

# PHOSPHORIA

par L'Entreprise Médicale



## FORMATION **EXPERTE**

OPTIMISER ET SÉCURISER LES PROCÉDURES D'ADMISSION  
ET DE FACTURATION

EXPERT INTERVENANT :

Véronique PRUDHOMME

*attachée d'administration hospitalière*



Paris / Malakoff  
03 et 04 juin. 2025



Paris / Malakoff  
16 et 17 oct. 2025

# OPTIMISER ET SÉCURISER LES PROCÉDURES D'ADMISSION ET DE FACTURATION

 2 jours

 1 065 € TTC

 03-04/06/2025 - Paris / Malakoff  
16-17/10/2025 - Paris / Malakoff

 Disponible  
en intra

## OBJECTIFS

- Comprendre les enjeux de la qualité d'admission et de facturation : appréhender l'importance de la qualité dans l'admission des patients et la facturation des soins pour assurer une gestion efficace et sécurisée
- Sécuriser les procédures d'admission : maîtriser les différentes situations d'admission et fiabiliser le recueil et le traitement des informations pour minimiser les erreurs
- Identifier les axes d'amélioration : optimiser les procédures d'admission et la chaîne accueil-facturation-recouvrement en repérant les opportunités de perfectionnement

## PROGRAMME

### I. COMPRENDRE LES ENJEUX LIÉS À LA QUALITÉ DE L'ACCUEIL ET DE LA FACTURATION

- Connaître les éléments-clés du financement des établissements de santé
- Maîtriser les modalités de facturation en hospitalisation et en soins extrêmes

### II. SÉCURISER LES PROCÉDURES D'ADMISSION ET OPTIMISER LA CHAÎNE ACCUEIL-FACTURATION-RECouvreMENT

- Maîtriser les différentes situations d'admission (régimes obligatoires d'assurance maladie, partie complémentaire)
- Fiabiliser le recueil et sécuriser le traitement des informations
- Mettre en place des procédures adaptées et une organisation optimale

### III. IDENTIFIER LES AXES D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

- Sécuriser le parcours administratif du patient
- S'adapter à FIDES et aux projets associés
- Redéfinir la politique d'encaissement et anticiper les rejets de facturation
- Développer les partenariats internes et externes
- Atelier pratique

### IV. ÉVALUATION DE LA SESSION

## MODALITÉS PÉDAGOGIQUES

Méthodes mobilisées :

- Apports théoriques
- Travail d'analyse et d'échange à partir des expériences des stagiaires et de l'expert-formateur
- Ateliers pratiques
- Séance de questions-réponses
- Evaluation pré-post formation

## PROFIL DES INTERVENANTS

- Véronique PRUDHOMME : attachée d'administration hospitalière
- Expert membre du réseau Phosphoria

## PUBLIC CONCERNÉ

- Responsables et personnels du bureau des entrées (service des admissions)
- Responsables et personnels chargés de la facturation
- Responsables et personnels de la direction des affaires financières
- Coordinatrices et secrétaires médicales/AMA des pôles d'activité
- Cadres et personnels administratifs des pôles d'activité

## LES + PHOSPHORIA

- Approche complète et sécurisée : optimisation et sécurisation des procédures d'admission et de facturation
- Outils et méthodes pratiques : utilisation d'outils spécifiques et d'ateliers pratiques
- Expériences partagées : apprentissage par les échanges et retours d'expérience
- Support continu : accompagnement et ressources pour la mise en œuvre des bonnes pratiques

# BULLETIN D'INSCRIPTION

VALANT CONVENTION SIMPLIFIÉE DE LA FORMATION CONTINUE

Merci de bien vouloir retourner ce document complété à [formation@phosphoria-formation.fr](mailto:formation@phosphoria-formation.fr)



Organisme de formation spécialisé du secteur sanitaire et médico-social  
Déclaration d'activité n° 1192 08550 92 (cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'État) ODP n°1502

**Référence module : MOD\_00570 : Optimiser et sécuriser les procédures d'admission et de facturation**

|  |  |   |
|--|--|---|
| Tarif individuel : 1 065 €   | ▼ Choisir votre session :<br>Durée : 2 jours - 14h de 9h00 à 17h00 |   |
| <b>Notre offre exclusive à la commande :<br/>pour 2 participants à la même formation -10%<br/>pour 3 participants à la même formation -25%</b> | <input type="checkbox"/> 03-04/06/2025 - Paris / Malakoff          | <input type="checkbox"/> 16-17/10/2025 - Paris / Malakoff |

