

Circulaire NDHOS/F1/F4 n° 2007-105 du 21 mars 2007 relative à la généralisation de la suppression du taux de conversion

21/03/2007

Date d'application : immédiate.

Références : arrêté PMSI du 31 décembre 2003 modifié.

Textes abrogés ou modifiés :

Circulaire DHOS/F1/F4 n° 2006-269 du 19 juin 2006 relative à la suppression du taux de conversion appliqué à la valorisation trimestrielle de l'activité des établissements de santé publics et privés désignés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Circulaire DHOS/F1/F4 n° 2006-454 du 17 octobre 2006 relative aux modalités de suppression du taux de conversion en 2006 et 2007.

Circulaire DHOS/F1 n° 2006-532 du 15 décembre 2006 relative à la suppression du taux de conversion lors de la transmission des données d'activité du 4^e trimestre 2006 et à la modification des modalités de transmission des données d'activité en 2007.

Annexes :

- Annexe I. - Champ d'application.
- Annexe II. - Environnement informatique et constitution des fichiers.
- Annexe III. - Valorisation de la part assurance maladie.
- Annexe IV. - Traitement et valorisation des dossiers incomplets.
- Annexe V. - Modalités techniques de prise en compte des dossiers 2006 transmis en 2007.
- Annexe VI. - Modalités techniques de transmission et de validation des données.
- Annexe VII. - Mise en oeuvre organisationnelle.
- Annexe VIII. - Le fichier des RSF-ACE.
- Annexe IX. - Le fichier VID-HOSP

Diffusion : les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale doivent être destinataires de cette circulaire, par l'intermédiaire des agences régionales de l'hospitalisation, selon le dispositif existant au niveau régional.

Le ministre de la santé et des solidarités à Mesdames et Messieurs des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissement de santé public et privé antérieurement en dotation globale (pour exécution).

La présente circulaire se substitue aux trois circulaires ci-dessus référencées qui ont encadré la suppression du taux de conversion en 2006. Elle a pour objet de rappeler dans un document unique le cadre de la généralisation de la suppression du taux de conversion.

Une expérimentation rassemblant une dizaine d'établissements volontaires représentatifs de l'ensemble du champ concerné s'est déroulée tout au long de l'année 2006. Certains d'entre eux et une quinzaine d'établissements non expérimentateurs ont été en mesure de supprimer leur taux de conversion dès 2006. Cette phase d'expérimentation, qui parallèlement laissait aux établissements la latitude de décider de supprimer ou non leur taux de conversion, est désormais achevée.

En conséquence, le taux de conversion disparaît en 2007 pour l'ensemble des établissements concernés et pour l'essentiel de leur activité (*cf.* annexe 1).

L'objectif poursuivi est de permettre dès le début de 2007 la valorisation de l'activité au taux réel de prise en charge de chaque prestation par l'assurance maladie, et non en appliquant un taux de conversion, c'est-à-dire un taux moyen de prise en charge. Les prestations recensées par les FICH-SUP demeurent valorisées selon d'autres modalités développées dans les annexes ci-jointes. Pour atteindre cet objectif, les établissements doivent donc apparier les données médico-économiques de chaque patient avec ses données administratives et s'organiser afin de produire, sous cette nouvelle forme, des fichiers à la fois exhaustifs et de qualité. Ces dispositions concernent les données relatives à l'hospitalisation et

celles relatives aux actes et consultations externes.

Le principe d'une valorisation globale et périodique de l'activité par l'ARH est maintenu ; la périodicité de la transmission est modifiée à compter du 2^e trimestre pour devenir mensuelle afin de tenir compte des effets sur la trésorerie des établissements de la fraction de T2A à 50 %. Ainsi les données du 1^{er} trimestre 2007 seront transmises au plus tard le 30 avril et celles du mois d'avril au plus tard le 31 mai. Les règles de versement des ressources provenant de l'assurance maladie seront fixées dans les meilleurs délais par arrêté.

Les règles de calcul du ticket modérateur sont inchangées et la suppression du taux de conversion n'entraîne aucune modification dans le calcul de la part restant à la charge de l'assuré ou de son organisme d'assurance maladie complémentaire :

- pour les séjours, le ticket modérateur demeure calculé sur le tarif journalier de prestation ;
- pour l'activité externe, le ticket modérateur est calculé sur les actes et consultations, aucun ticket modérateur n'est perçu auprès du patient pour les forfaits ATU, FFM et SE.

Les informations de séjour continueront d'être transmises dans les conditions habituelles. L'ensemble de ce dispositif transitoire restera en vigueur jusqu'à la mise en oeuvre de la facturation directe des prestations aux caisses d'assurance maladie.

Les modalités de production et de transmission de l'activité font l'objet des fiches ci-annexées. Cette documentation est également disponible sur le site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : www.atih.sante.fr.

L'attention des chefs d'établissement est appelée sur les conséquences en termes de trésorerie d'un défaut d'exhaustivité ou de qualité des fichiers transmis ainsi que sur les changements introduits dans les procédures internes par la suppression du taux de conversion. L'importance des enjeux pour chaque établissement justifie de suivre cette évolution en mode projet et de lancer sans délai les réflexions et tests nécessaires. Les tableaux de contrôle de MAT2A sont à la disposition des établissements comme des ARH pour vérifier la qualité des fichiers et les valider.

