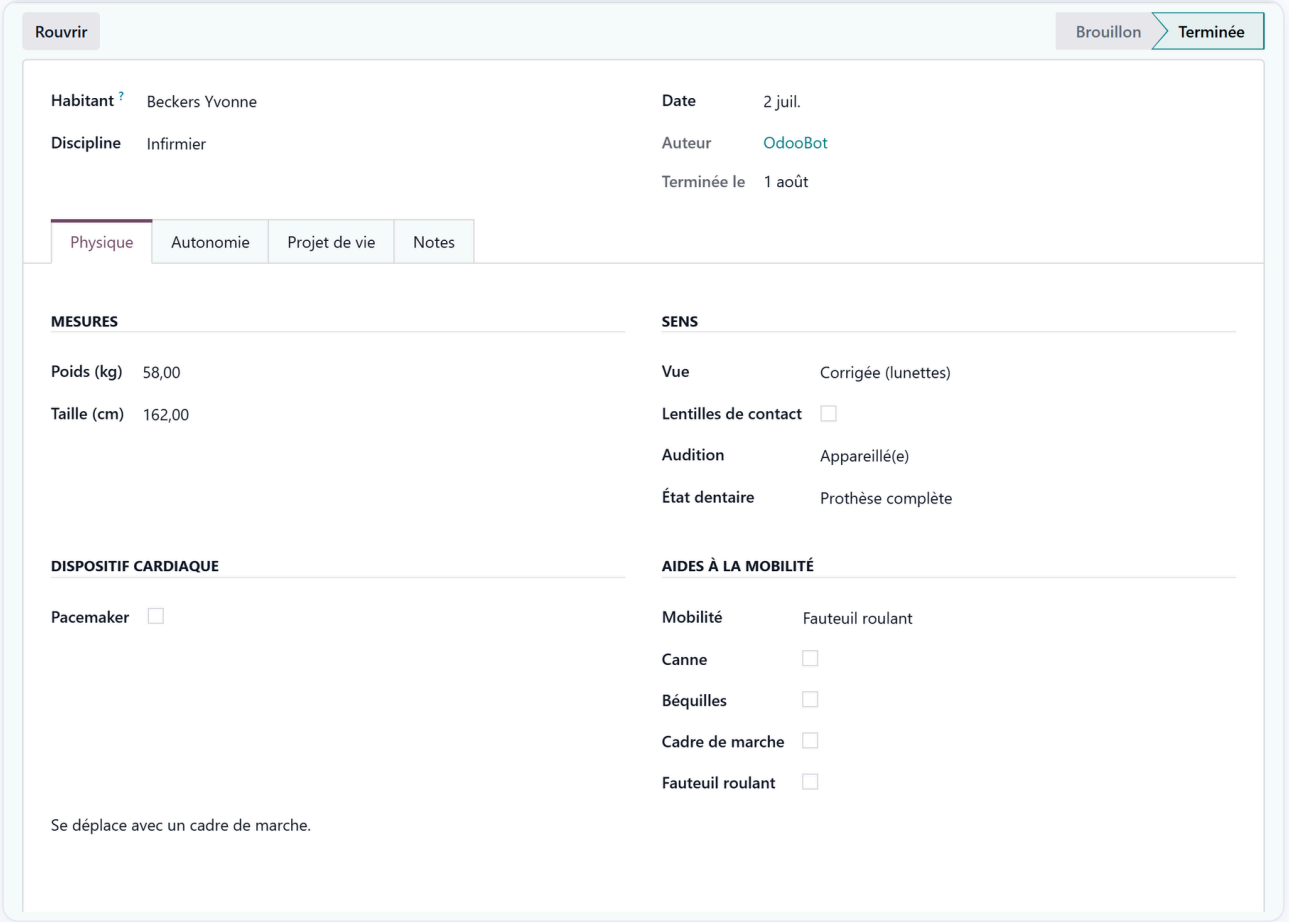
Pour aller plus loin

- Prescriptions et médicaments — allergies et interactions au moment de prescrire.
- Plans de soins et signes vitaux
- Registres cliniques
- L'évaluation Katz — de la dépendance à la catégorie.

Anamnèse et projet de vie

L'"**anamnèse** est le recueil guidé du **projet de vie** d'un résident. Elle se remplit peu après l'admission, puis se met à jour dès que la situation change.

Menu : **Soins** → **Anamnèses**, ou le bouton **Anamnèses** sur la fiche du résident.



Le principe : composer, jamais re-saisir

Une anamnèse est un **instantané daté par discipline**, pas une seconde copie du dossier.

- Les **faits du résident** (lunettes, pacemaker, aides à la marche, poids, volontés…) sont stockés **une seule fois sur le résident** et se modifient directement depuis l'anamnèse. Corriger le poids ici le corrige partout.
- Les **données cliniques structurées** (Katz, allergies, prescriptions, échelles d'évaluation) s'"**atteignent par bouton intelligent**, jamais par copie.
- Seules les **remarques** et les **notes générales** appartiennent à l'anamnèse elle-même : c'est ce que ce professionnel a observé, à cette date.

Pourquoi c'est important

Un formulaire qui redemande la catégorie Katz, les allergies et les traitements produit vite deux versions de la vérité — et le personnel apprend à sauter ces blocs. Ici il n'y a rien à sauter : ce qui existe déjà est affiché, pas redemandé.

1. Créer l'anamnèse

1. Ouvrez **Soins** → **Anamnèses** et cliquez sur **Nouveau** (ou partez de la fiche du résident).
2. Choisissez le **résident** et la **discipline** : soins infirmiers, kinésithérapie, ergothérapie ou logopédie.
3. La **date** est celle du jour par défaut, et l'"**auteur**, c'est vous.
4. **Enregistrez.**

Une anamnèse par résident, discipline et date

Resthome refuse un doublon pour le même résident, la même discipline et la même date. Pour réviser une saisie du jour, modifiez l'existante plutôt que d'en créer une seconde.

2. Particularités physiques

Le premier bloc rassemble ce dont le personnel soignant a besoin d'un coup d'œil :

Élément	Détail
Vue, audition, état dentaire, mobilité	les sélections de base du résident
Lentilles de contact	oui / non
Pacemaker	présence, rythme et numéro de l'appareil
Aides à la marche	canne, béquilles, cadre de marche, fauteuil roulant (avec son numéro)
Poids et taille	alimentent le suivi nutritionnel

Ces champs appartiennent au résident : ils sont visibles sur sa fiche et dans les autres applications qui en ont besoin.

3. Préférences d'hospitalisation

Que faire, et où aller, si le résident doit être hospitalisé : **hôpitaux préférés**, **hôpitaux refusés**, **type de chambre** et **assurance complémentaire**.

Ces préférences alimentent le **dossier de liaison** imprimé lors de l'enregistrement d'une hospitalisation — voir Gérer un résident.

4. Le projet de vie et les volontés de fin de vie

Le bloc le plus sensible, et la raison d'être de l'anamnèse :

- **Dispositions administratives** — testament, concession, préférence funéraire et pompes funèbres, état du contrat obsèques, notaire.
- **Religion**, lorsque le résident souhaite la mentionner.
- **Consignes** — consignes de fin de vie et consignes d'hospitalisation, en texte libre.
- **Statut palliatif** — date de début, et accord du **résident** et de son **représentant**.
- **Ordre DNR** et **directives anticipées**, avec leurs notes.

> ⚠ **Recueillies une fois, respectées partout**
>
> Un ordre DNR ou une directive anticipée saisis ici apparaissent sur la fiche du résident, où l'équipe soignante les voit. Ces volontés doivent être recueillies avec le résident, et avec son représentant le cas échéant — les deux cases d'accord existent précisément pour attester que cette conversation a eu lieu.

5. Remarques et contexte clinique

Trois zones de texte libre recueillent ce que **vous** avez observé : remarques **physiques**, **autonomie / soins** et **projet de vie**, plus des **notes générales** plus riches.

À côté, des boutons intelligents ouvrent le dossier clinique existant sans quitter la page :

- les évaluations **Katz** du résident (et sa catégorie actuelle) ;
- ses **allergies**, avec un compteur ;
- ses **prescriptions**, avec un compteur ;
- l'**échelle d'évaluation** adaptée à la discipline — Tinetti pour la kinésithérapie, MMSE pour l'ergothérapie, Katz sinon.

6. Terminer l'anamnèse

Quand le recueil est terminé, cliquez sur **Terminer**. Resthome enregistre la date de fin.

État	Signification
Brouillon	En cours de remplissage ; modifiable et supprimable.
Terminée	Fait partie du dossier clinique : plus supprimable.

> ⚠ **Une anamnèse terminée ne peut pas être supprimée**
>
> Elle appartient au dossier clinique, dont la conservation est une obligation légale. Si elle a été terminée par erreur, **rouvrez-la** — elle repasse en brouillon et redevient modifiable.

La même règle vaut pour le résident : le dossier est **archivé**, jamais supprimé.

Points clés à retenir

- L'anamnèse est un **recueil daté par discipline**, pas un second dossier.
- Ce que le dossier contient déjà est **composé, jamais re-saisi** : corriger un fait ici le corrige partout.
- Le **projet de vie** et les volontés de fin de vie sont recueillis ici et restent visibles sur la fiche du résident.
- **Terminer** fait entrer l'anamnèse dans le dossier clinique — elle peut alors être rouverte, mais plus supprimée.

Pour aller plus loin

- Gérer un résident
- L'évaluation Katz
- Plans de soins et paramètres vitaux
- Registres cliniques

Prescriptions et médicaments

Resthome gère la **médication** d'un résident de bout en bout : de la prescription à l'administration, en passant par le stock et les contrôles de sécurité (allergies, interactions).

Le catalogue de médicaments

Les médicaments disponibles sont regroupés dans un **catalogue** (relié à la base belge **SAM**). Vous y retrouvez le nom, la forme, le dosage. C'est la source des prescriptions.

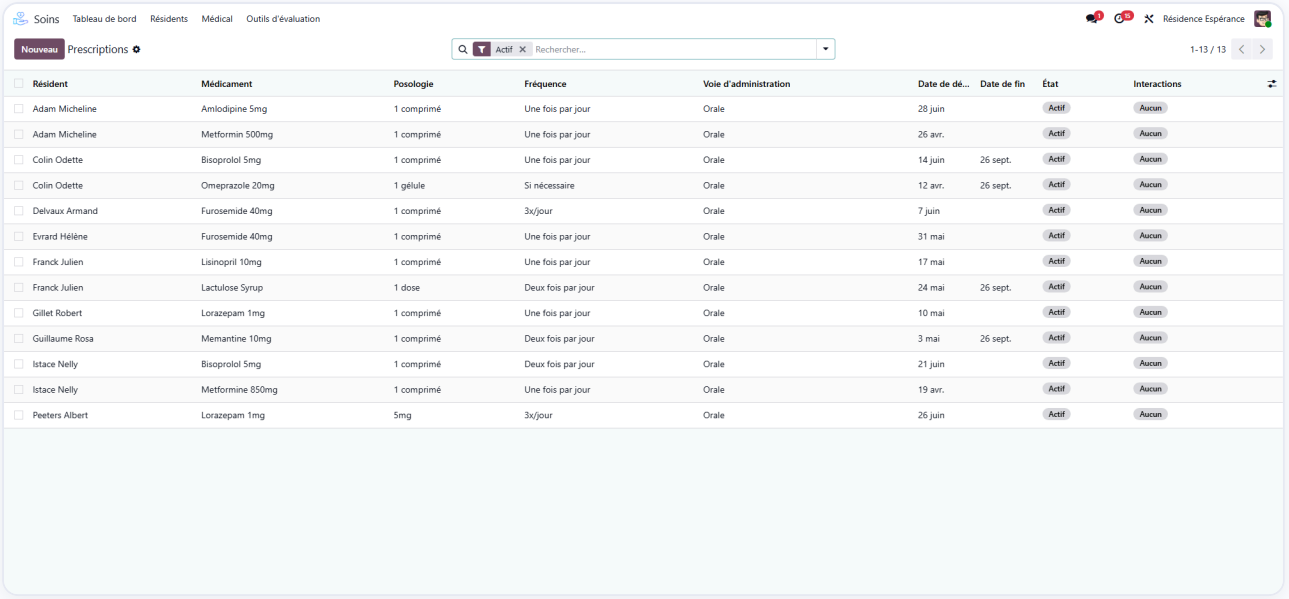
Prescrire

1. Depuis la fiche du résident (application Soins), créez une **prescription**.
2. Choisissez le **médicament**, la **posologie** et la **période**.
3. **Enregistrez.**

Une prescription suit son cycle de vie avec des actions claires :

- **Suspendre** — interrompre temporairement (ex. avant un examen).

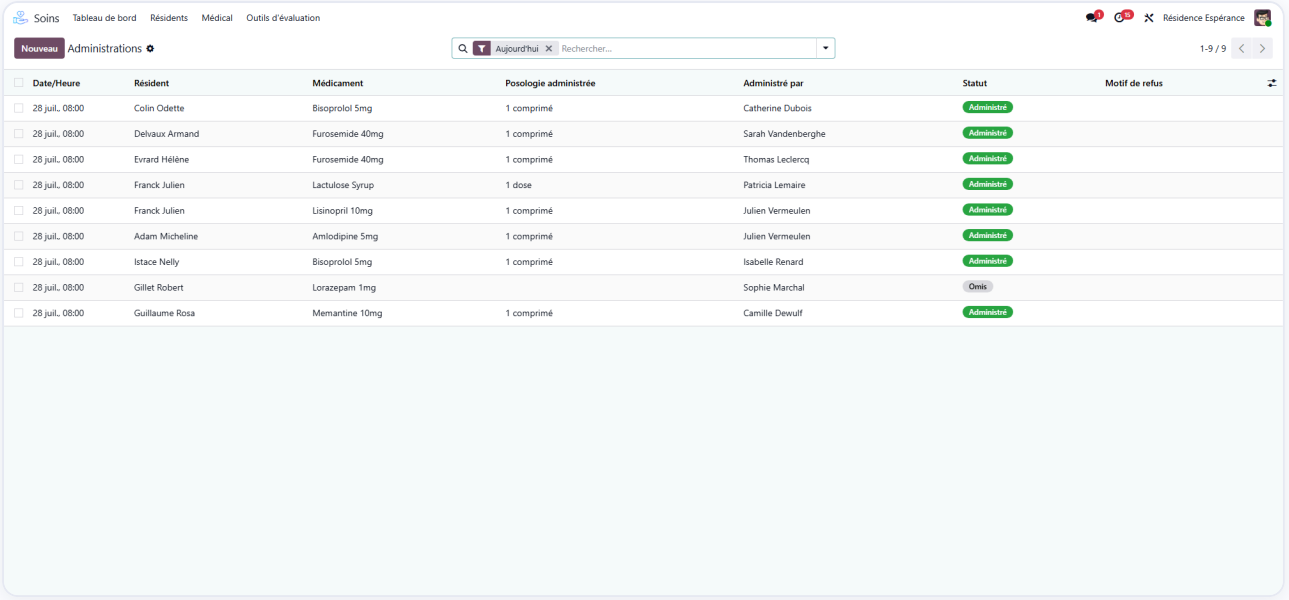
- **Reprendre** — relancer une prescription suspendue.
- **Terminer** — clôturer à la fin du traitement.
- **Annuler** — supprimer une prescription saisie par erreur.



> ⚠ **Sécurité : allergies et interactions**
>
> Resthome connaît les **allergies** du résident et les **interactions médicamenteuses** connues. Il vous alerte si une prescription pose un risque — un garde-fou avant l'administration.

Administrer

Les **administrations** découlent des prescriptions : le soignant enregistre ce qui a été donné, quand, et par qui. La traçabilité est complète.



Hospitalisation : suspendre, puis reprendre

Quand un résident part à l'hôpital, ses prescriptions ne doivent pas rester actives — l'hôpital prend le relais. Resthome le fait en une étape.

1. Depuis la fiche du résident, ouvrez l'action **hospitalisation**.
2. Choisissez **Hospitaliser**, et saisissez la **date** et le **motif**.
3. Validez : chaque prescription **active** est **suspendue**, en portant la date et le motif.

Au retour, la même action en mode **Retour reprend** les prescriptions suspendues pour cette hospitalisation.

LE DOSSIER DE LIAISON

Avant le départ du résident, imprimez le **dossier de liaison** : le document que l'hôpital demande à l'admission. Il rassemble ce dont le service a besoin — identité, traitements, allergies, dépendance, et les préférences d'hospitalisation consignées dans l'"anamnèse.

> **Un clic, au bon moment**
>
> Le dossier s'imprime depuis la fenêtre d'hospitalisation elle-même : il est donc produit pendant l'enregistrement du transfert — pas cherché après coup.

Lots et stock

Les **lots de médicaments** et les **sorties de stock** permettent de suivre les quantités disponibles et la consommation, avec les numéros de lot pour la traçabilité.

Configuration utile

- **Pathologies (CIM-10)** — antécédents et diagnostics du résident.
- **Allergènes** — allergies connues.
- **Interactions médicamenteuses** — règles de vigilance.
- **Base SAM** — référentiel des médicaments belges.

Pour aller plus loin

- Plans de soins et signes vitaux
- Registres cliniques

La base de médicaments SAM

SAM (Source Authentique des Médicaments) est la base de données de référence officielle des médicaments en Belgique. Resthome l'utilise comme socle de son **catalogue de médicaments** : plutôt que de saisir un médicament à la main, vous le recherchez dans SAM et l'importez, avec ses données fiables (code CNK, principe actif, classification, notices).

Deux points d'entrée :

- **Consulter** la base de référence — application **Soins** → **Configuration** → **Base SAM** (lecture seule).
- **Rechercher et importer** — l'assistant **Rechercher SAM**, dans l'application **MR/MRS** → **Configuration** → **Configuration eHealth** → **Rechercher SAM**.

> **Une fonctionnalité de l'intégration eHealth**
>
> L'assistant **Rechercher SAM** fait partie de la couche eHealth belge de Resthome. Il s'installe automatiquement dès que le module médical et le module eHealth sont présents, et l'accès est réservé au **gestionnaire eHealth**. La consultation de la base (Soins → Configuration) reste accessible sans ce rôle.

Ce que fournit la base SAM

Chaque médicament de la base de référence porte des données authentiques, utiles à la fois pour les soins et pour la traçabilité :

Donnée	À quoi elle sert
Code CNK	Code pharmaceutique belge (7 chiffres) qui identifie le conditionnement.
Principe actif (INN)	La substance active, en français et en néerlandais.
Code ATC	Classification anatomique, thérapeutique et chimique (OMS), avec sa description.
Classe BCFI	Classification pharmacothérapeutique du Centre belge d'information pharmacothérapeutique.
Triangle noir	Signale un médicament sous surveillance renforcée (pharmacovigilance additionnelle).
Forme et voie	Forme pharmaceutique et voie d'administration, en français et en néerlandais.
RCP et notice	Liens vers le Résumé des caractéristiques du produit et la notice patient (FR et NL).
Lien BCFI	Lien direct vers la page du médicament sur le site du BCFI.
Prescription et fabricant	Statut de délivrance (prescription requise) et titulaire de l'autorisation de mise sur le marché.

Une copie de référence, pas une commande

La base SAM de Resthome est une **copie locale** chargée à l'installation. Elle vous aide à identifier et à documenter un médicament ; elle ne gère ni le stock ni les prix. Ceux-ci vivent sur la fiche du catalogue, une fois le médicament importé.

