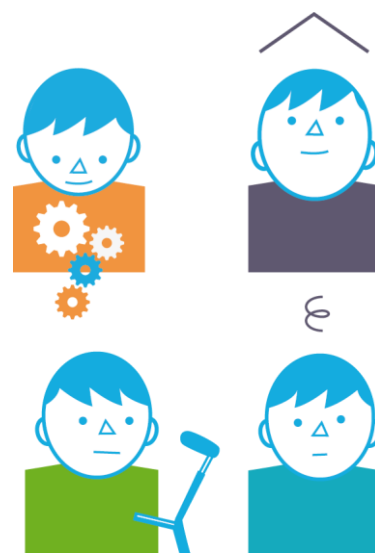


Manuel d'utilisation **MAGIC 5.x**



MARS

2022

*Service Architecture et
production
informatiques*

*Pôle Logiciels des
établissements de santé*

Support utilisateurs

Téléphone : 0 820 771 234 (0,019 euros TTC/min)

Foire aux questions : <https://applis.atih.sante.fr/agora>

Courriel : support@atih.sante.fr

SOMMAIRE

1- PRESENTATION GENERALE	1
2- DEMARRAGE DE MAGIC.....	1
3- LE « MODE LOCAL »	2
4-ARRET DE MAGI	2
5- ANNEXES.....	3
6.1- FORMAT DU FICHIER VID-HOSP	3
6.2- VID-HOSP V014 : POUR TOUS LES CHAMPS A PARTIR DE 2022	3
6.3- VID-HOSP V013 : POUR TOUS LES CHAMPS A PARTIR DE 2019 AU 2022	11
6.4- VID-IPP I00B : POUR LE CHAMP PSY AMBU A PARTIR DE 2022.....	30
6.5- VID-IPP I00A : POUR LE CHAMP PSY AMBU A PARTIR DE 2020 AU 2022.....	32



1- Présentation générale

Le Module d'Anonymisation et de Gestion des Informations de Chaînage (MAGIC) représente le premier maillon dans la procédure de chaînage mise en place par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). La présentation de cette procédure n'étant pas le but de ce document, nous vous invitons à consulter la « Circulaire DHOS-PMSI n° 106 du 22 fév. 2001 » (dont le lien est disponible à cette adresse sur le site de l'A.T.I.H : <http://www.atih.sante.fr/?id=0002B00106FF>) si vous souhaitez une présentation détaillée sur ce sujet.

MAGIC concerne le bureau des admissions et/ou frais de séjour et permet à partir du fichier VID-HOSP (cf. « Circulaire DHOS-PMSI n° 106 du 22 fév. 2001 » et les annexes du présent manuel pour un complément d'information) de créer un fichier ANO-HOSP (dont le format est fourni en annexe). Il accepte deux modes de fonctionnement : un « mode local » et un « mode serveur ». Ce deuxième mode intéressera particulièrement les personnes désirant une plus grande intégration de MAGIC au Système d'Information Hospitalier (SIH) existant. Son utilisation suppose cependant un minimum de connaissances en informatique (en programmation et en réseau notamment). Il s'adresse, par conséquent, prioritairement aux établissements et sociétés de services assurant le développement de logiciels. Autrement dit, les utilisateurs non intéressés par ce mode de fonctionnement peuvent complètement faire l'impasse sur les paragraphes consacrés à ce thème.

2- Démarrage de MAGIC

Lorsque vous exécutez MAGIC, une fenêtre semblable à celle-ci est affichée :

MAGIC 5.8.0.0

Traitement local

Dernier traitement réussi :

Etapes obligatoires :

Etape 1 : indiquer le fichier VID-HOSP à traiter

Etape 2 : indiquer le nom du fichier ANO-HOSP

☐ PSY uniquement : indiquer le fichier VID-IPP à traiter

Etape 3 : générer le fichier ANO-HOSP

Générer

Etapes facultatives :

Etape 4 : visualiser le rapport synthétique

Visualiser

Etape 5 : visualiser le rapport détaillé

Visualiser

3- Traitement

Pour réaliser vos traitements, utilisez la zone (1) de l'interface, zone réservée aux traitements VID-HOSP.

Le traitement d'un fichier VID-HOSP ne présente pas de difficultés particulières, il suffit de suivre une à une les étapes suivantes :

- Étape 1 : Indiquer à l'aide du bouton associé le nom du fichier VID-HOSP à traiter.
- Étape 2 : Indiquer à l'aide du bouton associé le chemin et le nom de fichier sous lequel vous souhaitez sauvegarder le fichier ANO-HOSP qui sera généré (cf. format en annexes).
- Étape 3 : Cliquer sur le bouton [Générer] pour lancer le traitement.

