

RESOBANK

Service de Rapprochement bancaire

Tarif du service *
25 € TTC /mois

Résobank est destiné à faciliter le rapprochement entre :

- les virements reçus en banque émanant de l'assurance maladie
- et les décomptes de règlements (retours électroniques).

Le service « **Résobank** » permet de réaliser de façon automatique le maximum de pointages et de mettre ainsi en évidence les retours d'avis de règlements pour lesquels aucun virement correspondant n'a été trouvé sur le compte bancaire.

Les Fonctionnalités :

RESOBANK

L'alternative
au pointage manuel
de vos règlements

Réception des enregistrements de virements bancaires

Pour que le service Résobank soit possible, il est nécessaire que Résopharma reçoive, de la part de la banque du professionnel de santé, l'image électronique des virements bancaires émis par les organismes de protection sociale.

A cette fin, l'utilisateur doit donner mandat à Résopharma auprès de sa banque, pour l'autoriser à récupérer lesdits enregistrements électroniques de virements.

Traitement automatique des virements (VRT)

Les virements de l'assurance maladie (VRT) sont traités quotidiennement, en recherchant pour chacun d'eux les retours électroniques de règlement correspondants. Il s'agit des retours des caisses, que l'on appelle RSP (rejets Signalement Paiement), et qui sont récapitulés dans le bordereau Résopharma intitulé « Récapitulatif des règlements par jour comptable ».

Le rapprochement automatique conduit à plusieurs résultats :

- Il y a correspondance directe entre un virement et un retour de règlement
- Un même virement peut englober plusieurs retours de règlement
- Plusieurs virements correspondent à un seul retour de règlement
- Aucune correspondance n'est trouvée par Résobank entre virements et retours

RESOBANK

± 95 %
de rapprochements
automatiques

Les Produits « RésoBank » :

Résobank fournit à l'utilisateur deux types de produits

Les Bordereaux papiers journaliers :

A chaque transmission Résopharma indique à la fin de l'Accusé de Réception Technique :

- L'ensemble des rapprochements bancaires effectués depuis la dernière transmission.
- La liste des RSP de plus de 30 jours sans correspondance de virements.
- La liste des virements sans correspondance RSP.

L'interface Web de Consultation :

A partir de l'interface de consultation des flux, un module « Résobank » simple et intuitif permet de visualiser :

- La liste des RAPPROCHES :
Il s'agit de la liste de tous les virements ayant trouvé correspondance. Cette liste peut être triée au choix de l'utilisateur ; la période de consultation peut être ciblée entre 15 et 60 jours.
- La liste des NON RAPPROCHES :
Cette liste affiche face à face, l'état des retours RSP sans virement correspondant et l'état des virements VRT sans RSP. L'utilisateur peut ainsi :
 - Rapprocher manuellement deux ou plusieurs écritures dont la correspondance a échappé à Résobank
 - Ignorer des virements incongrus
 - Trier chacun des états selon plusieurs critères

* Dans le cas d'une gestion multi-compte, une tarification de 6 €TTC/mois sera ajoutée par compte supplémentaire.

SERVICE RESOBANK

Formulaire de Souscription

Je soussigné (e) :

- N° d'identification CPAM

- Exerçant :

- N° de Téléphone N° de Fax

- Nom de la banque

Souscrit au service de Rapprochement Bancaire « **RESOBANK** » du concentrateur technique **RESOPHARMA** auquel je suis abonné par l'intermédiaire de **TSR**, et reconnaît avoir pris connaissance :

- des **fonctionnalités** de service et des produits fournis à l'utilisateur indiqués sur le document de présentation du service Résobank joint à la souscription,
- de l'application du **tarif de 25 €TTC/mois**.
 - Ce tarif inclut les frais bancaires inhérents à la collecte des enregistrements électroniques des virements bancaires pris en charge par Résopharma.
 - Les éventuels frais d'abonnement supplémentaires réclamés par certaines agences ou réseaux bancaires restent à la charge et à l'appréciation du client.
- de l'application d'une majoration de **6 €TTC/mois** par compte bancaire supplémentaire,
- de la date de **prise d'effet de la facturation** qui intervient le premier jour du mois suivant la réception effective des enregistrements de virements électroniques qui déclenchent la procédure de rapprochement bancaire.