Consulter la base SAM

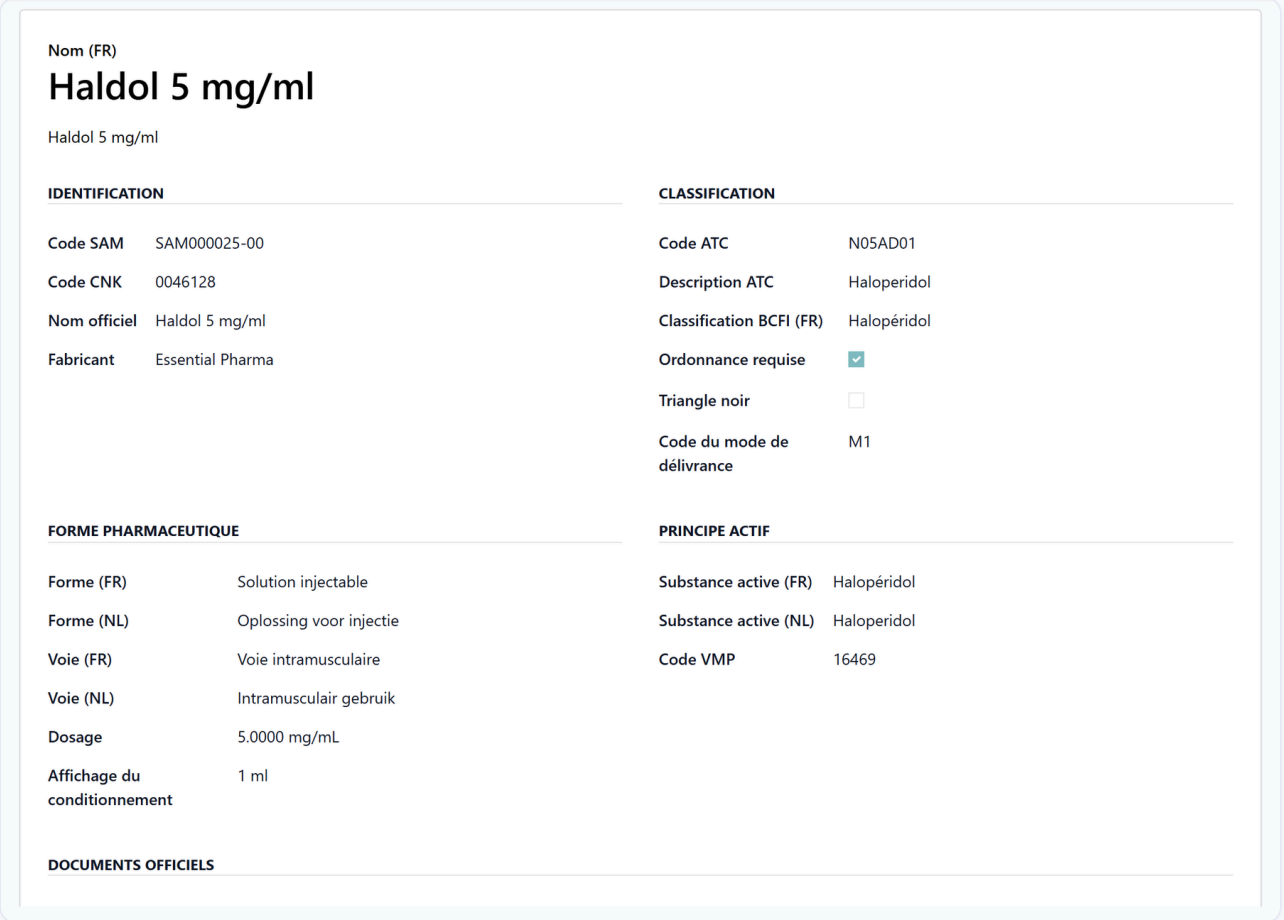
Depuis **Soins** → **Configuration** → **Base SAM**, vous parcourez la base de référence en lecture seule. La liste affiche le code CNK, le nom, le principe actif, le code ATC, la

forme et le fabricant.

Utilisez la barre de recherche et les filtres pour affiner :

- **recherche** par nom (FR/NL), code CNK, code ATC, principe actif ou fabricant ;
- **filtres** — **Prescription requise**, **Triangle noir** et **Avec CNK** ;
- **regroupements** par code ATC, par forme ou par fabricant.

La fiche d'un médicament détaille son identification, sa classification, sa forme pharmaceutique, son principe actif et les liens vers ses documents officiels (RCP et notice, FR et NL).



L'assistant Rechercher SAM

L'assistant **Rechercher SAM** trouve un médicament dans SAM et l'ajoute à votre catalogue en une étape. Ouvrez-le via **MR/MRS → Configuration → Configuration eHealth → Rechercher SAM**.

1. LANCER UNE RECHERCHE

Choisissez le **type de recherche** :

- **Par nom** — par nom commercial ou principe actif (p. ex. *Dafalgan*, *Rilatine*) ;
- **Par code CNK** — par code CNK.

Saisissez votre terme dans le champ de recherche puis cliquez sur **Rechercher**. La recherche est **insensible aux accents** et gère plusieurs mots (p. ex. *Amlodipine 5mg*).

> **La recherche locale d'abord**
>
> L'assistant interroge d'abord la copie locale de SAM : la réponse est immédiate, même sans connexion. Si cette copie est vide, Resthome peut basculer sur le service en direct **DICS v5** — mais cette voie requiert une connexion eHealth certifiée.

2. CHOISIR PARMI LES RÉSULTATS

Les résultats s'affichent dans un tableau. Chaque ligne indique le code **CNK**, le **nom**, le **principe actif (INN)**, le **dosage**, la **forme** et — dans des colonnes optionnelles — le fabricant, le code ATC, la classe BCFI et les liens RCP / notice.

La colonne **Au catalogue** indique si le médicament est déjà dans votre catalogue. Ces lignes apparaissent **en bleu** : inutile de les recréer.

Cochez la case **Sélectionner** en début de ligne pour chaque médicament à importer.

Code CNK	Nom (FR)	Substance active (FR)	Code ATC	Forme (FR)	Fabricant
1750132	Aacidexam...	Phosphate Sodique de Dexaméthasone	H02AB02	Solution injectable	Aspen Pha...
0860932	Aacifemine...	Oestriol	G03CA04	Ovule	Aspen Pha...
0860924	Aacifemine...	Oestriol	G03CA04	Crème vaginale	Aspen Pha...
0016188	Aacifemine...	Oestriol	G03CA04	Comprimé	Aspen Pha...
4247763	Abacavir/L...	Abacavir + Lamivudine	J05AR02	Comprimé pelliculé	Viatris GX
	Abacavir/L...		J05AR02	Comprimé pelliculé	Viatris GX
	Abasaglar ...		A10AE04	Solution injectable en ...	Eli Lilly Ne...
	Abasaglar ...	Insuline Glargine	A10AE04	Solution injectable en ...	Eli Lilly Ne...
	Abasaglar ...			Solution injectable en ...	Eli Lilly Ne...
3369857	Abasaglar ...	Insuline Glargine	A10AE04	Solution injectable en ...	Eli Lilly Ne...
	Abasaglar ...		A10AE04	Solution injectable en ...	Eli Lilly Ne...
	Abecma 26...		L01XL07	Dispersion pour perfus...	Bristol-My...
4522744	Abevmy 25...	Bévacizumab	L01FG01	Solution à diluer pour ...	Biosimilar ...
4522751	Abevmy 25...	Bévacizumab	L01FG01	Solution à diluer pour ...	Biosimilar ...
2237220	Abilify 10 ...	Aripiprazole	N05AX12	Comprimé	Otsuka Ph...
	Abilify 10 ...		N05AX12	Comprimé orodispersi...	Otsuka Ph...
2237238	Abilify 15 ...	Aripiprazole	N05AX12	Comprimé	Otsuka Ph...
	Abilify 15 ...		N05AX12	Comprimé orodispersi...	Otsuka Ph...
3060001	Abilify 1 m...	Aripiprazole	N05AX12	Solution buvable	Otsuka Ph...

3. IMPORTER AU CATALOGUE

Cliquez sur **Importer la sélection**. Resthome crée une fiche dans votre catalogue par médicament coché, en reprenant les données SAM :

Donnée SAM	Champ du catalogue
Nom	Nom du médicament
CNK	Code CNK
INN (principe actif)	Principe actif
Dosage	Dosage
Forme	Forme (convertie en catégorie Resthome)
Fabricant	Fabricant
ATC	Code ATC
Lien RCP / notice / BCFI	Onglet **Documents officiels** de la fiche

Une notification confirme le nombre de médicaments **créés** (et **mis à jour**, le cas échéant).

4. METTRE À JOUR UN MÉDICAMENT EXISTANT

Pour actualiser une fiche déjà présente, relancez la recherche (bouton **Rechercher à nouveau**) et réimportez la ligne. Resthome **fait la correspondance par code CNK** : si le médicament existe déjà, il **met à jour** la fiche au lieu de créer un doublon.

> ⚠ **Un import ne remplace pas la prescription**
>
> Importer un médicament l'ajoute au **catalogue** de l'établissement. Vous devez encore le **prescrire** au résident ensuite, avec son dosage et sa période. Voir Prescriptions et médicaments.

Points clés à retenir

- **SAM = la base de données de référence officielle des médicaments en Belgique**, intégrée dans Resthome comme socle du catalogue.
- **Deux points d'entrée** : la consultation (Soins → Configuration → Base SAM) et l'assistant d'import **Rechercher SAM** (MR/MRS → Configuration → Configuration

eHealth).

- La recherche accepte le **nom**, le **code CNK** ou le **principe actif**, et fonctionne **hors ligne** sur la copie locale.
- **Importer la sélection** crée les fiches ; une réimportation **met à jour** les médicaments déjà présents (correspondance par CNK).
- SAM fournit **ATC, classe BCFI, triangle noir, RCP et notice (FR/NL)** — des données fiables, à titre de référence.

Pour aller plus loin

- Prescriptions et médicaments
- Plans de soins et signes vitaux
- L'intégration eHealth

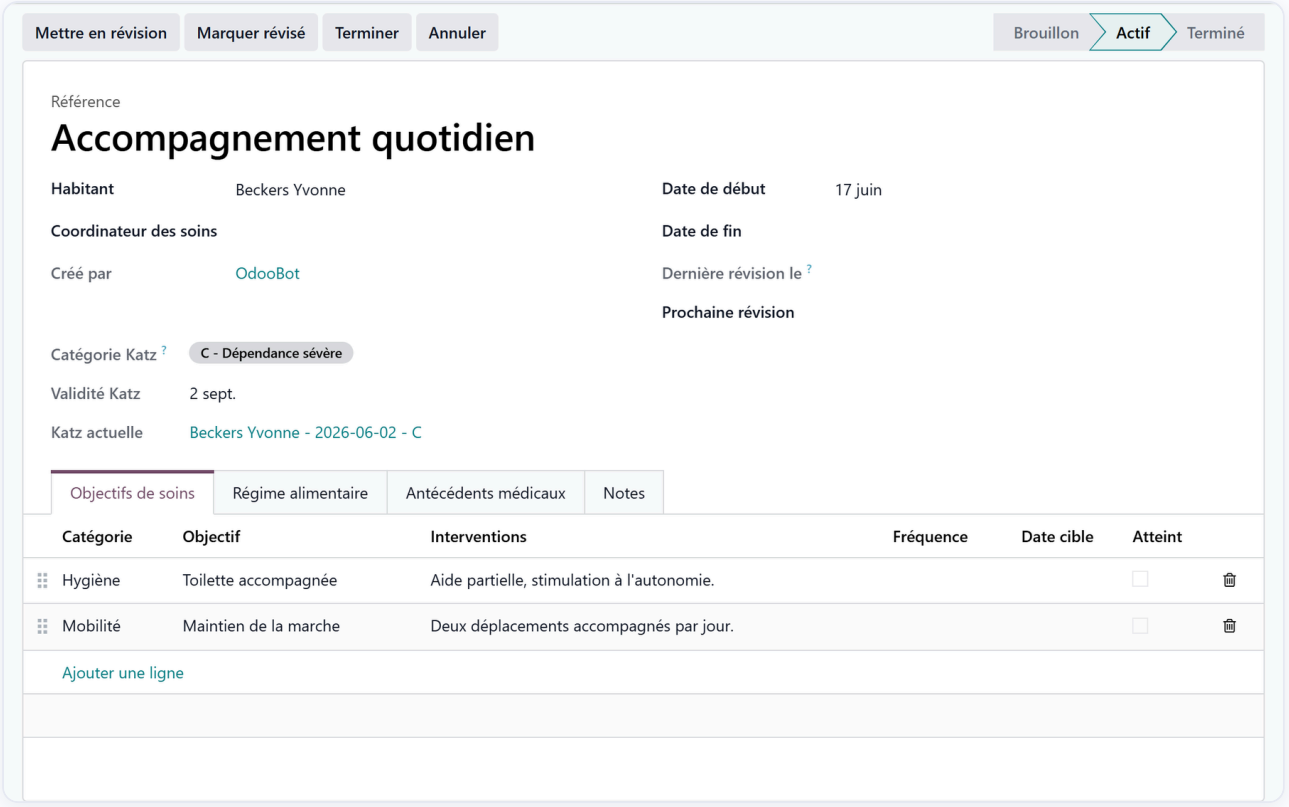
Plans de soins et signes vitaux

Au-delà de la médication, l'application Soins organise le **travail infirmier au quotidien** : plans de soins, planning, signes vitaux et notes.

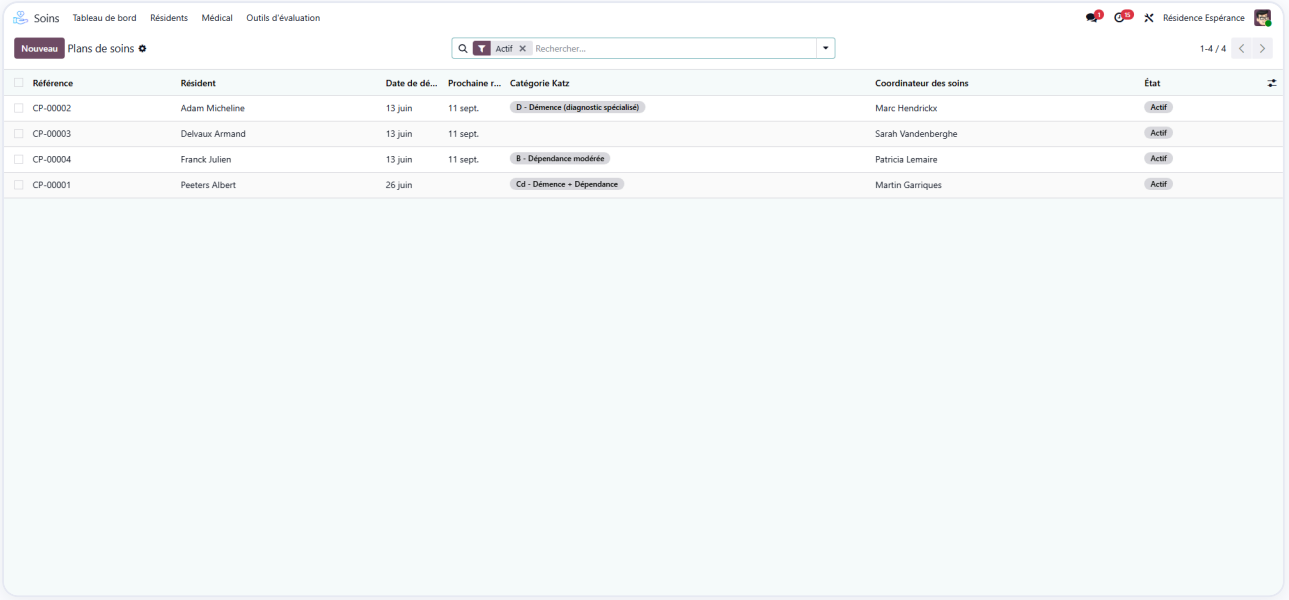
Plans de soins

Un **plan de soins** décrit les **objectifs** de prise en charge d'un résident et les actions à mener. Il suit un cycle clair :

- **Activer** — le plan devient effectif.
- **Mettre en revue** puis **Valider la revue** — réévaluation périodique.
- **Terminer** / **Annuler** — clôture.



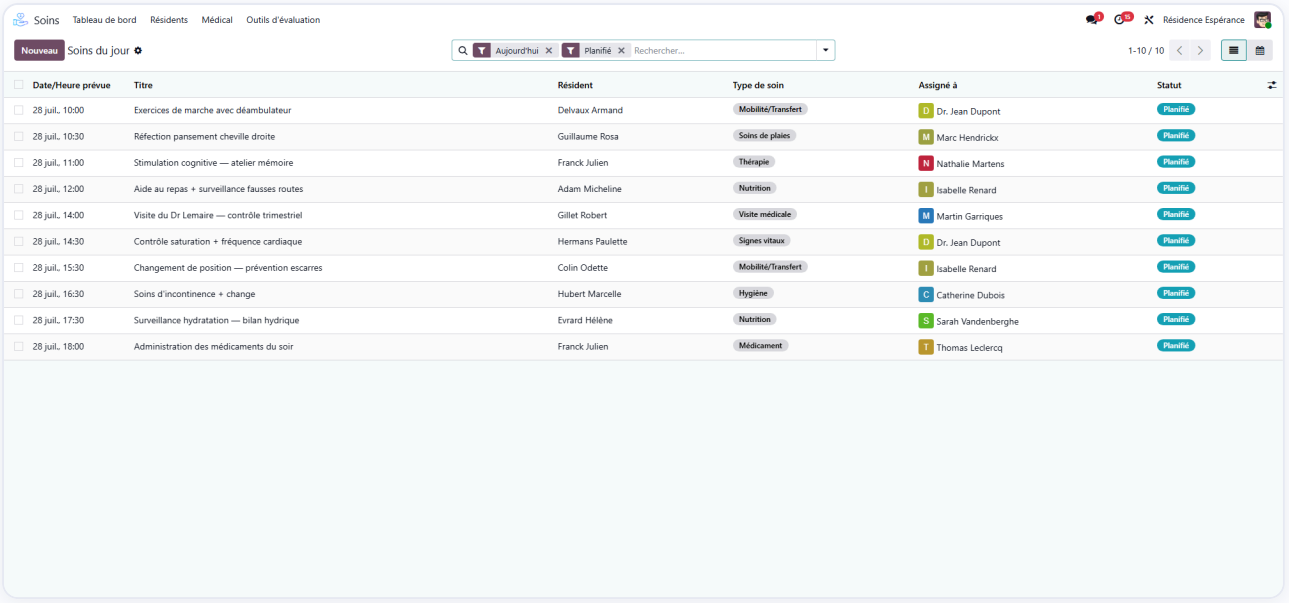
Chaque plan porte ses **objectifs**, ce qui rend le suivi mesurable.



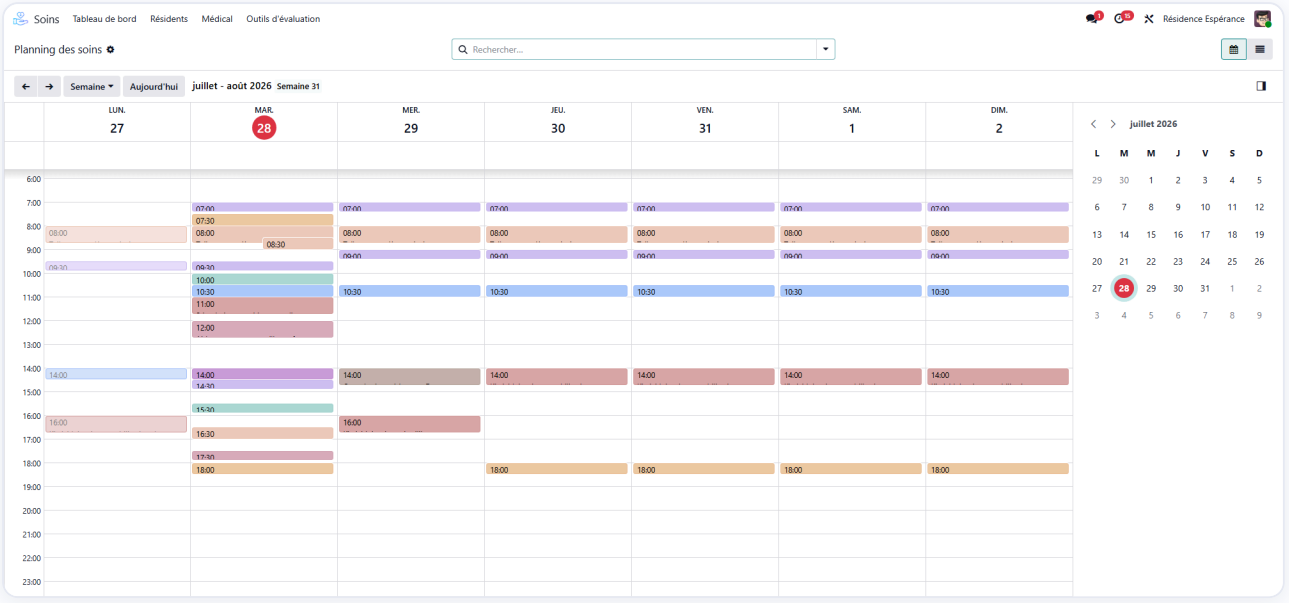
Planning des soins

- **Soins du jour** — la liste des soins à réaliser aujourd'hui.
- **Mes soins assignés** — ce qui vous revient personnellement.

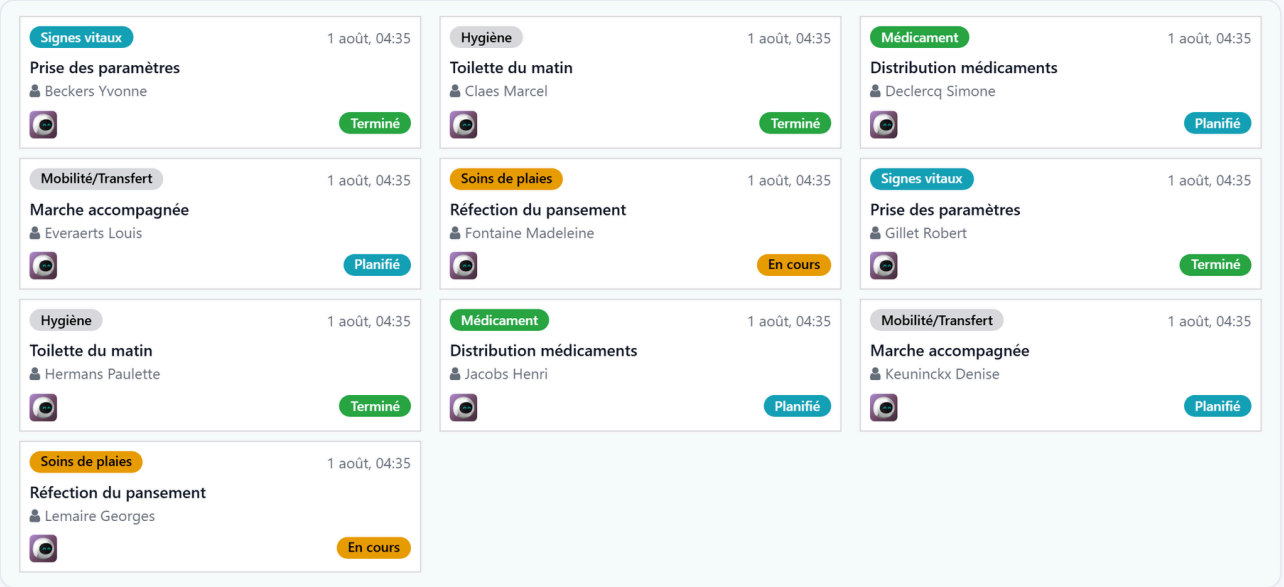
- Chaque soin planifié se **démarre**, se **termine**, s"**annule** ou se marque **manqué** — la tournée reste traçable.



