

	Fiche de consigne alмерыs	Version	V10
		Date	27/06/2016

Référence de la fiche	FCO-656	Date d'émission	18/01/2017
Etablie par	Laurence ANGLADE	Responsable de la communication	<input checked="" type="checkbox"/> Service Qualité (pour ateliers internes) <input checked="" type="checkbox"/> Service Pilotage (pour ateliers externes)
Date interne d'approbation		Signature Service Formation	
Date interne de validation	26/01/2017	Signature Service Qualité	MJOHANNY
Destinataires de la communication pour information	<input checked="" type="checkbox"/> Opérateurs de saisie <input checked="" type="checkbox"/> Opérateurs de Tri courrier <input checked="" type="checkbox"/> CALL CENTER <input checked="" type="checkbox"/> Services Prestations de Santé <input type="checkbox"/> Service Courrier <input type="checkbox"/> Service Fraude <input type="checkbox"/> Support niveau 2 <input checked="" type="checkbox"/> Service Garanties <input type="checkbox"/> Bureau d'études		
Destinataires de la communication pour application	<input checked="" type="checkbox"/> Opérateurs de saisie <input type="checkbox"/> Opérateurs de Tri courrier <input checked="" type="checkbox"/> CALL CENTER <input checked="" type="checkbox"/> Services Prestations de Santé <input type="checkbox"/> Service Courrier <input type="checkbox"/> Service Fraude		

Domaine	<input checked="" type="checkbox"/> ALMERYS <input type="checkbox"/> CBTP <input type="checkbox"/> SANTECLAIR <input type="checkbox"/> Itelis <input type="checkbox"/> CRA <input type="checkbox"/> Terciane
Spécialité	<input type="checkbox"/> Optique <input type="checkbox"/> Dentaire <input type="checkbox"/> Audio <input checked="" type="checkbox"/> Hospi <input checked="" type="checkbox"/> Soins Externes <input type="checkbox"/> Tiers <input type="checkbox"/> Conventionnement <input type="checkbox"/> Saisie de RIB <input type="checkbox"/> Validation dossiers
Nature du traitement concerné	Traitement des factures hospi et soins externes
Objet de la consigne	Saisie des actes SE1, SE2, SE3 et SE4

Procédure concernée	GSSTT002 - Guide de saisie SSTT de factures Soins Externes GSSTT003 - Guide de saisie SSTT Facture Hospitalisation
Version de la procédure	Guides en vigueur
Référence de la fiche précédente	FCO 589
Rappel de la consigne précédente	<p>Si une facture comportant les actes forfaitaires SE1, SE2, SE3, SE4 est reçue en traitement Hospitalisation, faire une interruption « incohérence document tâche »</p> <p>Les factures comportant les actes SE1 SE2 SE3 et SE4 doivent toujours être saisies avec le mode de traitement 07 (même si le MT n'est pas indiqué sur la facture, où s'il est différent).</p> <p>Les actes SE1, SE2, SE3, SE4 doivent être facturés selon le taux du RO de l'assuré, et peuvent être liés à d'autres actes, mais ce n'est pas une obligation.</p> <p>De ce fait, sur la facture, il peut y avoir, en plus d'un acte SE1, SE2, SE3</p>

	Fiche de consigne alмерыs	Version	V10
		Date	27/06/2016

	<p>ou SE4, des actes avec un taux RC à 80/20 et d'autres actes à 70/30 ou 60/40...</p> <p>A la saisie sous Valerys, si lors de la valorisation vous avez le message « aucune garantie n'a été trouvée » sur la ligne comportant l'acte SE1, SE2, SE3 ou SE4, il convient d'interrompre le traitement pour le motif « erreur contenu facture » avec le commentaire « acte SE1 (ou SE2 SE3 SE4) non géré en MT07 »</p>
Date de fin de la consigne précédente	Dés validation de cette fiche

Nouvelle consigne	<p>Les factures ou titres comportant les actes forfaitaires SE1, SE2, SE3, SE4 doivent être qualifiées en factures hospitalisation.</p> <p>Les factures comportant les actes SE1 SE2 SE3 et SE4 doivent être saisies sans suite à pec, avec le mode de traitement 07.</p> <p>Cependant, si les actes SE1 SE2 SE3 et SE4 sont accompagnés d'actes soumis à pec (comme de la CPC ou du dépassement d'honoraires) alors il convient d'effectuer la saisie suite pec avec un mode de traitement 04</p> <p>Si une facture comportant les actes forfaitaires SE1, SE2, SE3, SE4 est reçue en traitement Soins externes, il convient de faire une interruption « incohérence document tâche » seulement et seulement si la facture contient également des actes soumis à pec. Si elle ne contient pas d'acte soumis à pec, le traitement peut être poursuivi en soins externes.</p> <p>Attention l'acte SE4 n'est pas paramétré pour notre client Generali, vous devez ainsi le saisir en le remplacement par l'acte SE3.</p> <p>Et pour information, les tarifs :</p> <p>SE1 75,77€ : FORFAIT ENDOSCOPIE SE2 60,61€ : FORFAIT OPERATION/ FORFAIT PETITE CHIRURGIE SE3 40,41€ : FORFAIT OBSERVATION /DERMATO SE4 20,20€ : FORFAIT SAIGNEE/FORFAIT OPERATOIRE Les prix ne sont pas fixes et peuvent être modifiés à la saisie</p>
-------------------	--

