

	Fiche de consigne alмерыs	Version	V10
		Date	14/06/2016

Référence de la fiche	FCO 589	Date d'émission	31/01/2017
Etablie par	Floriane ARNAUD	Responsable de la communication	<input 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	30/01/2017	Signature Service Qualité	MJOHANNY
Destinataires de la communication pour information	<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 <input type="checkbox"/> Support niveau 2 <input 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 type="checkbox"/> ALMERYS <input checked="" type="checkbox"/> CBTP <input type="checkbox"/> SANTECLAIR <input type="checkbox"/> CRA <input type="checkbox"/> Terciane
Spécialité	<input type="checkbox"/> Optique <input type="checkbox"/> Dentaire <input type="checkbox"/> Audio <input 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 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
Version de la procédure	Guide en vigueur
Référence de la fiche précédente	FCO 589-657
Rappel de la consigne précédente	
Date de fin de la consigne précédente	

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).

De ce fait, sur la facture, il peut y avoir, en plus d'un acte SE1, SE2 , SE3 ou SE4, des actes avec un taux RC à 80/20 et d'autres actes à 70/30 ou 60/40...

A la saisie sous Adèle, 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 « Bénéficiaire non couvert ».

Attention l'acte **SE4** n'est **pas paramétré** pour notre client **Generali**, vous devez ainsi le **saisir** en le remplaçant par l'acte **SE3**.

Et pour information, voici les tarifs :

**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

### Example

L'acte SE1 sur le document ci-dessous est en MT04, **il convient de ne pas tenir compte du MT indiqué et de bien saisir la totalité de la facture en MT 07.**

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS				BORDEREAU DE FACTURATION DESTINÉ À L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE				Date de la facture AMC : 25/06/2015					
<b>Identification de l'établissement complémentaire</b> CARTRE BLANCHE - TIERS PAYANT Clermont Ferrand				Code 2627		Adresse 46 rue du Ressort 63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 9		Téléphone : 0810 032 433					
<b>Identification de l'établissement</b> POLYCLINIQUE D'INKERMANN 84 ROUTE D AIFFRES 79000 NIORT				N° FINES 790009948		Téléphone : 0826 30 28 28 Fax : 05 49 34 28 48		CODE CATEGORIE 365		Références à rappeler Clé facturo c N° de loi N° d'enquête 61035 N° d'entrée 15020188 N° PEC AMC		Signature de l'assuré(e)  Absence de signature	
<b>Domiciliation bancaire de l'établissement</b> CRCA PI Centre CCP ou banque 11706				Gulcherf 00031		Compte 02292603001		Clé 19					
<b>Le bénéficiaire des soins :</b>								<b>L'assuré(e) titulaire du contrat AMC :</b>					
Nom de naissance et prénom(s) MICHELIN Christelle <i>(si il y a lieu de le mentionner)</i>								Nom de naissance et prénom(s) <i>(si il y a lieu de le mentionner)</i>					
N° d'immatriculation et clé 3708377288042 18								N° d'immatriculation et clé 3708377288042 18					
Code organisme de rattachement 917910099								Adresse 70 IMPASSE PAUL VERLAINE 78230 AIRFRES					
N° centre gestionnaire 5612								N° contrat/adhérent(e) <i>(prendre le N° sur l'AT ou la carte)</i> - I 27003772					
Entrée le 18/06/2015								Sortie le 18/06/2015					
<b>OPÉRATIONS</b>													
Maladie <input checked="" type="checkbox"/>				Accident causé par un tiers..... Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>				Si oui, date:					
Maternité <input type="checkbox"/>				Exonération forfait journalier..... Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>				Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>					
<b>Frais de structure et de soins</b>													
Période		Prix unitaire	Quantité	Montant facturé	Bases de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire	Montant AMC en titre payant	Cotisations à charge pour l'assuré(e)					
Du	Au				Taux	Montant							
18/06/2015	18/06/2015	73.93	1	73.93	73.93	80	59.14	14.79					
Sous-total 1				73.93	73.93		59.14	14.79					
<b>Produits de la LPF facturables et spécialités pharmaceutiques</b>													
N° Identification du prescripteur	Date d'hospitalisation	Prix unitaire / tarif de référence	Posologie	Montant facturé	Bases de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire	Montant AMC en titre payant	Reste à charge pour l'assuré(e)					
					Taux	Montant							