Les mêmes soins se lisent aussi en **calendrier**, ce qui rend visible d'un coup d'œil la charge de chaque jour de la semaine.



En vue **kanban**, la même journée se lit comme un tableau de cartes — une par soin, avec son statut d'un coup d'œil.



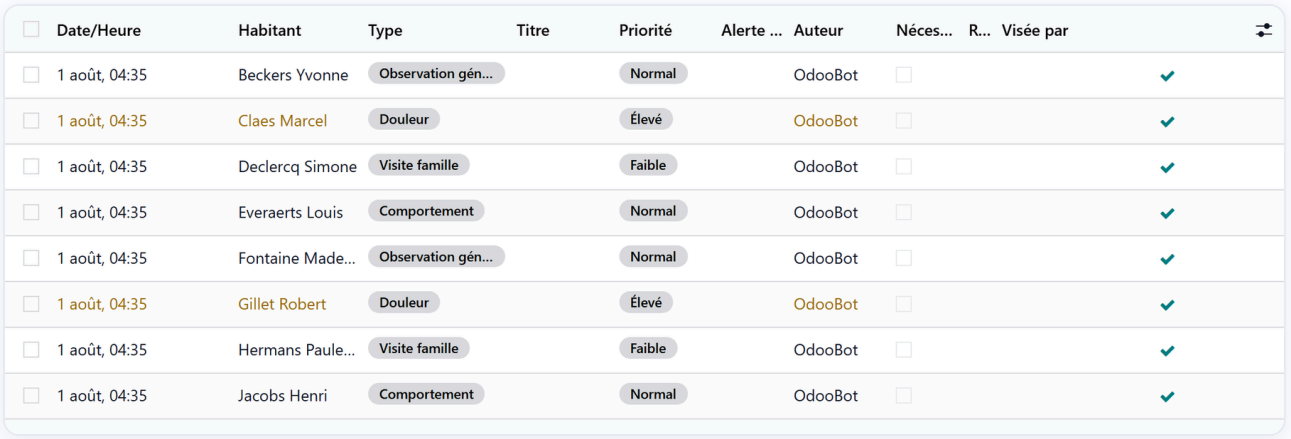
Signes vitaux

1. Depuis la fiche du résident, ouvrez **Saisie des signes vitaux**.
2. Renseignez les mesures (tension, pouls, température, poids, saturation…).
3. **Enregistrez.**

> **Tendances**
>
> L'outil **Tendances** affiche l'évolution des signes vitaux dans le temps — pratique pour repérer une dégradation avant qu'elle ne s'installe.

Notes infirmières

Les **notes infirmières** consignent les observations. Les points qui demandent attention remontent dans **Points de vigilance** / **Attention requise**, et se marquent **résolus** une fois traités.



Date/Heure	Habitant	Type	Titre	Priorité	Alerte ...	Auteur	Néces...	R...	Visée par
1 août, 04:35	Beckers Yvonne	Observation gén...		Normal		OdooBot			✔
1 août, 04:35	Claes Marcel	Douleur		Élevé		OdooBot			✔
1 août, 04:35	Declercq Simone	Visite famille		Faible		OdooBot			✔
1 août, 04:35	Everaerts Louis	Comportement		Normal		OdooBot			✔
1 août, 04:35	Fontaine Made...	Observation gén...		Normal		OdooBot			✔
1 août, 04:35	Gillet Robert	Douleur		Élevé		OdooBot			✔
1 août, 04:35	Hermans Paule...	Visite famille		Faible		OdooBot			✔
1 août, 04:35	Jacobs Henri	Comportement		Normal		OdooBot			✔

Pour aller plus loin

- Prescriptions et médicaments
- Registres cliniques

Registres cliniques

Les **registres cliniques** structurent le suivi des risques et des évaluations gériatriques. Chaque registre regroupe les évaluations d'un même thème, dans le temps, pour chaque résident.

Les registres disponibles

Registre	À quoi il sert
Chutes	Consigner et analyser les chutes
Escarres (Braden)	Risque d'escarres via l'échelle de Braden
Plaies	Suivi des plaies et de leur cicatrisation
Douleur	Évaluation et suivi de la douleur
Contention	Traçabilité des mesures de contention
Nutrition (MNA)	Dépistage de la dénutrition (Mini Nutritional Assessment)
Continence	Suivi de la continence
Mobilité (Tinetti)	Équilibre et risque de chute
Cognition (MMSE)	Fonctions cognitives

Comment ça marche

1. Ouvrez le registre voulu depuis l'application Soins → **Registres**.
2. **Nouvelle évaluation** pour le résident concerné : saisissez les items ; Resthome calcule le **score** et le niveau de risque.
3. Le registre **suit l'évolution** : chaque nouvelle évaluation s'ajoute à l'historique.
4. Un registre ouvert peut être **clôturé / arrêté**, puis **rouvert** si besoin.

Relié à la facturation et à l'eHealth

Certaines évaluations ont un impact ailleurs : le **MNA** alimente le suivi nutritionnel (côté Repas), et le **Katz** conditionne le forfait (voir L'évaluation Katz).

Le bon registre au bon moment

Ouvrez un registre dès qu'un risque est identifié (après une chute, à l'apparition d'une plaie…) : l'historique constitué facilite les transmissions et les contrôles.

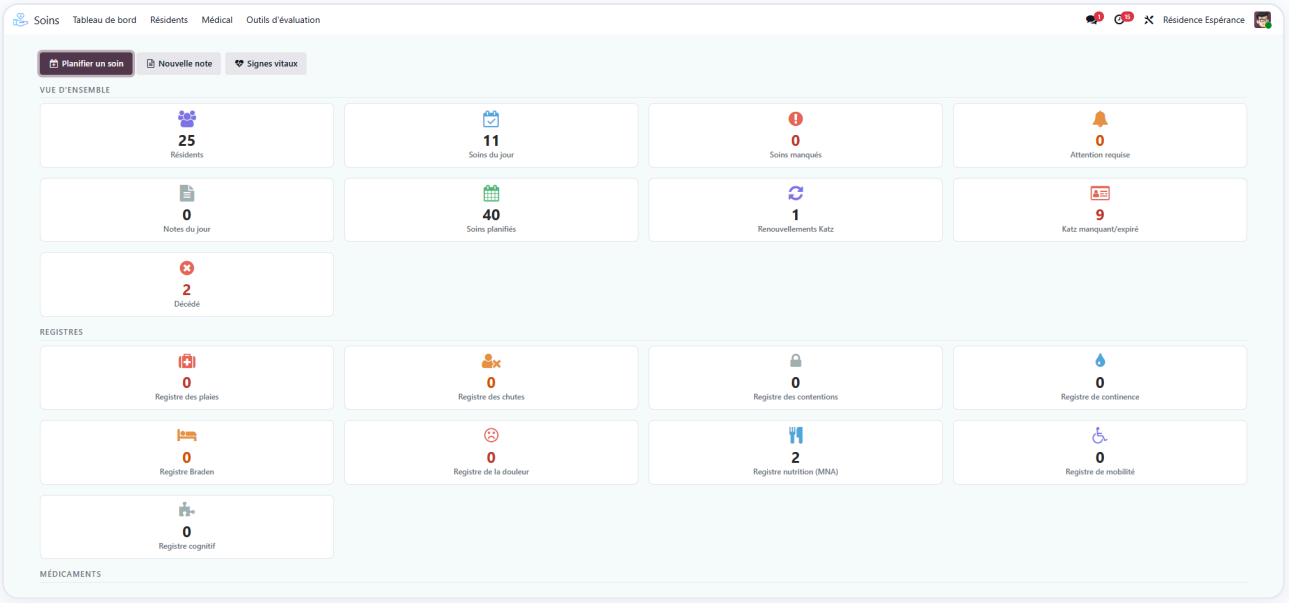
Pour aller plus loin

- Plans de soins et signes vitaux
- L'évaluation Katz

L'application **Soins** rassemble tout le suivi **médical et infirmier** des résidents : médication, plans de soins, signes vitaux, notes, et les **registres cliniques** (chutes, plaies, douleur, nutrition…). Elle est pensée pour le travail quotidien du personnel soignant.

Le tableau de bord

À l'ouverture, le **tableau de bord** met en avant ce qui demande attention aujourd'hui : soins à réaliser, points de vigilance, administrations à faire. Vous partez de là pour votre tournée.



Ce que couvre l'application

- **Prescriptions et médicaments** — Catalogue de médicaments, prescriptions, administrations, lots et stock. → Prescriptions
- **Plans de soins et signes vitaux** — Plans de soins, planning des soins du jour, signes vitaux et tendances, notes infirmières. → Plans de soins

- **Registres cliniques** — Chutes, escarres (Braden), plaies, douleur, contention, nutrition (MNA), continence, mobilité, cognition. → Registres

Menus principaux

- **Medical** — Katz, notes infirmières, points d'attention, saisie des signes vitaux, planning des soins, soins du jour, mes soins assignés, plans de soins, prescriptions, administrations, hospitalisation.
- **Registres** — les registres cliniques dédiés.
- **Stock** — lots de médicaments, sorties de stock.
- **Configuration** — catalogue de médicaments, pathologies (CIM-10), allergènes, interactions médicamenteuses, base SAM.

> **Séparée mais reliée**
>
> L'application Soins est distincte de la facturation, mais **reliée aux résidents** : une hospitalisation saisie ici se retrouve, côté facturation, en absence qui ajuste le forfait.

Pour aller plus loin

- Prescriptions et médicaments
- Plans de soins et signes vitaux
- Registres cliniques

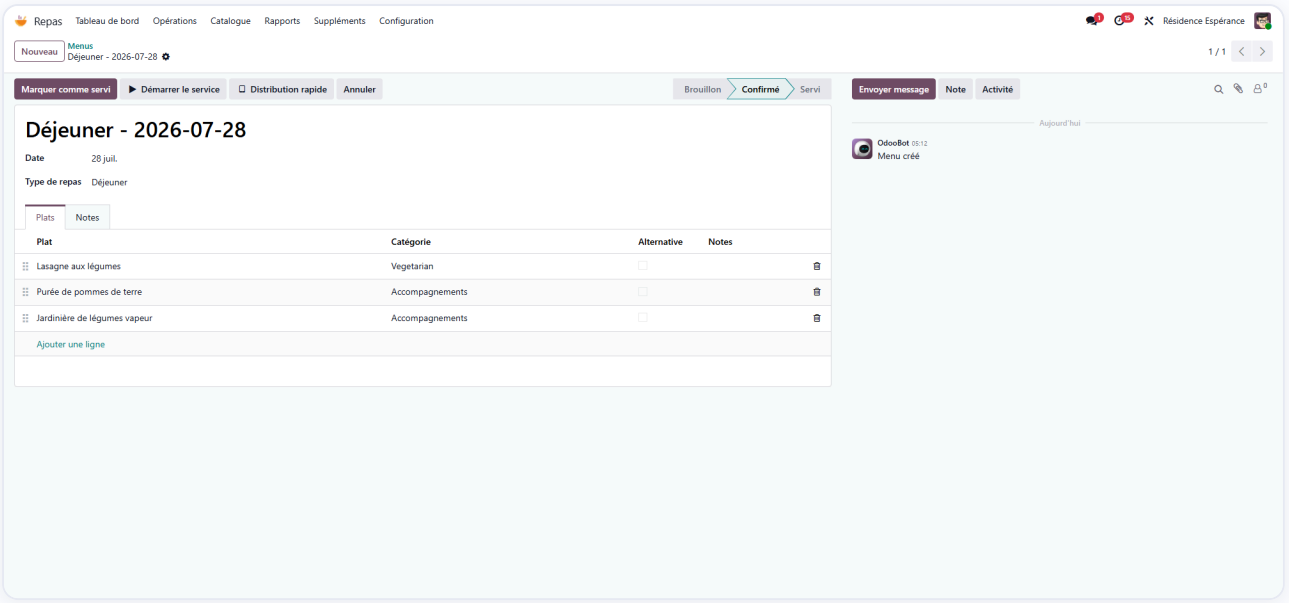
Repas

Menus, régimes et hydratation

Composer un menu

1. Dans l'application Repas → **Menus**, créez le menu de la journée ou de la semaine.

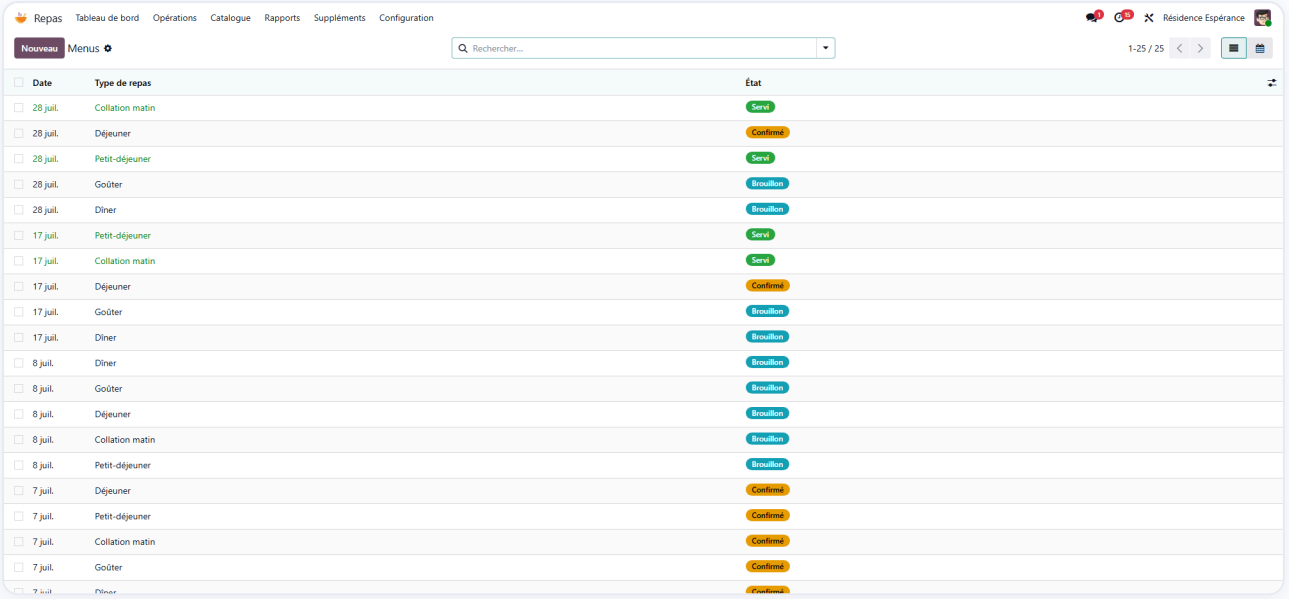
2. Ajoutez les **plats** depuis le catalogue, par **type de repas** (petit déjeuner, dîner, souper, collations).
3. **Enregistrez.**



Les **plats** sont décrits une fois dans le **catalogue** (ingrédients, catégorie) et réutilisés dans tous les menus.

Services de repas

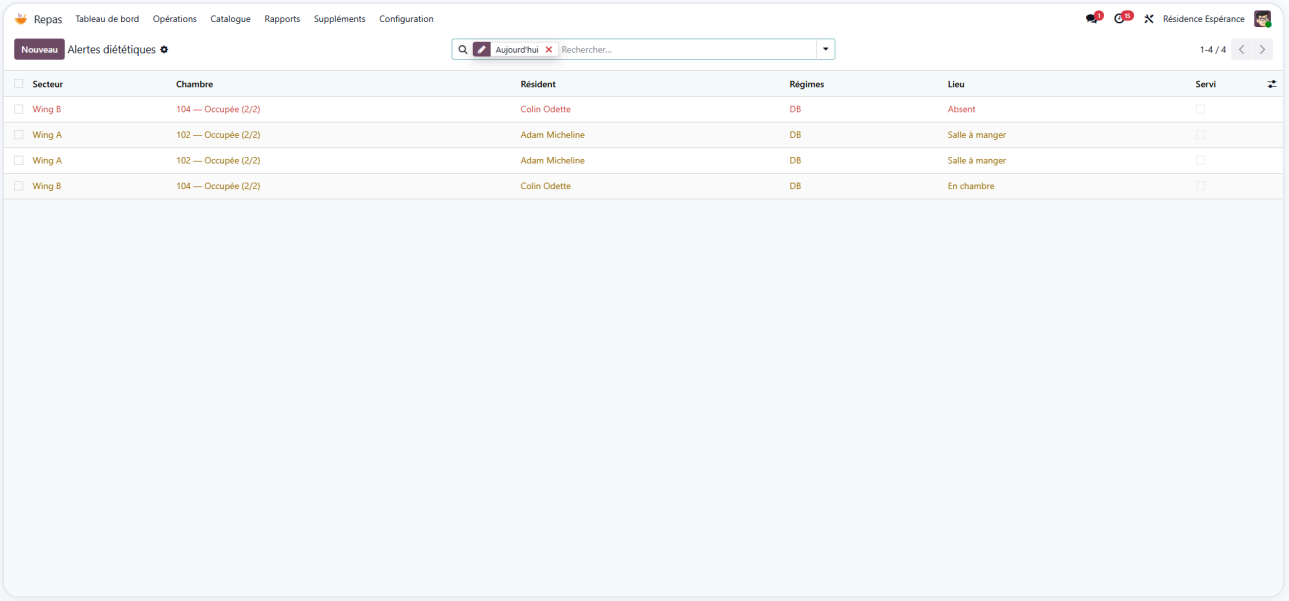
Un **service de repas** représente un repas servi à un moment donné. Il suit un cycle simple : **Confirmer** → **Marquer comme servi**, avec possibilité d"**annuler** ou de **remettre en brouillon**.



Régimes et allergies

Chaque résident peut avoir un ou plusieurs **régimes** (sans sel, diabétique, mixé/texture adaptée…) et des **allergies**. Resthome les prend en compte et **signale les incompatibilités** entre un menu et le profil d'un résident.

> ⚠ **Alertes diététiques**
>
> Le menu **Alertes diététiques** remonte les cas où un plat prévu ne convient pas au régime ou aux allergies d'un résident — à vérifier avant le service.



Suivi nutritionnel et hydratation

- Resthome suit la **couverture nutritionnelle** (énergie, protéines) et l'"**hydratation** des résidents, avec des cibles adaptées.
- Le dépistage de la **dénutrition** s'appuie sur le **MNA** (voir Registres cliniques).
- L'"**hydratation** se consigne au fil de la journée pour repérer un apport insuffisant.

Pour aller plus loin

- Portail familles et kiosque
- Registres cliniques

La tournée de distribution des repas

La **tournée de distribution** suit chaque repas jusqu'au résident : qui mange **où**, qui a été **servi**, qui est **absent** et **combien** chacun a mangé. Resthome propose deux outils complémentaires, tous deux dans l'application **Repas → Opérations** :

- l'**assistant sur tablette** (bouton **Distribution rapide**) pour pointer les résidents **un par un** à l'écran ;
- les **feuilles de distribution imprimables** par secteur, comme solution **papier**.

> **Avant de distribuer**
>
> Le **menu** du repas doit être à l'état **Confirmé**. Les **services de repas** (un enregistrement par résident et par repas) sont créés automatiquement au démarrage de la distribution — inutile de les saisir à la main.

1. Ouvrir l'assistant depuis le menu confirmé

1. Allez dans **Repas → Opérations → Menus** et ouvrez le menu du repas concerné.
2. S'il est encore en brouillon, cliquez sur **Confirmer** : les boutons **Démarrer le service** et **Distribution rapide** n'apparaissent que sur un menu à l'état **Confirmé**.
3. Cliquez sur **Distribution rapide** (icône tablette). L'assistant s'ouvre dans une fenêtre pleine largeur, adaptée à un écran tactile.

> **Démarrer le service ou Distribution rapide ?**
>
> **Démarrer le service** crée les services de repas pour tous les résidents et ouvre leur **liste**. **Distribution rapide** effectue la même préparation, puis lance directement l'**assistant** de pointage. Pour la tournée, utilisez **Distribution rapide**.

