

## Fiche de consigne Almerys

Version	V7			
Date	17/02/2016			

Référence de la fiche	CONS 578	10-06-2016								
Etablie par	Laurence ANGLADE	Responsable hiérarchique	Mathieu FLEURY							
Date interne d'approbation	09-06-2016	Signature du responsable hiérarchique								
Communication interne	⊠ Oui	☐ Demandeur ☐ Service de Pilotage du sous-traitant								
Destinataire de la communication	<ul> <li>☑ Opérateurs de saisie</li> <li>☑ Plate-forme Azur Almerys</li> <li>☑ Plate-forme Azur CBTP</li> <li>☑ Service Prestations ET Soins Hospitaliers</li> <li>☑ Service Courrier</li> <li>☑ Autre : Administratif</li> <li>☑ Plate-forme Appel</li> </ul>									
Domaine	⊠ALMERYS ☐ CBTP									
Spécialité	☐ Optique ☐ Dentaire ☒ Hospi ☐ Audio ☐ Tiers ☒ Soins Externes									
Objet de la consigne	Saisie de l'acte ATU pour GGS									
Procedure concernee	GSSTT002 - Guide de saisie SSTT de factures Soins Externes v2.3 valerys GSSTT003-Guide de saisie SSTT Facture Hospitalisation V3.1.pdf									
Version de la procédure	Version 2.3 et 3.1									
Référence de la fiche précédente										
nrécédente	Pour GGS, nous n'avons pas la gestion pour la saisie des factures compotant les actes ATU.  Il convient donc d'arrêter la saisie de ces factures pour le motif « Géré par l'OC »									
Date de fin de la consigne précédente	Dés validation de cette	fiche consigne								
Nouvelle consigne	comportant des actes document.  Comme pour les autr comporter la colonne savec le MT 10.	is l'autorisation du client GG s ATU, quelle que soit la DM res clients, la carte de tiers- <sub>l</sub> SE, et la saisie de la facture d es établissements privés et pul	IT et le MT indiqués sur le payant du bénéficiaire doit oit s'effectuer en intégralité							



## Fiche de consigne Almerys

 Version
 V7

 Date
 17/02/2016

1	BLISSEMENTS DE SANTE PRIVES BORDERRAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE									E	Date de la facture AMC: 03/03/2016							
Id	entifi FF GEN	ication ERALI	de l'org	nisme com	plémenta	ire co					GESTION SANTE ** DUPLICATA **							
1 10	MUT GENERALY 2262 							75442 PARIS CEDEX 09										
CH	HEMIN S	ST HIPPO	) SIDOBRE DLYTE				CATEGORIE 365			RIB			ture C	rences à rappel		Signature de l'assuré(e)		
	-	ASTRES					PARIBAS						N° de lot   N° de facture 001297243   N° d'entrée   15003105.00   N° PEC AMC   N° Fœuillet   1 / 2			Absence de signati		
Do	micili AN FR	ation b	ancaire :	de 1.6tabl 0114 222	issement 9 176 BI	BNF PARIB												
			des soi							L'asse	wé(e) titula	ire du contra						
Su	n de r	il y a	e et prè	nom(s) BAZ nom d'usag	IN JOSIA je	NE (CATHAL	A)					et prénom(s) B eu du nom d'us		ANE (CATHALA)				
No.	d'ime	satricul ganisse	ation et	clé 26510	811 Dat	77	do natan		0 (2000 0 1	No de	wmatriculati	ion et clé			N° de con	trat/adhér		
I Ka	centr	re gesti	lonnaire 2/2016 10		Dat	e début he tie le 29/	spitalis	ation 29/0	2/2016	adress	81490 NOAL				266108	81065081		
_									rge du bén	éficiai	re des soins							
 		die OU rnité NO			AT/MP N				Accide	nt caus	é par un tie	ers NON		Si oui,	date Alsace Moselle			
								Prais	de structu					Augume :	Albert Roselle	NO.		
[			c	Du			P.U. l'étab.	Quant.	Coeff.	Mt	. Facturé	Base remb R.O.	Taux	Mt. AMO	Mt. AMC	Assuré		
	1 10	401	ATU	29/02/	16   29/	02/16	24,56	1	1,00	1	24.66	24,66	80	19,73	4,93			
	1			-	į.						1		 	 	1	l'		
İ				i					1					I !	F I			
_	نــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ							Score	s-total 1	-	24.66	24,66	 		<u> </u>	<u> </u>		
т	NT	DMT 1	D   Code	Pres	Pr.	oduits de Date Imp	la LPP fa	Cturables	et spécia	lités p	harwaceutiqu . Facture	es Base remb	Taux	19,73	4,93			
			c [	1						-		R.O.	I TAUK	I WE. AND	Nt. AMC	Assuré		
	1 1									1	į			! 				
_								Sou	s-total 2	-				L	<u> </u>	1		
		-						Sou	s-total 1+	2	24,66	24,66		19,73	4,93	_		
		let 2 /	alre des				vé des ho	noraires	mēdicaux,	paramé	dicaux et ac	tes de labora	toire		** D U P L I	CATA*		
	-		1 1100		C Acte	Presc.	Code	LD	P.U.  Noc	f  Rem		ode Kt factur	DP Base	Remb   Taux   Mt	. AMO   Mt. A	MC   Assu		
01			8110922	45 01 20	1 29/02/	16	[C		23,00		2,00	46,00	1 1	46.00   80	36,80   9	,20		
			Thomas i								STATE SEA				295239136	5181		
i						Conditi			sarge di bis	1 !	ive des some							
į	1	-			2007	100		1 1			of par to				ote sace Now-11s too			
					1	i	İ			11	de spins		1		l !	1		
					1							Blue youls	f miles	100.0	Mary and Co.	n (e)		
					Pictor	10	1 2 600	ii		1 1	1	10.00	1 1					
			D   G		Petrose		1 feat	1 1			24,66	21,66		19, 19	4 89	į Į		
					District	10.1272.0						21,65			1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			
			20 00				1 2 dente				20,400					 		
											Sous-total	3 46.00			35.80			
Tra	asfert	provis	oire - N	PINESS 4	štablisse	ement 1				74		3 46.00		6,00	36,80   9	,20		
MAN	DATAIR	RE(S)			štablisse Nº 1					14		blissement 2	ANDATAIRE		36,80 9	,20		
MAN Ban TBA	DATAIR que BA	RE(S)	PULAIRE		No 1		MANDATI			14	· FINESS éta	blissement 2	1000		XL. 100	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		



