



**SERVICE DE GESTION DU TIERS PAYANT
« FRAIS DE SANTE »**

CONDITIONS GENERALES

CONDITIONS GENERALES

SOMMAIRE

DEFINITIONS

1. OBJET DU CONTRAT

2. FOURNITURE DE LA PRESTATION

2.1 INSTALLATION ET RECETTE

2.2 MISE EN ŒUVRE CIBLEE

2.3 MISE EN ŒUVRE GENERALISEE

3. DESCRIPTION DES TRAITEMENTS EFFECTUES AU TITRE DE LA PRESTATION

3.1 SERVICE DE BASE : SERVICE DE TIERS SIMPLE

3.1.1 RECEPTION ET INTEGRATION DES FLUX DE DONNEES

3.1.2 COLLECTE ET ACHEMINEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

3.1.3 TRAITEMENT DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

3.1.4 DETERMINATION DU DESTINATAIRE DU PAIEMENT

3.1.5 TRAITEMENT DES REJETS

3.1.6 CONTESTATIONS DES FACTURES SUBROGATOIRES

3.1.7 GESTION DES INDUS

3.1.8 CONTROLE DES DOUBLONS

3.1.9 CONCEPTION DES SUPPORTS ET EDITION DES CARTES DE DROITS

3.2 SERVICES COMPLEMENTAIRES

3.2.1 SERVICE DE TRAITEMENT DES DEMANDES DE PRISE EN CHARGE TIERS PAYANT COMPLEXE)

3.2.2 SERVICE DE GESTION DES INTEGRATIONS NOEMIE

3.2.3 SERVICE DE GESTION DE LA FACTURATION DES ECHANGES NOEMIE FACTURES PAR LES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

3.3 PAIEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE

3.4 DELAIS D'EXECUTION

3.5 HISTORISATION ET CERTIFICATION DES DONNEES

3.6 CONSERVATION ET CONTROLE DES DOCUMENTS

4. RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE

5. MANDAT EXPRES

5.1 OBLIGATION DE REMBOURSEMENT

- 5.2 CONSTITUTION D'UNE PROVISION
- 5.3 ACTUALISATION DE LA PROVISION
- 5.4 GARANTIE DU CLIENT

- 6. RESPONSABILITE D'ALMERYS
- 7. TRAITEMENT DES ANOMALIES
- 8. OBLIGATIONS DU CLIENT
 - 8.1 TRANSMISSION DES DONNEES DE BASE
 - 8.2 IDENTIFICATION DES BENEFICIAIRES
 - 8.3 DETERMINATION DE LA COUVERTURE
 - 8.4 CARTE DE TIERS PAYANT
 - 8.5 RAPPROCHEMENT DES LIQUIDATIONS

- 9. DONNEES DU CLIENT
- 10. PROPRIETE INTELLECTUELLE
- 11. CONDITIONS FINANCIERES
 - 11.1 PRIX
 - 11.2 REVISION DE TARIFICATIONS
 - 11.3 MODALITES DE FACTURATION ET DE REGLEMENT

- 12. DUREE
- 13. FIN DU CONTRAT
 - 13.1 FIN ANTICIPEE
 - 13.2 CONSEQUENCES DE LA FIN DU CONTRAT

- 14. MODIFICATION DU CONTRAT
- 15. CESSION DU CONTRAT
- 16. CONFIDENTIALITE
- 17. DECLARATION ET ACCES AUX FICHIERS INFORMATISES
- 18. FORCE MAJEURE
- 19. SUSPENSION DU CONTRAT
- 20. NON VALIDITE PARTIELLE
- 21. NON RENONCIATION
- 22. NOTIFICATION
- 23. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE



ANNEXES TECHNIQUES AUX CONDITIONS GENERALES

ANNEXE 1 (sans objet)	Normes d'échanges des limites et forfaits
ANNEXE 2	Description de la Norme d'échanges des fichiers "Bénéficiaires"
ANNEXE 3	Descriptif Intégration Noémie
ANNEXE 4	Descriptif des cartes et paramétrage des éditions
ANNEXE 5	Contrôles effectués par ALMERYS sur les flux prestations
ANNEXE 6 (sans objet)	Règles d'émission des Prises en Charge (Optique, Dentaire, Hospitalisation)
ANNEXE 7	Fonds de roulement prestations
ANNEXE 7 BIS (sans objet)	Fonds de roulement factures des caisses maladie obligatoire réglées par Almerys
ANNEXE 8	Règles de gestion des indus
ANNEXE 9	Signalement des anomalies et demandes d'évolution (AGLAE)



CONDITIONS GENERALES

Il est tout d'abord précisé que les présentes conditions générales décrivent l'ensemble des services proposés par Almerys.