2. Filtrer et charger la tournée

En haut de l'assistant, trois réglages cadrent la tournée :

- **Menu** — prérempli avec le menu depuis lequel vous êtes parti.
- **Secteur** — facultatif : limite la tournée à un secteur (une aile, un étage).

- **Lieu** — restreint aux résidents servis en **salle à manger** ou **en chambre** ; laissez sur tous les lieux pour voir tout le monde.

Cliquez sur **Charger** pour (re)construire la liste. Elle est triée par **secteur**, puis **chambre**, puis **résident**, dans l'ordre où vous ferez votre tournée.

3. Passer les résidents en revue

Touchez un résident pour ouvrir sa **carte** : photo, **chambre**, **secteur** et **régimes**. Quatre grands boutons permettent de pointer d'une seule pression :

Bouton	Effet
Servi	Marque le repas comme **servi** et passe au résident suivant en attente.
Passer	Passe au résident suivant **sans rien changer** (à traiter plus tard).
Absent	Marque le résident **absent** (non servi) et passe au suivant.
Chambre	Indique que le résident mange **en chambre** et reste sur sa carte.

L'onglet **Liste complète** affiche tous les résidents avec un **code couleur** : **vert** = servi, **grisé** = absent, **rouge** = alerte critique, **orange** = avertissement. Chaque ligne porte aussi ses boutons **Servi** et **Absent** pour un pointage rapide sans ouvrir la carte.

En haut, un bandeau de **progression** compte en direct : **servis / total**, **en attente**, **absents** et le pourcentage d'avancement.

> ⚠ **Alerte allergie critique**
>
> Un **bandeau rouge** signale une incompatibilité grave entre un plat prévu et le profil du résident. Resthome **refuse de marquer comme « Servi »** un service comportant un **allergène critique** tant que les plats n'ont pas été adaptés. Voir Menus, régimes et hydratation.

4. Enregistrer la quantité mangée

Le **pourcentage mangé** s'enregistre sur le **service de repas** du résident (il ne fait pas partie de l'assistant de pointage) :

1. Ouvrez **Repas** → **Opérations** → **Services de repas** et sélectionnez le service du résident.
2. Renseignez le champ **Quantité mangée** :

Option	Signification
Rien mangé	Le résident n'a rien mangé.
25%	Environ un quart du repas.
50%	Environ la moitié.
75%	Environ trois quarts.
Tout mangé	Repas terminé.

La quantité mangée n'est pas qu'une note : combinée aux plats servis, elle calcule l'"**apport réel** (énergie, protéines) qui alimente la **couverture nutritionnelle** sur la fiche du résident. Voir Suivi nutritionnel.

> **Faible apport et familles**
>
> Si un résident a mangé **25% ou moins** et que sa famille est **abonnée aux notifications de repas**, Resthome peut envoyer une **alerte** automatique. Cette option s'active par résident. Voir Portail des familles et kiosque.

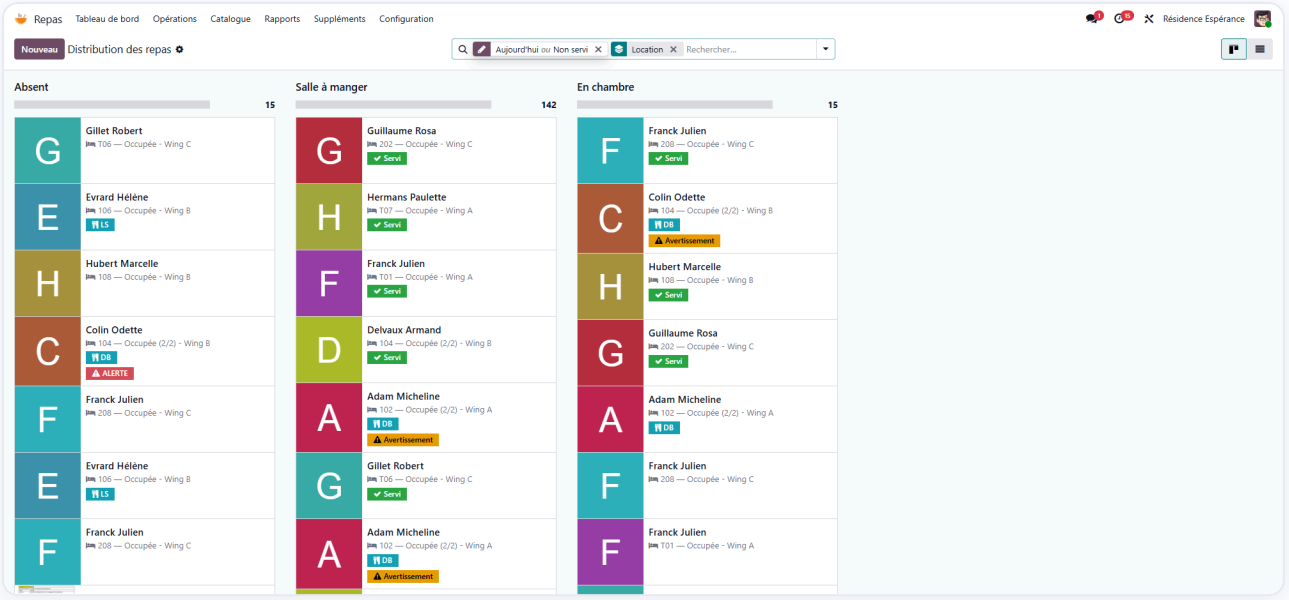
5. Clôturer la tournée

- Cliquez sur **Terminer** (ou **Fermer**) pour quitter l'assistant.
- Sur le menu du repas, vous pouvez ensuite cliquer sur **Marquer servi** pour faire passer le menu à l'état **Servi**.

> **Traçabilité**
>
> Un service **servi** et un menu **Servi** ne peuvent plus être **supprimés** : Resthome les conserve pour la traçabilité. Corrigez plutôt l'information sur l'enregistrement existant.

Le tableau de distribution (par lieu)

En complément de l'assistant sur tablette, **Repas → Opérations → Distribution** ouvre un **tableau kanban** des services du jour **regroupés par lieu** (salle à manger, en chambre, absent). Chaque carte affiche la photo, la **chambre**, le **secteur**, le badge **régime** et, le cas échéant, un badge **Alerte**, **Avertissement** ou **Servi**.



Depuis la **liste** des services de repas, deux boutons d'en-tête permettent d'agir sur une **sélection multiple** : **Marquer servi** et **Marquer absent**. Le menu **Action** propose aussi de marquer les services **en salle à manger** ou **en chambre**.

Les feuilles imprimables par secteur

Quand vous préférez le **papier**, imprimez les feuilles depuis un **menu** (vue formulaire ou liste), via le menu **Action** : vous pouvez imprimer la **feuille de distribution** d'un repas, ou **toutes les feuilles de la journée**. Resthome crée au passage les services manquants, puis ouvre le document.

La feuille se présente comme suit :

- **une page par secteur**, avec un en-tête : **secteur**, **type de repas**, **date** et **nombre de résidents** ;
- un tableau : **#**, **Résident**, **Chambre**, **Régimes / Allergies** (badges **bleus** pour les régimes, **rouges** pour les allergies, « **!** » pour une alerte critique), puis des **cases à cocher Salle à manger**, **Chambre**, **Absent** et **Servi**, et une colonne **Notes** ;

- un pied de page avec une ligne **Signature du responsable** et la **date et l'heure d'impression**.

C'est une **liste de contrôle de terrain** : le personnel coche les cases au fil de la tournée, fait signer le responsable, puis reporte l'information dans Resthome.

Points clés à retenir

- La tournée vit dans **Repas** → **Opérations** ; elle démarre depuis un menu à l'état **Confirmé**.
- **Distribution rapide** est l'assistant sur tablette : quatre boutons **Servi**, **Passer**, **Absent**, **Chambre**, avec passage automatique au résident suivant.
- La **Quantité mangée** (Rien mangé → Tout mangé) se note sur le **service de repas** et alimente le **suivi nutritionnel**.
- Les **feuilles imprimables par secteur** (cases à cocher + signature) sont la solution de repli papier.
- Un service ou un menu **servi** ne peut être supprimé : Resthome conserve l'enregistrement.

En savoir plus

- Menus, régimes et hydratation
- Suivi nutritionnel
- Portail des familles et kiosque
- Vue d'ensemble de l'application Repas

Suivi nutritionnel et dénutrition

Resthome dépiste la **dénutrition** et suit les **apports** de chaque résident, en s'appuyant sur les recommandations gériatriques **ESPEN** et les règles de dépistage **AViQ**. Tout se lit dans l'"**onglet Nutrition** de la fiche du résident et se pilote depuis le **tableau de bord Repas**.

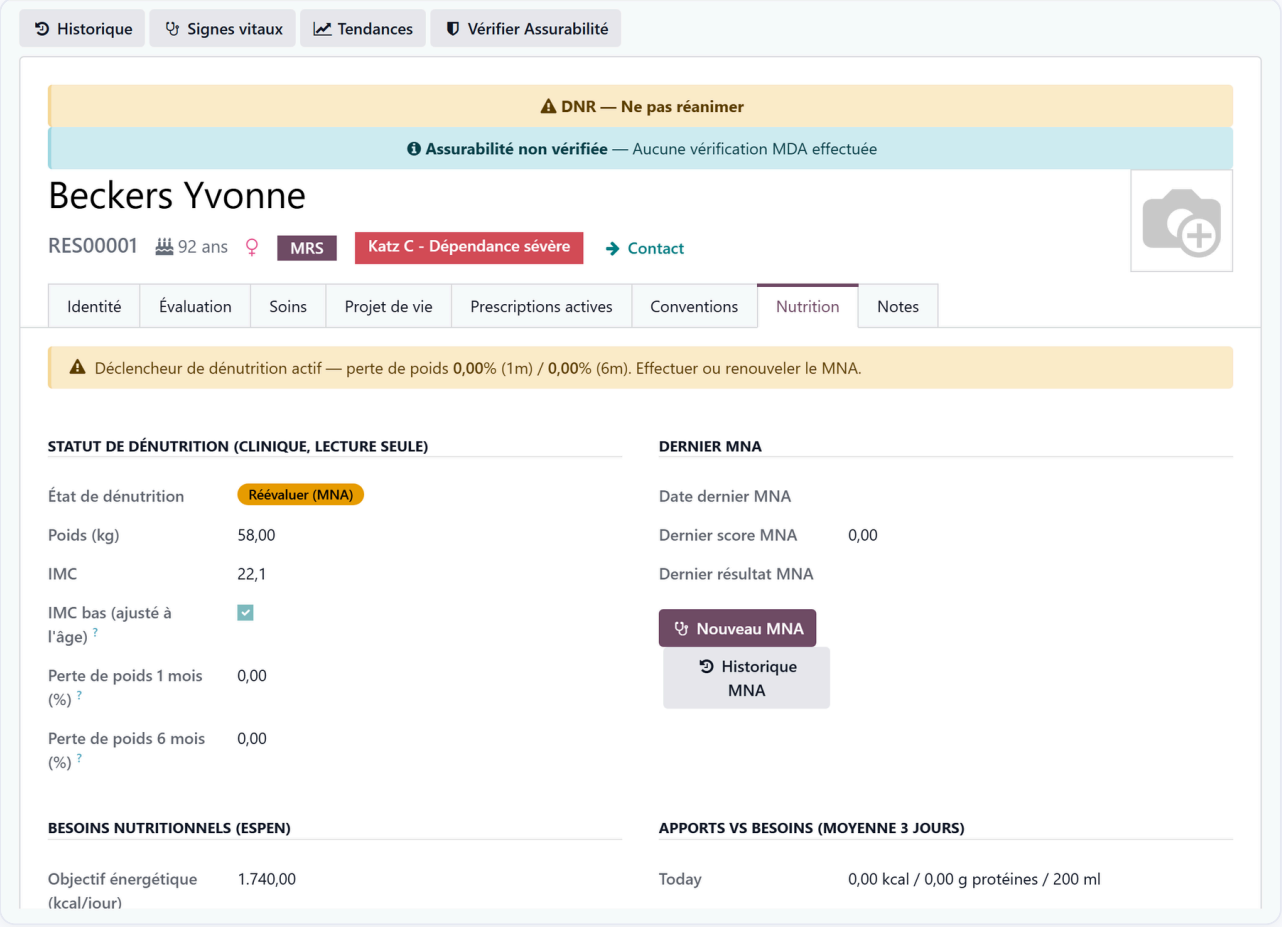
Le principe est simple : vous saisissez le **poids**, les **repas servis** et les **boissons** ; Resthome en déduit un **statut de risque de dénutrition**, des **cibles** d'énergie, de

protéines et de liquides, une **couverture** des apports, et lève des **alertes** lorsqu'un résident décroche.

> **Un outil de dépistage, pas un diagnostic**
>
> Le suivi nutritionnel aide l'équipe à repérer tôt les résidents fragiles. Il ne remplace pas l'évaluation d'un **diététicien** ou d'un **médecin** : le statut et les alertes sont des signaux à interpréter, pas des décisions.

L'onglet Nutrition du résident

Ouvrez un résident (application **Résidents** ou **Repas**), puis l'onglet **Nutrition**. L'onglet n'apparaît que pour les résidents. Il rassemble le statut de dénutrition, le dernier MNA, les cibles ESPEN, les apports, les régimes et les préférences alimentaires.

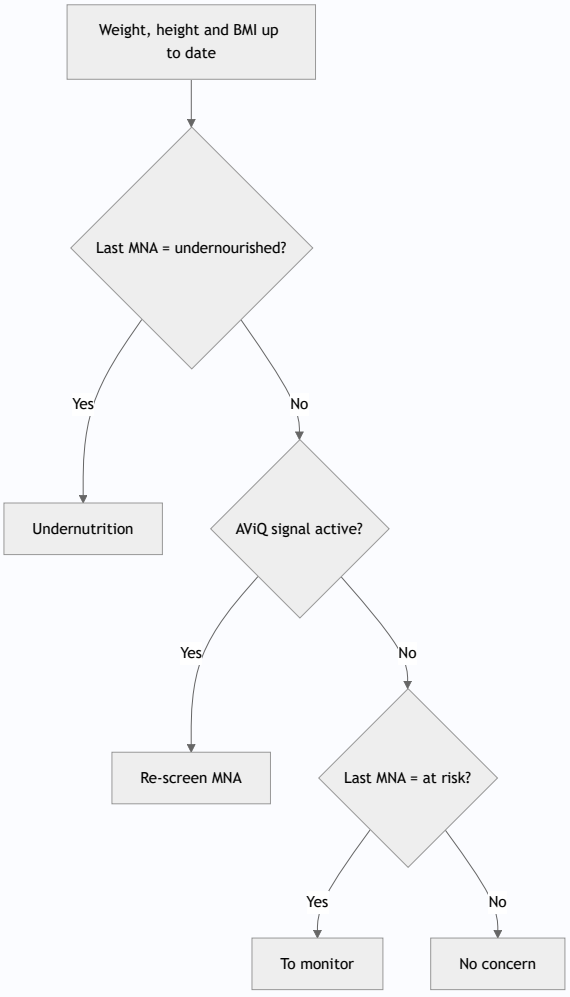


LE STATUT DE RISQUE DE DÉNUTRITION

Le bloc **Statut de dénutrition** est en **lecture seule** : Resthome le calcule, vous ne le modifiez pas à la main. Il affiche un badge coloré et les mesures qui l'expliquent.

Statut affiché	Signification	Couleur du badge
Aucune inquiétude	Aucune inquiétude	Vert
À surveiller	À surveiller (dernier MNA « à risque »)	Bleu
Re-dépister (MNA)	Un signal AViQ est actif : refaire ou renouveler le MNA	Orange
Dénutrition	Dénutrition confirmée (dernier MNA « dénutrition »)	Rouge

Sous le badge, l'onglet affiche le **poids**, l'"**IMC**, un indicateur **IMC bas** (IMC bas ajusté à l'âge) et la **perte de poids** sur 1 mois et sur 6 mois.



Ce qui déclenche « Re-dépister (MNA) »

Un **signal AViQ** est actif dès qu'une de ces conditions est vraie :

- **perte de poids** de plus de **5 %** sur environ 1 mois ;
- **perte de poids** de plus de **10 %** sur environ 6 mois ;
- **IMC inférieur à 23** chez un résident de **plus de 70 ans** (seuil ajusté à l'âge) ;
- **MNA en retard** : aucun MNA, ou un dernier MNA de plus de 6 mois.

Les seuils correspondent aux valeurs par défaut du dépistage AViQ/PWNS-be-A.

Pesez régulièrement pour obtenir la perte de poids

La perte de poids sur 1 et 6 mois est calculée à partir des **poids consignés dans les signes vitaux** (notes infirmières). Sans pesées régulières, Resthome ne peut pas comparer et ces pourcentages restent à zéro. La **taille** est nécessaire pour l'"**IMC**.

LE DERNIER MNA

Le bloc **Dernier MNA** résume l'évaluation **MNA** (Mini Nutritional Assessment) la plus récente du résident : **date**, **score** et **interprétation** (normal, à risque, dénutrition).

Deux boutons y donnent accès :

- **Nouveau MNA** ouvre une nouvelle évaluation MNA pré-remplie pour ce résident, avec la **tranche d'IMC** déjà sélectionnée d'après son IMC connu.
- **Historique MNA** ouvre la liste de ses MNA précédents.

Le MNA-SF est une échelle sur **14 points** : **12–14** = statut normal, **8–11** = risque de dénutrition, **0–7** = dénutrition. C'est le MNA qui fait basculer le statut en **Dénutrition** ou **À surveiller**. Les évaluations sont des **registres cliniques** : voir Registres cliniques.

LES CIBLES ESPEN

Le bloc **Besoins nutritionnels (ESPEN)** affiche la cible **propre au résident**, dérivée de son poids et de son sexe :

Cible	Comment elle est calculée
Cible énergétique (kcal/jour) — énergie	Poids × 30 kcal/kg (ou 35 si IMC inférieur ou égal à 21)
Cible protéique (g/jour) — protéines	Poids × 1 g/kg
Cible hydrique (ml/jour) — liquides	1600 ml (femmes) / 2000 ml (hommes)

Les **coefficients** (30/35 kcal, 1 g, 1,6/2,0 L) se règlent une fois pour tout l'établissement dans Réglages des repas et de la nutrition. Resthome en dérive ensuite la cible individuelle de chaque résident.

APPORTS VS BESOINS (MOYENNE SUR 3 JOURS)

Le bloc **Apports vs besoins** compare ce que le résident a réellement consommé à ses cibles.

- La ligne **Aujourd'hui** affiche les apports du jour : **kcal**, **protéines (g)** et **liquides (ml)**.
- Trois barres de couverture — **Couverture énergétique**, **Couverture protéique** et **Couverture hydrique** — donnent la **moyenne sur 3 jours** en pourcentage de la cible.
- Deux indicateurs, **Déficit nutritionnel** et **Déficit d'hydratation**, deviennent vrais lorsque la couverture passe sous le seuil configuré (75 % par défaut).

Deux boutons complètent le bloc :

- **Enregistrer une boisson** consigne rapidement une boisson pour ce résident.
- **Historique d'hydratation** ouvre le journal de ses boissons.

> **Pour que la couverture se remplisse**
>
> Les apports alimentaires proviennent des **services de repas** : à chaque repas, enregistrez la **quantité mangée** (voir plus bas). Les **plats** doivent porter leurs **portions** et leurs valeurs **par portion** (kcal, protéines), sinon les apports restent à zéro. L'hydratation provient des **boissons consignées**.

Enregistrer les apports alimentaires

Les apports en énergie et en protéines sont dérivés des **services de repas**. Sur un service, le champ **Quantité mangée** propose : **Non mangé**, **25 %**, **50 %**, **75 %** et **Mangé entièrement**.

Resthome multiplie la valeur nutritionnelle **par portion** des plats servis par ce pourcentage pour obtenir l'apport réel du repas, puis prend la **moyenne sur 3 jours**. La saisie repas par repas se fait dans **Repas → Opérations** (Services de repas, Distribution) — voir Menus, régimes et hydratation.

Enregistrer l'hydratation

Les boissons se consignent au fil de la journée dans **Repas → Opérations → Hydratation**, une liste directement éditable (saisie rapide). Chaque ligne enregistre le résident, l'heure, la **quantité en millilitres** et le **type de boisson** : eau, café/thé, jus/soda, lait/produits laitiers, soupe/bouillon, complément oral, autre.

Vous pouvez aussi enregistrer une boisson en un clic depuis l'onglet Nutrition, avec le bouton **Enregistrer une boisson**. Resthome additionne les boissons du jour, calcule la **couverture hydrique** sur 3 jours et lève une alerte si les apports sont insuffisants.

Date/Heure	Resident	Type	Quantité...
▸ Beckers Yvonne (1)			200
▸ Claes Marcel (1)			150
▸ Declercq Simone (1)			125
▸ Everaerts Louis (1)			200
▸ Fontaine Madeleine (1)			250
▸ Gillet Robert (1)			200
▸ Hermans Paulette (1)			150
▸ Jacobs Henri (1)			125
▸ Keuninckx Denise (1)			200
▸ Lemaire Georges (1)			250
			1.850

Le tableau de bord nutrition

Ouvrez **Repas → Statistiques** : sous les cartes générales (Résidents, Menus, Alertes), la page rassemble trois bandeaux nutritionnels qui n'apparaissent que s'ils concernent au moins un résident.