	<h1>Fiche de consigne alмерыs</h1>	Version	V10
		Date	27/06/2016

Exemple 1

L'acte SE1 sur le document ci-dessous est en MT04, cependant il n'y a pas d'autres actes facturés soumis à PEC, il convient de ne pas tenir compte du MT indiqué et de bien saisir la totalité de la facture en MT 07 et sans suite à pec.

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS BORDEREAU DE FACTURATION DESTINÉ À L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE																		
Identification de l'organisme complémentaire										Identification de l'établissement								
ALMERYS										N° FINESS 790009948 84 ROUTE D'AFFRES 79000 NIORT								
Code 2164										Adresse 46 RUE DU RESSORT 63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 9 Téléphone : 0825 826 214 Fax : 0825 826 196								
Centre CCP ou banque 11706										N° d'entrée 16004710 N° PEC AMC								
Domiciliation bancaire de l'établissement CRCA PI Centre CCP ou banque 11706 Guichet 00031 Compte 02292603001 Clé 19										Références à rappeler Clé facture C N° de loi 393 N° facture 87284 N° d'entrée 16004710 N° PEC AMC								
Le bénéficiaire des soins Nom de naissance et prénom(s) FERRON Jean Claude N° d'immatriculation et clé 1420779295004 15 Code organisme de rattachement 03041100 N° centre gestionnaire 1100 Entrée le 03/02/2016										L'assuré(e) titulaire du contrat AMC Nom de naissance et prénom(s) FERRON Jean Claude N° d'immatriculation et clé 1420779295004 15 Adresse 15 CHEMIN DES MECHINOTS LES TOUCHES 79370 THORIGNY N° contrat/adhérent(e) - / 14207792								
Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins Maladie <input checked="" type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Accident causé par un tiers <input type="checkbox"/> AT/MP <input type="checkbox"/> Exonération forfait journalier <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, date Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>																		
Frais de structure et de soins																		
Trimestre	Mois de l'acte	Mois de la facture	DAF	Doc	Prestations	De	Au	Période	Prix unitaire	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)			
	04	04			SE1	03/02/2016	03/02/2016		73.93	1	73.93	73.93	80	58.14	14.79			
Sous-total 1											73.93	73.93	58.14	14.79				
Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																		
Trimestre	Mois de l'acte	Mois de la facture	DAF	Doc	N° Identification de l'acte	N° Identification de l'acte	Date des actes	Date de la prescription	Code remboursement ou lettre de	Localisation	Prix unitaire	Éléments de tarification		Honoraires facturés	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
												Modif. calcul	Code rem. accept.					
1					791804305	791804305	03/02/2016	03/02/2016	ATM		56.00	1.00	4	56.00	56.00	80	44.80	11.20
2					791804305	791804305	03/02/2016	03/02/2016	ATM		36.40	1.00	4	36.40	36.40	80	29.12	7.28
					791804305	791804305	03/02/2016	03/02/2016	ATM		96.00	1.00	4	96.00	96.00	80	76.80	19.20
Sous-total 2											188.40	188.40	155.72	32.68				

Exemple

Saisie de la facture sans suite à pec :

✓ CE destinataire paiement N° FINESS/AM : 790009948		✓ Bénéficiaire(s) FERRON JEAN-CLAUDE 1420779295004 Droits : 31/12/2007 - 31/12/9999	
✓ Informations de l'entête Montant dépense : Montant RC global : 52.47 €			
^ Saisie des titres de prestation			
* = Au moins un champ est obligatoire.			
Spécialité *	Début *	Fin *	Acte *
ET - Cliniques	03/02/16	03/02/16	SE1
Acc. RO *	MT *	DMT	Réalisateur
Oui	07 - Consultations, soins		CAS *
			Non
Ajouter Ajouter et Garder la saisie			

	<h1>Fiche de consigne almerys</h1>	Version	V10
		Date	27/06/2016

Exemple 2

L'acte SE2 sur le document ci-dessous est en MT04, cependant un acte CPC est facturé et celui-ci est soumis à PEC, **il convient donc de saisir une pec en MT04 et de poursuivre le traitement de la facture suite à pec.**

ETABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS BORDEREAU DE FACTURATION DESTINÉ A L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE															
Identification de l'organisme complémentaire		Code		Adresse 46 RUE DU RESSORT					Feuille		1		Date de la facture AMC 18/11/2016		
ALMERYS				63967 CLERMONT FERRAND											
Identification de l'établissement		N° FINESS 940300551		Code		Catégorie		Coefficient MCO		Références à rappeler		Signature			
CLINIQUE DES NORIETS				365						CIS facture C		de l'assuré(e)			
12 RUE DES NORIETS										N° de lot		Absence de signature			
94408 VITRY SUR SEINE										N° facture 26032					
Complémentaire bancaire de l'établissement		Guichet		Compte		CIS		N° PEC AMC		N° d'entrée 160003252					
Centre CCP ou banque															
Le bénéficiaire des soins															
Nom de naissance et prénoms(s) DORIAN JACQUELINE															
feuille s'il y a lieu du nom d'usage) épouse BARET															
N° d'immatriculation et clé 2290375118086 54															
Code organisme de rattachement 01 941		Date et rang de naissance 19/03/1929 1													
N° centre gestionnaire 0351		Date début hospitalisation 15/11/2016													
Entrée le 15/11/2016		Sortie le 15/11/2016													
Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins															
Maladie X		Accident causé par un tiers		Non		Oui		Si oui, date							
Maternité		AT/MP		Non		Oui		Régime Alsace Moselle							
Exonération forfait journalier				Non		Oui									
Frais de structure et de soins															
Tr	MT	DMT	DCS	Prestations	Période	Prix unit.	Qté	Coef.	N° facture	Taux de rct	Régime obligatoire	MT AMC	Reste à charge		
04	958			SE2	15/11/16	62,77	1	1	62,77	62,77	80	50,22	12,55		
04	958			FADA	15/11/16	15,00	1	1	15,00						
04	958			CPC	15/11/16	40,00	1	1	40,00				40,00	15,00	
Sous-total 1									117,77	62,77		50,22	52,55	15,00	
Produits de la TPS facturable et spécialités pharmaceutiques															
Tr	MT	DMT	DCS	Prestations	N° identifiant du prescripteur	Date d'implantation	Prix unit.	Qté	N° facture	Taux de rct	Régime obligatoire	MT AMC	Reste à charge		
Sous-total 2															

Saisie de la facture suite à pec :

Saisie des titres de prestation															* = Au moins un champ est obligatoire.	
Spécialité *	Début *	Fin *	Acte *	Major.	Dép.(€) *	Qté *	Coef. *	PU(€)	Tx RO (%)	RC(%)	A.M.(%)	Aut RB(€)	Déjà rbs.(€)			
ET - Cliniques & hopitaux	15/11/16	15/11/16	SE2		62,77	1	1	62,77	80	0	0	0	0			
Acc. RO *	MT *	DMT *	FJ déduits	FJ inclus	Réalisateur	CAS *										
Oui	04 - Hospitalisation de jour	958 - Sécurité et environ				Non										
Ajouter		Ajouter et Garder la saisie														

La saisie doit s'effectuer en MT04 suite à pec dès lors qu'un acte soumis à pec ou des dépassements d'honoraires sont également facturés.

	Fiche de consigne alмерыs	Version	V10
		Date	27/06/2016

Exemple 3

Facture avec plusieurs taux : l'acte forfaitaire SE1, SE2, SE3 ou SE4 facturé à 80/20 peut être lié à un autre acte avec un taux différent.

AVIS DES SOMMES A PAYER

Titre exécutoire en application de l'article L 252 A du livre des procédures fiscales, pris, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles R 2342-4, R 3342-8-1 et R 4341-4 du code général des collectivités territoriales

