

CAHIER DES CHARGES RELATIF A LA SUPPRESSION DU TAUX DE CONVERSION APPLIQUE A LA VALORISATION TRIMESTRIELLE DE L'ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS ET PRIVES DESIGNES AUX a), b) ET c) DE L'ARTICLE L.162-22-6 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

I – Contexte

Dans l'attente de la mise à niveau des logiciels hospitaliers en vue de la facturation directe à l'assurance maladie, un dispositif transitoire a été mis en place en 2005 en même temps que la tarification à l'activité, dont les principales caractéristiques sont une facturation globale de l'activité à l'assurance maladie via les ARH, prenant en compte un taux moyen de prise en charge (ou taux de conversion) et le maintien du calcul de la part restant à la charge du patient sur la base du tarif journalier de prestation.

Le dispositif transitoire ayant été reconduit, il est nécessaire d'en améliorer les modalités de gestion tout en préparant le dispositif cible de facturation directe à l'assurance maladie intégrant une réforme du ticket modérateur. Les modifications envisagées consistent à :

- supprimer le taux de conversion et le remplacer par le taux réel de prise en charge de chaque prestation,
- asseoir les recettes des établissements in fine sur le GHS.

Une expérimentation a permis de vérifier la faisabilité technique de ce projet et il a été décidé de faire évoluer les logiciels hospitaliers dans ce sens afin d'appliquer ces nouvelles dispositions aux données d'activité de l'année 2006.

II - Objectifs

L'objectif est donc d'appliquer aux données d'activité le taux réel de prise en charge du patient pour chaque acte et consultation externes et pour chaque séjour pour calculer le remboursement de la part assurance maladie, au lieu d'appliquer un taux de conversion uniforme par établissement.

Ces mesures devront s'appliquer à l'ensemble des établissements publics et privés antérieurement en dotation globale, sur l'ensemble des données d'activité de 2006. Compte tenu des délais de développement et de déploiement, il est prévu que cette migration se fasse dans le courant du 3^{ème} trimestre et produise un effet rétroactif depuis le 1^{er} janvier 2006 à l'occasion de la transmission des données d'activité effectuée en octobre 2006. Cette échéance est commune aux séjours et à l'activité externe, le dispositif devant s'appliquer simultanément sur le champ MCO.

Techniquement, il s'agit d'apparier les données médico-économiques avec les données administratives du patient. Deux voies différentes sont retenues selon qu'il s'agit des séjours d'hospitalisation ou des actes et consultations externes.

Pour les séjours, cela revient à enrichir les informations médico-économiques sur l'activité issues du PMSI des informations administratives issues du système de facturation des établissements. Le fichier VID-HOSP doit donc être enrichi conformément au présent cahier des charges pour réaliser cette évolution, dont les effets financiers sont décrits ci-dessous.

Ainsi, pour chaque séjour, le taux du ticket modérateur à percevoir compte tenu des caractéristiques administratives du patient sera disponible. La recette d'assurance maladie, à 100% d'activité, est égale au tarif du séjour (GHS) auquel est appliqué le taux réel de prise en charge. Ainsi l'établissement reçoit un financement théorique calculé sur les bases suivantes (hypothèse d'un taux de T2A à 100%) :

- a) un ticket modérateur (TM) perçu auprès du patient ou de sa mutuelle, calculé sur le tarif journalier de prestation, lequel couvre les charges financées à la fois par le tarif du GHS et par les dotations MIGAC et forfaits annuels : en acquittant un ticket modérateur, on peut donc considérer que le patient acquitte un TM sur le tarif de son séjour ou GHS, d'une part, et sur les différentes dotations reçues par l'établissement, d'autre part ;
- b) une part assurance maladie calculée sur le tarif du GHS et valorisée au taux réel de remboursement selon la situation de l'assuré (80 ou 100%) en 2006, alors qu'elle était valorisée au taux de conversion en 2005 ;
- c) la somme de ce TM et de la part assurance maladie (a+b), perçue par l'établissement, devrait, par construction, être supérieure au tarif du GHS, puisqu'elle inclut une fraction de TM sur les dotations MIGAC et forfaits annuels.

Pour les actes et consultations externes, l'obligation faite aux établissements de produire en 2006 des fichiers B2 afin de permettre aux caisses d'assurance maladie de prélever la participation forfaitaire de 1€ auprès des assurés permet de recueillir toutes les informations nécessaires à la suppression du taux de conversion. Le dispositif transitoire de transmission aux ARH des données trimestrielles à valoriser est maintenu, la facturation directe des actes et consultations externes n'étant pas envisagée avant 2007. Les établissements devront transmettre leur fichier FICH-SUP pendant les trois premiers trimestres, puis transmettre des RSFA (résumés de facturation anonyme) avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2006 lors de la transmission d'octobre 2006.