Les chargés de mission « systèmes d'information » des ARH, dont les coordonnées sont disponibles sur le site de la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (www.mainh.sante.gouv.fr), pourront suivre la montée en charge de ce projet et relayer les difficultés auprès de la Mainh et de la DHOS.



ANNEXE 105a1 - CHAMP D'APPLICATION

Etablissements concernés :

La suppression du taux de conversion concerne l'ensemble des établissements publics et privés antérieurement en dotation globale et soumis à la tarification à l'activité.

Prestations concernées :

Sont concernées les prestations de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie soumises à la fraction de T2A, y compris les activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. La suppression du taux de conversion est opérée de manière concomitante sur les actes et consultations externes et les séjours

Les activités situées hors du champ de la tarification à l'activité et financées par dotation annuelle de financement ne sont pas concernées. La rétrocession de médicaments continue d'être facturée directement aux caisses d'assurance maladie selon les modalités actuelles.

Patients concernés :

Seules les prestations délivrées aux bénéficiaires de l'assurance maladie, pour tous les risques (maladie, maternité et accidents du travail et maladies professionnelles), feront l'objet d'une valorisation dans le cadre de cette circulaire.

Les prestations délivrées aux patients relevant de l'AME et des soins urgents (article L. 254-1 du CASF), aux patients bénéficiant de la CMUC (pour la part complémentaire), aux migrants, aux patients payant intégralement leurs frais et aux patients soignés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers (pour la partie honoraires) ne seront pas

valorisées dans le cadre fixé par cette circulaire, mais facturées selon les procédures habituelles.
Dossiers hors champ :

Pour l'activité externe, tous les dossiers peuvent être transmis, mais les dossiers hors champ ne seront pas valorisés. Il convient à cet effet de bien renseigner le code de prise en charge qui permet d'identifier ces dossiers.

Pour les séjours, afin de disposer de la totalité de l'activité de l'établissement, les dossiers hors champ doivent être transmis mais ne seront pas valorisés.

ANNEXE 105a2 - ENVIRONNEMENT INFORMATIQUE ET CONSTITUTION DES FICHIERS

Les fichiers sont constitués des données médico-économiques du patient, enrichies de ses données administratives concernant la prise en charge par l'assurance maladie, et anonymisées. Les fichiers présentent à chaque transmission les données cumulées depuis le début de l'année. C'est le dernier état de la facturation d'un dossier qui sera pris en compte.

Logiciels :

Les logiciels nécessaires au traitement des données au sein des établissements ont été mis à jour pour prendre en compte les nouvelles variables nécessaires à la mise en oeuvre de la suppression du taux de conversion : MAGIC, GENRSA, PAPRICA, ePOP-MCO et ePOP-HAD.

FICHSUP a été mis à jour pour tenir compte des évolutions des tarifs ainsi que des nouvelles listes de molécules onéreuses et des DMI.

Un nouveau logiciel a été développé pour la génération des RAFAELs concernant l'activité externe des établissements dans le cadre de la suppression du taux de conversion : PREFACE.

L'ensemble de ces logiciels seront disponibles en téléchargement sur le site de l'ATIH (www.atih.sante.fr).
Format des RSAF-ACE et du fichier VID-HOSP :

Les consignes détaillées nécessaires à la constitution des fichiers, ainsi que les règles de facturation élémentaires à respecter, figurent dans les annexes 8 et 9 ci-après.

Pour les séjours, l'évolution demandée consiste 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 à l'annexe 9, l'appariement des données se fera par l'intermédiaire de la procédure de chaînage. Ces dispositions concernent les activités MCO, y compris l'HAD et la radiothérapie externe.

Les médicaments coûteux et les DMI facturés en sus du GHS sont transmis par les fichiers FICH-SUP ou FICH-COMP selon les instructions en vigueur.

Pour les actes et consultations externes, les établissements doivent produire des résumés standard de facturation d'actes et consultations externes (RSFACE), transformés dans un 2nd temps en RAFAELs (anonyme) par le logiciel PREFACE. Les RSFACE peuvent être produits à partir des fichiers B2 constitués pour le recouvrement de la participation forfaitaire d'1 euro (cf. annexe 8). Ces dispositions concernent l'ensemble des actes et consultations externes, y compris les forfaits techniques non facturés par ailleurs et, à compter du 1^{er} mars 2007, les nouveaux forfaits SE.

Les activités d'alternative à la dialyse en centre, les IVG, les forfaits ATU et FFM font l'objet de fichiers FICH-SUP

Les fichiers de RSA et ANO, de RAFAELs, FICH-SUP et FICH-COMP sont transmis selon la même périodicité.

Non assurés sociaux :

Pour l'activité externe, les dossiers hors champ peuvent être transmis, avec le code de prise en charge qui permet de les identifier, mais ils ne seront pas valorisés.

Pour les séjours, afin de disposer de la totalité de l'activité de l'établissement, les dossiers hors champ doivent être transmis mais ne seront pas valorisés.

Informations de séjour :

Les informations continuent d'être transmises selon les modalités actuelles.

