

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

Référence de la fiche	Fco-589	Date d'émission	06-09-2016
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	08/08/2016 et 02/09/2016	Signature Service Formation	Célia MEYNIER
Date interne de validation	09/08/16	Signature Service Qualité	LVIGNERON
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 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 checked="" 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	<b>Saisie des actes SE1, SE2, SE3 et SE4</b>

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 569
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>A la saisie sous Valerys, si lors de la valorisation vous avez le message « aucune garantie n'a été trouvée », 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>

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

	Attention l'acte <b>SE4</b> n'est <b>pas paramétré</b> pour notre client <b>Generali</b> , vous devez ainsi le <b>saisir</b> en le remplacement par l'acte <b>SE3</b> .
Date de fin de la consigne précédente	Dés validation de cette fiche

Nouvelle consigne	<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><b>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.</b>  <b>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...</b></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> <p>Attention l'acte <b>SE4</b> n'est <b>pas paramétré</b> pour notre client <b>Generali</b>, vous devez ainsi le <b>saisir</b> en le remplacement par l'acte <b>SE3</b>.</p> <p>Et pour information, voici les tarifs :  <b>SE1 75,77€ : FORFAIT ENDOSCOPIE</b>  <b>SE2 60,61€ : FORFAIT OPERATION/ FORFAIT PETITE CHIRURGIE</b>  <b>SE3 40,41€ : FORFAIT OBSERVATION /DERMATO</b>  <b>SE4 20,20€ : FORFAIT SAIGNEE/FORFAIT OPERATOIRE</b>  Les prix ne sont pas fixes et peuvent être modifiés à la saisie</p>
-------------------	---