Les modalités techniques ci-dessous décrivent plus précisément les processus de production et d'appariement des données.

III – Architecture du futur dispositif

Cf. schéma ci-joint

IV – Modalités techniques

1. Activité Externe

Les activités externes sont collectées sur la base du cahier des charges établi par la CNAM dans le cadre la LAM : transmission en norme B2 des consultations externes pour information.

Le champ des bénéficiaires est identique.

Les informations produites dans ce cadre sont constituées selon le format RSF (Résumé standard de facturation), présenté en annexe 1, déjà utilisé dans le cadre de la remontée des données PMSI des établissements exOQN. De la même manière que pour les établissements exOQN un utilitaire incluant une fonction permettant de récupérer des informations individualisées anonymes sera diffusé par l'ATIH afin de produire des RSFA (Résumé de facturation anonyme) présenté en annexe 2.

La présentation du format RSF en annexe 1, indique pour chaque variable son origine dans la norme B2.

Certaines informations sont à ce stade sans objets et leur consigne de remplissage figure dans la zone commentaire du format RSF.

La transmission de ces données n'est pas conditionnée à la mise en place du dispositif de remontées des informations du un euro vers l'assurance maladie. Ces deux transmissions sont donc déconnectées. En particulier les contraintes liées à la télétransmission des fichiers normes B2 aux caisses ne doivent pas impacter la production des fichiers de RSF (limitation du nombre d'enregistrements par lots,

sécurisation, ...). Chaque trimestre le fichier de RSF doit contenir la totalité de l'activité depuis le premier janvier de l'année en cours.

Le champ des RSF est le même que celui des fichiers norme B2, c'est-à-dire qu'il couvre :

- l'ensemble des actes et consultations externes y compris les forfaits techniques non facturés par ailleurs à l'assurance maladie, l'ATU et le FFM¹.
- L'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie, pour tous les risques : maladie, AT/MP et maternité.

2. Séjours

Les données médico-économiques issues du PMSI sont appariées avec les données administratives de manière à disposer du taux de prise en charge réel du patient par l'assurance maladie.

Cet appariement se fera par le truchement de la procédure de chaînage.

Les modifications à prévoir dans cette procédure de chaînage consistent à enrichir le fichier VID-HOSP qui est mis en entrée du logiciel MAGIC. Le nouveau format de ce fichier est présenté en annexe 3.

Les montants devant être renseignés dans VID-HOSP correspondent au dernier état de la facturation du séjour.

La constitution du fichier VID-HOSP doit suivre la règle de production des fichiers de RSS à savoir que chaque trimestre comporte les données de l'ensemble des séjours sortis depuis le premier janvier. Le champ d'application est celui du PMSI MCO et HAD, y compris l'activité de radiothérapie externe.

En l'absence d'appariement les séjours correspondant ne feront pas l'objet de valorisation. Cette situation correspond uniquement à des anomalies de constitution du fichier VID-HOSP : absence d'un numéro identifiant séjour dans VID-HOSP alors qu'il est présent dans le fichier de RSS.

