

FICHE ÉTABLISSEMENT POUR LA MISE EN PLACE DE LA TÉLÉTRANSMISSION

Informations administratives	Nom de l'établissement : _____ N° de finess Géographique(s) : _____ Juridique : _____
Périmètre de démarrage des échanges EDI	<input type="checkbox"/> SP santé <input type="checkbox"/> iSanté <input type="checkbox"/> Autre : _____
Outil de facturation	Logiciel : _____ Version : _____ Éditeur : _____ Type de flux de factures EDI produits : <input type="checkbox"/> 615M EH <input type="checkbox"/> DRE CP <input type="checkbox"/> B2 CP <input type="checkbox"/> Autre Possibilité de démarrage distinct des EDI soins externes des séjours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Soins Externes <input type="checkbox"/> Frais de Séjour <input type="checkbox"/> Non
Diffuseur	<input type="checkbox"/> ENOVACOM (opérationnel) <input type="checkbox"/> MIPIH (opérationnel) <input type="checkbox"/> Autre : _____ Nom du contact administratif : _____ N° Téléphone contact : _____

◆ CONTACTS ÉTABLISSEMENTS

Demande initiale formulée par : _____	Date de la demande : _____
Fonction : _____	
Date souhaitée de démarrage en EDI : _____	N° Téléphone contact : _____
Nom du contact administratif : _____	E-mail : _____
Fonction : _____	
Nom du contact technique : _____	N° Téléphone contact : _____
Fonction : _____	E-mail : _____

Veuillez renvoyer le formulaire à :
Contact-EDI@cegedim.fr