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

### Exemple 1

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																																																																																																															
Identification de l'organisme complémentaire										Identification de l'établissement																																																																																																					
ALMERYS										POLYCLINIQUE D'INKERMANN																																																																																																					
Code 2164										N° FINESS 790009948																																																																																																					
Adresse 46 RUE DU RESSORT 63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 9										Téléphone : 0825 826 214																																																																																																					
Téléphone : 0826 30 28 28										Fax : 05 49 34 28 48																																																																																																					
CODE CATEGORIE 365										Références à rappeler																																																																																																					
84 ROUTE D'AIFRES 79000 NIORT										Clé facture C																																																																																																					
Domiciliation bancaire de l'établissement CRCA PI										N° de loi 393																																																																																																					
Centre CCP ou banque 11706										N° facture 87284																																																																																																					
Guichet 00031										N° d'entrée 16004710																																																																																																					
Compte 02292603001										N° PEC AMC																																																																																																					
Clé 19										Signature de l'assuré(e)																																																																																																					
Le bénéficiaire des soins										Absence de signature																																																																																																					
Nom de naissance et prénom(s) FERRON Jean Claude										N° contrat/adhérent(e)																																																																																																					
N° d'immatriculation et clé 1420779295004 15										- / 14207792																																																																																																					
Code organisme de rattachement 030411100										Date et rang de naissance 050742 - 1																																																																																																					
N° centre gestionnaire 1100										Date début hospitalisation 03/02/2016																																																																																																					
Entree de 03/02/2016										Sortie de 03/02/2016																																																																																																					
Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins																																																																																																															
Maladie <input checked="" type="checkbox"/> Accident causé par un tiers <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, date																																																																																																															
Maternité <input type="checkbox"/> AT/MP <input type="checkbox"/> Exonération forfait journalier <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>																																																																																																															
Frais de structure et de soins																																																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Période</th> <th rowspan="2">Du</th> <th rowspan="2">Au</th> <th rowspan="2">Prix unitaire</th> <th rowspan="2">Quantité</th> <th rowspan="2">Montant facturé</th> <th rowspan="2">Base de remboursement "régime obligatoire"</th> <th colspan="2">Régime obligatoire</th> <th rowspan="2">Montant AMC en tiers payant</th> <th rowspan="2">Reste à charge pour l'assuré(e)</th> </tr> <tr> <th>Taux</th> <th>Montant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SE1</td> <td>03/02/2016</td> <td>03/02/2016</td> <td>73.93</td> <td>1</td> <td>73.93</td> <td>73.93</td> <td>80</td> <td>59.14</td> <td>14.79</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="11">Sous-total 1</td> <td>14.79</td> </tr> </tbody> </table>															Période	Du	Au	Prix unitaire	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement "régime obligatoire"	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)	Taux	Montant	SE1	03/02/2016	03/02/2016	73.93	1	73.93	73.93	80	59.14	14.79		Sous-total 1											14.79																																																													
Période	Du	Au	Prix unitaire	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement "régime obligatoire"	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)																																																																																																					
							Taux	Montant																																																																																																							
SE1	03/02/2016	03/02/2016	73.93	1	73.93	73.93	80	59.14	14.79																																																																																																						
Sous-total 1											14.79																																																																																																				
Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																																																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Spécialité</th> <th rowspan="2">N° Identification "professionnel"</th> <th rowspan="2">N° Identification "établissement"</th> <th rowspan="2">Spécialité</th> <th rowspan="2">Date des actes</th> <th rowspan="2">Date de la prescription</th> <th rowspan="2">Code regroupement ou lettre de</th> <th rowspan="2">Localisation</th> <th rowspan="2">Prix unitaire</th> <th rowspan="2">Eléments de facturation</th> <th rowspan="2">Coefficient de tarification</th> <th rowspan="2">Coefficient de tarification</th> <th rowspan="2">Honoraires facturés</th> <th rowspan="2">Désabonnement</th> <th rowspan="2">Base de remboursement "régime obligatoire"</th> <th colspan="2">Régime obligatoire</th> <th rowspan="2">Montant AMC en tiers payant</th> <th rowspan="2">Reste à charge pour l'assuré(e)</th> </tr> <tr> <th>Taux</th> <th>Montant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>791804305</td> <td>791804305</td> <td>37</td> <td>03/02/2016</td> <td></td> <td>ATM</td> <td></td> <td>56.00</td> <td></td> <td>1.00</td> <td>4</td> <td>56.00</td> <td></td> <td>56.00</td> <td>80</td> <td>44.80</td> <td>11.20</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>791804305</td> <td>791804305</td> <td>37</td> <td>03/02/2016</td> <td></td> <td>ATM</td> <td></td> <td>38.40</td> <td></td> <td>1.00</td> <td>4</td> <td>38.40</td> <td></td> <td>38.40</td> <td>80</td> <td>30.72</td> <td>7.68</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>791804891</td> <td>791804891</td> <td>08</td> <td>03/02/2016</td> <td></td> <td>ATM</td> <td></td> <td>96.00</td> <td></td> <td>1.00</td> <td>4</td> <td>96.00</td> <td></td> <td>96.00</td> <td>80</td> <td>76.80</td> <td>19.20</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="16">Sous-total 2</td> <td>156.80</td> <td>122.32</td> <td>34.48</td> </tr> </tbody> </table>															Spécialité	N° Identification "professionnel"	N° Identification "établissement"	Spécialité	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre de	Localisation	Prix unitaire	Eléments de facturation	Coefficient de tarification	Coefficient de tarification	Honoraires facturés	Désabonnement	Base de remboursement "régime obligatoire"	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)	Taux	Montant	1	791804305	791804305	37	03/02/2016		ATM		56.00		1.00	4	56.00		56.00	80	44.80	11.20		2	791804305	791804305	37	03/02/2016		ATM		38.40		1.00	4	38.40		38.40	80	30.72	7.68			791804891	791804891	08	03/02/2016		ATM		96.00		1.00	4	96.00		96.00	80	76.80	19.20		Sous-total 2																156.80	122.32	34.48
Spécialité	N° Identification "professionnel"	N° Identification "établissement"	Spécialité	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre de	Localisation	Prix unitaire	Eléments de facturation	Coefficient de tarification	Coefficient de tarification	Honoraires facturés	Désabonnement	Base de remboursement "régime obligatoire"																Régime obligatoire				Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)																																																																												
															Taux	Montant																																																																																															
1	791804305	791804305	37	03/02/2016		ATM		56.00		1.00	4	56.00		56.00	80	44.80	11.20																																																																																														
2	791804305	791804305	37	03/02/2016		ATM		38.40		1.00	4	38.40		38.40	80	30.72	7.68																																																																																														
	791804891	791804891	08	03/02/2016		ATM		96.00		1.00	4	96.00		96.00	80	76.80	19.20																																																																																														
Sous-total 2																156.80	122.32	34.48																																																																																													

Exemple

### Saisie de la facture :

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

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

## Exemple 2

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 Centre hospitalier		910002773 Matricule	N° de Titre 0036125				
N° ENTRE: 005133365 ETABL: C.H. SUD FRANCILIEN SIRET: 26910004600318		910020254	Emis et rendu exécutoire le 05/04/16				
MALADE NOM : BEN ALI HOUDA Né(e) : BOUZAIENNE ENTREE : 07/03/16 SORTIE : 07/03/16 ADRESSE : 5 RUE CHARLIE CHAPLIN 91080 COURCOURONNES	le: 16/12/1979 à: SOUSSE PFS: SF		N° Bordereau 130				
			N° Forfait 1				
			Exercice 2016				
			MDT				
ASSURE Nom: BOUZAIENNE HOUDA PIECE: 05 ORG: 01911000		N°: 279129935109691	BEN: 01				
OBS AUDIENS PRISE EN CHARGE LIMITEE AU 31/12/16 CONSULTATION DU 07/03/16 AU 07/03/16		Réf. Débit: 10028961508	RISQ10 MT09				
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 :

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 alмерыs	Version	V10
		Date	27/06/2016

### Exemple 3

Lors de la saisie sous Valerys, 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 \* MT \* DMT Réalisateur CAS \*

Oui 07 - Consultations, soins 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(€)	MAM(€)	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 « erreur contenu facture » avec le commentaire « acte SE1 (ou SE2 SE3 SE4) non géré en MT07 ».

Durée de validité de la fiche consigne

Jusqu'à annulation de la fiche consigne

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