Bandeau	Résidents concernés	Bouton
Risque de dénutrition (rouge)	Statut Re-dépister (MNA) ou Dénutrition	**Examiner** ouvre la liste de ces résidents
Déficit nutritionnel (orange)	Apports sous la cible ESPEN	**Examiner** ouvre la liste de ces résidents
Déficit d'hydratation (bleu)	Apports hydriques sous la cible	**Examiner** ouvre la liste de ces résidents

Chaque bouton **Examiner** ouvre la liste filtrée des résidents, sur leur fiche complète (onglet Nutrition inclus) pour agir directement.

Les alertes automatiques

Un **cron quotidien** rafraîchit le dépistage et crée des **activités** pour les résidents qui décrochent. Les activités sont limitées à **une fois tous les 30 jours** par résident pour éviter les doublons.

Alerte	Condition	Destinataire
Dénutrition — refaire/renouveler le MNA	Statut Re-dépister (MNA) ou Dénutrition	Infirmier chef, sinon responsable
Déficit nutritionnel — apports sous la cible	Couverture énergétique ou protéique sous le seuil	Cuisine (diététicien), sinon infirmier chef, sinon responsable
Déficit d'hydratation — apports hydriques sous la cible	Couverture hydrique sous le seuil	Cuisine (diététicien), sinon infirmier chef, sinon responsable

En plus des activités, l'onglet Nutrition affiche un **bandeau d'avertissement** en haut dès que le statut est Re-dépister (MNA) ou Dénutrition, rappelant la perte de poids et invitant à refaire le MNA.

Régler le seuil de déficit

Le seuil de couverture de **75 %** qui déclenche les alertes de déficit se modifie dans Réglages des repas et de la nutrition. Abaissez-le pour être alerté plus tard, relevez-le pour être alerté plus tôt.

Points clés à retenir

- L"**onglet Nutrition** du résident rassemble le statut de dénutrition, le dernier MNA, les cibles ESPEN et la couverture des apports — en lecture seule pour les mesures calculées.
- Le **statut de dénutrition** suit les règles AViQ/ESPEN : perte de poids, IMC ajusté à l'âge, MNA en retard ou MNA « dénutrition ».
- Les **cibles** (énergie, protéines, liquides) sont propres à chaque résident, calculées à partir de son poids et de son sexe avec les coefficients ESPEN configurables.
- Les **apports** sont dérivés de la **quantité mangée** aux repas et des **boissons consignées** ; la couverture est une moyenne sur 3 jours.
- Le **tableau de bord Repas** (Statistiques) et les **alertes quotidiennes** font remonter les résidents à risque ; ce suivi ne modifie **pas** le forfait, qui dépend de la catégorie Katz.

Pour aller plus loin

- Menus, régimes et hydratation
- Portail familles et kiosque
- Vue d'ensemble des Repas
- Registres cliniques (MNA)
- Réglages des repas et de la nutrition
- Le forfait et la catégorie Katz

Portail familles et kiosque

Resthome permet de **partager les menus** au-delà de l'équipe : avec les **familles** et directement **en salle à manger**.

Portail familles

Les proches peuvent consulter **les repas du jour** et l'historique via un accès **portail** dédié. C'est un lien de confiance : la famille voit ce que le résident mange, sans avoir accès au reste du dossier.

Pages publiques et QR code

- Le **menu de la semaine** peut être publié sur une page consultable.
- Une **version imprimable** avec **QR code** permet d'afficher le menu et de renvoyer vers sa version en ligne, toujours à jour.

Mode kiosque

Le **mode kiosque** affiche le menu en **plein écran**, idéal pour un écran ou une télévision en **salle à manger**. Les résidents et le personnel voient le repas du moment d'un coup d'œil, sans manipulation.

> **Toujours à jour**
>
> Comme tout part des mêmes menus dans Resthome, le portail, la page publique et le kiosque affichent **automatiquement** la dernière version — pas de double saisie.

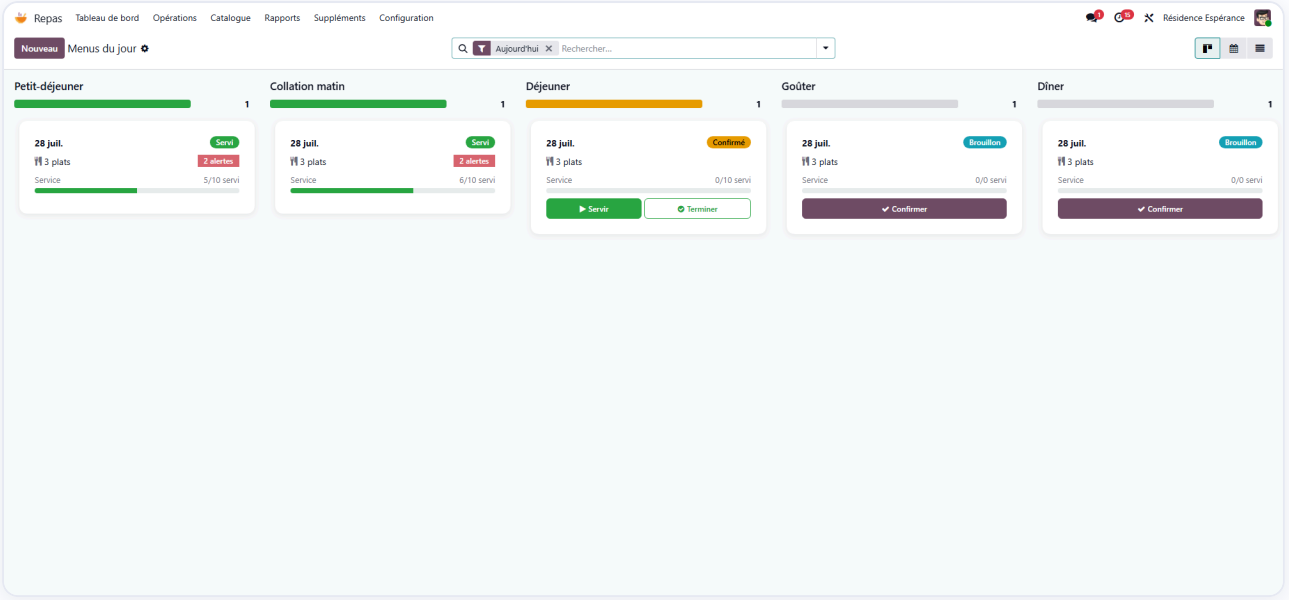
Pour aller plus loin

- Menus, régimes et hydratation
- Vue d'ensemble des Repas

L'application **Repas** organise la restauration de l'établissement : **menus**, **plats**, **régimes** adaptés à chaque résident, **suivi nutritionnel** et **hydratation**, jusqu'au **portail familles** et à l'affichage en salle à manger.

Le tableau de bord

Le **tableau de bord Repas** donne la vue du jour : services prévus, alertes diététiques, hydratation à surveiller.



Ce que couvre l'application

- **Menus, régimes et hydratation** — Composer les menus, gérer les régimes et allergies, suivre la nutrition et l'hydratation. → Menus et régimes
- **Portail familles et kiosque** — Les familles consultent les repas ; la salle à manger affiche le menu en plein écran. → Portail et kiosque

Menus principaux

- **Opérations** — Menus, services de repas, distribution, **alertes diététiques**, hydratation.
- **Catalogue** — plats, catégories de plats, produits.
- **Statistiques** — reporting de la restauration.
- **Configuration** — régimes, allergies, types de repas.

> **Un rôle diététicien**
>
> Un profil **diététicien** permet de confier la gestion des menus, régimes et du suivi nutritionnel aux personnes concernées, sans leur ouvrir tout le reste de Resthome.

Pour aller plus loin

- Menus, régimes et hydratation
- Portail familles et kiosque

Documents du résident

Centralisation automatique des pièces jointes

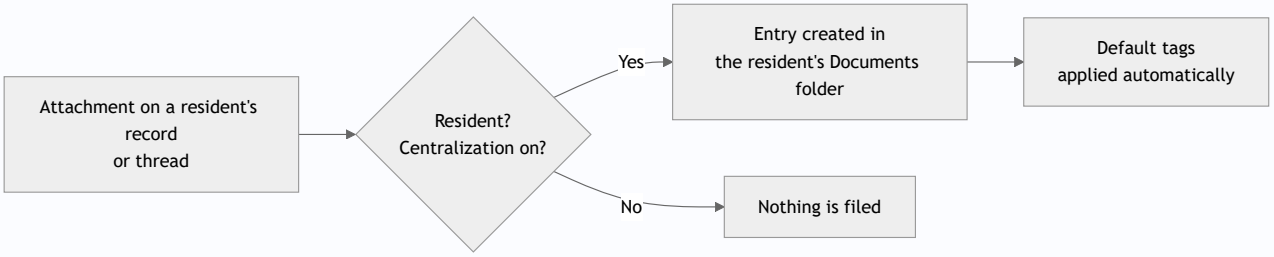
En maison de repos, un seul résident accumule des dizaines de fichiers : convention d'hébergement, formulaires médicaux, décomptes mutuelle, consentements RGPD… Sans classement, ces fichiers se retrouvent dispersés dans les fils de discussion. La **centralisation automatique** résout le problème : **chaque pièce jointe ajoutée à la fiche ou au fil de discussion d'un résident est copiée dans son dossier personnel** dans l'application **Documents**, avec les **étiquettes par défaut** appliquées.

Vous n'avez rien à faire : le classement est **automatique** et **activé par défaut**. La configuration (activation, dossier racine, étiquettes) se trouve dans **Réglages > Documents > Centralisation des fichiers**, bloc **Maison de repos**.

> **Prérequis**
>
> Cette fonctionnalité repose sur l'application **Documents** d'Odoo : elle n'est disponible que si Documents est installé. Le **dossier racine des résidents** et le **dossier personnel** de chaque résident sont créés automatiquement — vous n'avez rien à préparer.

Comment ça marche

Dès qu'un fichier est joint à un résident — que ce soit **en pièce jointe d'un message dans le fil** ou **directement sur sa fiche** — Resthome crée une entrée correspondante dans l'application Documents, à l'intérieur du dossier de ce résident.



Trois conditions déclenchent le classement :

- la fiche est bien celle d'un **résident** (une personne marquée comme résident) ;
- la **centralisation** est **activée** pour l'établissement ;
- l'application **Documents** est installée.

Si l'une d'elles manque, la pièce jointe reste simplement attachée au message ou à la fiche, sans copie dans Documents.

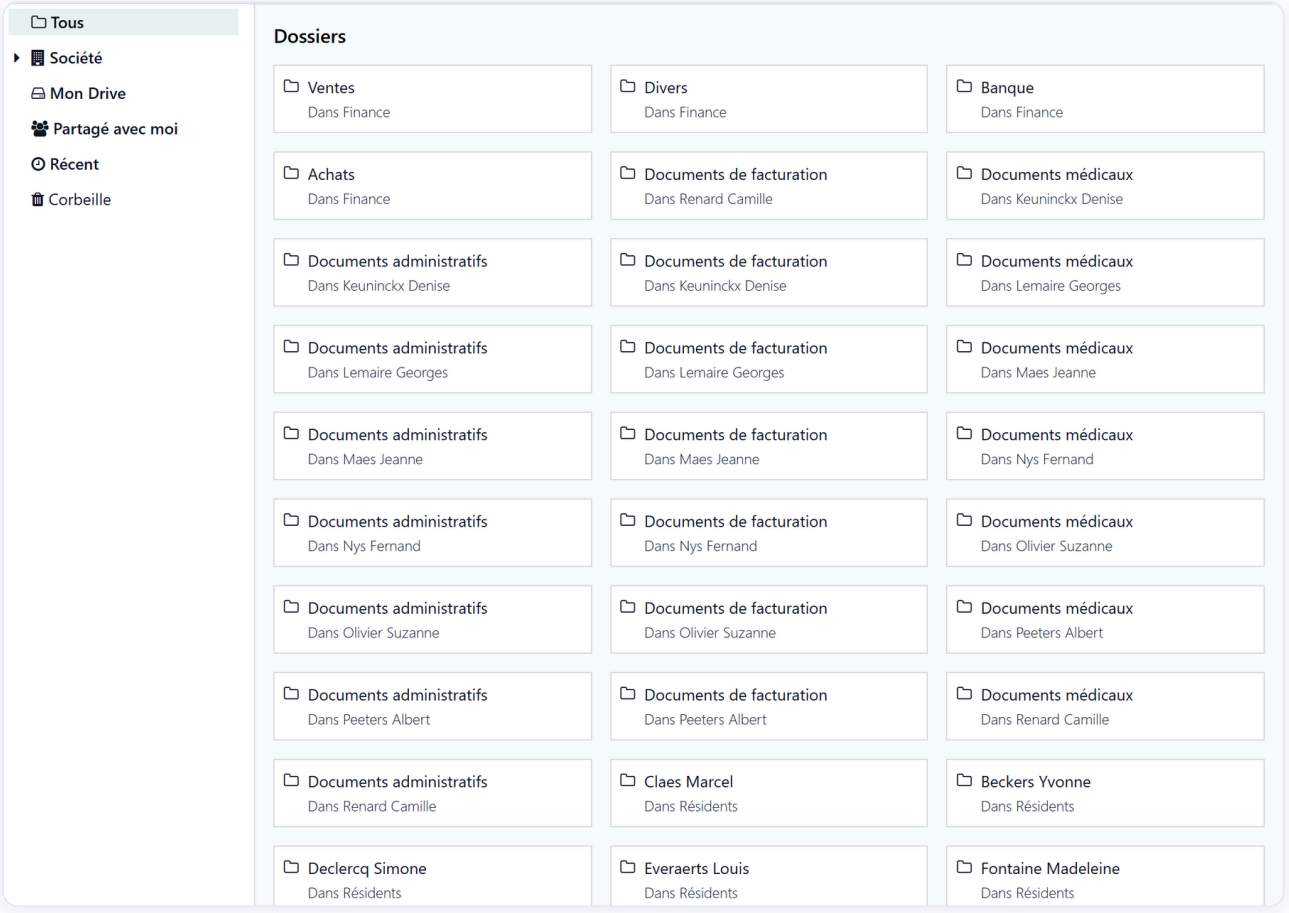
> **Ce qui N'EST PAS centralisé**
>
> La centralisation concerne **uniquement les résidents**. Les pièces jointes ajoutées à un **contact ordinaire**, à un **fournisseur** ou à un **employé** ne sont pas copiées dans l'application Documents.

Où aboutissent les documents

Chaque document centralisé est classé dans le **dossier personnel du résident**, lui-même placé sous le dossier racine **« Résidents »**. À l'admission (ou lorsque la fiche résident est activée), ce dossier personnel est créé automatiquement, avec trois sous-dossiers prêts à l'emploi :

- **Documents médicaux**
- **Documents administratifs**
- **Documents de facturation**

Le dossier porte le nom du **résident** et se renomme automatiquement si le nom change.



Le bouton « Documents » sur la fiche du résident

Sur la fiche d'un résident, le bouton **Documents** (compteur en haut de la fiche) ouvre **directement** son dossier dans l'application Documents. Le compteur inclut les fichiers classés dans les **sous-dossiers**, pas seulement à la racine du dossier.

Étiquettes par défaut

À chaque document centralisé, Resthome applique automatiquement les **étiquettes par défaut** choisies pour l'établissement (**Réglages > Documents > Centralisation des fichiers > Étiquettes par défaut**). C'est ce qui permet ensuite de **filtrer** et **retrouver** rapidement les documents dans l'application Documents.

Resthome fournit déjà une liste d'étiquettes prêtes à l'emploi, adaptées au métier :

Étiquette	Usage typique
Katz	Évaluations de dépendance
Fin de séjour	Documents de sortie ou de décès
eAgreement	Accords MR/MRS (convention de soins)
OA	Décomptes et courriers de l'organisme assureur
Convention	Convention
Formulaire médical	Formulaires et certificats médicaux
Facturation	Décomptes et factures
CPAS	Prise en charge CPAS
RGPD	Consentements et documents RGPD

> **Commencez léger**
>
> Les **étiquettes par défaut** sont **facultatives**. Laissez le champ **vide** pour commencer, ou mettez-y une seule étiquette générique : vous pourrez toujours étiqueter chaque document plus précisément par la suite dans l'application Documents.

Qui peut voir les documents

Les documents centralisés **héritent des droits du dossier du résident** : seuls les utilisateurs ayant accès à l'application **Documents** peuvent les consulter. Ils n'ont pas

de propriétaire individuel, ce qui évite qu'un fichier « appartienne » à un seul membre du personnel et garde l'ensemble du dossier résident cohérent et gérable par l'équipe.

> **Cloisonné par établissement**
>
> En multi-sociétés, **chaque établissement a son propre dossier racine « Résidents »** et sa propre configuration de centralisation. Les documents d'un résident restent donc cloisonnés au sein de sa société.

Activer ou désactiver

La centralisation est **activée par défaut**. Vous la contrôlez avec le bloc **Maison de repos** dans **Réglages > Documents > Centralisation des fichiers** :

- **cocher** le bloc **active** le classement automatique ;
- **décocher** le bloc **arrête** la centralisation des **futures** pièces jointes — les documents déjà classés **restent en place**, rien n'est supprimé ni déplacé.

Le détail des trois réglages (activation, **dossier racine**, **étiquettes par défaut**) est décrit sur la page Réglages Documents.

À retenir

- Chaque pièce jointe ajoutée au **fil de discussion** ou à la **fiche** d'un résident est **copiée automatiquement** dans son dossier Documents.
- Le classement concerne **uniquement les résidents** — pas les contacts, fournisseurs ou employés.
- Les **étiquettes par défaut** de l'établissement sont **appliquées automatiquement** à chaque document centralisé.
- Le **dossier personnel** du résident (et ses sous-dossiers) est créé automatiquement ; le bouton **Documents** sur la fiche l'ouvre directement.
- La centralisation est **activée par défaut** et se désactive en décochant le bloc **Maison de repos** — les documents déjà classés restent en place.
- Le réglage et le dossier racine sont **spécifiques à chaque établissement**.

Pour aller plus loin

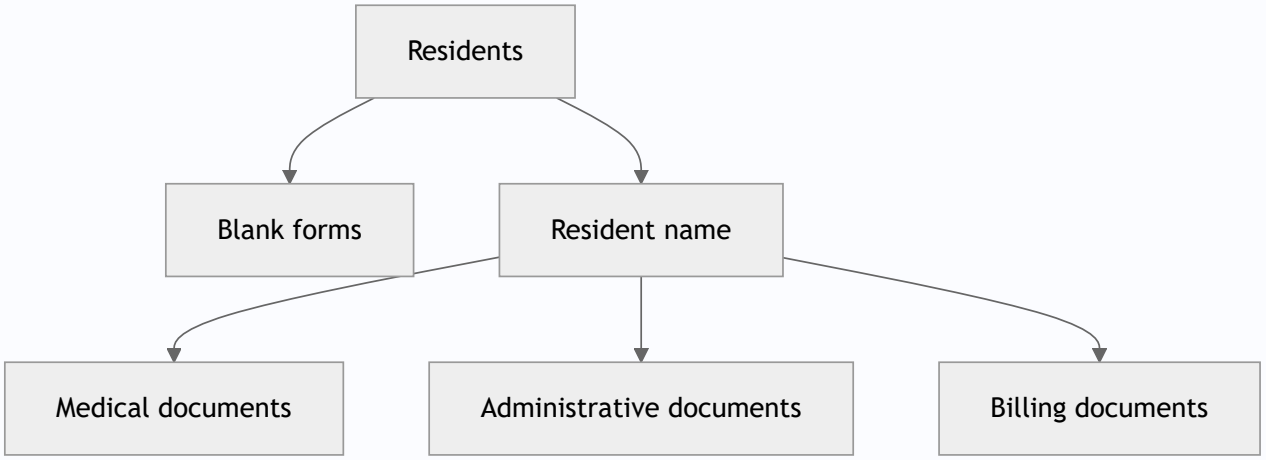
- Documents
- Réglages Documents
- Gérer un résident

Pour **chaque résident**, Resthome tient à jour un **dossier documentaire** stocké dans l'application **Documents** d'Odoo. Vous n'avez rien à créer ni à classer à la main : le dossier, ses sous-dossiers et le classement sont automatiques. Vous y accédez depuis le bouton **Documents** sur la fiche du résident, ou depuis l'application **Documents** → **Résidents**.

> **Prérequis**
>
> Cette fonctionnalité repose sur l'application **Documents** d'Odoo : elle doit être installée. Une fois activée, les dossiers des résidents et les étiquettes se configurent automatiquement — vous n'avez rien à préparer.