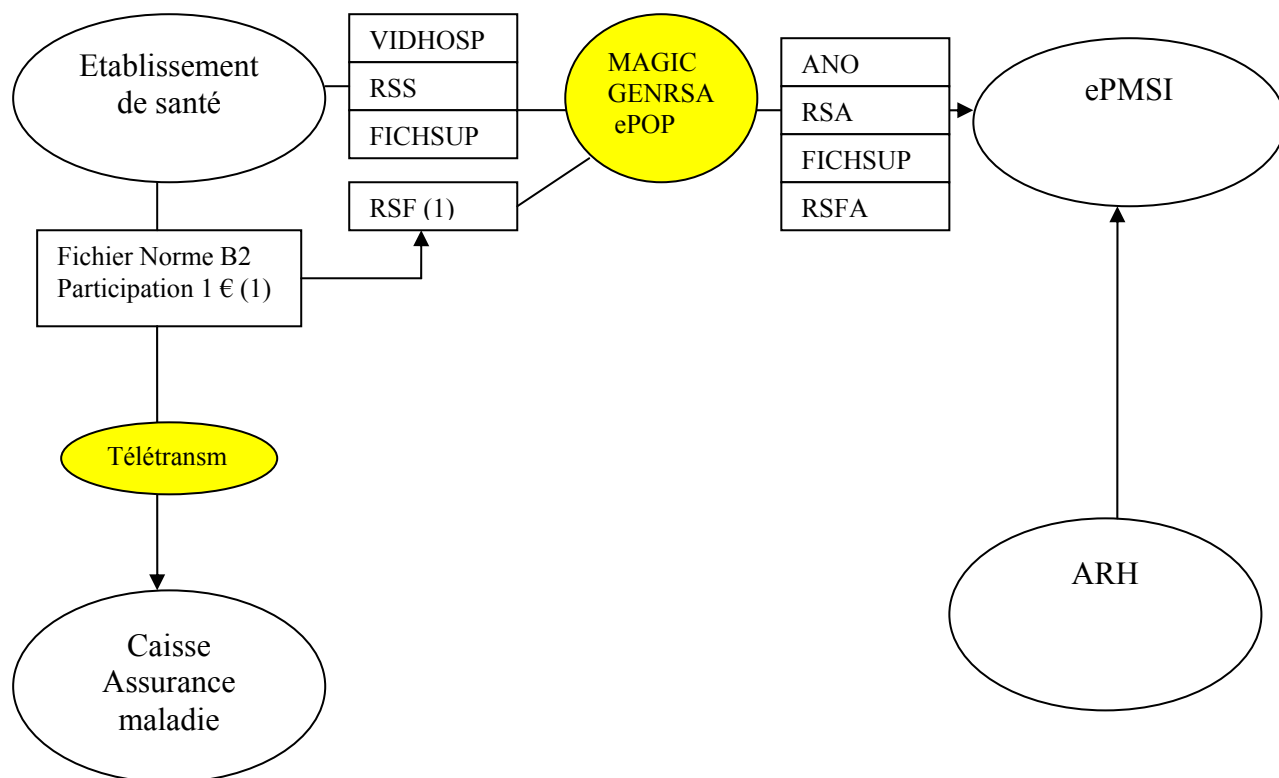
Cas particuliers

- Les séjours **nouveaux nés** pour lequel il n'y a pas d'émission de facture dont le montant correspondant est imputé sur la facture de la mère doivent être renseignés de la manière suivante :
 - o [Séjour facturable] = 1
 - o [Montant à facturer au titre du ticket modérateur] = 0
 - o [Montant à facturer au titre du forfait journalier] = 0
 - o [Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie]= 0
- Les factures pour lesquelles l'établissement est en **attente de l'assurance maladie** sur la prise en charge des patients doivent être renseignées de la manière suivante :
 - o [Séjour facturable] = 2
 - o [Montant à facturer au titre du ticket modérateur] = 0
 - o [Montant à facturer au titre du forfait journalier] = 0
 - o [Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie]= 0
- Pour les **séjours inférieur à 24H et transféré** dans un autre établissement, il n'y a actuellement pas d'émission de facture doivent être renseignés de la manière suivante :
 - o [Séjour facturable] = 0
 - o [Montant à facturer au titre du ticket modérateur] = 0
 - o [Montant à facturer au titre du forfait journalier] = 0
 - o [Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie]= 0

¹ Ces deux dernières prestations ne seront intégrées dans les fichiers de RSF qu'à partir de l'année 2007.

- Pour les séjours de **radiothérapie externe** et pour l'année 2006, lorsqu'il n'y pas d'interconnexion entre les systèmes de facturation des séjours et celui de la radiothérapie, l'ajout des informations de facturation est facultatif dans VIDHOSP. Une étude de faisabilité sur la possibilité de réalisation de cette interconnexion sera réalisée au cours 2006 pour être mise en œuvre en 2007.
- Il est rappelé qu'un GHS correspond à un séjour dans un établissement juridique. Par conséquent les établissements **multi sites** doivent s'organiser pour produire un seul GHS pour un séjour, notamment dans le cas où il se déroule sur plusieurs sites géographiques de l'entité juridique.
- Pour un patient pris en charge de manière consécutive dans plusieurs activité de l'établissement (exemple : MCO-SSR, MCO-Psychiatrie, ...), les montants devant être dans renseigné dans VIDHOSP doivent correspondre uniquement à la prise en charge en MCO.