ANNEXE 105a3- VALORISATION DE LA PART ASSURANCE MALADIE

Valorisation des RAFAELs et des RSA :

L'enrichissement des fichiers par les données administratives du patient permet d'appliquer aux tarifs des actes, consultations et séjours le taux réel de prise en charge par l'assurance maladie de chaque prestation transmises dans les RSFACE et RSA/VID-HOSP. La fraction du tarif de T2A, fixée à 50 % pour l'année 2007, s'applique aux montants ainsi valorisés, sauf pour les prestations suivantes dont les tarifs sont facturés dans leur intégralité :

- les prélèvements d'organes ;
- les activités mentionnées dans l'arrêté du 22 décembre 2006, c'est-à-dire l'HAD et les 5 GHS de chirurgie ambulatoire (GHS 8053, 8002, 8005, 8008, 8023) ;
- valorisation des FICH-SUP ;
- les ATU, FFM, IVG seront valorisés avec un taux de conversion unique de 94 % et une fraction de tarif à 50 % ;
- les médicaments onéreux et DMI facturés en sus du GHS seront valorisés à 100 % de prise en charge par l'assurance maladie et à 100 % du tarif ;
- les prestations et séances relatives aux alternatives à la dialyse en centre seront valorisées au taux de 100 % de prise en charge par l'assurance maladie et à 50 % du tarif.

Valorisation des nouveaux forfaits SE :

Les forfaits SE seront intégrés dans les RSFACE et donc individualisés. Les établissements ne doivent pas facturer le ticket modérateur sur ces forfaits qui seront valorisés en appliquant le taux moyen unique de prise en charge de 94 %.

Valorisation de la radiothérapie externe :

Le dispositif transitoire de 2006 est reconduit : ces activités seront remboursées à 100 % dès lors qu'il s'agit d'un assuré pris en charge.

Valorisation des dossiers en attente de droits ou de taux de prise en charge

Cf. annexe IV sur le traitement des dossiers incomplets

Les dossiers en attente de droits ne seront pas valorisés

Les dossiers en attente de taux de prise en charge seront valorisés à 80 %

DAC, MIGAC et forfaits annuels

Il est rappelé que les dotations (DAC, MIGAC) et les forfaits annuels, qui ont été calculés en dépenses d'assurance maladie dès 2005, ne sont pas impactés par la suppression du taux de conversion.

ANNEXE 105a4- TRAITEMENT ET VALORISATION DES DOSSIERS INCOMPLETS

Le principe de la suppression du taux de conversion est de valoriser les dossiers sur la base des informations administratives de chaque patient. A l'issue de chaque période de recueil d'activité, subsiste un certain nombre de séjours pour lesquels les informations administratives sont incomplètes. Les trois cas suivants peuvent se présenter :

Dossiers en attente de taux de prise en charge

Dans VID-HOSP, un séjour en attente du taux de prise en charge par l'assurance maladie est codé comme étant facturable à l'assurance maladie car il est certain que le patient est un assuré, seul son taux de prise en charge est incertain. La régularisation de ce dossier interviendra au cours d'une transmission ultérieure.

Dans ce cas, le dossier peut être transmis et sera valorisé provisoirement à un taux de 80 % de prise en charge par l'assurance maladie. Ce montant sera affecté de la fraction de tarif correspondant à la prestation.

Dossiers en attente de droits

Dans VID-HOSP, un dossier en attente de droits est codé comme étant facturable à l'assurance maladie, mais il n'existe pas de certitude sur l'existence des droits du patient à l'assurance maladie.

Dans ce cas, le dossier peut être transmis mais ne sera pas valorisé.

Anomalies de constitution du fichier VID-HOSP

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-ndhosf1f4-n-2007-105-du-21-mars-2007-relative-a-la-generalisation-de-la-suppression-du-taux-de-conversion/>

En cas d'absence d'un numéro d'identifiant séjour dans VID-HOSP alors qu'il est présent dans le fichier RSS, les données administratives et des données médico-administratives ne peuvent être appariées.

Dans ce cas, les séjours correspondants ne seront pas valorisés mais ils doivent être transmis.

ANNEXE 105a5 MODALITÉS TECHNIQUES DE PRISE EN COMPTE DES DOSSIERS 2006 TRANSMIS EN 2007

Cette prise en compte ne concerne que les séjours. L'activité externe n'est donc pas concernée.

Deux types de dossiers 2006 peuvent être transmis en 2007 :

- les dossiers non facturés en 2006 ;
- les dossiers ayant subi une modification des informations administratives (VIDHOSP) dans l'hypothèse de la suppression du taux de conversion en 2006 ou des informations médicales (RSS) dans tous les cas.

Ces deux types de dossiers subiront un traitement différent : les dossiers non facturés seront payés en totalité, par contre pour les dossiers modifiés c'est la différence entre le nouveau montant calculé et celui qui a été payé en 2006 qui sera payé.

Ce sont les modalités de valorisation 2006 qui seront utilisées pour traiter ces dossiers (GENRSA - MAT2A). Il est donc nécessaire d'avoir les fichiers de RSS groupés ainsi que les fichiers ANOHOSP et HOSPPMSI (éventuellement) correspondant aux nouveaux dossiers ainsi qu'aux dossiers modifiés.