Un dossier par résident, créé automatiquement

Dès qu'un résident est créé (ou dès que sa fiche devient une fiche résident), Resthome crée son **dossier personnel** sous le dossier racine **« Résidents »**, avec **trois sous-dossiers prêts à l'emploi** :

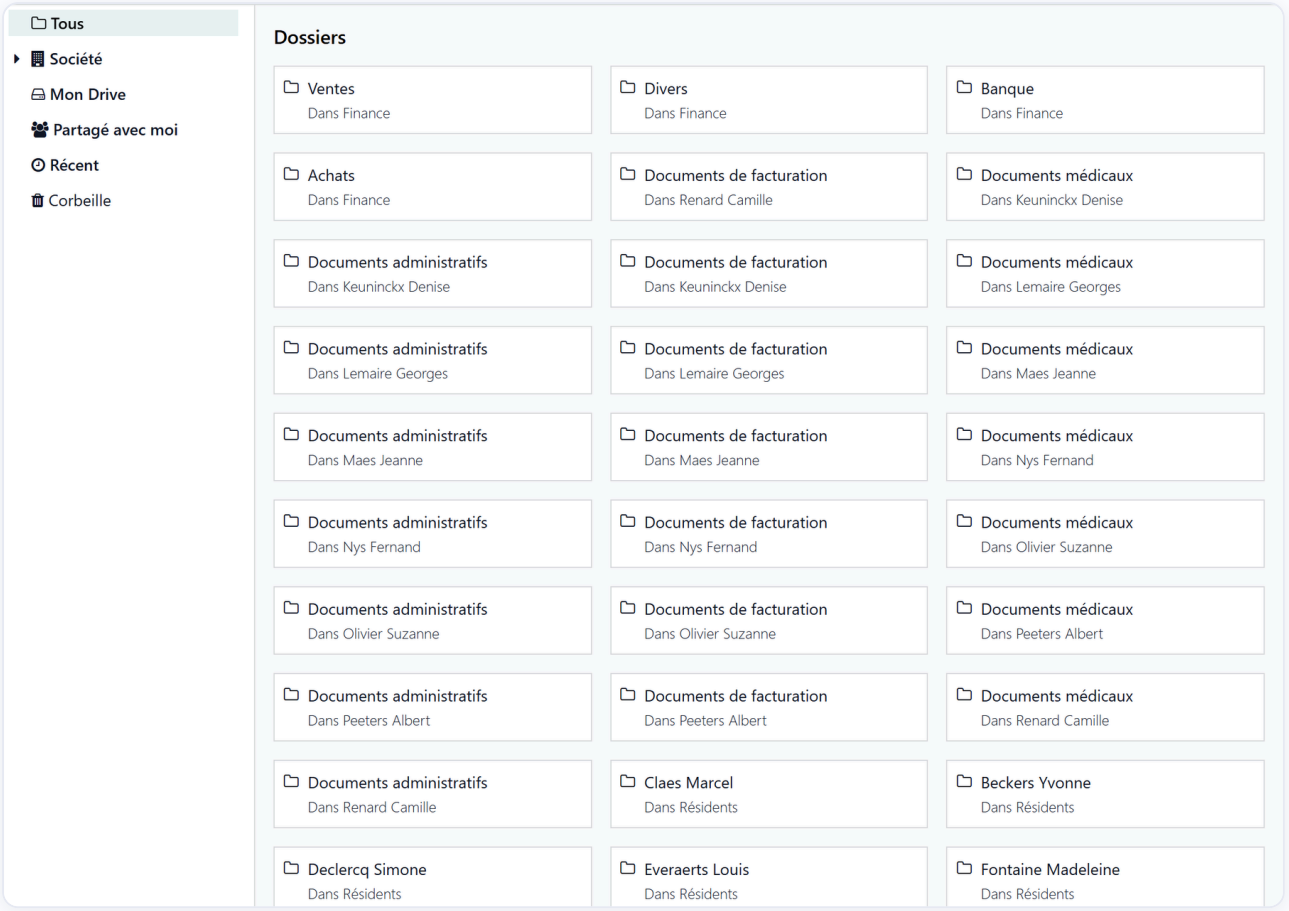


Sous-dossier	Ce qu’on y met
Documents médicaux	Les évaluations, formulaires et éléments médicaux du résident.
Documents administratifs	Convention, pièces d’identité, accords, courriers.
Documents de facturation	Les factures et éléments liés à la facturation du résident.

Le dossier porte le **nom du résident** et **se renomme automatiquement** si le nom change. Les dossiers sont **triés par ordre alphabétique**, ce qui les garde faciles à parcourir dans l’application Documents.

Dossiers protégés

Les dossiers créés automatiquement sont **protégés contre la suppression** : un utilisateur standard peut y déposer des documents et les consulter, mais ne peut pas supprimer le dossier lui-même. Cela vous évite de perdre accidentellement toute la structure documentaire d'un résident.



Le bouton « Documents » sur la fiche

Sur la fiche du résident, un **bouton intelligent « Documents »** affiche le **nombre de fichiers** stockés dans son dossier. Le compteur additionne les documents du dossier **et de ses sous-dossiers** (les sous-dossiers eux-mêmes ne sont pas comptés). Cliquer sur le bouton **ouvre** directement le dossier personnel du résident dans l'application Documents.

Uniquement pour les utilisateurs de l'application Documents

Le bouton n'apparaît que pour les utilisateurs qui ont accès à l'application **Documents**. Les autres voient la fiche résident normalement, sans le raccourci.

Les dossiers créés au niveau de l'établissement

Lors de la création de la société (l'établissement), Resthome met automatiquement en place deux dossiers en haut de l'application Documents :

- **Résidents** — le dossier racine qui contient tous les dossiers des résidents.
- **Formulaires vierges** — un sous-dossier pour vos **modèles** et documents à compléter (conventions types, formulaires médicaux vierges, etc.).

Séparés par établissement

En multi-société, **chaque établissement a son propre dossier racine** « Résidents » et son propre dossier « Formulaires vierges ». Les documents restent donc séparés d'une maison à l'autre.

Étiquettes prédéfinies

Resthome fournit une liste d'"**étiquettes** prêtes à l'emploi pour **catégoriser** les documents et **les retrouver par filtre** dans l'application Documents :

Étiquette	Usage typique
Évaluation Katz	Grilles et rapports d'évaluation de dépendance Katz.
Formulaire médical	Formulaires et documents médicaux.
Accord MR/MRS (eAgreement)	Accords avec l'organisme assureur (eAgreement).
Attribution OA	Décisions et attributions de l'organisme assureur.
Convention	La convention signée avec le résident.
Facturation	Factures et éléments de facturation.
CPAS	Documents de prise en charge CPAS.
Consentement RGPD	Consentements et documents liés à la vie privée.
Fin de séjour	Documents de fin de séjour / départ.

Appliquer les étiquettes automatiquement

Vous pouvez faire appliquer une ou plusieurs de ces étiquettes **automatiquement** à chaque document centralisé, via le champ **Étiquettes par défaut** dans les réglages. Voir Réglages des documents.

Classement automatique des pièces jointes

Au-delà des dossiers, Resthome peut **centraliser automatiquement** les pièces jointes déposées sur la fiche d'un résident : elles arrivent directement dans son dossier personnel, sans classement manuel. Ce comportement se règle dans la configuration.

Pour aller plus loin

Le comportement détaillé, les cas d'usage et l'activation sont décrits sur la page Centralisation des documents.

Points clés à retenir

- Chaque résident dispose d'un **dossier personnel automatique** avec trois sous-dossiers : **médical**, **administratif**, **facturation**.
- Le dossier suit le **nom du résident** et se renomme ; les dossiers sont **protégés contre la suppression accidentelle**.
- Le **bouton « Documents »** de la fiche ouvre le dossier et compte les fichiers, sous-dossiers compris.
- Au niveau de l'établissement, Resthome crée les dossiers **« Résidents »** et **« Formulaires vierges »**, **séparés par société**.
- Neuf **étiquettes** prédéfinies (Katz, eAgreement, RGPD, CPAS…) facilitent le filtrage et peuvent être appliquées automatiquement.

Pour aller plus loin

- Centralisation des documents
- Gérer un résident
- Réglages des documents
- FAQ · Glossaire

Configuration

Réglages généraux (résidents, chambres)

Cet onglet rassemble les réglages qui structurent le fonctionnement quotidien de votre maison : la gestion des **résidents**, l'"**hébergement** (durée de séjour, capacité, responsables), et l'affichage du **tableau de bord** de soins.

Vous les trouvez dans l'application **Réglages** :

- **Réglages > Maison de repos (MR/MRS)** — résidents, hébergement, données de démonstration ;
- **Réglages > Médical** — tableau de bord.

> **Réservé aux responsables**
>
> Ces réglages ne sont visibles que par les utilisateurs qui détiennent le rôle de **responsable** de l'établissement. Ils se règlent une fois et changent ensuite rarement.

Résidents

Réglages > Maison de repos > Résidents. Deux options encadrent la création et le suivi des résidents.

Réglage	Ce qu'il fait	Valeur recommandée (MR/MRS)
Informations médicales	Rend les informations médicales obligatoires pour tous les résidents.	Propre à l'établissement — activez-le si l'infirmier chef exige un dossier médical complet dès l'admission.
Notifications aux familles	Envoie des notifications automatiques à la famille du résident.	Propre à l'établissement — activez-le si vous communiquez avec les familles depuis Resthome.

Hébergement

Réglages > Maison de repos > Hébergement. Ce bloc définit les valeurs par défaut des chambres et des séjours, et désigne **qui** est notifié lorsqu'un résident arrive ou change de chambre.

Réglage	Ce qu'il fait	Valeur recommandée (MR/MRS)
Durée de séjour par défaut	Pré-remplit la durée (en jours) proposée à l'ouverture d'un nouveau séjour.	**30 jours**
Capacité de la chambre	Nombre de lits pré-rempli lors de la création d'une nouvelle chambre.	**1 lit** (chambre individuelle)
Responsable technique des chambres	Utilisateur qui reçoit l'activité « préparer la chambre » lorsqu'un résident arrive ou lors d'un changement de chambre / transfert.	Le membre du personnel technique ou d'entretien de votre maison.
Responsable de la procédure d'emménagement	Utilisateur qui reçoit la checklist d'emménagement (convention, état des lieux, inventaire, casier à médicaments, linge, désinfection) sur la fiche du résident.	Le coordinateur des admissions — **laissez vide pour désactiver** la procédure.

Deux responsables complémentaires

À chaque **changement de chambre ou transfert** ainsi qu'à l'"**admission**, Resthome ouvre un nouveau séjour et déclenche automatiquement :

- une activité **« préparer la chambre »** pour le **responsable technique** ;
- la **checklist d'emménagement** (si un **responsable de procédure** est défini) sur la fiche du résident.

Ce sont des rappels de travail : les définir évite les oublis à l'arrivée.

Tableau de bord

Réglages > Médical > Tableau de bord. Un seul réglage, qui contrôle l'affichage des cartes statistiques du tableau de bord de soins.

Réglage	Ce qu'il fait	Valeur recommandée (MR/MRS)
Masquer les cartes statistiques vides	Masque les cartes du tableau de bord (soins manqués, points d'attention, renouvellements Katz, etc.) dont le compteur est à 0.	**Laissez désactivé** (par défaut) : un « 0 » affiché est un signal positif, pas un manque d'information.

Données de démonstration

Réglages > Maison de repos > Données de démonstration. Un moyen de remplir une base de données de **test** avec des résidents, chambres, séjours et factures fictifs.

Réglage	Ce qu'il fait	Valeur recommandée (MR/MRS)
Charger les données de démonstration	Crée des résidents, chambres, séjours, périodes de facturation, données médicales et repas fictifs.	Réservez-le à un environnement de **test**.
Mettre à jour les données de démonstration	Relance le chargeur pour ajouter les enregistrements de démonstration ajoutés depuis (mobilier, suppléments, etc.) sans dupliquer ceux qui existent déjà.	Test uniquement.

> ⚠ **Jamais sur votre base de données réelle**
>
> Les données de démonstration créent des **résidents et factures fictifs**. N'utilisez ces boutons que sur une base de données de test ou de formation, **jamais** sur votre environnement de production.

Pour aller plus loin

- Configuration
- Gérer un résident
- Changement de chambre et transfert
- Premiers pas

- FAQ · Glossaire

Réglages de facturation (MR/MRS)

L'onglet de réglages **MR/MRS** regroupe les paramètres qui pilotent la **facturation** de votre maison de repos : génération des factures, journaux comptables, agrément de l'établissement et gestion des absences. Vous les configurez **une seule fois**, puis ils ne changent qu'à la marge.

Vous les trouverez sous **Réglages > MR/MRS**. L'onglet n'est visible que par les **gestionnaires MR/MRS**.

> **Les secrets eHealth se configurent ailleurs**
>
> Le **certificat eHealth (.p12)**, la **licence CIN** et les identifiants de connexion aux mutuelles ne se trouvent **pas** dans cet onglet, mais dans la configuration **eHealth**. Cet onglet ne contient **aucune donnée secrète** ; vous n'y saisissez ni mot de passe ni clé.

Facturation automatique

Ce bloc décide **comment** et **quand** les factures sont produites, et si les périodes ouvertes se maintiennent à jour d'elles-mêmes.

Réglage	Ce que ça fait	Valeur recommandée (MR/MRS)
Facturation automatique	Génère automatiquement les factures de séjour mensuelles, sans passer par le cycle manuel. Désactivé par défaut.	Selon votre organisation ; souvent laissé **désactivé** au profit du cycle manuel (générer → facturer), qui donne plus de contrôle.
Jour de facturation	Jour du mois où les factures automatiques sont générées (visible uniquement si la facturation automatique est activée).	**1** (début du mois) par défaut ; ajustez selon votre organisation.
Actualisation automatique de la facturation	Maintient à jour chaque période ouverte dès qu'une donnée change : supplément, absence, fin de séjour, changement de chambre ou de mutuelle, admission en cours de mois.	**Activé** — recommandé.

> **L'actualisation automatique et le bouton « Actualiser »**
>
> Avec l'actualisation **activée**, l'ajout d'un supplément ou d'une absence se répercute seul sur la période : vous n'avez généralement rien à faire. Le bouton **« Actualiser »** de la période reste disponible pour un recalcul complet à la demande. Voir Facturer un mois.

Journaux de facturation

Resthome émet **deux flux** de factures : la **part mutuelle** (forfait de dépendance, envoyé à l'organisme assureur via eFact) et la **part résident** (hébergement et suppléments). Chaque flux va dans son propre journal de ventes.

Réglage	Ce que ça fait	Valeur recommandée (MR/MRS)
Journal INAMI	Journal de ventes qui reçoit les factures de la **part mutuelle** (forfait de dépendance envoyé via eFact).	Un journal de ventes de votre établissement.
Journal résident	Journal de ventes qui reçoit les factures de la **part résident** (hébergement et suppléments).	Un journal de ventes **distinct** du précédent (recommandé).

> ⚠ **Valeur propre à l'établissement**
>
> Ces deux journaux dépendent de **votre plan comptable**. Choisissez des journaux de **ventes** existants. Les séparer (INAMI d'un côté, résident de l'autre) facilite le lettrage et le suivi par payeur.

Agrément de l'établissement

Certains forfaits fédéraux exigent un **agrément spécifique** de l'établissement. C'est le cas du forfait **coma (Ccoma)**.

Réglage	Ce que ça fait	Valeur recommandée (MR/MRS)
Agrément Cc (forfait coma)	Cochez si l'établissement détient l'agrément lui permettant de facturer le forfait coma **Ccoma**. Sans lui, un résident classé Ccoma n'est **pas** facturable via eFact (ni régional ni fédéral) ; l'hébergement reste facturé.	Cochez **uniquement** si votre établissement est agréé.

> ✎ **À ne pas confondre avec le montant du forfait**
>
> Le **forfait de dépendance** ordinaire est le **même montant** pour toutes les catégories Katz ; la catégorie sert à **déclarer le profil** à la mutuelle, pas à fixer le montant (voir Le forfait INAMI). L'agrément Cc, lui, ne concerne que le **cas particulier du forfait coma**.

Fonctionnalités optionnelles

Un module supplémentaire s'installe directement depuis les réglages, en cochant une case.

Réglage	Ce que ça fait	Valeur recommandée (MR/MRS)
Facturation partagée (débiteurs alimentaires)	Répartit la part résident de la facture mensuelle entre plusieurs débiteurs, chacun payant un pourcentage. Cocher cette case **installe** le module.	Activez-la **si** des débiteurs alimentaires se partagent la part résident.

Ce que fait la case à cocher

Cocher installe le module et décocher le désinstalle (convention Odoo). Une fois activée, la répartition se configure par résident. Voir Débiteurs alimentaires.

Gestion des absences

Les règles de **jour de présence** (règle de midi, hospitalisation, congé) sont **intégrées** à Resthome et ne se configurent pas ici. Seul le **responsable** d'une activité de suivi est configurable.

Réglage	Ce que ça fait	Valeur recommandée (MR/MRS)
Responsable de l'activité Katz	Utilisateur à qui l'activité « Nouveau Katz requis » est attribuée lorsqu'une réadmission hospitalière dépasse **30 jours**. Si vide : utilisateur courant (s'il est clinique), sinon le premier infirmier en chef, infirmier ou médecin trouvé.	L'"**infirmier en chef** (ou le responsable des soins).

Pourquoi 30 jours ?

Une réadmission après plus de 30 jours d'hospitalisation exige une **nouvelle évaluation Katz**. L'activité attribuée sert de rappel. Voir Absences et hospitalisations.

Pour aller plus loin

- Configuration — chambres, tarifs, mutuelles, établissement.
- Vue d'ensemble de la facturation
- Facturer un mois, pas à pas
- Le forfait INAMI (dépendance)
- Débiteurs alimentaires
- Absences et hospitalisations

Réglages eHealth et eFact

Cet écran regroupe les **identifiants et choix techniques** que Resthome utilise pour communiquer avec l'écosystème e-santé belge (eHealth, MyCareNet, WalCareNet) : l'assurabilité MDA, la facturation eFact et les conventions eAgreement.

Les réglages sont répartis sur **deux onglets** :

- **Réglages > Maison de repos** : la partie **eHealth** (certificat, plateforme, automatisation, praticien responsable, licence CIN).
- **Réglages > MR/MRS** : la partie **facturation wallonne** (Compte C et en-tête eFact).

La plupart de ces valeurs se règlent **une seule fois**, au démarrage, et ne changent ensuite qu'à la marge.

> ⚠ **Champs sensibles — aucune valeur n'est jamais copiée depuis la documentation**
>
> Le **certificat .p12**, la **licence de package CIN** et les **mots de passe** sont des secrets **propres à votre établissement**. Nous expliquons ici **à quoi ils servent** et **où les obtenir** (portail eHealth, CIN/NIC), jamais leur contenu. Ne les partagez pas et saisissez-les uniquement depuis la source officielle.

Plateforme eHealth

Réglages > Maison de repos > Plateforme eHealth. Le socle : quelle identité, quel environnement et quelle plateforme Resthome utilise pour tous les échanges.

Réglage	À quoi ça sert	Valeur recommandée (MR/MRS)
Certificat actif	Le certificat **.p12** eHealth qui authentifie l'institution et signe les messages SOAP. Importez-le d'abord sous *eHealth / Certificats*, puis sélectionnez-le ici.	Le certificat **de votre établissement**, obtenu sur **ehealth.fgov.be**. Jamais une valeur copiée.
Numéro INAMI de l'institution	Le numéro INAMI/RIZIV de votre institution, utilisé dans les demandes STS, MDA, eFact et eAgreement.	**Votre numéro** : 8 chiffres (institution) ou 11 chiffres (NIHII-11).
Code de compétence	Les 3 derniers chiffres du NIHII-11 (MR/MRS uniquement, pas CSJ) ; solution de repli lorsque le NIHII-11 certifié ne peut être lu depuis le jeton.	**110** (MR) ou **210** (certaines MRS).
Taux d'intérêt légal (%)	Le taux légal belge annuel utilisé pour calculer les intérêts de retard qu'une mutuelle doit sur un envoi payé hors délai.	Le **taux publié pour l'année** ; **0** désactive le calcul.
NIHII du prestataire de soins	Le NIHII-11 **personnel** du soignant (infirmier, médecin) qui émet les demandes d'assurabilité MDA — requis par WalCareNet/MyCareNet.	Le NIHII du **prestataire de soins de votre établissement** (11 chiffres).
Environnement	*Acceptation* = serveurs de test (données simulées) ; *Production* = serveurs réels (facturation réelle).	**Acceptation** tant que non validé, puis **Production** après accréditation.
Plateforme par défaut	Le réseau cible : WalCareNet (AViQ, Wallonie), MyCareNet (fédéral), IrisCareNet (Bruxelles, MDA).	**WalCareNet** pour une MR/MRS wallonne.
Mode stub (développement)	Simule les réponses eHealth sans appel réel — pour les tests.	**Activé** en test ; **désactivé** en production (exige un certificat valide + licence CIN).

Démarrer prudemment

Au démarrage : **Acceptation + Mode stub activé**. Vous validez tout le flux sans rien envoyer de réel. Une fois l'accréditation obtenue, passez **Mode stub désactivé**, puis **Production**.

Automatisation eHealth

Réglages > Maison de repos > Automatisation eHealth. Les comportements automatiques autour de l'assurabilité et des journaux.