Architecture du futur dispositif



(1) les établissements ne pouvant pas mettre en œuvre le fichier norme B2 constituent directement le fichier de RSF

Annexe 1 : Format des RSF

Basé sur le cahier des charges normes B2 Février 2004

Dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie et de la participation forfaitaire du 1 euro, les établissements exDGF doivent transmettre l'intégralité des actes réalisés en consultations externes dans le cadre de la dotation annuelle à l'aide de lots spécifiques. Le numéro de facture ou de titre est obligatoire. La constitution de chaque facture doit suivre le modèle dans le cadre de la télétransmission en norme B2 :

Type 2 : entête de facture et type 2S

Type 4,

Type 4x

Type 4,

Type 4x

...

Type 5 : fin de facture.

Ce qui donnera comme correspondance en RSF

RSF A : Début de facture

RSF- C : Honoraire

RSF -M : CCAM

RSF- C : Honoraire

RSF -M : CCAM

....

Sont présentés ici, la transcription en RSF de l'ensemble de la norme, cependant seuls les types A, C et M sont concernés par ce cahier des charges.

<p>La quasi totalité des informations qui sont contenues dans le format RSF sont issues de la norme B2. Les quelques variables du RSF qui ne sont pas présente dans la norme B2 doivent être renseignée par une valeur nulle.</p>
--

1. RSF A : Début de facture

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=A
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé	1	
Numéro d'entrée	11	19	9	Type 2 CP	40	
Sexe	20	20	1	RSS non groupé		
Code civilité	21	21	1	Type 2B	40	Recodage : MR=1/MME=2:MLE=2/SAN=3
N° de matricule	22	34	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	35	37	3	Type 2 CP	27	
Nature opération	38	38	1	Type 2 CP	39	
Nature assurance	39	40	2	Type 2 CP	77	
Justification d'exonération du TM	41	41	1	Type 2 CP	79	
Code de prise en charge	42	42	1	Note n°1		1=A avec/2=A sans/3=NA avec /4=NA sans /5=NN
N° de facture	43	51	9	Type 2 CP	30	
Code Gd régime	52	53	2	Type 2 CP	49	
Date Naissance	54	61	8	Type 2 CP	96	modification liée au format de la date
Rang de naissance	62	62	1	Type 2 CP	102	
Date d'entrée	63	70	8	Type 2 CP	103	modification liée au format de la date
Date de sortie	71	78	8	Type 2 CP	109	modification liée au format de la date
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	79	86	8	Type 5 CP	42	Total des lignes de type 3 (RSF B et P) : égal à 0 dans ce cadre
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	87	94	8	Type 5 CP	50	Id
Total honoraire Facturé	95	102	8	Type 5 CP	58	Total des lignes de type 4 (RSF C et M)
Total honoraire remboursable AM	103	110	8	Type 5 CP	66	Id
Total participation assuré avant OC	111	118	8	Type 5 CP	74	Total des lignes de type 3 (RSF B et P) : égal à 0 dans ce cadre.
Total remboursable OC pour les PH	119	126	8	Type 5 CP	82	
Total remboursable OC pour les honoraires	127	134	8	Type 5 CP	90	
Montant total facturé pour PH	135	142	8	Type 5 CP	115	

Note 1: Le code de PEC permet de coupler les factures avec les RSS dans tous les cas

Les situations dans lesquelles il n'y a pas de facture individualisée réalisée pour un RSS sont les suivants

Les assurés non pris en charge : chirurgie esthétique par exemple -> code PEC =2

Les non assurés non pris en charge : étrangers sans PEC -> code PEC=4

Les nouveaux-nés dont la prise en charge est réalisée sur la facture de la mère -> code PEC=5

2. RSF B : Prestations Hospitalières

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=B
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé	1	
Numéro de RSS	11	17	7	RSS non groupé	13	
N° de matricule	18	30	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	31	33	3	Type 2 CP	27	
Mode de traitement	34	35	2	Type 3 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	36	38	3	Type 3 CP	41	
Date de début de séjour	39	46	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Date de fin de séjour	47	54	8	Type 3 CP	50	Attention format de date différent
Code acte	55	59	5	Type 3 CP	56	
Quantité	60	62	3	Type 3 CP	61	
Justification exonération TM	63	63	1	Type 3 CP	64	
Coefficient	64	68	5	Type 3 CP	65	
Code prise en charge FJ	69	69	1	Type 3 CP	70	
Coefficient MCO	70	74	5	Type 3 CP	71	
Prix Unitaire	75	81	7	Type 3 CP	76	
Montant Base remboursement	82	89	8	Type 3 CP	83	
Taux Remboursement	90	92	3	Type 3 CP	91	
Montant Remboursable AMO	93	100	8	Type 3 CP	94	
Montant total Facturé	101	108	8	Type 3 CP	102	
Montant remboursable AMC	109	115	7	Type 3 CP	122	
N° GHS	116	119	4	Type 3 CP	110	
Montant remboursé NOEMIE Retour	120	127	8	Entité NOP-PHS	47	
Nature opération récupération NOEMIE Retour	128	130	3	Entité NOP-MFI	27	