Je joins à mon inscription les trois exemplaires complétés, datés et signés, du mandat autorisant la Société Résopharma à recevoir mes enregistrements de virement bancaires par échange électronique.

Bon pour acceptation

Le

Signature

<p>CACHET</p>

Veillez remplir ce formulaire, le signer, le tamponner et le retourner à :
" TSR 414 rue Saint Louis 97460 ST PAUL "
accompagné des 3 exemplaires des mandats bancaires dûment annotés et signés, et d'un RIB



TELETRANSMISSION DES ENREGISTREMENTS DE VIREMENTS RECUS A LA SOCIETE RESOPHARMA

MANDAT

Je soussigné (e) docteur

Adresse

Téléphone :

Client(e) de la BANQUE

Donne, par la présente, autorisation expresse à la banque de mettre à disposition du mandataire les enregistrements de virements reçus des comptes indiqués ci-dessous sur son serveur de télétransmission.

Et donne mandat à RESOPHARMA, le mandataire, pour obtenir, via son abonnement au service de télétransmission de la banque « » , les enregistrements de virements reçus des comptes bancaires dont les numéros suivent :

Liste des Comptes autorisés (joindre un RIB)

Code Banque	Code Guichet	N° de compte	Clé RIB	Domiciliation

Le mandataire s'engage à n'utiliser les informations reçues de la banque que pour les besoins exclusifs de la mission de rapprochement bancaire qui lui est confiée par le mandant. Le mandataire accepte ce mandat.

Le présent mandat est valable jusqu'à révocation expresse formulée par courrier recommandé avec AR adressé à Résopharma avec copie à la banque, ou bien jusqu'à révocation de l'autorisation donnée ci-dessus à la banque étant précisé que cette révocation emportera résiliation immédiate du présent mandat.

Il est rappelé que les comptes du client ne pouvant être lus et les renseignements communiqués qu'après utilisation des mots d'accès (n° abonnement et mot de passe), le mandataire s'engage à les conserver soigneusement et à les tenir secrets. Le client s'interdit donc de poursuivre la banque dans le cas où un tiers en aurait pris connaissance, par quelque moyen que ce soit, que ce tiers en fasse usage ou non.

Fait à, le

Le Client

Signature précédée de la mention

« Bon pour pouvoir »

« Bon pour autorisation donné à la banque »

Fait à, le

Pour RESOPHARMA

Signature précédée de la mention

« Bon pour acceptation de mandat »

Document établi en 3 exemplaires (Médecin, Résopharma, Banque)

RESOPHARMA - 1 rue de la Torpédo 93285 ST DENIS CEDEX

Administration & Etudes : 01 48 13 81 60 - Assistance Technique : 0 820 20 12 29 - Télécopie : 01 48 13 71 69

SA au capital de 295035 € : RCS BOBIGNY B 381 250 323 / SIRET 381 250 323 00023 - APE 723Z – Document ref : E10



TELETRANSMISSION DES ENREGISTREMENTS DE VIREMENTS RECUS A LA SOCIETE RESOPHARMA

MANDAT

Je soussigné (e) docteur

Adresse

Téléphone :

Client(e) de la BANQUE

Donne, par la présente, autorisation expresse à la banque de mettre à disposition du mandataire les enregistrements de virements reçus des comptes indiqués ci-dessous sur son serveur de télétransmission.

Et donne mandat à RESOPHARMA, le mandataire, pour obtenir, via son abonnement au service de télétransmission de la banque « » , les enregistrements de virements reçus des comptes bancaires dont les numéros suivent :

Liste des Comptes autorisés (joindre un RIB)

Code Banque	Code Guichet	N° de compte	Clé RIB	Domiciliation

Le mandataire s'engage à n'utiliser les informations reçues de la banque que pour les besoins exclusifs de la mission de rapprochement bancaire qui lui est confiée par le mandant. Le mandataire accepte ce mandat.

