

TOUT SAVOIR SUR ROC

EN 4 ÉTAPES



PHASE 1

En amont de la venue du patient, ses données de couverture AMC (assurance maladie complémentaire) sont vérifiées. Le patient est informé si ses données ne sont plus valables. Le cas échéant, il est invité à mettre à jour ses informations et à compléter son dossier administratif.

PHASE 2

Le jour de la venue du patient, ses données de couverture AMC sont collectées (si elles ne l'ont pas déjà été) et vérifiées par le système d'information hospitalier. En cas d'hospitalisation, un service permet de simuler le montant que prendrait en charge l'AMC sur la base des prestations décrites par l'établissement. Le patient est alors informé de l'existence éventuelle d'un reste à charge. Les modalités de recouvrement prévues par l'établissement (paiement à l'entrée, paiement à la sortie, paiement par débit carte) sont appliquées.



PHASE 3

Tout au long du séjour en hospitalisation, de nouvelles simulations de la part prise en charge par l'AMC sont réalisées si des modifications interviennent. Le patient peut alors être informé de l'évolution de son reste à charge en temps réel.

PHASE 4

A la sortie du patient ou a posteriori, l'AMC calcule la part qu'elle prend en charge et la transmet à l'établissement avec un engagement de paiement. La facture AMC est ensuite télétransmise. Quelques jours plus tard, l'AMC transmet son retour (rejet ou acceptation) à l'établissement sous forme dématérialisée et, s'il y a lieu, effectue le virement dans un délai maximum de 12 jours.