Afin de simplifier la procédure de création de ces fichiers il sera fourni aux établissements un logiciel *ad hoc*. Ce logiciel devra être installé sur le poste où se trouve GENRSA.

Il utilisera les fichiers correspondant à une nouvelle extraction concernant l'ensemble de l'activité de l'année 2006 (fichier de RSS groupés, ANOHOSP et HOSPPMSI éventuellement).

Il aura les fonctionnalités suivantes :

- récupération sur ePMSI de la signature du traitement validé pour T4 2006 ;
- comparaison du nouveau fichier complet 2006 par rapport à celui qui a été validé en T4 2006 sur la base du numéro administratif de séjour contenu dans le fichier de RSS groupé ;
- élaboration du fichier contenant les nouveaux dossiers (numéro administratif présent dans le nouveau fichier mais absent du fichier validé en T4 2006) ;
- élaboration du fichier contenant les dossiers modifiés en fonction du type de traitement validé en T4 2006 (MAT2A ou MAT2A-STC) sur la base de la comparaison pour les RSS des éléments de valorisation (GHS + suppléments) et/ou pour les enregistrements ANOHOSP les nouvelles variables permettant la détermination du taux de remboursement.

Ce sont les fichiers obtenus en sortie de cet applicatif qui devront être envoyés sur ePMSI.

La périodicité de transmission est la même que les fichiers de valorisation de l'année 2007. Cependant dans le cas où l'établissement ferait de nouvelles extractions avec une périodicité différente de celle de la production d'activité 2007, le logiciel de traitement permettra la retransmission des fichiers de la dernière période validée.

Attention : cette procédure ne pourra être réalisée que si des identifiants communs existent entre le nouveau fichiers de RSS groupés et celui validé en T4 2006 (numéro de RSS ou numéro administratif de séjour).

ANNEXE 105a6 MODALITÉS TECHNIQUES DE TRANSMISSION ET DE VALIDATION DES DONNÉES

Volume des fichiers :

Afin d'autoriser la transmission de fichiers volumineux sur ePMSI, une mise à jour du logiciel ePOP sera réalisée.

Les tableaux MAT2A :

Les traitements sur MAT2A donnent lieu à la production de tableaux permettant de contrôler dans le détail le nombre de dossiers pris en charge, ceux rejetés ou signalés, la nature des anomalies constatées et de cibler le case mix des patients non retenus. Ces tableaux permettent :

- aux établissements d'apporter les corrections nécessaires pour parvenir à l'exhaustivité de leurs données et de cibler éventuellement les actions à entreprendre pour améliorer en routine la production des données ;
- aux ARH d'opérer les contrôles de validation.

Le détail de ces tableaux et le dictionnaire des termes employés figurent sur le site de l'ATIH.

Visualisation des données :

Les établissements ont toujours la possibilité de visualiser leurs données avant validation et d'effectuer plusieurs traitements jusqu'à parvenir au niveau d'exhaustivité optimum.

ANNEXE 105a7

MISE EN OEUVRE ORGANISATIONNELLE DE LA SUPPRESSION DU TAUX DE CONVERSION

L'expérimentation réalisée en 2006 a mis en exergue les difficultés rencontrées par les établissements pour produire l'exhaustivité des données de leur activité et avec un niveau de qualité permettant leur valorisation. L'attention est donc appelée sur l'urgence et la nécessité de mettre en place une organisation spécifique pour rassembler et transmettre les données d'activité dans les meilleures conditions possibles afin de ne pas pénaliser la trésorerie de l'établissement.

Les difficultés relèvent en premier lieu de l'organisation interne et de la capacité à produire dans des conditions proches de celles de la facturation directe toutes les informations nécessaires : codage des actes, respect des règles de facturation, recueil des droits du patient, retraitement des dossiers rejetés. Les premiers traitements sur MAT2A donnent fréquemment lieu au signalement et au rejet de nombreux dossiers. Le retraitement de ces anomalies doit mobiliser des équipes pluridisciplinaires : DIM, bureau des entrées, direction financière, service informatique.

Ce constat conduit à préconiser un fonctionnement en mode projet avec la désignation d'un chef de projet ou d'une équipe responsable du projet, coordonnant les différentes actions à mener, parmi lesquelles la formation des bureaux des entrées au PMSI est jugée utile par certains établissements expérimentateurs.

La période de test sur l'année 2006 sur MAT2A permet, dans l'attente des logiciels 2007, de réaliser des tests de conformité des fichiers à l'aide des logiciels déjà diffusés pour le traitement du quatrième trimestre 2006. Ces tests permettront d'évaluer en interne la qualité des fichiers transmis et de cibler les actions d'accompagnement. En particulier, la qualité et l'exhaustivité du chaînage doivent être vérifiées au plus tôt, de même que la concordance du nombre de séjours entre la base PMSI et la base de facturation. Dès la disponibilité des logiciels pour le traitement du premier trimestre 2007, la période de test 2007 pourra être utilisée.

Les éditeurs de logiciels ont été informés des échéances de la suppression du taux de conversion et les maintenances devraient être livrées dans des délais compatibles avec celles-ci. Toute difficulté de ce point de vue doit être signalée au chargé de mission SI de l'ARH.

