

## Fiche de consigne almerys

Version	V10		
Date	14/06/2016		

Référence de l	a fiche	FCO 624	FCO 624 Date d'émission 14/		
Etablie par		Floriane ARNAUD	Responsable de la communication	☐ Service Qualité (pour ateliers internes) ☐ Service Pilotage (pour ateliers externes)	
Date interne d	l'approbation		Signature Service Formation		
Date interne d	le validation	12/12/2016	Signature Service Qualité	VVI/SGA	
Destinataires of pour informat	de la communication ion	<ul> <li>☑ Opérateurs de saisie</li> <li>☑ CALL CENTER</li> <li>☑ Services Prestations de Santé</li> <li>☑ Service Courrier</li> <li>☑ Service Fraude</li> <li>☑ Support niveau 2</li> <li>☑ Service Garanties</li> <li>☑ Bureau d'études</li> </ul>			
Destinataires of pour application	de la communication on	<ul> <li>☑ Opérateurs de saisie</li> <li>☑ Opérateurs de Tri courrier</li> <li>☑ CALL CENTER</li> <li>☑ Services Prestations de Santé</li> <li>☑ Service Courrier</li> <li>☑ Service Fraude</li> </ul>			
Demains		MALAGOVE COT			
Domaine	naine ALMERYS CBTP SANTECLAIR CRA Terciane			erciane	
Spécialité		Optique			
		Conventionnement Saisie de RIB Validation dossiers			
Nature du traitement concerné		Factures Hospi			
Objet de la cor	nsigne				
Procédure concernée	(fullde de Saisi Hospitalisation				
Version de la procédure	V3.2				
Référence de la fiche précédente	Saisie d'une facture pour la Polyclinique Saint Laurent 350002192				
Rappel de la consigne précédente					
Date de fin de la consigne					



consigne

## Fiche de consigne almerys

Version	V10
Date	14/06/2016

Nouvelle consigne	« hospi à temps partiel ».  Il s'agit d'hospitalisation pour des explorations Les patients arrivent en fin d'après-midi et r	MT03 « <b>hospitalisation complète</b> » et non en MT 22				
	for a contract of the contract of	DE FACTURATION DESTINÉ À L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE				
	ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES BORDENEAU	Date de la facture AMC: 04/03/2016				
	Identification de l'organisme complémentaire ALMERYS 63 CLERMONT FERRAND	Adresse 46 RUE DU RESSORT 63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 9				
	Identification de l'établissement N° FINESS 350002192 Polyclinique Saint Laurent 320 AVENUE DU GENERAL PATTON, CS 10610 35706 RENNES CEDEX 7	CODE Coefficient MCO CATGORIE 0,9965  Coefficient RAD 0,9965  N° Facture 16030567  Références à rappeter de l'assuré(e) Signature de l'assuré(e) N° Facture 16030567				
	Domiciliation bancaire de l'établissement BPO RENNES CENTRE	Bic CCBPFRPPREN N° d'entrée 16005959 . Absence de signature				
		Compte 31021839831 CI6 06 N° Feuillet 1/2				
	Le bénéficiaire des soins  Nom de naissance et prénom(s) LE NAOUR Isabelle	L'assuré(e) tifulaire du control AMC (*) empere : exceptingur dema control (*) consequi)  Nom de reissance et prénom(s): LE NAOUR Isabelle				
	sums s'il y a lieu du nom d'usege	sulvinis s'il y a libu du nom d'iusego				
	N S Indianation of the Control of th	Timmatriculation et clé 48 bis bd de sevigné N° contrat/adhérent(e)				
	Code organisme de rattschement 01351 Date et rang de naissance 09/12/1967 1 Adre N°centre gestionnaire 01 351 720 Date début hospitalisation	48 his ball as sevigine (another in the sevigine (montenus surface) and a carbo				
	Entrée la 10/02/2016 16:00 Sortie la 11/02/2016 08:49	Long about du Maddielaire des soles				
	Maladia 🖾 Accident causé par un tiers	ise en charge du bénéficiaire des soins  Non Oui Si oui, date				
		ration forfall journalier				
	Période Prix unitaire	Bose de remboursement   Régime obligatoire   Montant AMC   Resto 3 charge   régime obligatoire   Tous   Montant   Montant				
	S 22 181 M GHS 1002/16 11/02/16 267,36 22 181 CPC 1002/16 1002/16 51,00	6 \$ Tau Montant 1 1 266,42 266,42 80 213,14 53,28 1 1 51,00 51,00 51,00				
	22 : 181 CPC 10/02/16 10/02/16 51,00	1 1 31,00 31,00				
Exemple						
		Sous-tetal 1 317.42 317.42 213,14 104,28				
	Informations générales	Informations prestations  Libellé Choix Prix unitaire				
	••N° Entrée	de la prestation				
	•• Date entrée (10/02/2016	Honoraires chirurgicaux (TM/DE) R  Honoraires chirurgicaux (TM/DE) avec CAS R				
	Mode de traitement  √  Hospitalisation complète  ✓	Forfait journalier N 🔻				
	Nature ⟨I   CHIRURGIE ✓	Frais de séjour (TM) R V				
	Discipline médico-tarifaire	Participation Forfaitaire Assuré				
	Durée probable de l'hospitalisation	Chambre particulière 0 1 150.00				
		***				
	Informations complémentaires	Informations accident				
	risque Aucun 🗸	S'agit-il d'un accident ?				
		Date de l'accident √i				
		•Causé par un ↓i Non ✓				
		tiers ?				
		◆Type d'accident (i )				
Durée de						
validité de						
la fiche						



## Fiche de consigne almerys

Version	V10
Date	14/06/2016

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		