En effet, ALMERYYS est un prestataire de services dans le domaine du traitement industriel des données relatives au paiement des frais de santé.

Dans le cadre d'un service de base communément appelé Tiers-Payant frais de santé (le "Tiers-Payant"), le CLIENT permet à chacun de ses Bénéficiaires (le "Bénéficiaire") de ne pas régler aux Professionnels de santé (les "Professionnels de santé") acceptant ce service, la part des frais de santé engagés qui excède la part prise en charge par les régimes obligatoires dans les conditions prévues au contrat d'assurance santé liant le CLIENT au Bénéficiaire.

Un certain nombre de services complémentaires à ce service de base peuvent être fournis par Almerys.

Les Conditions Particulières déterminent les services souscrits par le CLIENT.

Les présentes Conditions Générales, les Conditions Particulières et les Annexes expriment l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Elles prévalent sur toute proposition, échanges de lettres antérieures à sa signature ainsi que sur toute autre disposition figurant dans les documents existant entre les parties et relatifs à l'objet du Contrat.

En cas de divergence existant entre les dispositions figurant dans ces documents, l'Accord cadre, les conditions particulières et les Annexes prévaudront sur les Conditions Générales.

Le présent Contrat ne pourra être modifié que par un avenant signé par les deux parties.

DEFINITIONS

Anomalie Bloquante : on entend par Anomalie Bloquante tout dysfonctionnement relatif aux fichiers, aux programmes ou au matériel rendant impossible la fourniture de la Prestation.

Assuré : toute personne bénéficiant d'un contrat d'assurance complémentaire santé et possédant son propre numéro national d'identification (NNI : identifiant Sécurité Sociale).

Bénéficiaire : toute personne couverte par un contrat d'assurance complémentaire maladie souscrit auprès du CLIENT.

Client : le signataire du présent Contrat.

Données : informations personnelles transmises par le CLIENT au moyen de fichiers et relatives à l'identité, aux garanties, aux droits, aux consommations sur limites et forfaits et aux prestations des bénéficiaires au titre du contrat d'assurance complémentaire.

DPEC : Demande de prise en charge

Facture subrogatoire : tout document ou support matérialisant la créance d'un Professionnel de santé.

Facture almerys : document matérialisant la créance d'ALMERYYS à l'égard du CLIENT au titre des services décrits au présent contrat.

Heures ouvrées : du lundi au vendredi de 9 h 00 à 12 h 00 et de 14 h 00 à 18 h 00.

Jours ouvrés : du lundi au vendredi hors jours fériés.

Liquidation des droits à prestations ou Liquidation : opération consistant à déterminer le montant des prestations à verser et à procéder au paiement des sommes correspondantes.

Mise en instance : désigne la facture dont le traitement, du fait du paramétrage des systèmes ALMERYYS, est différé en raison soit de l'absence de certaines informations soit de la nécessité d'effectuer certains contrôles.

NOEMIE : norme d'échange entre les différents intervenants du système d'assurance maladie (régimes obligatoires, organismes complémentaires et professionnels de santé).

OCT : organisme concentrateur technique

Professionnel de santé : tout professionnel réalisant des prestations remboursables au titre de l'assurance maladie obligatoire et/ ou de l'assurance maladie complémentaire.

Rejet : désigne la facture pour laquelle le contrôle effectué lors du traitement par les systèmes ALMERYS a rendu la liquidation impossible.

Tiers payant simple : désigne le tiers payant réalisé pour des prestations ou des soins ne nécessitant pas d'accord préalable ou non soumis à limite et forfait.

Tiers payant complexe : désigne le tiers payant réalisé pour des prestations ou des soins nécessitant un accord préalable ou soumis à limite et forfait

1. OBJET DU CONTRAT

ALMERYS s'engage à fournir au CLIENT les prestations retenues par le CLIENT pour les Bénéficiaires qu'il désigne et telles que mentionnées dans les Conditions Particulières du présent Contrat (collectivement la "Prestation").

Au titre de la Prestation le CLIENT peut bénéficier des services ci-après décrits :

1° - Le service de généralisation du Tiers Payant comprenant également le traitement des demandes de prise en charge Optique, Dentaire et Hospitalisation.