ANNEXE 105a8

Le fichier des RSF-ACE (cf. note 1)

Dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie et de la participation forfaitaire d'un euro, les établissements ex-DGF doivent télétransmettre l'intégralité des actes réalisés en consultations externes dans le cadre de la dotation annuelle à l'aide de lots spécifiques suivant la norme B2 (cf. note 2) .

Des tests sont en cours depuis plus d'un an avec les SSII du secteur ex-DGF.

La norme B2 étant une norme de facturation elle comporte tous les éléments nécessaires à la suppression du taux de conversion. C'est donc pour cela que le format des RSFA-ACE présenté ici fait référence à cette norme et qu'est fournie pour chaque variable la correspondance avec celle de cette norme. Les actes et consultations externes devant être télétransmis par la norme sont concernés par leur transcription en RSFACE, dans la limite de la liste des prestations déjà véhiculée dans FICHSUP. (cf liste plus bas).

Les prestations suivantes, bien que ne devant pas être transmises dans le fichier de la participation forfaitaire de « un euro », doivent être intégrées dans le fichier de RSF-ACE :

- SE1, SE2 et SE3 : sécurité environnement (à partir du 1^{er} mars 2007) ;
- FFM : petit matériel (à partir du 1^{er} janvier 2008) ;
- ATU : passage aux urgences (à partir du 1^{er} janvier 2008).

Pour toutes les prestations sauf SE1, SE2, SE3, FFM et ATU ce sont les règles de production de la norme B2 qui doivent s'appliquer. Il faudra donc s'y reporter pour les consignes de remplissage des différentes variables.

Le format d'un fichier de RSF-ACE doit être de la forme :

- RSF-ACE - A : début de facture ;

- RSF-ACE - C : détail ligne facture ACE ;
- RSFACE - M : CCAM ;
- RSF-ACE - M : CCAM.

Il faut noter que l'ensemble de l'activité peut-être déclarée dans les fichiers de RSFACE, y compris les patients non pris en charge par l'assurance maladie.

Dans ce cas il faut renseigner la variable [Code de prise en charge] du RSFACE-A et indiquer un taux de remboursement à 0 dans le RSFACE-C.

1. RSF-ACE 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	Obligatoire
Sexe	20	20	1	RSS non groupé		Non applicable
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=Assuré avec PEC/2=Assuré sans PEC/3=Non Assuré pris en charge /4=Non Assuré sans PEC
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	Egal à 0
Total remboursable AMO prestation hospitalière	87	94	8	Type 5 CP	50	Egal à 0
Total honoraire facturé	95	102	8	Type 5 CP	58	Total des lignes de RSF-ACE C (y compris SE1, SE2, SE3)
Total honoraire remboursable AMO	103	110	8	Type 5 CP	66	Total des lignes de RSF-ACE C (y compris SE1, SE2, SE3)
Total participation assuré avant OC	111	118	8	Type 5 CP	74	Egal à 0
Total remboursable OC pour les PH	119	126	8	Type 5 CP	82	Egal à 0
Total remboursable OC pour les honoraires	127	134	8	Type 5 CP	90	Total des lignes de RSF-ACE C (y compris SE1, SE2, SE3)
Montant total facturé pour PH	135	142	8	Type 5 CP	115	Egal à 02

(3) Il faut noter que la distinction ici entre « prestation hospitalière » et « honoraire » n'a pas lieu d'être. La totalisation des lignes de RSFA-ACE a été affectée aux variables concernant les honoraires par argument de fréquence (les seuls codes prestation ne relevant pas clairement d'honoraires sont les SE1, SE2, SE3, FFM et ATU).

2. RSF-ACE C. - Détail ligne facture ACE

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	Nature de prestation (y compris SE1, SE2, SE3)
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 honoraires (dépassement compris)	87	93	7	Type 4	115	
Montant remboursable par OC	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

3. RSF M. - CCAM

LIBELLÉ	DÉB	FIN	TAILLE	RÉFÉRENCE	POSITION référence	✖ ✖
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	

Liste des codes prestations valorisés utilisables dans les RSFA-ACE

- 1 ACO Actes d'obstétrique
- 2 ADA Actes d'anesthésie
- 3 ADC Actes de chirurgie
- 4 ADE Actes d'échographie
- 5 ADI Actes d'imagerie
- 6 AIS Actes infirmiers de soins
- 7 AIS F Majoration actes infirmiers Férié
- 8 AIS N Majoration actes infirmiers Nuit
- 9 AMC Actes de kinésithérapie en établissement
- 10 AMC F Actes de kinésithérapie en établissement Férié
- 11 AMC N Actes de kinésithérapie en établissement Nuit
- 12 AMI Soins infirmiers
- 13 AMI F Majoration soins infirmiers Férié
- 14 AMI N Majoration soins infirmiers Nuit
- 15 AMK Actes de kinésithérapie
- 16 AMK F Majoration actes de kinésithérapie Férié