3. RSF I : Prestation Hospitalière : interruption de séjour

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=I
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé	1	
Numéro de RSS	11	17	7	RSS non groupé	13	
N° de matricule	18	30	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	31	33	3	Type 2 CP	27	
Date de début de séjour	34	41	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Date de fin de séjour	42	49	8	Type 3 CP	50	Attention format de date différent
Nature d'interruption ou de fin de séjour	50	50	1	Type 3S	81	
Etablissement	51	64	14	Type 3S	67	N° FINESS

Note : Attention les informations concernant les dates de débuts et de fin de séjour de ce type de RSF proviennent de l'enregistrement de type 3
Présent avant tout enregistrement de type 3S dans le cas d'une interruption de séjour

4. RSF P : Prestations Hospitalières Prothèses

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=P
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé	1	
Numéro de RSS	11	17	7	RSS non groupé	13	
N° de matricule	18	30	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	31	33	3	Type 2 CP	27	
Date de début de séjour	34	41	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Code LPP 1	42	54	13	Type 3F	43	
Quantité 1	55	56	2	Type 3F	70	
Tarif référence LPP/ Prix Unitaire 1	57	63	7	Type 3F	72	
Montant facturé 1	64	70	7	Type 3F	79	
Code LPP 2	71	83	13	Type 3F	86	
Quantité 2	84	85	2	Type 3F	113	
Tarif référence LPP/ Prix Unitaire 2	86	92	7	Type 3F	115	
Montant facturé 2	93	99	7	Type 3F	122	

Note : Attention la date de début de séjour provient de l'enregistrement de type 3 présent avant tout enregistrement de type 3F dans le cas de la pose de prothèse soumise au LPP. Dans ce cas elle correspond à la date de pose de la (des) prothèse(s)

5. RSF H : Prestations Hospitalières Médicaments :

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=M
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé	1	
Numéro de RSS	11	17	7	RSS non groupé	13	
N° de matricule	18	30	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	31	33	3	Type 2 CP	27	
Date de début de séjour	34	41	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Code UCD ou CIP	42	48	7	Type 3H	49	
Code Taux	49	49	1	Type 3H	56	
Prix d'achat	50	56	7	Type 3H	67	
Montant écart indemnisable	57	63	7	Type 3H	74	
Prix unitaire facturé	64	70	7	Type 3H	81	
Quantité	71	73	3	Type 3H	88	
Montant total facturé	74	80	7	Type 3H	91	

Note : Attention la date de début de séjour provient de l'enregistrement de type 3 présent avant tout enregistrement de type 3H dans le cas de la dispensation de médicament soumis au codage. Dans ce cas elle correspond à la date de dispensation

6. RSF C : Honoraire

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=C
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé	1	
Numéro de RSS	11	17	7	RSS non groupé	13	Non applicable dans ce cadre
N° de matricule	18	30	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	31	33	3	Type 2 CP	27	
Mode de traitement	34	35	2	Type 4	39	Doit être égal à 07
Discipline de prestation (ex DMT)	36	38	3	Type 4	41	Doit être égale à 000
Justification exo TM	39	39	1	Type 4	54	
Date de l'acte	40	47	8	Type 4	70	Attention format de date différent
Code acte	48	52	5	Type 4	76	
Quantité	53	54	2	Type 4	81	
Coefficient	55	60	6	Type 4	83	
Dénombrement	61	62	2	Type 4	89	
Prix Unitaire	63	69	7	Type 4	91	
Montant Base remboursement	70	76	7	Type 4	98	
Taux Remboursement	77	79	3	Type 4	105	
Montant Remboursable par AMO	80	86	7	Type 4	108	
Montant des honoraire (dépassement compris)	87	93	7	Type 4	115	
Montant remboursable par AMC	94	99	6	Type 4	123	
Montant remboursé NOEMIE Retour	100	107	8	Entité NOP-PHS	47	Non applicable dans ce cadre
Nature opération récupération NOEMIE Retour	108	110	3	Entité NOP-MFI	27	Non applicable dans ce cadre