2° - Le service d'intégration NOEMIE auprès des Régimes Obligatoires Maladie retenus par le CLIENT tels que définis dans les Conditions Particulières.

3° - Le service de gestion de la facturation des frais de transmission des images décomptes NOEMIE par les caisses d'assurance maladie obligatoire.

ALMERYS s'engage à maintenir le périmètre fonctionnel de ses services et à réaliser les développements nécessaires à leur adaptation aux évolutions législatives et réglementaires du système de santé.

2. FOURNITURE DE LA PRESTATION

Dans le cas où le CLIENT confie à une société extérieure la tâche de l'accompagner au cours de la phase de mise en œuvre ciblée, ALMERYS et cette société collaboreront sous la conduite du CLIENT. Il est à ce titre précisé que le CLIENT se fait fort de mettre à la charge de cette société la définition des outils et des règles de gestion de son

système d'information, des procédures et des interfaces avec ALMERYS.

2.1 INSTALLATION ET RECETTE

La phase d'installation consiste à planifier et exécuter toutes les actions permettant de lancer la recette de la prestation dans le respect des dispositions stipulées à l'article 1 des Conditions Particulières relatif au Périmètre des services souscrits par le CLIENT.

ALMERYS et le CLIENT s'engagent à faire collaborer leurs équipes à l'élaboration du planning d'installation et à veiller au respect des délais d'exécution fixés dans ledit planning.

• ALMERYS s'engage notamment, et ce sans que cette liste soit limitative, à :

- déterminer les conditions de mise en œuvre de la Prestation,
- arrêter la liste des catégories de Professionnels de santé pour lesquelles le CLIENT souhaite que le Tiers Payant puisse être pratiqué (Annexe 1 des Conditions Particulières),
- déterminer, pour chaque catégorie de Professionnels de santé retenue par le CLIENT, la liste des actes pour lesquels le Tiers payant simple peut être pratiqué;
- déterminer et réaliser les développements spécifiques.
- déterminer les processus d'échanges d'informations entre ALMERYS et le CLIENT et mettre en œuvre les modules correspondants (Annexes 1 et 2)
- arrêter les règles de gestion comptable et financière (Annexes 7 et 8)
- déterminer et valider le paramétrage des garanties (Annexe 2) et les niveaux de contrôle
- déterminer le contenu de la carte de tiers payant, le paramétrage des éditions et les conditions d'expédition des cartes de tiers payant.

• Le CLIENT s'engage notamment, et ce sans que cette liste soit limitative, à :

- valider la liste des catégories de Professionnels de santé établie par ALMERYS pour lesquelles il souhaite que le Tiers Payant puisse être pratiqué (Annexe 1 des Conditions Particulières),

- prendre connaissance, pour chaque catégorie de Professionnels de santé, de la liste des actes pour lesquels le Tiers payant peut être pratiqué;
- réaliser les développements spécifiques nécessaires à l'interfaçage de son Système d'information avec celui d'ALMERYS ;
- valider les processus d'échanges d'informations entre ALMERYS et le CLIENT et mettre en œuvre les modules correspondants (Annexes 1 et 2)
- mettre en œuvre les règles de gestion comptable et financière arrêtées conjointement avec ALMERYS (Annexes 7 et 8)
- valider le paramétrage des garanties (Annexe 2) et les niveaux de contrôle
- valider le contenu de la carte de droits, le paramétrage des éditions et les conditions d'expédition des cartes de droits.

A l'issue de la phase d'installation les équipes d'ALMERYS et du CLIENT procèdent aux opérations de recette permettant d'une part de contrôler l'efficacité des traitements et de leurs résultats, et d'autre part de valider le fonctionnement d'ensemble.

La phase d'installation s'achève par la signature du procès verbal de Recette signé conjointement par ALMERYS et le CLIENT.

La Prestation peut se dérouler en deux phases : une première phase de mise en œuvre ciblée, une seconde phase de mise en œuvre généralisée.

2.2 MISE EN ŒUVRE CIBLEE

Aux fins de permettre l'intégration des systèmes d'informations respectifs d'ALMERYS et du CLIENT, il peut être procédé à une première phase ciblée au cours de laquelle les équipes techniques des deux parties collaboreront afin de réaliser et mettre en œuvre les solutions correspondant aux attentes du CLIENT dans le cadre de l'offre de services ALMERYS pour paramétrer et tester les systèmes.

