

| | | | |
|--|---------------------------|---------|------------|
|  | Fiche de consigne alмерыs | 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 | Saisie des actes SE1, SE2, SE3 et SE4 |

| | |
|----------------------------------|--|
| 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 SE4 n'est pas paramétré pour notre client Generali , vous devez ainsi le saisir en le remplacement par l'acte SE3 . |
| 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>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. 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...</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 SE4 n'est pas paramétré pour notre client Generali, vous devez ainsi le saisir en le remplacement par l'acte SE3.</p> <p>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</p> |
|-------------------|---|

| | | | |
|--|------------------------------------|---------|------------|
|  | <h1>Fiche de consigne alмерыs</h1> | 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 | | | | | | | | | | Date de la facture AMC : 17/02/2016 | | | | | | | | | |
| ALMERYS | | | | | Code 2164 | | Adresse 46 RUE DU RESSORT 63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 9 | | | | | Téléphone : 0825 826 214 Fax : 0825 826 196 | | | | | | | |
| Identification de l'établissement POLYCLINIQUE D'INKERMANN | | | | | N° FINESS 790009948 | | Téléphone : 0826 30 28 28 Fax : 05 49 34 28 48 | | CODE CATÉGORIE 365 | | Références à rappeler | | | | | Signature de l'assuré(e) | | | |
| 84 ROUTE D'AIFRES 79000 NIORT | | | | | | | | | | | Cié facture C N° de loi 393 N° facture 87284 N° d'entrée 16004710 N° PEC AMC | | | | | Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Domiciliation bancaire de l'établissement CRCA PI | | | | | | | | | | L'assuré(e) titulaire du contrat AMC (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré(e)) | | | | | | | | | |
| Centre CCP ou banque 11706 | | | | | Guichet 00031 | | Compte 02292603001 | | Cié 19 | | | | | | | | | | |
| Le bénéficiaire des soins | | | | | | | | | | N° d'immatriculation et clé 1420779295004 15 | | | | | | | | | |
| Nom de naissance et prénom(s) FERRON Jean Claude | | | | | N° d'immatriculation et clé 1420779295004 15 | | | | | N° contrat/adhérent(e) | | | | | - / 14207792 | | | | |
| Code organisme de rattachement 030411100 | | | | | Date et rang de naissance 050742 - 1 | | | | | Adresse 15 CHEMIN DES MECHINOTS LES TOUCHES 79370 THORIGNÉ | | | | | | | | | |
| N° centre gestionnaire 1100 | | | | | Date début hospitalisation 03/02/2016 | | | | | Sortie le 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 checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | | | | | Si oui, date | | | | |
| Maternité <input type="checkbox"/> | | | | | AT/MP <input type="checkbox"/> | | | | | Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | | | | | Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/> | | | | |
| Exonération forfait journalier | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frais de structure et de soins | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prestation | | Période | | Prix unitaire | | Quantité | | Montant facturé | | Base de remboursement "régime obligatoire" | | Régime obligatoire | | Montant AMC en tiers payant | | Reste à charge pour l'assuré(e) | | | |
| Du | | Au | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03/02/2016 | | 03/02/2016 | | 73.93 | | 1 | | 73.93 | | 73.93 | | 80 | | 59.14 | | 14.79 | | | |
| Sous-total 1 | | | | | | | | | | 73.93 | | 73.93 | | 59.14 | | 14.79 | | | |
| Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° d'identification de l'acte | | N° d'identification de l'acte | | N° d'identification de l'acte | | N° d'identification de l'acte | | N° d'identification de l'acte | | N° d'identification de l'acte | | N° d'identification de l'acte | | N° d'identification de l'acte | | N° d'identification de l'acte | | | |
| 791804305 | | 791804305 | | 791804305 | | 791804305 | | 791804305 | | 791804305 | | 791804305 | | 791804305 | | 791804305 | | | |
| 37 | | 37 | | 37 | | 37 | | 37 | | 37 | | 37 | | 37 | | 37 | | | |
| 03/02/2016 | | 03/02/2016 | | 03/02/2016 | | 03/02/2016 | | 03/02/2016 | | 03/02/2016 | | 03/02/2016 | | 03/02/2016 | | 03/02/2016 | | | |
| ATM | | ATM | | ATM | | ATM | | ATM | | ATM | | ATM | | ATM | | ATM | | | |
| 52.00 | | 38.40 | | 96.00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.00 | | 1.00 | | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 96.00 | | 36.40 | | 96.00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sous-total 2 | | | | | | | | | | 158.40 | | 158.40 | | 150.72 | | 37.68 | | | |

Exemple

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Spécialité * Début * Fin * Acte * Major. Dép.(€) * Qté * Coef. * PU(€) Tx RO (%) RC(%) A.M.(%) Aut RB(€) Déjà rbs.(€) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ET - Cliniques 8 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ajouter | | | | | | | | | | Ajouter et Garder la saisie | | | | | | | | | |

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 | | Ville | 910002773 | N° de Titre | 0036125 |
| N° ENTREE : 005133365 | | ETABL : C.H. SUD FRANCILIEN | 910020254 | Emis et rendu exécutoire le | 05/04/16 |
| SIRET : 26910004600318 | | | | N° Bordereau | 130 |
| Nom : BEN ALI HOUDA | | le : 16/12/1979 | | N° Forfait | 1 |
| Née : BOUZAIENNE | | à : SOUSSE | | Exercice | 2016 |
| ENTREE : 07/03/16 SORTIE : 07/03/16 | | PFS : SF | | | |
| 5 RUE CHARLIE CHAPLIN | | Nom : BOUZAIENNE HOUDA | | | |
| 91080 COURCOURONNES | | 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 | | Réf. Débit : 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 |
| | CCAM ACTE TM | 1 | 96.00 | 0.00 | 20 | 19.20 |
| | CCAM ACTE TM | 1 | 56.00 | 0.00 | 30 | 16.80 |
| | CCAM ACTE TM | 1 | 36.40 | 0.00 | 30 | 10.92 |
| | PARCOURS DE SOINS : | 0 | | | | |
| | PARTIE A CONSERVER | | | | | |
| TOTAL TVA | | | | | | DMT : 124 |
| TOTAL HT | | | | | | DMT : 124 |
| 62.10 | | | | | | DMT : 062 |
| A PAYER | | | | | | DMT : 062 |

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

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 | | |

| | | | |
|--|---------------------------|---------|------------|
|  | Fiche de consigne almerys | 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
 * = Au moins un champ est obligatoire.
 Spécialité : ET - Cliniques Début : 01/04/16 Fin : 01/04/16 Acte : SE1 Major. : 75 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 : DMT Réalisateur : CAS : Non
 Oui 07 - Consultations, soins

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 |