7. RSF M : CCAM

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=M
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé	1	
Numéro de RSS	11	17	7	RSS non groupé	13	
N° de matricule	18	30	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	31	33	3	Type 2 CP	27	
Mode de traitement	34	35	2	Type 4	39	Attention format de date différent
Discipline de prestation (ex DMT)	36	38	3	Type 4	41	
Date de l'acte	39	46	8	Type 4	68	
Code CCAM	47	59	13	Type 4 M	43	
Extension documentaire	60	60	1	Type 4 M	56	
Activité	61	61	1	Type 4 M	57	
Phase	62	62	1	Type 4 M	58	
Modificateur 1	63	63	1	Type 4 M	59	
Modificateur 2	64	64	1	Type 4 M	60	
Modificateur 3	65	65	1	Type 4 M	61	
Modificateur 4	66	66	1	Type 4 M	62	
Association non prévue	67	67	1	Type 4 M	63	
Code remb exceptionnel	68	68	1	Type 4 M	64	
N° dent 1	69	70	2	Type 4 M	71	
N° dent 2	71	72	2	Type 4 M	73	
N° dent 3	73	74	2	Type 4 M	75	
N° dent 4	75	76	2	Type 4 M	77	
N° dent 5	77	78	2	Type 4 M	79	
N° dent 6	79	80	2	Type 4 M	81	
N° dent 7	81	82	2	Type 4 M	83	
N° dent 8	83	84	2	Type 4 M	85	
N° dent 9	85	86	2	Type 4 M	87	
N° dent 10	87	88	2	Type 4 M	89	
N° dent 11	89	90	2	Type 4 M	91	
N° dent 12	91	92	2	Type 4 M	93	
N° dent 13	93	94	2	Type 4 M	95	
N° dent 14	95	96	2	Type 4 M	97	
N° dent 15	97	98	2	Type 4 M	99	
N° dent 16	84	85	2	Type 4 M	101	

Annexe 2 : FORMAT DU RSFA

RSFA - A

N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1	10	10
Type d'enregistrement (A)	11	11	1
Type de format RSF (1=Ancien/2=Nouveau)	12	12	1
N° Facture séquentiel	13	15	3
N° FINESS	16	24	9
Sexe	25	25	1
Civilité	26	26	1
Nature opération	27	27	1
Nature assurance	28	29	2
Justification d'exonération du TM	30	30	1
Code de prise en charge	31	31	1
Code Gd régime	32	33	2
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	34	41	8
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	42	49	8
Total honoraire Facturé	50	57	8
Total honoraire remboursable AM	58	65	8
Total participation assuré avant OC	66	73	8
Total remboursable OC pour les PH	74	81	8
Total remboursable OC pour les honoraires	82	89	8
Montant total facturé pour PH	90	97	8

RSFA - B

N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1	10	10
Type d'enregistrement (B)	11	11	1
Type de format RSF (1=Ancien/2=Nouveau)	12	12	1
N° Facture séquentiel	13	15	3
N° FINESS	16	24	9
Mode de traitement	25	26	2
Discipline de prestation (ex DMT)	27	29	3
Justification exonération TM	30	30	1
Code acte	31	35	5
Quantité	36	38	3
Coefficient	39	43	5
Code prise en charge FJ	44	44	1
Coefficient MCO	45	49	5
Prix Unitaire	50	56	7
Montant Base remboursement	57	64	8
Taux Remboursement	65	67	3
Montant Remboursable AMO	68	75	8
Montant total Facturé	76	83	8
Montant remboursable AMC	84	90	7
N° GHS	91	94	4
Montant remboursé NOEMIE Retour	95	102	8
Nature opération récupération NOEMIE Retour	103	105	3

RSFA - C

N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1	10	10
Type d'enregistrement (C)	11	11	1
Type de format RSF (1=Ancien/2=Nouveau)	12	12	1
N° Facture séquentiel	13	15	3
N° FINESS	16	24	9
Mode de traitement	25	26	2
Discipline de prestation (ex DMT)	27	29	3
Justification exo TM	30	30	1
Code acte	31	35	5
Quantité	36	37	2
Coeficient	38	43	6
Dénombrement	44	45	2
Prix Unitaire	46	52	7
Montant Base remboursement	53	59	7
Taux Remboursement	60	62	3
Montant Remboursable par AMO	63	69	7
Montant des honoraire (dépassement compris)	70	76	7
Montant remboursable par AMC	77	82	6
Montant remboursé NOEMIE Retour	83	90	8
Nature opération récupération NOEMIE Retour	91	93	3

RSFA - I

N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1	10	10
Type d'enregistrement (I)	11	11	1
Type de format RSF (1=Ancien/2=Nouveau)	12	12	1
N° Facture séquentiel	13	15	3
N° FINESS	16	24	9
Nature d'interruption ou de fin de séjour	25	25	1
Etablissement	26	39	14