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 1

|  |                                |                                    |   |
|--|--------------------------------|------------------------------------|---|
| ▼ Civilité<br><input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr. | ▼ Prénom : .....               | ▼ Nom : .....                      | ▼ Besoin d'assistance si situation de handicap :<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ► Fonction (Métier) :  |                                |                                    |   |
| ▼ N°RPPS   | ▼ Adresse e-mail (Obligatoire) | ▼ Téléphone portable (Obligatoire) |   |
| .....  | .....                          | .....                              |   |

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 2

|  |                                |                                    |   |
|--|--------------------------------|------------------------------------|---|
| ▼ Civilité<br><input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr. | ▼ Prénom : .....               | ▼ Nom : .....                      | ▼ Besoin d'assistance si situation de handicap :<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ► Fonction (Métier) :  |                                |                                    |   |
| ▼ N°RPPS   | ▼ Adresse e-mail (Obligatoire) | ▼ Téléphone portable (Obligatoire) |   |
| .....  | .....                          | .....                              |   |

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 3

|  |                                |                                    |   |
|--|--------------------------------|------------------------------------|---|
| ▼ Civilité<br><input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr. | ▼ Prénom : .....               | ▼ Nom : .....                      | ▼ Besoin d'assistance si situation de handicap :<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ► Fonction (Métier) :  |                                |                                    |   |
| ▼ N°RPPS   | ▼ Adresse e-mail (Obligatoire) | ▼ Téléphone portable (Obligatoire) |   |
| .....  | .....                          | .....                              |   |

## RENSEIGNEMENTS DE LA PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER

Cocher cette case si la personne en charge du dossier et le participant sont la même personne

|  |                  |   |
|--|------------------|---|
| ► Civilité : <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr.  | ► Prénom : ..... | ► Nom : .....   |
| ▼ Fonction (Métier) :  |                  | ▼ Service ou Pôle d'appartenance :  |
| <input type="checkbox"/> Directeur des affaires médicales<br><input type="checkbox"/> Directeurs des soins<br><input type="checkbox"/> Dir/Resp de la formation continue |                  | <input type="checkbox"/> Dir/Resp des ressources humaines<br><input type="checkbox"/> Responsable administratif<br><input type="checkbox"/> Autre : ..... |
| ► Adresse e-mail (Obligatoire) : .....   |                  | ► Téléphone (Obligatoire) : .....   |

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTABLISSEMENT

|  |  |                           |
|--|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Établissement         | <input type="checkbox"/> Personne Physique |                           |
| ► Raison Sociale : .....                       |  | ► Numéro de SIRET : ..... |
| ► Adresse (numéro, voie et complément) : ..... |  |                           |
| ► Code Postal : .....                          | ► Ville : .....                            |                           |

## SERVICE FACTURATION

Cocher si identique à l'adresse du service formation

|  |                 |   |                                   |
|--|-----------------|---|-----------------------------------|
| ► Prénom : .....   | ► Nom : .....   | ► E-mail : .....  | ► Téléphone : .....               |
| ▼ Frais d'inscription pris en charge par :                                       |                 | ▼ Subrogation financière par :  |                                   |
| <input type="checkbox"/> L'Établissement<br><input type="checkbox"/> Participant |                 | <input type="checkbox"/> ANFH<br><input type="checkbox"/> Autre OPCO<br><input type="checkbox"/> Autre (préciser) : ..... |                                   |
| ► Raison Sociale : .....   |                 | ► Facturation sur Chorus Pro : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                  | ► Si oui, N° d'engagement : ..... |
| ► Adresse (numéro, voie et complément) : .....                                   |                 |   |                                   |
| ► Code Postal : .....  | ► Ville : ..... | ► E-mail : .....  |                                   |

## SIGNATURES ET CACHETS (Incluant les Conditions Générales de Vente)

|                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| Fait à.....le ..... | Fait à.....le .....   |
| Le client           | L'Entreprise Médicale |