## Fiche de consigne Almerys

Version	V7
Date	17/02/2016

	Acte ATU =	soins externes mais	saisi	ie de la t	otali	té des a	ctes sur	Ade	èle en	MT10	)	
	almerys ≡ ? ७ 2 LANGLADE № Base Prin » Saisir une facture PS » Saisie des actes de prestation 2.9.1  ∨ CE destinataire paiement ∨ Bénéficiaire(s)  N° FINESS/AM: № 810101444 CATHALA JOSIANE № 2661081065081 Droits: 01/01/2016 - 31/12/9999											
	∨ Informations de l'entête  Montant dépense : Montant RC global : 14,13 €											
	A 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 & 29/	02/16 29/02/16 ATU P	24.66	1 éalisateur C	1 AS *	PU(€)	80.0	0	0.0	Aut RB(€)	Deja rbs.(€)	
	Oui ▼ 10 - Urgence ▼											
	∨ CE destinataire paiement         ∨ Benéficiaire(s)           N° FINESS/AM :         № 810101444           CATHALA JOSIANE         № 2661081065081           Droits :         01/01/2016 - 31/12/9999											
	✓ Informations de l'er Montant dépense :		CATTIAL	A JOSIANE 2	200100	1003031 2/0	nts . 01/01/20	310 - 31/	12/9999			
	A 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 & ▼ 29/02/16 29/02/16 C										Déjà rbs.(€)	
Durée de validité de la fiche consigne	Jusqu'à mise à	jour des guides										
Destinataires sous-t	raitant	Date de prise de con nouvelle consigne pa	nt¹	Date d'information aux équipes du sous- traitant <sup>2</sup>								
Date de réception de la fiche validée par le sous-traitant												
Date d'enregistrem dans le tableau de s				Par								

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> En renseignant cette date, le sous-traitant notifie le fait qu'il a pris connaissance et compris les nouvelles directives décrites dans la présente

fiche de consigne.

<sup>2</sup> En renseignant cette date, le sous-traitant notifie le fait qu'il a transmis et expliqué les directives décrites dans la présente fiche de consigne à toutes personnes effectuant le traitement décrit et qu'il s'engage à les faire respecter.