- 17 AMK N Majoration actes de kinésithérapie Nuit
- 18 AMO Séances d'orthophonie
- 19 AMP Soins de pédicurie
- 20 AMP F Majoration soins de pédicurie Férié
- 21 AMP N Majoration soins de pédicurie Nuit
- 22 AMS Suivi des actes de kinésithérapie
- 23 AMY Séances d'orthoptie
- 24 AMY F Majoration orthoptiste Férié
- 25 AMY N Majoration orthoptiste Nuit
- 26 ATM Actes techniques médicaux
- 27 B Actes de biologie
- 28 C Consultation
- 29 C F Majoration consultation Férié
- 30 C N Majoration consultation Nuit
- 31 CA Consultation approfondie
- 32 CNP Consultation neuropsychiatre
- 33 CNP F Majoration consultation neuropsychiatre Férié
- 34 CNP N Majoration consultation neuropsychiatre Nuit
- 35 CS Consultation spécialiste
- 36 CS F Majoration consultation spécialiste Férié
- 37 CS N Majoration consultation spécialiste Nuit
- 38 CSC Consultation spécifique au cabinet par un cardiologue ou un médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire
- 39 D Actes dentaires
- 40 D F Majoration actes dentaires Férié
- 41 D N Majoration actes dentaires Nuit
- 42 DC Actes de chirurgie dentaire
- 43 DC F Majoration actes de chirurgie dentaire Férié
- 44 DC N Majoration actes de chirurgie dentaire Nuit
- 45 DEN Acte dentaire CCAM
- 46 FPE Forfait pédiatrique
- 47 FTG Forfait technique global
- 48 FTN Forfait technique normal
- 49 FTR Forfait technique réduit
- 50 FTS Forfait technique scanner
- 51 K Actes de spécialité
- 52 K F Majoration actes de spécialité Férié
- 53 K N Majoration actes de spécialité Nuit
- 54 KB Prélèvement directeur de laboratoire
- 55 KB F Majoration prélèvement directeur de laboratoire Férié
- 56 KB N Majoration prélèvement directeur de laboratoire Nuit
- 57 KC Actes de chirurgie ou chirurgie dentaire par stomatologue
- 58 KC F Majoration actes de chirurgie ou chirurgie dentaire par stomatologue Férié
- 59 KC N Majoration actes de chirurgie ou chirurgie dentaire par stomatologue Nuit
- 60 KCC Actes spécifiques des chirurgiens
- 61 KCC F Majoration actes spécifiques des chirurgiens Férié
- 62 KCC N Majoration actes spécifiques des chirurgiens Nuit
- 63 KE Actes d'échographie, échotomographie ou doppler
- 64 KE F Majoration actes d'échographie, échotomographie ou doppler Férié
- 65 KE N Majoration actes d'échographie, échotomographie ou doppler Nuit
- 66 KFD Forfait échographie radiologie
- 67 MCC Majoration coordination cardiologue
- 68 MCE Majoration consultation endocrino
- 69 MCG Majoration coordination généraliste
- 70 MCS Majoration coordination spécialiste
- 71 MGE Majoration généraliste enfant
- 72 MM Majoration milieu de nuit
- 73 MNO Majoration nourrisson généraliste
- 74 MNP Majoration nourrisson pédiatre
- 75 MPC Majoration provisoire cliniciens
- 76 MPJ Majoration provisoire cliniciens pour - 16 ans
- 77 ORT Orthodontie
- 78 P Actes anatomo-cyto-pathologie
- 79 PB Prélèvement sanguin par directeur de laboratoire non médecin
- 80 PRA Majoration d'honoraires pour produits
- 81 PRO Prothèse dentaire par stomatologue
- 82 SE1 Forfait sécurité et environnement hospitalier

83 SE2 Forfait sécurité et environnement hospitalier
 84 SE3 Forfait sécurité et environnement hospitalier
 85 SC Soins conservateurs par dentiste
 86 SC F Majoration soins conservateurs par dentiste Férié
 87 SC N Majoration soins conservateurs par dentiste Nuit
 88 SCM Soins conservateurs par médecin
 89 SCM F Soins conservateurs par médecin Férié
 90 SCM N Soins conservateurs par médecin Nuit
 91 SF Actes sage-femme
 92 SF F Majoration actes sage-femme Férié
 93 SF N Majoration actes sage-femme Nuit
 94 SFI Soins infirmiers par sage-femme
 95 SFI F Majoration soins infirmiers par sage-femme Férié
 96 SFI N Majoration soins infirmiers par sage-femme Nuit
 97 SPR Actes de prothèse dentaire par chirurgien dentiste
 98 TB Prélèvement sanguin par technicien de laboratoire
 99 TO Traitements d'orthopédie dentofaciale par chirurgien dentiste
 100 Z Actes de radiologie
 101 Z F Majoration actes de radiologie Férié
 102 Z N Majoration actes de radiologie Nuit
 103 ZM Dépistage cancer du sein
 104 ZN Actes de médecine nucléaire
 105 ZN F Majoration actes de médecine nucléaire Férié
 106 ZN N Majoration actes de médecine nucléaire Nuit

ANNEXE 105a9
LE FICHER VID-HOSP

1. Format

Ce fichier permet l'intégration des variables issues du dossier de facturation permettant le calcul du taux de remboursement pour le séjour et donc la suppression du taux de conversion, après appariement avec le fichier de RSA.

Il correspond à une évolution du fichier VID-HOSP prévu dans le cadre de la procédure de chaînage qui est utilisé en entrée du logiciel MAGIC.