Réglage	À quoi ça sert	Valeur recommandée (MR/MRS)
Contrôle MDA automatique	Vérifie automatiquement l'assurabilité de chaque résident avant de générer l'eFact — évite les rejets pour assurabilité invalide (voir MDA).	**Activé** dès que le MDA est en production.
Conservation des journaux (jours)	Nombre de jours pendant lesquels les journaux de communication et d'audit sont conservés ; les plus anciens sont purgés par le cron mensuel.	**2555** (7 ans, obligation légale belge pour les données de santé).
E-mail de signalement no-facet	Adresse utilisée par le bouton *Signaler à l'intermut* sur une demande MDA restée « no-facet » (aucune mutuelle n'a répondu dans les 24 h) — à escalader vers le CIN/intermut.	Laissez l'adresse **intermut** par défaut.

Service Desk du logiciel

Réglages > Maison de repos > Service Desk du logiciel. Le **premier point de contact** lorsqu'un prestataire rencontre un problème — une exigence d'accréditation de l'AViQ.

Réglage	À quoi ça sert	Valeur recommandée (MR/MRS)
Contact du Service Desk	Le contact de l'éditeur du logiciel (nom, e-mail, téléphone, logo), affiché par le bouton *Contacter LPLG* sur les demandes eAgreement.	Laissez le contact **LPLG** par défaut.

Praticien responsable eAgreement

Réglages > Maison de repos > Praticien responsable eAgreement. Sur une demande eAgreement, le praticien responsable est le clinicien qui a réalisé l'évaluation Katz. S'il n'a pas de NIHII personnel, la demande emprunte l'identité de l'infirmier en chef, puis du médecin coordinateur.

Réglage	À quoi ça sert	Valeur recommandée (MR/MRS)
Infirmier en chef (repli NIHII)	Son NIHII identifie le praticien responsable lorsque l'évaluateur Katz (infirmier, aide-soignant) n'a pas de NIHII.	Renseignez l'"**infirmier en chef** de l'établissement.
Médecin coordinateur (repli NIHII)	Repli lorsqu'aucun NIHII d'infirmier n'est disponible, et **obligatoire** pour un Katz de catégorie D (médecin requis).	Renseignez le **médecin coordinateur** — essentiel pour un Katz de catégorie D.

La catégorie Katz sert à déclarer, pas à fixer le montant

Le **forfait de dépendance** est le **même montant** pour toutes les catégories Katz (tarifs AViQ) ; la catégorie sert à **déclarer le profil du résident** à la mutuelle. Une catégorie **D** requiert néanmoins un **médecin** comme praticien responsable de l'eAgreement — d'où l'importance de ce champ.

Licence de package CIN

Réglages > Maison de repos > Licence de package CIN. Les identifiants qui autorisent Resthome à envoyer via GenAsync (eFact) et CommonInput (MDA).

Réglage	À quoi ça sert	Valeur recommandée (MR/MRS)
Nom d'utilisateur de la licence de package	Nom d'utilisateur de la licence logicielle, requis pour l'eFact et le MDA.	Fourni par le **CIN/NIC** lors de l'accréditation — spécifique à votre logiciel.
Mot de passe de la licence de package	Mot de passe de la licence logicielle (champ masqué).	Fourni par le **CIN/NIC** ; **secret**, ne le divulguez pas.

Où l'obtenir

La licence de package est délivrée par le **CIN/NIC** lors de l'accréditation du logiciel. Elle n'a **aucune valeur par défaut** : tant qu'elle n'est pas configurée (et le mode stub désactivé), les envois réels restent bloqués.

Compte C (Wallonie)

Réglages > MR/MRS > Compte C (Wallonie). Depuis la 6e réforme de l'État, la mutuelle paie les forfaits de la MR/MRS wallonne sur un **compte financier C** dédié, déclaré au CIN lors de l'enregistrement eFact.

Réglage	À quoi ça sert	Valeur recommandée (MR/MRS)
Journal bancaire Compte C	Le journal bancaire du compte wallon. L'**IBAN** (ET 10 Z 45-47a) et le **BIC** (Z 53-54a) inscrits dans le 920000 en sont dérivés.	Le **journal Compte C** de votre établissement. Renseignez l'IBAN sur le compte bancaire et le BIC sur la banque.

Sinon, rejet WalCareNet

Sans Compte C valide, WalCareNet **rejette le lot** : **104511** (IBAN manquant) ou **105311** (BIC manquant). L'IBAN et le BIC affichés sous le champ sont en lecture seule — ils proviennent du compte bancaire du journal. Voir Rejets eFact.

En-tête eFact

Réglages > MR/MRS > En-tête eFact. Les informations d'en-tête portées par chaque message eFact 920000 (segment 300).

Réglage	À quoi ça sert	Valeur recommandée (MR/MRS)
Personne de contact eFact	Nom et téléphone inscrits dans l'en-tête (Z305 nom / Z306 prénom / Z307 téléphone) — la personne qu'une mutuelle contacte pour une question de facturation.	Par exemple, le **directeur** de l'établissement. Si vide, le nom de l'établissement est utilisé.
Type de facture eFact (Z308)	La zone Z308 « type de facture » : 01 Hospitalisation, 03 Ambulatoire, 09 Mixte.	**01** par défaut (accepté au contrôle 931000). Ne passez à **03** que si l'AViQ/CIN le confirme.

Pour aller plus loin

- Configuration
- eHealth — vue d'ensemble
- Facturation électronique (eFact)
- Assurabilité (MDA)
- Conventions (eAgreement)
- Rejets eFact — causes et solutions

Réglages des repas et de la nutrition

L'onglet de réglages **Repas** rassemble la configuration de l'application Repas : la **source des données nutritionnelles**, l'"**apparence du menu public et du kiosque**, les **notifications aux familles** et les **objectifs nutritionnels (ESPEN)** utilisés pour le suivi de la dénutrition. Vous le trouvez sous **Réglages > Repas**.

Ces réglages s'appliquent à tout l'établissement : vous les définissez une fois, après quoi ils nécessitent rarement un ajustement.

Nutrition

Cette section indique quelle **base de données de référence** Resthome interroge pour récupérer les valeurs nutritionnelles des ingrédients (calories, protéines, etc.).

Réglage	Ce qu'il fait	Valeur recommandée (MR/MRS)
Source des données nutritionnelles	Base de données de référence des valeurs nutritionnelles. CIQUAL (ANSES, France) : 3 484 aliments, déjà chargés. NUBEL (Belgique) : base belge, à importer.	**CIQUAL** (par défaut, déjà chargée)

> **CIQUAL suffit pour démarrer**
>
> La base **CIQUAL** est préchargée : vous pouvez construire vos menus et suivre la nutrition sans aucune préparation. Ne passez à **NUBEL** que si vous avez spécifiquement besoin des références belges — l'import doit alors être réalisé au préalable.

Menu public et kiosque

Ces réglages personnalisent l'apparence des pages **menu du jour**, **menu de la semaine** et **kiosque** (voir Portail familles et kiosque).

Réglage	Ce qu'il fait	Valeur recommandée (MR/MRS)
Couleur du menu public	Couleur principale des pages du menu et du kiosque.	Votre couleur de marque (par défaut `#0d6efd`)
Afficher le logo de la société	Affiche le logo de la société en haut des pages du menu public.	Activé
Rafraîchissement du kiosque (secondes)	Intervalle de rafraîchissement automatique de la page kiosque (`/menu/kiosk`) affichée dans la salle à manger.	600 s (10 min)

Valeurs propres à votre établissement

La **couleur** et le **logo** sont propres à votre établissement : utilisez votre identité visuelle. Le rafraîchissement du kiosque n'est utile que si un écran affiche la page `/menu/kiosk` en continu.

Notifications aux familles

Ce bloc active l'envoi automatique d'e-mails aux familles qui l'ont accepté : un **résumé hebdomadaire** des repas et une **alerte de faible apport**.

Réglage	Ce qu'il fait	Valeur recommandée (MR/MRS)
Notifications de repas aux familles	Envoie aux familles adhérentes un résumé hebdomadaire et une alerte de faible apport. Nécessite un serveur de messagerie sortant.	Activé **si** un serveur de messagerie sortant est configuré, sinon désactivé

Un serveur de messagerie sortant est nécessaire

Sans **serveur de messagerie sortant** configuré dans Odoo, activer l'option n'envoie rien. L'envoi dépend aussi d'une **adhésion par résident** : seules les familles qui l'ont acceptée reçoivent les e-mails. Configurez le serveur sortant, activez la notification globale, puis l'adhésion résident par résident.

Objectifs nutritionnels (ESPEN)

Ces coefficients, tirés des recommandations gériatriques **ESPEN**, servent à calculer l'"**objectif propre à chaque résident** (à partir de son poids et de son sexe) et à déclencher les **alertes de déficit**.

Réglage	Ce qu'il fait	Valeur recommandée (MR/MRS)
Énergie (kcal/kg/jour)	Objectif énergétique par kilo de poids corporel.	30
Énergie si insuffisance pondérale (kcal/kg/jour)	Objectif relevé pour un résident dénutri (IMC inférieur ou égal à 21) ; l'ESPEN suggère 32 à 38.	35
Protéines (g/kg/jour)	Objectif protéique par kilo de poids corporel (au moins 1 ; 1,2 à 1,5 en cas de maladie).	1
Liquides — femmes (ml/jour)	Objectif d'hydratation quotidien pour les femmes.	1600
Liquides — hommes (ml/jour)	Objectif d'hydratation quotidien pour les hommes.	2000
Alerte de déficit d'apport (% de couverture)	Seuil en dessous duquel une alerte est créée lorsque l'apport moyen sur 3 jours ne couvre pas suffisamment l'objectif énergétique ou protéique.	75

Un objectif calculé par résident

Ici, vous fixez les **coefficients** ; Resthome en déduit l'"**objectif individuel** de chaque résident à partir de son poids et de son sexe, puis compare l'"**apport** réel à ces objectifs. Le suivi de la couverture et le dépistage de la dénutrition sont décrits dans Menus, régimes et hydratation.

Pour aller plus loin

- Menus, régimes et hydratation
- Portail familles et kiosque
- Aperçu des repas
- Registres cliniques

Réglages Documents

L'onglet **Réglages > Documents** regroupe les réglages de l'application **Documents** d'Odoo. Dans la section **Centralisation des fichiers**, Resthome ajoute un bloc **Maison de repos** qui **classe automatiquement** les pièces jointes de vos résidents dans leur **dossier personnel**. Vous trouvez ces réglages dans **Réglages > Documents

> Centralisation des fichiers**.

Prérequis

Ces réglages n'apparaissent que si l'application **Documents** est installée. Le dossier racine des résidents est créé automatiquement — il n'y a rien à préparer avant d'activer la centralisation.

Centralisation des documents résident

Le bloc **Maison de repos** contrôle le classement automatique des documents. Une case à cocher active la centralisation ; une fois cochée, elle révèle le **dossier racine** et les **étiquettes par défaut**.

Réglage	Ce qu'il fait	Valeur recommandée (MR/MRS)
Maison de repos (centralisation)	Active le classement automatique : chaque pièce jointe ajoutée à la fiche d'un résident est classée dans son dossier personnel dans l'application Documents.	**Activé** (coché)
Dossier racine	Le dossier de l'application Documents sous lequel Resthome classe tous les dossiers résident.	Le dossier **« Résidents »** (créé automatiquement)
Étiquettes par défaut	Les étiquettes appliquées automatiquement aux documents centralisés, pour les retrouver et les filtrer.	**Facultatif** — laissez vide, ou choisissez 1 ou 2 étiquettes

Le dossier racine est créé pour vous

À la création de la société, Resthome crée automatiquement le dossier **« Résidents »** (avec un sous-dossier **« Formulaires vierges »** pour vos modèles). Le champ **Dossier racine** pointe déjà vers lui. Il n'y a normalement aucune raison de le changer ; ne le modifiez que si vous stockez délibérément les résidents ailleurs.

Un dossier par résident

Vous ne créez pas les dossiers à la main. Lorsqu'un résident est admis (ou lorsque sa fiche résident est activée), Resthome crée son **dossier personnel** sous le dossier racine, avec trois sous-dossiers prêts à l'emploi :

- **Documents médicaux**
- **Documents administratifs**
- **Documents de facturation**

Le dossier porte le **nom du résident** et est renommé automatiquement si le nom change. Le bouton **Documents** sur la fiche du résident ouvre directement ce dossier (le compteur inclut les fichiers des sous-dossiers).

Cloisonné par établissement

Dans une configuration multi-sociétés, **chaque société a son propre dossier racine « Résidents »**. Le réglage est **spécifique à chaque établissement** : activez la centralisation dans chacun d'eux si vous gérez plusieurs maisons.

Étiquettes par défaut (facultatif)

Les **étiquettes** servent à catégoriser et retrouver les documents. Resthome fournit déjà une liste d'étiquettes prêtes à l'emploi — par exemple **Katz**, **Fin de séjour**, **eAgreement**, **OA**, **Convention**, **Formulaire médical**, **Facturation**, **CPAS**, **RGPD**. Dans **Étiquettes par défaut**, vous choisissez celles qui seront appliquées **automatiquement** à chaque document centralisé.

> **Commencez léger**
>
> Laissez ce champ **vide** au début, ou mettez-y une seule étiquette générique. Vous pourrez toujours étiqueter chaque document plus précisément par la suite dans l'application Documents.

Désactiver la centralisation

Décocher le bloc **Maison de repos arrête** le classement automatique des futures pièces jointes. Les documents déjà classés dans les dossiers résident **restent en place** — rien n'est supprimé ni déplacé.

Pour aller plus loin

- Configuration
- Gérer un résident
- FAQ · Glossaire

Avant l'usage quotidien, quelques réglages de base structurent Resthome. Ils se font une fois, puis n'évoluent qu'à la marge.

Les réglages de l'application (Settings)

Le menu **Réglages** rassemble tous les paramètres, par onglet. Pour une maison de repos (MR/MRS), suivez ces guides — chacun détaille **chaque champ** et la **valeur conseillée** :

- Réglages généraux (résidents, chambres)
- Réglages de facturation (MR/MRS)
- Réglages eHealth et eFact
- Réglages des repas et de la nutrition
- Réglages des documents

Chambres et secteurs

- **Chambres** : créez vos chambres, avec leur **type** (MR, MRS, chambre simple ou double…) et leurs **équipements**.
- **Secteurs / unités** : regroupez les chambres par unité de vie.
- Une chambre peut être mise en **maintenance**, **réservée**, ou repassée en attribution **automatique** selon l'occupation.

Tarifs et forfaits

- **Tarifs INAMI** : les montants du **forfait** par **catégorie Katz** — la base du remboursement mutuelle.
- **Tarifs d'hébergement** : le prix de la chambre (part résident).
- **Types de suppléments** : le catalogue des prestations facturables (voir Les suppléments).
- **Règles de remise d'absence** et **codes AVIQ** : le paramétrage fin de la facturation.

Mutuelles et données de référence

- **Mutuelles (organismes assureurs)** : la liste utilisée pour l'assurabilité et l'eFact.
- **Établissement** : les informations de votre maison (identifiants, coordonnées) utilisées dans les documents et les envois eHealth.

Multi-société

Resthome gère **plusieurs sociétés** dans une même base : chaque société a ses résidents, ses chambres et sa facturation, cloisonnés. Utile pour un groupe qui exploite plusieurs établissements.

> **Le journal d'activité**
>
> Un **journal d'activité** trace les accès aux données sensibles (RGPD). Il est consultable depuis la configuration — utile pour la conformité.

Pour aller plus loin

- Premiers pas
- Gérer un résident

FAQ — Questions fréquentes

Cette page regroupe des réponses courtes aux questions les plus courantes. Chaque réponse renvoie vers la page de documentation qui la détaille.

Prise en main

Comment me connecter à Resthome ?

Ouvrez votre navigateur à l'adresse fournie par votre établissement, saisissez votre adresse e-mail et votre mot de passe, puis cliquez sur **Se connecter**. En cas d'oubli, utilisez le lien « Réinitialiser le mot de passe » ou demandez à votre administrateur. → Premiers pas

Quelles sont les applications de Resthome ?

Resthome est organisé en applications accessibles depuis le menu principal (l'icône en damier) : **MR/MRS** (résidents, séjours, facturation, Katz, eHealth), **Soins** (prescriptions, plans de soins, signes vitaux), **Repas** (menus, régimes, portail familles) et **Configuration** (chambres, tarifs, données de base). Selon votre rôle, vous ne voyez que les applications qui vous concernent. → Premiers pas

À quoi sert le tableau de bord ?

Le tableau de bord de l'application MR/MRS donne une vue d'ensemble : les tâches en attente (Katz à faire, MDA à vérifier, lots eFact…), des compteurs cliquables qui ouvrent directement la liste concernée, et les alertes importantes du mois. Cliquez sur un compteur (par ex. « Katz à faire ») pour ouvrir la liste des éléments à traiter. → Premiers pas

Où configure-t-on les chambres et les tarifs ?

Dans l'application **Configuration** : créez vos chambres avec leur type (MR, MRS, simple, double…) et équipements, définissez les **tarifs INAMI** (forfait par catégorie Katz) et les **tarifs d'hébergement**, puis les types de suppléments et les mutuelles. Resthome gère aussi **plusieurs sociétés** dans une même base, chacune avec ses résidents, ses chambres et sa facturation cloisonnés. → Configuration

---

Résidents & Katz

Comment créer un résident ?

Ouvrez **MR/MRS** → **Résidents**, cliquez sur **Nouveau**, renseignez au minimum le nom, la date de naissance, le genre et le **NISS** s'il est connu, sélectionnez la mutuelle, puis **Enregistrez**. Sans NISS, la vérification MDA et les accords eAgreement ne peuvent pas être envoyés, mais vous pouvez créer le résident et compléter le NISS plus tard. → Gérer un résident

Comment démarrer un séjour ?

Ouvrez une **convention de séjour** (chambre, type MR/MRS, date de début) — le séjour est alors en **Brouillon**. **Confirmez**-le (la chambre est réservée, complétez date/heure d'admission), puis cliquez **Start Stay (Démarrer)** : le séjour passe **En cours**. → Gérer un résident

Que déclenche automatiquement le démarrage d'un séjour ?

Au démarrage, Resthome ajoute le résident aux périodes de facturation ouvertes, crée (pour un résident facturé en avance) la première facture d'hébergement du mois d'admission, ouvre l'enveloppe de suppléments du mois et crée l'eAgreement d'admission (si le NISS est présent). → Gérer un résident

Comment calculer le Katz d'un résident ?

Depuis la fiche du résident, ouvrez **Katz**, cliquez **Nouveau** et cotez les 6 critères (se laver, s'habiller, transfert et déplacements, aller à la toilette, continence, manger) de **1** (autonome) à **4** (totalement dépendant), puis **Confirmez** et **Validez**. Resthome calcule la catégorie conformément à la réglementation et met à jour le forfait automatiquement. → L'évaluation Katz

Quelles sont les catégories Katz ?

O (autonome), **A** (dépendance légère), **B** (dépendance moyenne), **C** (forte dépendance) et **Cd / Cc** (forte dépendance avec désorientation / cas particuliers). Dans les tarifs AViQ, le **montant du forfait est le même pour toutes les catégories**, y compris O ; la catégorie sert à déclarer le bon profil à la mutuelle. → L'évaluation Katz

Que se passe-t-il tant qu'il n'y a pas de Katz validé ?

Tant qu'aucun Katz **validé** n'existe, le résident est en catégorie **O** par défaut, et un rappel « Katz à faire » apparaît sur le tableau de bord. Validez le Katz et envoyez la via une demande eAgreement Light pour déclarer la bonne catégorie à la mutuelle. → L'évaluation Katz

Comment enregistrer une aggravation Katz ?

Si l'état du résident se dégrade, saisissez une **nouvelle évaluation** avec un **motif d'aggravation**. Resthome prépare alors la mise à jour de l'accord de soins (**Annexe 10**) : le motif est repris automatiquement, et la signature du clinicien complète le document. → L'évaluation Katz

Comment changer un résident de chambre ou le transférer MR ↔ MRS ?

Sur le **séjour**, utilisez l'action **Changer de chambre** (ou **Transfert interne** pour un changement de type de soins), indiquez la nouvelle chambre/le nouveau type et la date/heure, puis **Validez**. Resthome scinde la facturation à la bonne date, au tarif correspondant ; ce n'est pas une nouvelle admission et l'intervention INAMI (le forfait) reste continue. → Changement de chambre et transfert

---

Assurabilité (MDA)

Qu'est-ce que le MDA et à quoi sert-il ?

Le **MDA** vérifie qu'un résident est **en ordre d'assurabilité** et identifie sa **mutuelle exacte** en interrogeant pour vous **MyCareNet / WalCareNet** pour une période donnée. C'est le préalable indispensable à l'envoi eFact. → Assurabilité (MDA)

Comment vérifier l'assurabilité MDA d'un résident ?

Créez une **requête MDA** (menu **eHealth** → **Assurabilité** → **Requêtes MDA**) avec le résident, le NISS pré-rempli et la période (mois courant par défaut), puis cliquez

Envoyer (Sync) : l'envoi est immédiat et la réponse revient tout de suite. Consultez ensuite le résumé et les périodes d'assurabilité. → Assurabilité (MDA)

Comment vérifier plusieurs résidents à la fois ?