RSFA - P

N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1	10	10
Type d'enregistrement (P)	11	11	1
Type de format RSF (1=Ancien/2=Nouveau)	12	12	1
N° Facture séquentiel	13	15	3
N° FINESS	16	24	9
Code LPP 1	25	37	13
Quantité 1	38	39	2
Tarif référence LPP/ Prix Unitaire 1	40	46	7
Montant facturé 1	47	53	7
Code LPP 2	54	66	13
Quantité 2	67	68	2
Tarif référence LPP/ Prix Unitaire 2	69	75	7
Montant facturé 2	76	82	7

RSFA - H

N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1	10	10
Type d'enregistrement (H)	11	11	1
Type de format RSF (1=Ancien/2=Nouveau)	12	12	1
N° Facture séquentiel	13	15	3
N° FINESS	16	24	9
Code UCD ou CIP	25	31	7
Code Taux	32	32	1
Prix d'achat	33	39	7
Montant écart indemnisable	40	46	7
Prix unitaire facturé	47	53	7
Quantité	54	56	3
Montant total facturé	57	63	7

RSFA - M

N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1	10	10
Type d'enregistrement (M)	11	11	1
Type de format RSF (1=Ancien/2=Nouveau)	12	12	1
N° Facture séquentiel	13	15	3
N° FINESS	16	24	9
Mode de traitement	25	26	2
DMT	27	29	3
Code CCAM	30	42	13
Extension documentaire	43	43	1
Activité	44	44	1
Phase	45	45	1
Modificateur 1	46	46	1
Modificateur 2	47	47	1
Modificateur 3	48	48	1
Modificateur 4	49	49	1
Association non prévue	50	50	1
Code remb exceptionnel	51	51	1
N° dent 1	52	53	2
N° dent 2	54	55	2
N° dent 3	56	57	2
N° dent 4	58	59	2
N° dent 5	60	61	2
N° dent 6	62	63	2
N° dent 7	64	65	2
N° dent 8	66	67	2
N° dent 9	68	69	2
N° dent 10	70	71	2
N° dent 11	72	73	2
N° dent 12	74	75	2
N° dent 13	76	77	2
N° dent 14	78	79	2
N° dent 15	80	81	2
N° dent 16	82	83	2

Annexe 3 - Format fichier VID-HOSP

Libellé	Taille	Position	Remarques
N° de sécurité sociale	13	1-13	Valeur manquante « XXXXXXXXXXXXXXX »
Date de naissance du patient	8	14-21	Au format JJMMAAAA Valeur manquante : « XXXXXXXX »
Sexe du patient	1	22-22	1 : Homme / 2 : Femme Valeur manquante : « X »
N° d'identification administratif de séjour	20	23-42	Doit être obligatoirement renseigné.
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	43-43	{0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, C, X} cf. annexe 9 du cahier des charges normes B2
Code de prise en charge du forfait journalier	1	44-44	{A, L, R, X} cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2
Nature d'assurance	2	45-46	{10, 13, 30, 41, 90, XX} cf. normes B2 10 : Maladie 13 : Maladie régime local (Alsace – Moselle) 30 : Maternité 41 : Accident du travail 90 : Prévention maladie
Séjour facturable à l'assurance maladie (5)	1	47-47	0 : non / 1 : oui / 2 : En attente de décision sur le taux de prise en charge du patient / 3 : En attente de décision sur les droits du patient
Facturation du 18 euros (6)	1	48-48	0 : Non / 1 : Oui
Nombre de venues de la facture (1)	3	49-51	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur (2)	10	52-61	8+2 : Montant en centimes d'euros
Montant à facturer au titre du forfait journalier (3)	10	62-71	8+2 : Montant en centimes d'euros
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) (4)	10	72-81	8+2 : Montant en centimes d'euros
Montant lié à la majoration au parcours de soin	1	82-85	2+2 : Montant en centimes d'euros

Consignes de codage :

- (1) Nombre de venues de la facture : Cette information permet de traiter le cas où il y a plusieurs RSS mais une seule facture. Elle permettra dans les traitements réalisés par l'ATI/HDHOS de répartir le montant de la facture sur les différents RSS. Cette procédure est courante en hospitalisation de jour, chimio et dialyse.

(2) Le montant à facturer au titre du ticket modérateur :

- Pour un assuré non exonéré il est égal au montant total du TJP affecté du taux de TM auquel est soustrait le montant total du forfait journalier (non compris le forfait journalier de sortie).
- Pour un assuré exonéré il est nul.