Le présent mandat est valable jusqu'à révocation expresse formulée par courrier recommandé avec AR adressé à Résopharma avec copie à la banque, ou bien jusqu'à révocation de l'autorisation donnée ci-dessus à la banque étant précisé que cette révocation emportera résiliation immédiate du présent mandat.

Il est rappelé que les comptes du client ne pouvant être lus et les renseignements communiqués qu'après utilisation des mots d'accès (n° abonnement et mot de passe), le mandataire s'engage à les conserver soigneusement et à les tenir secrets. Le client s'interdit donc de poursuivre la banque dans le cas où un tiers en aurait pris connaissance, par quelque moyen que ce soit, que ce tiers en fasse usage ou non.

Fait à, le

Le Client

Signature précédée de la mention

« Bon pour pouvoir »

« Bon pour autorisation donné à la banque »

Fait à, le

Pour RESOPHARMA

Signature précédée de la mention

« Bon pour acceptation de mandat »

Document établi en 3 exemplaires (Médecin, Résopharma, Banque)

RESOPHARMA - 1 rue de la Torpédo 93285 ST DENIS CEDEX

Administration & Etudes : 01 48 13 81 60 - Assistance Technique : 0 820 20 12 29 - Télécopie : 01 48 13 71 69

SA au capital de 295035 € : RCS BOBIGNY B 381 250 323 / SIRET 381 250 323 00023 - APE 723Z – Document ref : E10



TELETRANSMISSION DES ENREGISTREMENTS DE VIREMENTS RECUS A LA SOCIETE RESOPHARMA

MANDAT

Je soussigné (e) docteur

Adresse

Téléphone :

Client(e) de la BANQUE

Donne, par la présente, autorisation expresse à la banque de mettre à disposition du mandataire les enregistrements de virements reçus des comptes indiqués ci-dessous sur son serveur de télétransmission.

Et donne mandat à RESOPHARMA, le mandataire, pour obtenir, via son abonnement au service de télétransmission de la banque « » , les enregistrements de virements reçus des comptes bancaires dont les numéros suivent :

Liste des Comptes autorisés (joindre un RIB)

Code Banque	Code Guichet	N° de compte	Clé RIB	Domiciliation

Le mandataire s'engage à n'utiliser les informations reçues de la banque que pour les besoins exclusifs de la mission de rapprochement bancaire qui lui est confiée par le mandant. Le mandataire accepte ce mandat.

Le présent mandat est valable jusqu'à révocation expresse formulée par courrier recommandé avec AR adressé à Résopharma avec copie à la banque, ou bien jusqu'à révocation de l'autorisation donnée ci-dessus à la banque étant précisé que cette révocation emportera résiliation immédiate du présent mandat.

Il est rappelé que les comptes du client ne pouvant être lus et les renseignements communiqués qu'après utilisation des mots d'accès (n° abonnement et mot de passe), le mandataire s'engage à les conserver soigneusement et à les tenir secrets. Le client s'interdit donc de poursuivre la banque dans le cas où un tiers en aurait pris connaissance, par quelque moyen que ce soit, que ce tiers en fasse usage ou non.

Fait à, le

Le Client

Signature précédée de la mention

« Bon pour pouvoir »

« Bon pour autorisation donné à la banque »

Fait à, le

Pour RESOPHARMA

Signature précédée de la mention

« Bon pour acceptation de mandat »

Document établi en 3 exemplaires (Médecin, Résopharma, Banque)

RESOPHARMA - 1 rue de la Torpédo 93285 ST DENIS CEDEX

Administration & Etudes : 01 48 13 81 60 - Assistance Technique : 0 820 20 12 29 - Télécopie : 01 48 13 71 69

SA au capital de 295035 € : RCS BOBIGNY B 381 250 323 / SIRET 381 250 323 00023 - APE 723Z – Document ref : E10