Le fichier VID-HOSP étendu doit suivre le format ci-dessous.

LIBELLÉ	TAILLE	POSITION	REMARQUES
N° de sécurité sociale	13	1-13	Valeur manquante « XXXXXXXXXXXXX »
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 'X' correspond à la valeur manquante ou sans objet
Code de prise en charge du forfait journalier	1	44-44	{A, L, R, X} cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2 'X' correspond à la valeur manquante ou sans objet
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 XX : Non applicable ou manquante
Séjour facturable à l'assurance maladie	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	1	48-48	0 : Non / 1 : Oui
Nombre de venues de la facture	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	10	62-71	8 + 2 : Montant en centimes d'euros
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	72-81	8 + 2 : Montant en centimes d'euros
Montant lié à la majoration au parcours de soin	4	82-85	2 + 2 : Montant en centimes d'euros

NB : Ce format VID-HOSP étendu est obligatoire à partir du 1^{er} janvier 2007 dans les établissements ex DG des champs MCO et HAD.

Pour les autres champs du PMSI (SSR et PSY) deux formats peuvent être utilisés :

- le format standard : qui correspond à l'ancien format : position 1 à 42 ci-dessus ;
- le format étendu : positions 1 - 85.

MAGIC ainsi que les logiciels de traitement des champs SSR et PSY seront adaptés pour pouvoir prendre en entrée les 2 types de fichiers (standard ou étendu).

2. Nouvelles variables

Les variables supplémentaires sont les suivantes :

1. Code justification d'exonération du ticket modérateur :

Son codage doit suivre les consignes de l'annexe 9 du cahier des charges de la norme B2. Le tableau du paragraphe 5, ci-dessous résume les conditions de codage en particulier des modalités manquantes ou sans objet qui sont absentes de cette annexe 9, en fonction de la prise en charge du séjour par l'assurance maladie.

2. Code de prise en charge du forfait journalier :

Son codage doit suivre les consignes de l'annexe 16 du cahier des charges de la norme B2. Le tableau du paragraphe 5, ci-dessous résume les conditions de codage en particulier des modalités manquantes ou sans objet qui sont absentes de cette annexe 16, en fonction de la prise en charge du séjour par l'assurance maladie.

3. Nature d'assurance :

Son codage est identique à la variable correspondante dans la norme B2. Le tableau du paragraphe 5, ci-dessous résume les conditions de codage en particulier des modalités manquantes ou sans objet, en fonction de la prise en charge du séjour par l'assurance maladie.

Le tableau présenté en paragraphe 3 ci-dessous montre le transcodage des risques en codification BG norme B2.

4. Séjour facturable à l'assurance maladie :

Prend les valeurs suivantes :

- 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).

5. Facturation du 18 euros :

Les montants TM et remboursé par l'assurance maladie tient compte de l'imputation des 18 euros.

6. 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'ATIH de répartir le montant de la facture sur les différents RSS. Cette procédure est courante en hospitalisation de jour, chimio et dialyse.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. Montant lié à la majoration au parcours de soin :

A renseigner par la valeur 0 par défaut.

Dans le cadre des traitements, les seules variables dont le mauvais codage entraîne une non-prise en compte des séjours sont les suivantes :

- code justification d'exonération du ticket modérateur ;
- code de prise en charge du forfait journalier ;
- nature d'assurance ;
- séjour facturable à l'assurance maladie ;
- nombre de venue de la facture.

3. Tableau de concordance des risques en BG et Normes B2

LIBELLÉ	CODE Risque BG	NATURE assurance B2
Maladie	10	10
Maladie. Séjour non motivé par la pathologie	14	10
Maladie. Assuré reconnu atteint d'une affection liste (soumis à avis médical) séjour non en rapport avec l'affection liste.	18	10
Maladie. Assuré reconnu atteint d'une affection liste (soumis à avis médical) séjour en rapport avec l'affection Liste.	28	10
Maladie. Assuré reconnu atteint d'une affection hors liste (soumis à avis médical) séjour non en rapport avec l'affection hors-liste	19	10
Maladie. Assuré reconnu atteint d'une affection hors liste (soumis à avis médical) séjour en rapport avec l'affection hors-liste	29	10
Maladie. Séjour non motivé par la polypathologie	14	10
Maladie. Séjour motivé par la polypathologie	27	10
Maladie en cours de navigation (régime 06)	80	10
Maladie pour assuré appartenant au régime local Alsace-Moselle	13	13
Maladie. Séjour non motivé par la polypathologie assuré appartenant au régime local Alsace-Moselle	15	13
Maladie. Assuré reconnu atteint d'une affection liste, appartenant au régime local Alsace-Moselle	16	13
Maladie. Assuré reconnu atteint d'une affection hors liste, appartenant au régime local Alsace-Moselle	17	13
Maternité (durant les quatre derniers mois de grossesse) à compter du 1 ^{er} janvier 2005.	30	30
Accident de travail (41 : travail - 42 : maladie prof - 43 : trajet)	40 - 41 42 - 43	41
Accident pour régime TNS	50	41

4. Calcul du montant à facturer au titre du ticket modérateur et facturation des forfaits journaliers

Les établissements calculent le ticket modérateur sur la base du tarif journalier de prestations, duquel est déduit le forfait journalier pour la durée du séjour sauf le jour de sortie (art. L. 174-4 du CSS). La part payée par le patient se décompose donc en :


- un TM à 80 % sur le TJP ;
- les forfaits journaliers (non compris le FJ du jour de sortie) ;
- les forfaits journaliers y compris le FJ du jour de sortie.