	<h1>Fiche de consigne alмерыs</h1>	Version	V10
		Date	14/06/2016

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																							
Transfert	N° de code	N° Identification prescripteur	Spécialité	N° Identification de l'ordonnant	Spécialité	Zone tarif	Cat. convention	Date des actes	Date de la prescription	Cat. regroupement ou lettre cat.	Localisation dentaire	Prix unitaire	Éléments de tarification	Quantité ou coefficient ou forfait	Coefficient associé	Honoraires facturés	Dépense	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire	Taux	Montant	Montant AMC ou tiers payant	Monte à charge pour l'assuré(e)
	1			791022365	06	35	3	18/06/2015		ATM		57.60			1.00		57.60		57.60	80	46.08		11.52
Sous-total 3																	57.60		46.08	11.52			

Transfert provisoire - N° FINESS établissement ①

MANDATAIRE(S)  
BPCA PRAT - BPCA PRAT  
B\*  
Centre CCP ou banque 10907  
Compte 0911972350

N° 1  
Guichet 00591  
Cib 57

N° FINESS établissement ②

MANDATAIRE(S)  
B\*  
Centre CCP ou banque  
Compte

N°  
Guichet  
Cib

Montant facturé par la profession

n° 1 LAURIN MONIQUE CHRISTINE  
Mandataire n° 1  
ADELI 791022365  
€ 11.52

n° 2  
ADELI  
€

n° 3  
ADELI  
€

n° 4  
ADELI  
€

n° 5  
ADELI  
€

n° 6  
ADELI  
€

n° 7  
ADELI  
€

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 26.31 €

Rappel du numéro de facture 41035

Saisie de la facture :

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 \*

ET - Cliniques 03/02/16 03/02/16

Acte \* Major.

SE1

Dép.(€) \*

73.93

Qté \*

1

Coef. \*

1

PU(€)

73.93

Tx RO (%)

80.0

RC(%)

0

A.M.(%)

0.0

Aut RB(€)

0

Déjà rbs.(€)

0

Acc. RO \* MT \*

Oui 07 - Consultations, soins

DMT

Réalisateur

CAS \*

Non

Ajouter Ajouter et Garder la saisie

## Exemple 2

Lors de la saisie sous Adèle, 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

\* = Au moins un champ est obligatoire.

Spécialité \* Début \* Fin \*

ET - Cliniques 01/04/16 01/04/16

Acte \* Major.

SE1

Dép.(€) \*

75

Qté \*

1

Coef. \*

1

PU(€)

75

Tx RO (%)

80.0

RC(%)

0

A.M.(%)

0.0

Aut RB(€)

0

Déjà rbs.(€)

0

Acc. RO \* MT \*

Oui 07 - Consultations, soins

DMT

Réalisateur

CAS \*

Non

Ajouter Ajouter et Garder la saisie

	<b>Fiche de consigne alмерыs</b>	Version	V10
		Date	14/06/2016

✓ CE destinataire paiement N° FINESS/AM : P100000199		✓ Bénéficiaire(s) BELLIER Florent P1660551108104 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(€)	MAM(€)	Aut. (€)	Déjà rbs. (€)	MRC(€)	RAC(€)	Dest.	MT	DMT		
<b>TOTAUX</b>				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. <b>Aucune garantie n'a été trouvée</b> 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 ».

### 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		Ville	Mairie				
N° ENTREE : 005133365		ETABL : C.H. SUD FRANCILIEN		910020254			
SIRET : 26910004600318				Emission et rendu exécutoire le			
				05/04/16			
MALADE	Nom : BEN ALI HOUDA		le : 16/12/1979		N° Bénéficiaire		
	Née : BOUZAIENNE		à : SOUSSE		130		
	ENTREE : 07/03/16 SORTIE : 07/03/16		PFS : SF		N° Faculté		
					1		
ADRESSE	5 RUE CHARLIE CHAPLIN				Exercice		
	91080 COURCOURONNES				2016		
ASSURE	Nom : BOUZAIENNE HOUDA						
	PIECE : 05						
	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		Ref. Débiteur : 10028961508		PEC :			
DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	TVA
070316	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							
TOTAL HT							
RENSEIGNEMENTS HOPITAL :							
--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

	Fiche de consigne alмерыs	Version	V10
		Date	14/06/2016

Saisie de la facture :

Récapitulatif des lignes de prestation

	#	Dates de soins	Spé	Acte	Dép. (€)	Qté.	PU(€)	Tx RO (%)	MRO(€)	MAM(€)	Aut. (€)	Déjà rbs. (€)	MRC(€)	RAC(€)	Dest.	MT	DMT	
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	07		
▼	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	07		
▼	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	07		
▼	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	07		

Durée de validité de la fiche consigne

Jusqu'à 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	