Dans cette étape, MAGIC va contrôler les enregistrements (conformité des variables, longueur, ...)

A l'issue du traitement, vous pouvez consulter :


- Étape 4 : Le rapport synthétique de traitement : nombre d'erreur par variable (Étape 4)
- Étape 5 : Le rapport détaillé qui donne, pour chaque séjour erroné, la liste des erreurs détectées. Ce fichier peut être importé et exploité facilement dans un tableur ou une base de données (cf. annexe pour la liste des codes d'erreur et la description du format)

4-Arrêt de MAGI

Pour quitter MAGIC, vous avez deux possibilités :

- Le mettre en veille
- L'arrêter complètement

Lorsque vous mettez MAGIC en veille (il suffit de réduire la fenêtre), seule l'interface graphique sera cachée : il ne restera plus que son icône (un feu de signalisation à côté de l'horloge). Par contre, le programme continuera de fonctionner (s'il est en mode serveur, MAGIC répondra aux requêtes envoyées par les clients). Pour afficher à nouveau l'interface, il suffira d'effectuer un double-clic sur l'icône de l'application.

Pour arrêter définitivement le logiciel (i.e. le décharger de la mémoire), il faut cliquer sur le bouton  ou choisir le menu {Quitter} lorsque l'on est en mode réduit (icône à côté de l'horloge).

5- ANNEXES

6.1- Format du fichier VID-HOSP

MAGIC permet de rendre anonyme les fichiers au format VID-HOSP.

Etablissements expérimentateurs FIDES : toutes les variables doivent être renseignées selon les consignes de remplissage fournies. Lors du passage en facturation directe des séjours les contrôles réalisés par le logiciel **DEFIS** qui remplacera la chaîne MAGIC/GENRSA/PAPRICA/MAT2A.

Etablissements non expérimentateurs : seules les variables sur fond jaune et orange sont requises et contrôlées par **MAGIC**, les autres variables ne seront pas contrôlées et peuvent être laissées à blanc (caractère espace).

Le tableau, ci-dessous, indique le logiciel à utiliser selon votre situation :

Etablissement expérimentateur FIDES	Activité MCO	Activité HAD	Activité SSR	Activité PSY
OUI	MAGIC jusqu'au passage en facturation directe des séjours puis DEFIS	MAGIC jusqu'au passage en facturation directe des séjours puis DEFIS	MAGIC	MAGIC
NON	MAGIC	MAGIC	MAGIC	MAGIC

6.2- VID-HOSP V014 : Pour tous les champs à partir de 2022

Etablissements expérimentateurs FIDES : toutes les variables doivent être renseignées selon les consignes de remplissage fournies

Etablissements non expérimentateurs : seules les variables sur fond bleu, jaune ou bleu gris doivent être renseignées.

Note : les éléments en bleu gris ont été ajoutés cette année dans la liste des variables obligatoires à renseigner pour tous les établissements.

Nom	Taille	Début	Fin	Type de la norme (B2 *)	Position dans la norme	Obligatoire	Consignes
N° immatriculation assuré	13	1	13	2	déc-24	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge.
Clé du N° immatriculation	2	14	15	2	25-26	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge.. Clé à contrôler après la saisie annexe 5
Code Grand Régime	2	16	17	2	49-50	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. Voir codification annexe 2
Code gestion	2	18	19			O	Reporter l'information figurant dans la zone « régime obligatoire » de la carte vitale
Date de naissance du bénéficiaire	8	20	27	2	96-101	O	Indiquer ici la date de naissance du bénéficiaire. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Sexe du bénéficiaire	1	28	28			O	
N° administratif de séjour	20	29	48			O	