Dans la pratique, la somme de ces deux éléments est égale au montant du TM + le FJ du jour de sortie.













L'établissement doit au total recevoir un montant égal au financement des soins, auquel s'ajoutent les forfaits journaliers.

En complément des sommes perçues auprès du patient ou de l'assuré, l'assurance maladie verse le montant du GHS affecté le cas échéant du taux de prise en charge.

Exemple de remplissage des variables

	TAUX prise en charge (TX) = 80 %	TAUX de prise en charge = 100 %	TAUX de prise en charge = 100 % + exo FJ
Montant à facturer au titre du TM	$(TJP * ds * txTM) - (FJ * ds)$ $= (120 * 5 * 0,2) - (15 * 5) = 45$	0	0
Montant à facturer au titre du FJ	$FJ * (ds + js)$ $= 15 * 6 = 90$	$FJ * (ds + js)$ $= 15 * 6 = 90$	0
Montant total du séjour remboursé par l'AMO	$(TJP * ds * TX) + (FJ * ds)$ $= (120 * 5 * 0,8) + (15 * 5) = 555$	$TJP * ds$ $= 120 * 5 = 600$	$(TJP * ds) + (FJ * (ds + js))$ $= (120 * 5) + (15 * 6) = 690$
Hypothèses : TJP = 120Euro / ds = 5 jours. Js : jour de sortie.			

5. Codage des variables VID-HOSP en fonction de la situation administrative du patient et du type de séjour

SÉJOUR FACTURABLE à l'assurance maladie	CODE JUSTIFICATION d'exonération du ticket modérateur	CODE DE PRISE en charge du forfait journalier	NATURE d'assurance	NOMBRE DE VENUES de la facture	 
0 : Non pris en charge	X	X	XX	1..N	 
3 : En attente de droits du patient	X	X	XX	1..N	 
2 : En attente sur le taux de prise en charge	{0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, C, X}	{A, L, R, X}	{10, 13, 30, 41, 90, XX}	1..N	 
1 : Pris en charge : Nouveau-Né	X	X	XX	1	 
Radiothérapie	{0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, C, X}	X	{10, 13, 30, 41, 90, XX}	1..N	 

Séances hors radiothérapie	{0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, C}	X	{10, 13, 30, 41, 90}	1..N	<input type="checkbox"/>
Durée de séjour = 0	{0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, C}	X	{10, 13, 30, 41, 90}	1..N	<input type="checkbox"/>
Autre type de séjour	{0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, C}	{A, L, R}	{10, 13, 30, 41, 90}		1

Si la variable [code justification du ticket modérateur] vaut 'X' : le [Montant à facturer au titre du ticket modérateur] ainsi que le [Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie] doivent être égal à 0 ;

Si la variable [Code de prise en charge du forfait journalier] vaut 'X' : le [Montant à facturer au titre du forfait journalier] doit être égal à 0.

6. Consignes particulières pour les établissements HAD

La variable [Code de prise en charge du forfait journalier] doit-être égale à X' (non applicable).

La variable [Facturation du 18 euros] doit être égale à 0.

La variable [Nombre de venues de la facture] doit être renseigné par le nombre de jours facturés, si une facture a été émise, ou par 0 en l'absence de facture.

Le [Montant total du séjour remboursé par l'AM] est égal au nombre de journées facturés multiplié par le tarif journalier de prestation de l'établissement.

Le [Montant à facturer au titre du ticket modérateur] est égal au nombre de journées facturés multiplié par le tarif journalier de prestation de l'établissement auquel on applique le taux de prise en charge du patient.

7. 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, X])

(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, X])

(vii) « Nature d'assurance »

0 : pas de problème à signaler

1 : valeur illicite (i.e. n'appartenant pas à 10, 13, 30, 41, 90, XX)

(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) « Facturation du 18 euros »

0 : pas de problème à signaler

1 : présence de caractères non numériques

(x) « Nombre de venues »

0 : pas de problème à signaler

1 : présence de caractères non numériques

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

0 : pas de problème à signaler

1 : présence de caractères non numériques

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

0 : pas de problème à signaler

1 : présence de caractères non numériques

(xiii) « Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) »

0 : pas de problème à signaler

1 : présence de caractères non numériques

(xiv) « Montant lié à la majoration au parcours de soin »

0 : pas de problème à signaler

1 : présence de caractères non numériques

NOTE (S) :

(1) Les modifications apportées par rapport au précédent cahier des charges sont les suivantes :

- une modification du nom des enregistrements : RSF est devenu RSF-ACE ;
- une suppression des types d'enregistrements superflus (RSF-B, RSF-P, RSF-I, RSF-H) ;
- ajout de précisions de codage.

(2) Les positions de références sont fournies à partir de la norme de février 2004, cependant les variables utilisées ne sont pas concernées par les versions ultérieures de celle-ci.