Dans l'hypothèse de la réalisation d'une telle phase, le périmètre d'intervention serait défini dans les Conditions Particulières.

2.3 MISE EN ŒUVRE GENERALISEE

La phase de mise en œuvre généralisée consiste à étendre progressivement le périmètre de la Prestation aux Bénéficiaires ayant souscrit un contrat de prestation de santé complémentaire auprès du CLIENT tels que définis dans les Conditions Particulières, quel que soit le lieu de réalisation des prestations en France et dans les DOM.

Les modalités de déploiement des services de Tiers Payant sont décrites dans les Conditions Particulières du présent Contrat.

Le déploiement des services de Tiers Payant pourra être réalisé en plusieurs étapes.

Le plan de déploiement des services ALMERYS pour le CLIENT figure à l'article 1 des Conditions Particulières du présent Contrat.

3. DESCRIPTION DES TRAITEMENTS EFFECTUES AU TITRE DE LA PRESTATION

3.1 SERVICE DE BASE : SERVICE DE TIERS PAYANT SIMPLE

3.1.1 Réception et intégration des flux de données

Les données concernant notamment les Bénéficiaires, leurs garanties, leurs droits et les prestations dont ils bénéficient au titre de leurs contrats, sont transmises à ALMERYS par le CLIENT selon la fréquence définie dans les Annexes 1 et 2.

ALMERYS met en œuvre les moyens nécessaires afin d'assurer l'intégration dans son système d'information des données transmises par le CLIENT dans les 24 Heures ouvrées suivant leur réception sur son site de traitement.

ALMERYS a la responsabilité de prendre en compte ces données, dans les conditions ci-dessus définies, pour la réalisation des traitements que lui a confiés le CLIENT. A défaut, ALMERYS pourrait voir sa responsabilité engagée par le CLIENT et devoir supporter le coût des prestations indues correspondantes.

Les données, en fonction de leur nature, sont formatées conformément aux normes d'échanges définies communément en annexe 2 et transmises conformément aux règles et procédures arrêtées.

Toute modification des normes d'échanges, des règles et procédures fait l'objet préalablement à son entrée en vigueur de l'adoption d'une annexe modificative précisant sa date d'effet.

3.1.2 Collecte et acheminement des demandes de remboursement

a- Service de Tiers Payant

ALMERYS s'engage à collecter ou recevoir sur ses sites, ainsi qu'à acheminer sur leur site de traitement, les factures émises par les Professionnels de santé relatives aux prestations des Bénéficiaires.

La collecte ou la réception interviennent aussi bien en direct à partir des flux émis à la source à partir du poste de travail du Professionnel de santé qu'à partir des flux sources émis par les OCT, ou encore à partir des outils ALMERYS (Internet, API ALMERYS à savoir Application Programming Interface, logiciels interfaçés) et quelle que soit la norme utilisée en émission.

ALMERYS reçoit les factures de remboursement et les bordereaux papiers adressés par le Professionnel de santé dans le cadre de la pratique du Tiers Payant.

ALMERYS reçoit les images décomptes NOEMIE émises par les organismes obligatoires maladie.

ALMERYS transmet tous les autres flux (pour paiement éventuel au Bénéficiaire) au CLIENT ou à l'organisme gestionnaire désigné par lui. ALMERYS met en œuvre l'ensemble des infrastructures, matériels et logiciels, pour diligenter cette mission au plus tard dans le jour ouvré suivant la réception des supports ou des données)

ALMERYS conserve pour traitement l'ensemble des supports ci-dessus décrits en fonction des services retenus par le CLIENT

b- Service de concentration des flux Noémie

ALMERYS s'engage à collecter ou recevoir sur ses sites, ainsi qu'à acheminer sur leur site de traitement, les images décomptes NOEMIE émises par les organismes obligatoires maladie relatives aux prestations à payer aux Bénéficiaires.

3.1.3 Traitement des demandes de remboursement

ALMERYS traite les demandes de remboursement à régler au Professionnel de santé en fonction de l'état des informations transmises par le CLIENT, du praticien ayant réalisé les actes, de la facture qu'il émet et des engagements pris.

Les éléments pris en compte par rapport à la date de réalisation des prestations de santé sont notamment :

- les informations portées sur sa carte (droits ouverts pour une catégorie d'acte),
- les prises en charges accordées,
- la présence du Bénéficiaire,
- l'ouverture de ses droits,
- les conditions prévues à sa garantie et les éventuels forfaits et limites disponibles,
- des éléments présentés sur la facture.