N° format VID-HOSP	4	49	52			O	V014
N° FINESS d'inscription e-PMSI	9	53	61			O	
N° immatriculation individuel	13	62	74	25	50-62	F	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Clé du N° immatriculation individuel	2	75	76	25	63-64	F	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Justification d'exonération ou de modulation du ticket modérateur	1	77	77	2	79	O	Précise et justifie l'exonération ou la modulation du ticket modérateur appliqué aux soins facturés. Cf. codification annexe 9. Cette justification vaut pour la totalité de la facture, sauf indication contraire au niveau de la ligne dans le type 3 (position 64) ou le Type 4 (position 54) en Norme CP.
Code de prise en charge du forfait journalier	1	78	78	3	70	F	
Nature d'assurance	2	79	80	2	77-78	O	10 : maladie / 13 : maladie régime local Alsace-Moselle / 30 : maternité / 41 : accident du travail / 90 : prévention maladie
Type de contrat	2	81	82	2	117-118	F	Indiquer le type de contrat codification fournie par la caisse. 85 : sortants du dispositif CMUC (géré par un organisme obligatoire) 87 : sortants du dispositif CMUC (géré par un organisme complémentaire) 88 : aide à la mutualisation (panier de biens = panier CMUC) 89 : bénéficiaire de la CMU complémentaire (en cours), quel que soit le gestionnaire
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	83	83			O	
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	84	84			N	Ajout de la modalité E pour les séjours Article 51
Facturation du 18 €	1	85	85			O	Participation forfaitaire de 18€ en cas de réalisation d'actes coûteux au cours de la prise en charge
Nombre de venues de la facture	4	86	89			O	
Montant à facturer au titre du TM	10	90	99			O	
Montant à facturer au titre du FJ	10	100	109			O	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMO (i.e. hors prestations annexes)	10	110	119			O	
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	120	123			O	
Montant base remboursement	10	124	133			O	
Taux de remboursement	5	134	138			O	
Patient bénéficiaire de la CMU	1	139	139			F	0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
N° administratif de séjour de la mère	20	140	159			F	A renseigner pour tous les nouveau-nés dont la mère est hospitalisée dans l'établissement
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	160	160			F	1 pour oui laisser à vide sinon

Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	161	161			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Date de l'hospitalisation	8	162	169	2	80-85	O	Date du début de l'hospitalisation quel que soit l'établissement (en cas de transfert par exemple). ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	170	179			O	Dans le cas d'un séjour normal, il doit correspondre au montant du reste à charge patient hors prestations annexes. Il doit être renseigné même si le patient n'a pas d'assurance complémentaire.
Code participation assuré	1	180	180	3	117	F	
N° d'entrée	9	181	189	2	40-48	O	N° attribué par l'établissement
Rang de naissance	1	190	190	2	102	F	
Rang du bénéficiaire	3	191	193	2	27-29	F	Valeur 000 pour le régime général. A prendre sur l'attestation de droits ou la prise en charge pour autres régimes si présent
N° caisse gestionnaire	3	194	196	2	51-53	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. Voir codification annexe 3
N° centre gestionnaire	4	197	200	2	54-57	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. Pour le RSI : cadrage du numéro de centre à gauche, le 4ème caractère doit être renseigné par un 0 en position 57
Filler	30	201	230			F	Réservé pour usage futur ;
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	231	231				1 pour oui laisser à vide sinon
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	232	240	2	86-94	F	L'organisme obligatoire peut selon conventions régler directement la part de l'organisme complémentaire à l'établissement ou à l'assuré ou transmettre l'image de son décompte à l'organisme complémentaire. Lorsque l'établissement pratique un tiers payant sur la part complémentaire, il doit obligatoirement positionner le n° de l'organisme complémentaire, cadré à droite, et complété par des zéros à gauche, ou le top mutualiste « M » en position 128, la zone étant complétée par des blancs.
N° d'organisme complémentaire	10	241	250	2	119-128	F	L'organisme obligatoire peut selon conventions régler directement la part de l'organisme complémentaire à l'établissement ou à l'assuré ou transmettre l'image de son décompte à l'organisme complémentaire. Lorsque l'établissement pratique un tiers payant sur la part complémentaire, il doit obligatoirement positionner le n° de l'organisme complémentaire, cadré à droite, et complété par des zéros à gauche, ou le top mutualiste « M » en position 128, la zone étant complétée par des blancs.
Nature de la pièce justificative des droits	1	251	251	2	58	O	Voir codification en annexe 8 - JUSTIFICATION DES DROITS AMO