C H SUD FRANCILIEN		910002773		N° de Titre		0036125	
Centre hospitalier		VHE		Matricule			
N° ENTRE : 005133365		ETABL : C.H. SUD FRANCILIEN		910020254		Emission et rendu exécutoire le	
SIRET : 26910004600318						05/04/16	
Nom : BEN ALI HOUDA		Né(e) : BOUZAIENNE		N° de Dossier		130	
Né(e) : BOUZAIENNE		N° de Dossier		N° de Dossier		1	
ENTREE : 07/03/16		SORTIE : 07/03/16		PFS : SF		Exercice	
5 RUE CHARLIE CHAPLIN						2016	
91080 COURCOURONNES							
ASSURE		Nom : BOUZAIENNE HOUDA		PIECE : 05		BEN : 01	
				ORG : 01911000		N° : 279129935109691	
OBS		AUDIENS		RISQ10 MT09			
		PRISE EN CHARGE LIMITEE AU 31/12/16					
		CONSULTATION DU 07/03/16 AU 07/03/16		Raf. Dabiteur : 10028961508		PEC :	
DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	TVA
07/03/16	FORFAIT SE1	1	75.89	0.00	20	15.18	DMT : 124
	CCAM ACTE TM	1	96.00	0.00	20	19.20	DMT : 124
	CCAM ACTE TM	1	56.00	0.00	30	16.80	DMT : 062
	CCAM ACTE TM	1	36.40	0.00	30	10.92	DMT : 062
PARCOURS DE SOINS : 0							
PARTIE A CONSERVER							
TOTAL TVA							
RENSEIGNEMENTS HOPITAL :							TOTAL HT
--DE 9H A 12H ET DE 13H A 16H							
--CENTRE HOSPITALIER CHSF 01 61 69 37 11							
--MAISON D ACCUEIL GALIGNANI 01 60 89 78 43							
--SMUR 01 61 69 82 33							
62.10							A PAYER

Saisie de la facture sans suite à pec :

Récapitulatif des lignes de prestation														
#	Dates de soins	Spé	Acte	Dép. (€)	Qté.	PU(€)	Tx RO (%)	MRO(€)	MAM(€)	Aut. (€)	Déjà rbs. (€)	MRC(€)	RAC(€)	Dest.
TOTAUX				264.29				202.19	0.00	0.00	0.00	62.10	0.00	
1	07/03/16	ET	SE1	75.89	1	75.89	80	60.71	0.00	0.00	0.00	15.18	0.00	910020254
2	07/03/16	ET	ATM	96.00	1	96.00	80	76.80	0.00	0.00	0.00	19.20	0.00	910020254
3	07/03/16	ET	ATM	56.00	1	56.00	70	39.20	0.00	0.00	0.00	16.80	0.00	910020254
4	07/03/16	ET	ATM	36.40	1	36.40	70	25.48	0.00	0.00	0.00	10.92	0.00	910020254

	Fiche de consigne almerys	Version	V10
		Date	27/06/2016

Exemple 4

Lors de la saisie sous Valerys, sans suite à pec, après valorisation, si seul l'acte SE1 ressort avec le message « aucune garantie n'a été trouvée »,

CE destinataire paiement
 N° FINESS/AM : 100000199

Bénéficiaire(s)
 BELLIER Florent 1660551108104 Droits : 01/01/2007 - 31/12/9999

Informations de l'entête
 Montant dépense : 75.00 € Montant RC global :

Saisie des titres de prestation

Spécialité *	Début *	Fin *	Acte *	Major.	Dép.(€) *	Qté *	Coef. *	PU(€)	Tx RO (%)	RC(%)	A.M.(%)	Aut RB(€)	Déjà rbs.(€)
ET - Cliniques	01/04/16	01/04/16	SE1		75	1	1	75	80.0	0	0.0	0	0

Acc. RO * Oui MT * DMT Réalisateur CAS * Non

Ajouter Ajouter et Garder la saisie

CE destinataire paiement
 N° FINESS/AM : 100000199

Bénéficiaire(s)
 BELLIER Florent 1660551108104 Droits : 01/01/2007 - 31/12/9999

Informations de l'entête
 Montant dépense : 75.00 € Montant RC global :

Récapitulatif des lignes de prestation

#	Dates de soins	Spé	Acte	Dép. (€)	Qté.	PU(€)	Tx RO (%)	MRO(€)	MAN(€)	Aut. (€)	Déjà rbs. (€)	MRC(€)	RAC(€)	Dest.	MT	DMT	
TOTAUX				75.00				60.00	0.00	0.00	0.00	0.00	15.00				
1	01/04/16	ET	SE1	75.00	1	75.00	80.0	60.00	0.00	0.00	0.00	0.00	15.00	100000199	07		

Libellé acte : Forfait environnement hospi 1
 Détail du calcul : Cet adhérent n'est pas couvert par cette garantie.
 Aucune garantie n'a été trouvée
 Acc. RO : Oui
 Conv. RO : Oui
 Spécialité : ET - Cliniques & hopitaux
 Contrat d'accès aux soins : Non

il convient d'interrompre le traitement pour le motif « bénéficiaire non couvert ».

Durée de validité de la fiche consigne

Jusqu'à annulation de la fiche consigne ou mise à jour des Guides

Destinataire équipe externe	Date de prise de connaissance de la nouvelle consigne par l'équipe externe	Date d'application de la consigne par l'équipe externe

Date de réception de la fiche validée par l'équipe externe	
Date d'enregistrement de la fiche dans le tableau de suivi	Par