# POURQUOI CHOISIR PHOSPHORIA

par L'Entreprise Médicale

Un savoir-faire pédagogique éprouvé depuis 26 ans

4000 professionnels de santé formés chaque année et plus de 200 formateurs experts santé

300 formations en management, organisation de soins, droits et responsabilités, qualité et gestion des risques, stratégie et performance

Membre du Groupe MNH, une priorité donnée à la santé physique et psychologique des soignants

## CONDITIONS GÉNÉRALES DE VENTE

### CONTACT

Si besoin d'une assistance en rapport avec une situation de handicap contactez-nous :

par téléphone : 01 47 24 07 99 - par mail : [formation@phosphoria-formation.fr](mailto:formation@phosphoria-formation.fr)

### PARTICIPATION

Les prix hors taxe par participant sont indiqués sur le programme de chaque formation inter-entreprise. Les formations intra-entreprise font l'objet d'un devis.

Ce prix non soumis à TVA comprend :

la participation à la session de formation, rafraîchissements, boissons chaudes et viennoiseries (présentiel). Les déjeuners sont à la charge des stagiaires.

### INSCRIPTION

Dès réception du bulletin d'inscription pour un ou plusieurs participants valant convention simplifiée de la formation continue, une confirmation vous sera adressée. Une convocation et un plan d'accès vous seront adressés ultérieurement.

**Notre offre exclusive à la commande :**

**pour 2 participants à la même formation -10%**

**pour 3 participants à la même formation -25%**

### MODALITÉS DE PAIEMENT

Le règlement du prix de la formation a lieu à réception de facture. Celui-ci, en précisant toujours le numéro de facture, comptant et sans escompte, est effectué :

- par chèque à l'ordre de l'Entreprise Médicale
- ou

- par virement direct à l'ordre de : Société Générale, compte l'Entreprise Médicale – IBAN : FR76 3000 3033 9100 0200 2557 831 – BIC : SOGEFRPP

Tout paiement postérieur aux dates d'échéance prévues engendrera des pénalités de retard égales à 1,5 fois le taux d'intérêt légal en vigueur.

### CONDITIONS D'ANNULATION ET DE REPORT

La signature du bulletin d'inscription vaut bon de commande et signifie acceptation sans réserve des conditions de participation mentionnées ci-dessous.

**Pour toute annulation dans les 20 jours intervenant avant le premier jour de formation : 50%** du coût total de la formation est due.

**Pour toute annulation intervenant 8 jours avant le premier jour de formation : 100%** du coût total de la formation est due.

Toutefois, Phosphoria offre la possibilité à l'entreprise, avant le début du stage, de remplacer le stagiaire initialement inscrit par une autre personne ayant le même profil et les mêmes besoins en formation, et ce après accord de notre équipe pédagogique et sous condition de retour signé des conventions. Pour les formations intra-établissement : toutes annulations par l'établissement doit être confirmée par écrit, cette dernière entraînera la facturation des frais engagés sur présentation de justificatifs.

**Report des formations :** toute demande de report doit être formulée par écrit et reçue 4 semaines avant le 1<sup>er</sup> jour de la formation.

Les reports d'inscription sur une autre session du même programme de formation jusqu'à la fin de l'année calendaire sont admis moyennant des frais supplémentaires forfaitaires de 95 €, sous réserve du règlement de la facture concernée.

**Annulation des organisateurs :** les organisateurs se réservent la possibilité d'annuler cette formation à tout moment et pour quelque raison que ce soit. Dans la mesure du possible, les stagiaires inscrits sont avertis par écrit. Seuls les frais d'inscription sont remboursés conformément à l'article L.6354-1 du Code du travail, y compris dans l'hypothèse d'une annulation due à un cas de force majeure survenu notamment le jour-même de la formation.

### INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les présentes conditions définissent le cadre de collecte et de traitement des données personnelles par L'Entreprise Médicale lors de l'inscription aux formations. Les données requises sont essentielles à la gestion de l'inscription et à la communication relative aux formations.

L'utilisation des données se limite à ces fins, excluant toute cession à des tiers.

L'Entreprise Médicale garantit la confidentialité et la sécurité des données conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1976. Les participants disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, exerçable par demande écrite.

Pour toutes questions relatives à votre inscription,

merci de contacter l'équipe Administration des ventes : [formation@phosphoria-formation.fr](mailto:formation@phosphoria-formation.fr)