3.1.4 Détermination du destinataire du paiement

A l'issue de ces traitements, ALMERYS détermine quatre types de prestations dans le cadre du Tiers Payant :

- les prestations à payer au Professionnel de santé,
- les prestations à payer au Professionnel de santé mais à récupérer auprès du Bénéficiaire (indus Bénéficiaires qui seront transmis au CLIENT pour récupération par celui-ci ; par exemple cas de prestations délivrées au vu de la carte pour un Bénéficiaire radié n'ayant pas rendu sa carte).
- les prestations rejetées (procédures non respectées par le Professionnel de santé, prestation non couverte par la garantie, droits fermés ou prestations déjà payées).
- les prestations à récupérer a posteriori auprès du Professionnel de santé (rejet régime obligatoire, requalification du montant régime obligatoire...) (cf : Annexe 8).

ALMERYS transmet au CLIENT par télétransmission chaque jour ouvré, les données administratives et comptables résultant des traitements qu'elle a effectués afin de procéder à la mise à jour des fichiers du CLIENT.

Chaque enregistrement concernant une demande de remboursement traitée comportera les informations listées en Annexe 5.

Les modalités et les délais de traitement sont conformes aux termes conventionnels qui lient ALMERYS et le Professionnel de santé.

Paielement à partir des flux NOEMIE

ALMERYS procède au remboursement des prestations dues au Professionnel de santé après vérification de la présence dans les flux Noémie des informations certifiant que celui-ci a bien pratiqué le Tiers Payant sur la part complémentaire.

Le CLIENT peut souhaiter qu'ALMERYS ne procède pas directement au paiement de prestations sur la base des seules informations contenues dans les flux Noémie. Les conditions de traitement et de règlement des prestations devront alors être clairement définies dans les Conditions Particulières.

Le CLIENT reconnaît que cette restriction imposée à ALMERYS est de nature à réduire le champ d'application du Tiers Payant pour ses Bénéficiaires dans la mesure où certains Professionnels de santé choisissent de ne télétransmettre que des flux Noémie. (ou en direction du régime obligatoire)

3.1.5 Traitements des Rejets

A l'issue, du traitement des factures reçues et des contrôles de Liquidation, ALMERYS codifie les Rejets et applique, en fonction de leur nature, les règles de gestion décrites en Annexe 5.

Le traitement de certains Rejets nécessite un rapprochement des informations du CLIENT et de celles communiquées à ALMERYS :

a - Le Bénéficiaire est réellement absent des bases ALMERYS (ce cas correspond aux Bénéficiaires ne possédant pas de carte de droits ALMERYS), soit qu'il n'est pas connu du CLIENT, soit que le CLIENT ne l'a pas encore déclaré à ALMERYS, dans ce cas ALMERYS rejette la facture et informe le Professionnel de santé du Rejet et de son motif.

b - Les informations d'identification du Bénéficiaire figurant sur la facture ne correspondent pas aux informations l'identifiant dans les systèmes ALMERYS. Toutefois le Bénéficiaire est bien en possession d'une carte de Tiers Payant dont on

présume qu'elle a été présentée au Professionnel de santé.

Dans ce cas ALMERYS rapproche les informations afin de déterminer le Bénéficiaire des soins. Si cette opération est positive, ALMERYS règle les prestations dues au Professionnel de santé et informe le CLIENT. Ce dernier se charge alors de contacter le Bénéficiaire afin de collecter les informations d'identification correspondant à celles de la carte Vitale et d'actualiser les systèmes d'informations (sauf cas de multi déclarations Vitale: Cf. Article 8-2 – Obligation du CLIENT – Identification des Bénéficiaires

3.1.6 Contestation des factures subrogatoires

ALMERYS se charge du traitement des Rejets de demande de remboursement notifiés au Professionnel de santé et de la récupération, auprès de ces derniers, des éventuels indus.

Hormis le cas éventuel de ses erreurs de traitement, il n'est pas de la responsabilité d'ALMERYS de traiter des contestations portant sur le bien-fondé du règlement d'une facture subrogatoire qui lui est présentée au nom d'un Bénéficiaire dès lors qu'une prise en charge et/ou une carte d'adhérent ont/a été délivrée(s) conformément aux données et conditions de traitement fournies par le CLIENT.

