

Version	V7				
Date	17/02/2016				

			P		
Référence de la fiche	FCO-575	Date d'émission	19/05/2016		
Etablie par	Laurence ANGLADE	Responsable hiérarchique	Mathieu FLEURY		
Date interne d'approbation	13/05/2016	Signature du responsable hiérarchique			
Communication interne	⊠ Oui	Responsable de la communication	☐ Demandeur ☐ Service de Pilotage du sous-traitant		
Destinataire de la communication	<ul><li>✓ Opérateurs de sa</li><li>✓ Plate-forme Azur</li><li>✓ Service Prestation</li><li>✓ Autre : Administr</li></ul>	Almerys Plate-forme Az	zur CBTP vice Courrier		
Domaine	⊠ALMERYS ☐ CBT	P			
Spécialité	Optique Denta	aire 🛛 Hospi 🔲 Audio 🔲 T	Tiers Soins Externes		
Objet de la consigne	Saisie des honoraires	pour le client FMP			
Procédure concernée	Guides de saisie des factures hospitalisation				
Version de la procédure	Version 3.0				
Référence de la fiche précédente					
Rappel de la consigne précédente					
Date de fin de la consigne précédente					
Nouvelle consigne	traitement, les actes (partie basse) restent Il convient de les sais si ces actes sont factu Si l'établissement fac convient d'interromp pec » sur « les honor	sez des factures pour FMP, quel que soit le mode actes LPP (partie intermédiaire) et les actes honora estent à la charge de l'assuré même après valorisation.  es saisir en changeant le mode de traitement en 07, mêt facturés en 80% RO et 20% RC.  ent facture ces actes avec du dépassement d'honoraire rrompre la saisie pour le motif « facture non conforme honoraires », s'il s'agit d'une facture hospi. S'il s'agit d'externes, interrompre la saisie pour le motif « part part RC calculée »			



