

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

Référence de la fiche	FCO-657	Date d'émission	25/01/2017
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	26/01/2017	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
Rappel de la consigne précédente	
Date de fin de la consigne précédente	

Les prix ne sont pas fixes et peuvent être modifiés à la saisie

Example

[illegible]

	<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 *	Acte *	Major.	Dép.(€) *	Qté *	Coef. *	PU(€)	Tx RO (%)	RC(%)	A.M.(%)	Aut RB(€)	Déjà rbs.(€)
ET - Cliniques	03/02/16	03/02/16	SE1		73.93	1	1	73.93	80.0	0	0.0	0	0

Acc. RO *
MT *
DMT
Réalisateur
CAS *

Oui
07 - Consultations, soins
Non

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 *	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

	Fiche de consigne alмерыs	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		
TOTAUX				75.00				60.00	0.00	0.00	0.00	0.00	15.00	100000199	07			
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 « 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		Matricule			
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° Bordereau		
	Née : BOUZAIENNE		à : SOUSSE		N° Faculté		
	ENTREE : 07/03/16 SORTIE : 07/03/16		PFS : SF		Exercice		
					2016		
ADRESSE	5 RUE CHARLIE CHAPLIN						
	91080 COURCOURONNES						
ASSURE	Nom : BOUZAIENNE HOUDA						
	PIECE : 05		BEN : 01				
		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
TOTALUX				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	