(3) Le montant à facturer au titre du forfait journalier : il est égal au montant total du forfait journalier y compris le forfait journalier de sortie. Ce montant est renseigné quelque soit le mode de prise en charge du forfait journalier. Il est évidemment égal à 0 dans le cas d'un séjour ambulatoire.

(4) Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie :

- Pour un assuré non exonéré du ticket modérateur il est égal au montant total du TJP affecté du taux de remboursement auquel s'ajoute le montant total du forfait journalier non compris le forfait journalier de sortie (il s'agit du cas où l'assuré acquitte le ticket modérateur).

- Pour un assuré exonéré du TM il s'agit du montant total du TJP s'il n'est pas exonéré du forfait journalier, ou du montant total du TJP auquel s'ajoute le montant du forfait journalier s'il en est exonéré.

(5) Séjour facturable à l'assurance maladie :

- 0 : séjours non pris en charge par l'assurance maladie (non assurés sociaux : AME- migrants de passage). Les séjours correspondants ne sont pas valorisés. Les variables d'informations sur le patient (exonération du TM, prise en charge FJ, nature d'assurance) seront renseignées par la valeur manquante.

- 1 : séjours pris en charge et facturé à l'assurance maladie.

- 2 : l'établissement est en attente de la réponse des caisses d'assurance maladie sur le taux de prise en charge du patient (ALD, ...). Les variables d'informations sur le patient sont renseignées par la dernière valeur connue.

- 3 : l'établissement est en attente de décision sur les droits du patients (assuré social/non assuré social).

(6) Facturation du 18 euros : Les montants TM et remboursé par l'assurance maladie tient compte de l'imputation des 18 euros.

(*) C'est le codage proposé pour les établissements privés qui s'applique.

Détail des codes retour des contrôles réalisés par MAGIC :

(i) « n° de sécurité sociale »

- 0 : pas de problème à signaler
- 1 : longueur incorrecte (différente de 13)
- 2 : renseigné avec la valeur manquante (i.e. 'XXXXXXXXXXXXX')
- 3 : présence de caractères non numériques
- 4 : format incorrect (i.e. ne commençant pas par '1', '2', '5', '6', '7' ou '8')

(ii) « date de naissance »

- 0 : pas de problème à signaler
- 1 : longueur incorrecte (différente de 8)
- 2 : renseignée avec la valeur manquante (i.e. 'XXXXXXXX')
- 3 : présence de caractères non numériques
- 4 : date incorrecte (i.e. ne peut être interprétée en tant que date au format jj/mm/aaaa)

(iii) « sexe »

- 0 : pas de problème à signaler
- 1 : renseigné avec la valeur manquante (i.e. 'X')
- 2 : valeur illicite (i.e. n'appartenant pas à {1, 2})

(iv) « n° d'identification administratif de séjour »

- 0 : pas de problème à signaler
- 1 : non renseigné (longueur nulle)

(v) « code justification d'exonération du ticket modérateur »

- 0 : pas de problème à signaler
- 1 : valeur illicite (i.e. n'appartenant pas à [0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,C])

(vi) « code de prise en charge du forfait journalier »

- 0 : pas de problème à signaler
- 1 : valeur illicite (i.e. n'appartenant pas à [A,L,R])

(vii) « Nature d'assurance »

- 0 : pas de problème à signaler
- 1 : valeur illicite (i.e. n'appartenant pas à {10, 13, 30, 41, 90})

(viii) « Séjour facturable à l'assurance maladie »

- 0 : pas de problème à signaler
- 1 : valeur illicite (i.e. n'appartenant pas à {0, 1, 2, 3})

(ix) « Nombre de venues »

- 0 : pas de problème à signaler
- 1 : présence de caractères non numériques

(x) « Montant à facturer au titre du ticket modérateur »

- 0 : pas de problème à signaler
- 1 : présence de caractères non numériques

(xi) « Montant à facturer au titre du forfait journalier »

- 0 : pas de problème à signaler
- 1 : présence de caractères non numériques

(xii) « Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie »

- 0 : pas de problème à signaler
- 1 : présence de caractères non numériques

Contrôles réalisé par GENRSA après appariement des séjours

1. contrôle sur la durée de séjour :
 - a. Montant forfait journalier / durée de séjour est compris entre la valeur du FJ de l'exercice en cours et celui de l'exercice antérieur.
 - b. Si durée de séjour égale 0 alors montant du forfait journalier est égal à 0.