 Version
 V7

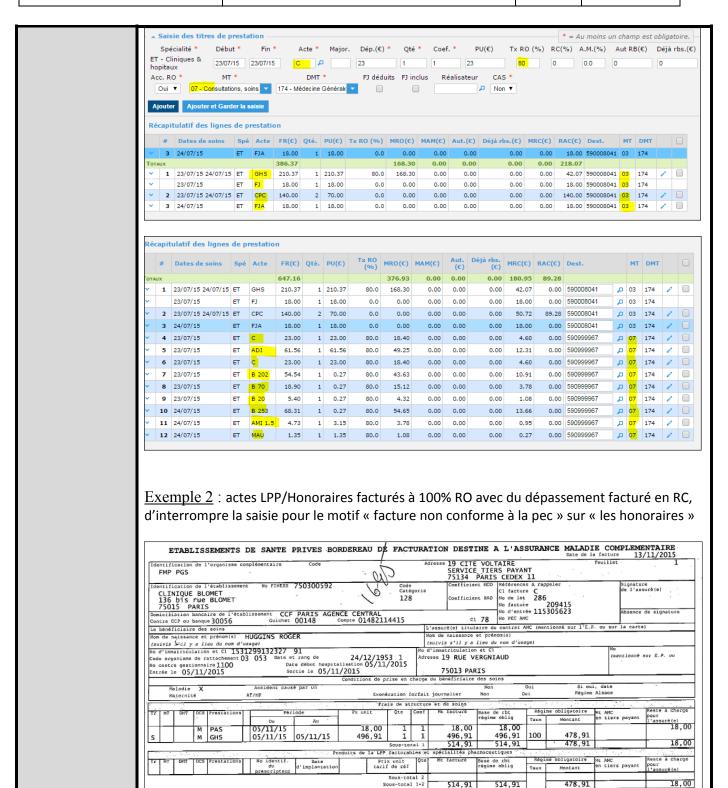
 Date
 17/02/2016

ÉTAI	RLISSEMENTS DE SANTÉ	PRIVÉS BORDE	REAU DE FACTURA	ITION DESTINÉ À L'AS	SSURANCE	MALADIE COI			
Identification de l'organisme compléme ALMERYS (SMATIS) - CLERMONT FERR	entaire Code (AND 6180		46	resse RUE DU RESSORT 167 CLERMONT FER	RAND CED	EX 9		none: 82582	MC: 15/12/2015
Identification de l'établissement N° FI POLYCLINIQUE VAUBAN 10 AVENUE VAUBAN 59300 VALENCIENNES		ohone : 0826204252 0327324253		365		Réfe Clé facture C N° de lot		ler	Signature de l'assuré(e)
Domiciliation bancaire de l'établisseme Centre CCP ou banque 30002	ont LCL CLINIQUE Guichet 088	320	Compte 0000060	759S	CIÉ 94		85649 15214885		Absence de signo
Le bénéficiaire des soins Nom de nassance et prénom(s) GIEZEK Eric				assuré(e) titulaire du c m de naissance et prénom(s		à rampir si va bér	nétoloko der some ni	cat pos l'esauri	(e)
suivis 28 / o Beu du nom d'issage  Nº d'immetriculation et clé 177095984481 55  Code organisme de rottachement 015990000  N°centre gestionnaire 9014  Entrée le 2307/2915	Date et rang de naissance 23 Date début hospitalisation 23 Sortie le 24/07/2015	07/2015	N° d'immatriculation Adresse 235 RUE DE 59226 LECE					N° c	contrat/adhérent(
CPAM du Halhaut Valenciennes  Moladie ©  Maternité □	Accident causé par un tiers.			du bénéficiaire des so	Non			Si oui, date Régime Alsace	Moselle D
	Période	Prix unitain	Frois de structure	of de solns	Base de rembour régime obliga		igime obligatoire	Montant Alv	1
1	Ou         An           23/07/2015         24/07/2015           23/07/2015         23/07/2015           24/07/2015         24/07/2015           23/07/2015         24/07/2015           23/07/2015         24/07/2015           23/07/2015         24/07/2015	2016	100.37 1 1.0 18.00 1 1.0 18.00 1 1.0 70.00 2 1.0 6.00 1 1.0		régime obliga	300.37 80	Montant 240.30	en tiers poyd	AC Reste à char pour l'assuré 42.07 18.00 18.00 50.72
		Produits de la	Sous-total	1 475.17	fiques	318.37	240.30		128.79
Page Page Page Page Page Page Page Page	N* identification du prescripteur d'im	Date plantation	Prix unitaire/ tarif de référence	Montant facturé	Base de rembour régime obligat	sement Ré toire Taux	gime obligatoire Montant	Montant AM on tiers pays	AC Reste à char ont pour l'assuré
			Sous-total 1+			318.37	240.30		128.79
		Nur Relevé des honorali	néro de feuillet : 2 /	2 médicoux et actes de	laboratoire				
1 49 1 49 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	8	de la Code regroupement ou fettre clé	_	cateurs except	Goodfelon tacts	rem urés se ujo o	Base de Régimo boursement régime bligatoire Taux	o obligatoire Montent	Montant AMC en clers payant pour l'as
99178060 05 2 9918060173 01 591806173 01 4 591806173 01 593780626 33 4 591806173 01 593780626 33 4 591791041 10 593780626 33 4 591791041 10 593780626 24 4 591791041 10 593780626 24	23 1 23/07/2015 23 1 23/07/2015 23 1 23/07/2015 23 0 23/07/2015 23/07/2015	2015 B 2015 B	23.00 50.54 23.00 0.27 0.27 0.27 0.27 3.15 1.35	Z 1.00 1.00 1.00 202.00 70.00 253.00 1.50		23.00 61.56 23.00 54.54 18.90 5.40 68.31 4.73 1.35	23.00 80 61.56 80 23.00 80 54.54 80 18.90 80 5.40 80 68.31 80 4.73 80	18.40 49.25 18.40 43.63 15.12 4.32 54.65 3.78 1.08	4.60 12.31 4.60 10.91 3.78 1.08 13.68 0.95 0.27
4 591791041 16 593790256 30 4 591791041 16 593790256 24 591791041 16 593790256 24	23 0 24/07/2015 24/07/ 23 0 24/07/2015 24/07/ 23 0 24/07/2015 24/07/	2015 AMI 2015 MAU	3.15 1.35	1.50		4.73 1.35	4.73 80 1.35 80	3.78 1.08	0.95 0.27
						-			
1.0									
	,			Sous-t		60.79	260.79	208.63	52.16
Transfert provisoire – N° FINESS établis MANDATAIRE(5) SOL MANDATAIRES - SOL MANDATAIRES	sement ①	MANDATAIRE(S)		N° FINESS établisse		MANDATAIRE(S)			N°



 Version
 V7

 Date
 17/02/2016





Version	V7			
Date	17/02/2016			

	Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire  Tribol   Sol   SolTajCy  Date   Date							
	Tr No No Sp No identific prescript executan		Date Code Loc regroup dent lettre	Prix Eléments Qte Unitaire Modif Rbt excp	Coef Honoraires DP Base de rot régime o	Taux Montant en tiers pour l'ass		
	1 751601626 08 751601626		ADC	192,00 1	392,00 192,00	100 192,00 200,00		
	1 751601626 08 751601626 2 751414137 02 751414133		ATM ADA	96.00 1 48.00 7 1	48,00 48,00 24,96 24,96	100 48,00 100 24,96		
	2 751414137 02 751414133	02 31 3 05/11/15	ADA	52,41 7 1	154,51 54,51	100 54,51 100,00		
	3 751705658 37 751705658 3 751705658 37 751705658		АТМ АТМ	36,40 1 51,53 1	36,40 36,40 51,53 51,53	100 36,40 100 51,53		
	3 751705658 37 751705658 Facture 209415 Dossier	115305623	AIR		otal 3 TOTAL 407,40	407,40 300,00		
	Transfert provisoire - No FINE			Transfert	provisoire - No FINESS établisser	sent 2		
	Mandataire(%) COM MED HONOS PR B HSBC MANDATAIRE	ATICIENS No 123	Mandataire(s) B		No Mandataire(s) No B			
	Centre CCP ou banque 30056	Guichet	Centre CCP ou b	panque 096 Guichet				
	Compte 00962002239		Compre		Compte			
	Montant facturé par la pratici	en.						
	no 1 MOLIS CHRISTINE GIZ	RDIN DOMINIQUE	no 3 LABOUYRIE ERIC	no 4	no 5 no 6	no 7		
			ADELI 751705658	ADELI	ADELI ADELI	ADELI		
	200,00	100,00	0,00	, noco:	7,000			
	MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)			Rappel du numéro de fac				
	L'émission du présent borderea	u atteste du renseignem	ment de celui-ci sur le 1	fondement du bordereau de la	cturation du régime obligatoire			
Durée de validité de la fiche consigne		RO, interron	npre la saisie	_	•	ssement d'honoraires ndé <> part RC calculé		
Destinataires sous-traitant		_		issance de la le sous-traitant		Date d'information aux équipes du sous-traitant <sup>2</sup>		
5 1 / 1	1 6 1 1:1/	1						
Date de réception d par le sous-traitant	e la fiche validée							
Date d'enregistrement de la fiche dans le tableau de suivi				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.