Lancez le contrôle **par lot** : sélectionnez les résidents (vous pouvez **coller une colonne** de noms/NISS), la période, puis envoyez tout le lot. Utilisez **Envoi immédiat (Sync)** pour de petits volumes, ou **Envoi groupé (Async)** pour les gros lots mensuels — la réponse se récupère ensuite avec **Vérifier les réponses** (nécessite au moins 2 résidents). → Assurabilité (MDA)

Quand faut-il faire le MDA ?

Faites le MDA **en début de mois**, avant de générer les factures : vous évitez ainsi les rejets eFact ultérieurs dus à une mutuelle erronée ou à une perte d'assurabilité. → Assurabilité (MDA)

Que veut dire « assuré mais pas en ordre » ?

Si les codes bénéficiaire reviennent à zéro (assuré mais cotisations impayées / dossier à problème), Resthome affiche une **alerte** : le résident est affilié mais **pas en ordre**. C'est à clarifier avec lui ou sa mutuelle avant de facturer à l'OA. → Assurabilité (MDA)

Que met à jour Resthome après un MDA réussi ?

La fiche résident est corrigée automatiquement : la **mutuelle (OA)** si elle diffère du profil, le **statut BIM**, le **numéro d'affiliation**, l'"**identité** si des champs manquaient, et la **date de décès** si l'OA la signale. Pour les résidents sous régime particulier (INIG, CEE, Fedasil, étranger, privé…), Resthome **n'écrase pas** la mutuelle du profil. → Assurabilité (MDA)

Que faire en cas d'erreur ou d'absence de réponse MDA ?

Pour une réponse « Sans réponse » de la plateforme, utilisez **Réessayer les sans-réponse** ; si cela persiste, **Signaler à l'intermut.** Pour un rejet de l'OA, utilisez **Contacter l'OA** (le motif est affiché) ; pour une erreur technique, **Signaler à l'intermut.** → Assurabilité (MDA)

Qu'est-ce que la réintégration (perte puis retour d'assurabilité) ?

Resthome compare avec le contrôle précédent : si un résident passe de **non assuré à assuré**, une notification apparaît et l'action **Réintégration** bascule vers l'OA les lignes

qui avaient été facturées au résident. À l'inverse (**assuré → non assuré**), son forfait est exclu de la facturation OA de la période et facturé au résident jusqu'au rétablissement. → Assurabilité (MDA)

Accords (eAgreement)

Qu'est-ce que l'eAgreement ?

Quand un résident entre, s'absente, revient ou quitte l'établissement, la mutuelle doit en être informée par voie électronique. Resthome **prépare automatiquement** la notification eHealth correspondant à votre action ; la plupart du temps, vous n'avez rien à saisir en plus — juste à vérifier et, si besoin, à envoyer. → Accords (eAgreement)

Quelle est la différence entre eAgreement et eAgreement Light ?

L'"**eAgreement** est l'accord de prise en charge des soins (lié à la catégorie Katz et au forfait). L'"**eAgreement Light** regroupe les notifications plus simples liées aux **mouvements** du résident (admission, absence, départ, retour) — ce sont elles que Resthome génère tout seul au fil de vos actions. → Accords (eAgreement)

Quel document est préparé selon l'action ?

Démarrer un séjour → **Accord d'admission (Annexe 7)** ; enregistrer une absence / hospitalisation → **notification de sortie (Annexe 11)** ; retour du résident → **réadmission (Annexe 7)** ; aggravation Katz validée → **mise à jour de l'accord de soins (Annexe 10)** ; fin de séjour / décès → **notification de sortie (Annexe 11)**. → Accords (eAgreement)

Quels sont les statuts d'un accord, et que faire en cas de rejet ?

Un accord passe par **Brouillon** (préparé, pas envoyé), **Envoyé**, **Accepté** et **Rejeté** (avec un motif). En cas de rejet, Resthome affiche le **motif en clair, en français et en néerlandais**, directement sur l'accord — vous savez ainsi quoi corriger (souvent NISS, mutuelle ou dates) avant de renvoyer. → Accords (eAgreement)

Peut-on enregistrer un mouvement sans NISS ?

Sans NISS, l'accord ne peut pas être transmis. Vous pouvez tout de même enregistrer le mouvement (admission, absence…) : Resthome le note et vous invite à compléter le NISS dès que possible. → Accords (eAgreement)

Facturation électronique (eFact)

Qu'est-ce que l'eFact ?

L'"**eFact** est l'envoi **électronique** de la **part mutuelle** (le forfait INAMI) aux **organismes assureurs (OA)** via le réseau eHealth / MyCareNet. Resthome constitue les fichiers, les transmet et **suit les réponses** — accusés de réception, décomptes, acceptations et rejets. → Facturation électronique (eFact)

Quels sont les états d'une période de facturation ?

Une période passe par quatre états, dans l'ordre : **Draft** (créée, rien calculé), **Generated** (forfaits et parts calculés, à contrôler), **Invoiced** (factures comptabilisées, l'eFact peut être constitué et envoyé) et **Closed** (terminée et verrouillée). → Facturation électronique (eFact)

Comment générer une période eFact ?

Ouvrez la période du mois en état **Draft** et cliquez **Générer** ; dans l'assistant, laissez **Residents** vide pour tous les résidents actifs et cliquez **Charger MDA**, puis **Generate**. La période passe en **Generated** : Resthome a calculé, pour chaque résident, le forfait Katz, la part INAMI et la part résident. → Facturation électronique (eFact)

Comment contrôler une période avant de facturer ?

En haut de la période, des compteurs donnent l'état de santé du mois (**Suppléments**, **Absences**, **Non facturés**, **MDA**, **Katz à faire**) et Resthome signale les anomalies dans le fil de discussion à droite. Traitez chaque point (bouton **Terminé** une fois réglé) avant de facturer, et lancez **Vérifier MDA** pour contrôler l'assurabilité. → Facturation électronique (eFact)

Comment générer les lots eFact ?

Une fois les factures comptabilisées (période **Invoiced**), cliquez **Générer eFact** : Resthome constitue les **lots** — un fichier électronique par organisme assureur — puis affiche la liste **Lots eFact** (OA, référence, mois, date limite, statut, montants facturé/accepté/refusé, et code + motif en cas de refus). → Facturation électronique (eFact)

Qu'est-ce qu'un lot par union ?

Les envois sont regroupés **par union** (les grandes familles d'OA), pas par petite mutualité individuelle : **100** (Alliance nationale), **300** (Solidaris), **500** (Union nationale), **600** (CAAMI), **900** (HR Rail)… Resthome s'occupe du regroupement. → Facturation électronique (eFact)

Comment envoyer une période eFact et suivre les réponses ?

Ouvrez **eHealth** → **eFact** → **Cockpit** (ou les lots) et cliquez **Tout envoyer** (ou lot par lot) ; les envois partent vers les mutuelles via eHealth. Cliquez ensuite **Récupérer les réponses** : chaque lot passe **Envoyé** → **Accusé reçu** → **Accepté / Rejeté**, Resthome rapprochant automatiquement les montants acceptés/refusés. → Facturer un mois, pas à pas · Facturation électronique (eFact)

Je reçois un accusé de réception (931000) après l'envoi, dois-je attendre ?

Oui. Le **931000** confirme seulement que l'organisme assureur a **reçu** le lot et passé le premier contrôle — ce n'est pas le résultat final. Vous n'avez **rien à renvoyer** : attendez le **décompte (920900)**, qui indique ce qui est accepté et payé (quelques jours). Entre-temps peuvent arriver un **920098** (avertissements, accepté malgré tout) ou un **920099** (rejet global, à corriger et renvoyer). → Facturation électronique (eFact) · Rejets eFact

Pourquoi une facture eFact est-elle rejetée, et comment corriger ?

Si un lot (ou une partie) est **rejeté**, le **code** et le **motif de rejet** vous disent pourquoi (assurabilité, forfait, dates…). Corrigez la cause, puis **renvoyez** : le compteur **Renvois** garde la trace des retransmissions pour éviter les doublons, et le bouton **Réintégration** permet le cas échéant de réintégrer des lignes dans un nouvel envoi. → Facturation électronique (eFact)

Que signifie « échéance dépassée » sur une carte de période ?

La **date limite d'envoi** de cette période est **dépassée**. Envoyez sans tarder — au-delà, certains organismes assureurs peuvent refuser le lot. → Facturation électronique (eFact)

Facturation & suppléments

Comment facturer un mois de A à Z ?

Ouvrez la période (**MR/MRS → Facturation → Périodes de facturation**), **Vérifiez le MDA**, cliquez **Générer**, **Créer les factures** puis **Comptabilisez** la part résident, ensuite **Générer l'eFact** et envoyez la part mutuelle aux OA, enfin **Récupérez les réponses**. Resthome mène en parallèle la part résident (factures classiques) et la part mutuelle (eFact) sur une même période. → Facturer un mois, pas à pas

Qu'est-ce que la facturation anticipative ?

Pour les résidents facturés en avance, l'"**hébergement** d'un mois est facturé **le mois précédent**, tandis que le **forfait** et les **suppléments** sont facturés sur le mois de prestation. → Facturation

À quoi sert le bouton « Actualiser » ?

Sur une période, l'action **Actualiser** recalcule tout en un clic (lignes de facturation, suppléments, factures brouillon). Les résidents dont la facture est déjà comptabilisée sont laissés intacts ; comme ajouter un supplément ou une absence se synchronise automatiquement, il n'est en général pas nécessaire de cliquer « Actualiser ». → Facturation

Comment ajouter un supplément ?

Ouvrez l'"**enveloppe de suppléments** du résident (depuis sa fiche ou la période), ajoutez une ligne (produit/prestation, quantité, prix), indiquez s'il est **ponctuel** (une fois) ou **récurrent** (chaque mois), puis **Enregistrez**. L'ajout, la modification ou le retrait met à jour automatiquement la facture du résident concerné — pas besoin de cliquer « Actualiser ». → Les suppléments

Comment répartir la part résident entre plusieurs débiteurs ?

Sur la fiche du résident (ou sa période), ouvrez l'onglet de **répartition**, ajoutez les débiteurs et leur **pourcentage** (le total doit faire 100 %), puis **Enregistrez**. À chaque facture mensuelle, Resthome découpe la part résident selon cette clé ; seule la part résident est répartie, pas le forfait INAMI (qui part vers la mutuelle via l'eFact). → Débiteurs alimentaires (facturation partagée)

Que se passe-t-il quand une facture est déjà comptabilisée ?

Une fois **comptabilisée**, la facture d'un résident est **verrouillée** pour ce mois (protection contre la double facturation). Pour la corriger, remettez-la en **brouillon** ou faites une **note de crédit**, puis **Actualisez** ; les autres résidents ne sont pas touchés. → Facturer un mois, pas à pas

Absences & hospitalisations

Comment enregistrer une absence ou une hospitalisation ?

Ouvrez la période de facturation du mois (ou la fiche du résident) et ajoutez une **absence** en indiquant le résident, le **type** (hospitalisation, vacances…), la **date/heure de départ** et la **date/heure de retour** (ou laissez le retour vide tant qu'il n'est pas revenu), puis **Enregistrez**. Ajouter, modifier ou supprimer une absence synchronise automatiquement la facturation du résident concerné. → Absences et hospitalisations

Quel est l'effet d'une absence sur le forfait ?

Le **forfait INAMI** est calculé sur les **jours de présence** ; une absence **réduit** ce forfait pour les jours concernés. Le décompte suit la **« règle de midi »** (heure de Bruxelles) : c'est la présence à midi qui détermine si la journée compte, d'où l'importance des dates et heures de départ et de retour. → Absences et hospitalisations

Quelles absences doivent être signalées à la mutuelle ?

Une absence de **plus de 72 h**, ou **toute hospitalisation**, prépare une **Annexe 11** (notification de sortie), et le **retour** prépare une **Annexe 7** (réadmission). Resthome crée ces notifications au moment où vous enregistrez l'absence et le retour ; vous n'avez qu'à les vérifier et les envoyer. → Absences et hospitalisations

Comment annuler une absence saisie par erreur ?

Supprimez-la ou remettez-la en brouillon : Resthome **fait machine arrière proprement** — le forfait est recalculé comme si l'absence n'avait pas eu lieu, et les notifications préparées sont retirées tant qu'elles n'ont pas été validées côté mutuelle. Si le mois est déjà comptabilisé, repassez d'abord la facture en brouillon (ou créez une note de crédit) puis actualisez. → Absences et hospitalisations

---

Départ & décès

Que se passe-t-il au départ ou au décès d'un résident ?

Il suffit de **clôturer son séjour** : ouvrez la fiche → le séjour, indiquez la **date de sortie** (et l'heure) avec le **motif** (départ, décès, transfert…), puis **Validez**. Resthome arrête la

facturation à la bonne date, prépare la régularisation de ce qui a été facturé d'avance et signale la sortie à la mutuelle. → Départ et décès

Pourquoi une note de crédit est-elle créée au départ ?

Comme l'hébergement est facturé **un mois à l'avance**, si le résident part en cours de mois déjà facturé, Resthome prépare **automatiquement une note de crédit** pour rembourser la période non occupée (vous êtes notifié de sa création). Le forfait INAMI et les suppléments, eux, sont facturés sur le mois presté. → Départ et décès

Peut-on rouvrir un séjour clôturé par erreur ?

Oui. Si vous avez clôturé un séjour à tort (ou en cas de décès enregistré par erreur), vous pouvez le **rouvrir** : Resthome rétablit la facturation et annule les régularisations tant qu'elles ne sont pas définitives. Si le mois est déjà comptabilisé, la correction passe d'abord par une remise en brouillon ou une note de crédit, puis une actualisation. → Départ et décès

Glossaire

Les termes et sigles utilisés dans Resthome et dans la facturation des maisons de repos belges, expliqués simplement. Chaque entrée renvoie, quand c'est utile, vers la page qui la détaille.

Annexe 7

Document eHealth d"**accord d'admission** (prise en charge) transmis à la mutuelle au démarrage d'un séjour ou lors d'une **réadmission** après une absence. Voir : Accords (eAgreement)

Annexe 10

Document de **mise à jour de l'accord de soins**, préparé lors d'une **aggravation Katz** validée (le motif d'aggravation y est repris, la signature du clinicien le complète). Voir : L'évaluation Katz

Annexe 11

Notification de sortie transmise à la mutuelle lors d'une absence de plus de 72 h, d'une hospitalisation, ou d'une fin de séjour / d'un décès. Voir : Absences et hospitalisations

BIM (statut)

Bénéficiaire de l'intervention majorée : statut social donnant droit à un meilleur remboursement. Le MDA le remonte automatiquement sur la fiche du résident. Voir : Assurabilité (MDA)

Cockpit eFact

Vue de **pilotage** de la facturation électronique : l'état de tous les lots et envois d'un coup d'œil (transmis, acceptés, rejetés, en attente). Voir : Facturation électronique (eFact)

eAgreement

Accord de prise en charge des soins (lié à la catégorie Katz et au forfait), échangé électroniquement avec la mutuelle via eHealth. Voir : Accords (eAgreement)

eAgreement Light

Les **notifications simples** liées aux **mouvements** du résident (admission, absence, départ, retour), que Resthome génère automatiquement au fil de vos actions. Voir : Accords (eAgreement)

eFact

Envoi **électronique** de la **part mutuelle** (le forfait INAMI) aux organismes assureurs via le réseau eHealth / MyCareNet, avec suivi des accusés, décomptes, acceptations et rejets. Voir : Facturation électronique (eFact)

eHealth

Plateforme belge d'**échanges électroniques sécurisés** dans les soins de santé. Resthome l'utilise pour le MDA, l'eAgreement et l'eFact (via MyCareNet / WalCareNet).

Enveloppe de suppléments

Le **regroupement mensuel des suppléments** d'un résident (produits et prestations hors forfait). Toute modification met à jour automatiquement sa facture. Voir : Les suppléments

Facturation anticipative

Mode de facturation où l'**hébergement** d'un mois est facturé **le mois précédent**, tandis que le **forfait INAMI** et les **suppléments** sont facturés sur le mois de prestation. Voir : Vue d'ensemble de la facturation

Forfait INAMI

Montant **journalier** pris en charge par la mutuelle pour les soins, déterminé par la **catégorie Katz** du résident et calculé sur ses **jours de présence**. Voir : L'évaluation Katz

INAMI

Institut national d'assurance maladie-invalidité (en néerlandais : RIZIV). L'organisme fédéral qui fixe les règles et les forfaits de l'assurance soins de santé.

Katz (échelle de)

Échelle mesurant le **degré de dépendance** d'un résident sur 6 critères (se laver, s'habiller, transfert et déplacements, aller à la toilette, continence, manger), cotés de 1 à 4. Elle détermine la **catégorie** (**O**, **A**, **B**, **C**, **Cd / Cc**) et donc le forfait. Voir : L'évaluation Katz

Lot eFact

Un **fichier électronique** regroupant les forfaits d'un envoi eFact. Resthome constitue **un lot par union** de mutualités. Voir : Facturation électronique (eFact)

MDA (assurabilité)

Member Data — la **vérification de l'assurabilité** d'un résident et de sa **mutuelle exacte** auprès de MyCareNet / WalCareNet pour une période donnée. Préalable indispensable à l'eFact. Voir : Assurabilité (MDA)

MR / MRS

Maison de repos (MR) et **maison de repos et de soins** (MRS) — les deux types d'établissement d'hébergement pour personnes âgées, avec des niveaux de soins et des forfaits distincts. En néerlandais : ROB / RVT (regroupés sous le terme *woonzorgcentrum*).

MyCareNet / WalCareNet

Les **guichets électroniques** des mutualités (via eHealth) que Resthome interroge pour le MDA, l'eAgreement et l'eFact. WalCareNet est le pendant wallon.

NISS

Numéro d'identification à la Sécurité sociale (le numéro de registre national). Indispensable pour envoyer le MDA et les accords eAgreement d'un résident. Voir : Gérer un résident

Note de crédit

Document qui **annule ou rembourse** tout ou partie d'une facture. Resthome en prépare une automatiquement, par exemple lors d'un départ en cours de mois déjà facturé (hébergement facturé d'avance). Voir : Départ et décès

Organisme assureur (OA)

La **mutualité** du résident, destinataire de la part INAMI via l'eFact. Les OA sont regroupés en grandes **unions**. Voir : Assurabilité (MDA)

Période de facturation

Le **mois de facturation** dans Resthome, qui passe par quatre états : **Draft** (brouillon), **Generated** (calculée), **Invoiced** (facturée) et **Closed** (clôturée). Voir : Facturer un mois, pas à pas

Réintégration

Bascule des lignes **du résident vers la mutuelle** (ou l'inverse) quand l'assurabilité change entre deux contrôles MDA (perte puis retour d'assurabilité, par exemple). Voir : Assurabilité (MDA)

Règle de midi

Convention de décompte des journées : c'est la **présence à midi** (heure de Bruxelles) qui détermine si une journée compte pour le forfait, d'où l'importance des dates et heures de départ et de retour. Voir : Absences et hospitalisations

Tiers payant

Mécanisme où la **mutuelle paie directement** sa part à l'établissement (via l'eFact), le résident ne réglant que sa propre part. En néerlandais : *derdebetaler*.

Union de mutualités

Les grandes **familles d'organismes assureurs** utilisées pour regrouper les envois eFact : **100** (Alliance nationale), **300** (Solidaris), **500** (Union nationale), **600** (CAAMI), **900** (HR Rail)… Voir : Facturation électronique (eFact)

Pour aller plus loin

- FAQ — Questions fréquentes

- Le parcours de facturation
- Vue d'ensemble de la facturation

Support et assistance

Un souci, une question sur Resthome ? Voici comment obtenir de l'aide, du plus rapide au plus direct.

1. Cherchez d'abord dans la documentation

La plupart des réponses sont déjà ici :

- La **recherche** en haut de page (icône loupe) : tapez un mot-clé, un **code** (par ex. « 931 », « MDA »), ou un message d'erreur.
- La FAQ et le Glossaire.
- Les guides par thème : facturation, eFact, assurabilité (MDA), accords (eAgreement).

Les pages de dépannage règlent la majorité des cas courants : Rejets eFact, Erreurs MDA, Accord refusé.

2. Ouvrir un ticket au support LPLG

Si la documentation ne suffit pas, contactez notre équipe :

- **E-mail : support@lplg.eu** — chaque message ouvre automatiquement un **ticket** de suivi.
- Le bouton **Support** en bas à droite de chaque page vous amène ici.

Pour une réponse rapide, précisez

- Le **nom de votre établissement**.
- Ce que vous faisiez et l'**écran** concerné — une **capture d'écran** aide beaucoup.
- Le **message d'erreur** exact ou le **code** (eFact, MDA, eAgreement…).
- La **période** de facturation ou le **résident** concerné (référence interne).

Données sensibles (RGPD)

Évitez d'envoyer un **NISS** ou des données médicales complètes par e-mail sauf nécessité. Une **capture d'écran anonymisée** suffit le plus souvent — masquez le nom et le numéro national.

Pour aller plus loin

- FAQ · Glossaire
- Premiers pas
- Rejets eFact · Erreurs MDA