Ces contestations sont du ressort direct du CLIENT ou de toute personne qu'il délèguera et du Professionnel de santé ou de l'OCT.

3.1.7 Gestion des indus

ALMERYS s'engage à récupérer auprès des Professionnels de santé les sommes indûment versées par suite d'une mauvaise transmission du Professionnel de santé ou de son opérateur technique, d'une requalification de l'acte par le régime obligatoire de la Sécurité sociale, d'une anomalie dans la télétransmission des informations de la part du régime obligatoire de la Sécurité sociale ou d'une anomalie de traitement de la part d'ALMERYS.

Les conditions d'intégration de ces indus dans le Système d'information du CLIENT et la restitution des sommes correspondantes sont définies en Annexe 8.

Le CLIENT fournira à ALMERYS les coordonnées bancaires du compte sur lequel seront versées les sommes récupérées auprès des Professionnels de santé correspondant à des indus.

3.1.8 Contrôle des doublons

a- Contrôle a priori

ALMERYS détecte les risques de double paiement de prestations en effectuant des contrôles intra journée et inter journées selon les modalités décrites en Annexe 5.

Ces contrôles consistent à effectuer systématiquement des rapprochements entre les prestations à liquider (B2, Noémie, papier) et les prestations déjà liquidées. Ces contrôles portent notamment sur le numéro de Professionnel de santé, le numéro de facture, le numéro du Bénéficiaire, le type d'actes, le montant des actes, la date de délivrance ou la date de l'acte, le total de la facture et la date de la facture.

b- Contrôle a posteriori

ALMERYS peut, à la demande du CLIENT, effectuer le contrôle des doublons à partir des informations transmises à cette fin par le CLIENT au moyen d'un fichier d'échange et à chaque mise à jour concernant l'état des prestations liquidées et/ou réglées au Bénéficiaire.

3.1.9 Conception des supports et édition des cartes de droits

ALMERYS émet à destination des Bénéficiaires, et pour le compte du CLIENT des cartes dont les informations, notamment la période de validité des droits et le périmètre de Tiers Payant, sont conformes aux règles déterminées à l'Annexe 4.

Ces cartes sont présentées par les Bénéficiaires aux Professionnels de santé dont les spécialités sont couvertes par le service de Tiers Payant souscrit par le CLIENT étant précisé que toutes ces spécialités ne figurent pas nécessairement sur la carte de Tiers Payant. En effet, le nombre de colonnes mentionnant les spécialités étant limité à dix sur la carte, le CLIENT devra choisir les spécialités qu'il souhaite voir affichées.

Les cartes de tiers payant sont à la charge du Client ainsi que la destruction des fonds de carte commandés et non utilisés par le Client.

Les conditions d'expédition et de facturation des cartes de tiers payant (en ce compris la destruction

des fonds de carte) sont déterminées dans les Conditions particulières.

ALMERYS et le CLIENT s'engagent à définir ensemble et respecter la procédure de validation du lancement des éditions périodiques des cartes décrite en Annexe 4.

3.2 SERVICES COMPLEMENTAIRES

3.2.1 Service de traitement des demandes de prises en charge (Tiers payant complexe) :

a- Réception et traitements des demandes

ALMERYS met en œuvre les moyens nécessaires afin de faire évoluer les logiciels « métier » des Professionnels de santé par une démarche auprès des éditeurs de logiciels visant à promouvoir les évolutions de leurs produits de telle sorte que l'interrogation des bases ALMERYS pour demande de prise en charge soit réalisée automatiquement par le système, sans charge de travail supplémentaire pour le praticien.

ALMERYS met en œuvre une pluralité de solutions techniques afin de permettre au Professionnel de santé d'obtenir une réponse à sa demande de prise en charge en temps réel en utilisant, autant que faire se peut, les outils dont il est déjà utilisateur (Internet, logiciel métier, terminal bancaire, lecteur de carte communiquant, téléphone).

Les demandes de prise en charge peuvent également être adressées à ALMERYS pour traitement par ses services soit par courrier soit par fax.

Dans ce dernier cas, ALMERYS s'engage à traiter les demandes de prises en charge reçues des Professionnels de santé relatives aux Bénéficiaires du CLIENT dans les 48 heures suivant leur réception.

ALMERYS délivre au Professionnel de santé inscrit auprès de ses services, des prises en charges conformes aux dernières données actualisées par le CLIENT, conformément aux délais d'intégration prévus et aux règles déterminées pour l'émission des prises en charge (Annexe 6).