Prise en charge établie le	8	252	259	2	59-64	F	Obligatoire si l'établissement a indiqué qu'il possède une prise en charge. Indiquer la date de prise en charge par l'organisme d'Assurance maladie. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	260	267	2	65-70	F	Obligatoire si l'établissement a indiqué que l'assuré a présenté une attestation de droits, une carte Vitale ou une prise en charge. Indiquer la date de validité de cette attestation. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Délivrée par	3	268	270	2	71-73	F	Code de l'organisme ayant délivré l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. (A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge)
Régime de prestation de l'assuré	3	271	273	2	74-76	F	A reprendre sur la prise en charge ou laisser à 000. Cette information est obligatoire, en cas de présence de types 2B/2C, pour les bénéficiaires relevant de la subsistance « F212 », au sens du décret du 22.12.1967 (ex : bénéficiaires hospitalisés MECS, ...)
Top éclatement des flux par l'établissement	1	274	274	2	95	F	Valeur « F » : éclatement du flux à la source par l'établissement. La part AMC est transmise sur une facture distincte (hors CMU uniquement). A blanc : Pas d'éclatement à la source.
Date d'entrée	8	275	282	2	103-108	O	Date d'entrée de l'hospitalisé dans l'établissement qui présente la facture (ou date de début de facturation). ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Date de sortie	8	283	290	2	109-114	O	Indiquer la date de sortie réelle si tel est le cas, ou la date limite de facturation s'il s'agit d'une facturation partielle. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Montant total du séjour facturé au patient	8	291	298			N	Indicateur Simphonie Montant facturé au titre de la part patient
Rejet AMO	1	299	299			O	Indicateur Simphonie Nombre de fois où FT AMO a été rejetée (0 à 9)
Date de facturation AMO	8	300	307			N	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT AMO
Date de facturation AMC	8	308	315			N	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT AMC
Date de facturation patient	8	316	323			N	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT patient
Date de paiement AMO	8	324	331			N	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMO est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement AMC	8	332	339			N	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMC est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement patient	8	340	347			N	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT patient est payée en totalité (statut S16)
Statut FT AMO	1	348	348			O	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Statut FT AMC	1	349	349			O	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Statut FT patient	1	350	350			O	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et

							S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
							Code INSEE à 5 chiffres, sans les deux premiers chiffres 99. Ou bien code ISO ISO 3166-1 Alpha-3. Pour renseigner cette donnée, il est important de prendre en compte le contexte assurantiel du patient (et non son pays d'origine). Par exemple, un patient français peut avoir une assurance étrangère (anglaise, américaine ou autre...).
Pays d'assurance social	3	351	353			O	De même, un patient américain peut avoir une assurance anglaise ou autre. Le code pays à renseigner est bien le code pays de l'assurance du patient. » Mettre 000 ou laisser à blanc quand l'information n'est pas disponible.
Numéro d'identification permanent du patient (IPP)	20	354	373			O	
Identifiant national de santé (INS)	15	374	388			F	13+2
Article 51	1	389	389			F	
Complément au numéro de titre de recette	6	390	395	2S	42-47	F	Obligatoire pour le receveur des hôpitaux publics. Complément au numéro de titre de recette (position 30-38 du type 2 CP).
Top déclaration de médecin traitant	1	396	396	2S	71	F	Valeur « O » si le bénéficiaire a déclaré un médecin traitant. Valeur « N » si le bénéficiaire n'a pas déclaré de médecin traitant. A blanc dans les autres situations.
Nom du médecin traitant ou du praticien qui a orienté le patient	25	397	421	2S	72-96	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Prénom du médecin traitant ou du praticien qui a orienté le patient	15	422	436	2S	97-111	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Indicateur du parcours de soins	1	437	437	2S	121	F	Valeurs possibles dans le cadre du parcours de soins : Cf. annexe 25.
CMUC en gestion unique	1	438	438			F	0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information ou non applicable
Établissement de Transfert	14	439	452	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement destinataire en cas de transfert > 48h
Établissement de Retour	14	453	466	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement de transfert lorsque le patient revient dans l'établissement d'origine
Nombre de disciplines de prestations (N)	2	467	468			O	
DMT n°1: Discipline de prestations (ex DMT)	3			3	41-43	F	
Mode de traitement	2			3	39-40	F	
Date de début de séjour	8			3	44-49	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Date de fin de séjour	8			3	50-55	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Prix unitaire	7			3	76-82	O	5+2
Base de remboursement	8			3	83-90	O	6+2
Taux applicable à la prestation	3			3	91-93	O	

Montant remboursable par la caisse	8			3	94-101	O	6+2
...							
DMT n° N: Discipline de prestations (ex DMT)	3			3	41-43	F	
Mode de traitement	2			3	39-40	F	
Date de début de séjour	8			3	44-49	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Date de fin de séjour	8			3	50-55	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Prix unitaire	7			3	76-82	O	5+2
Base de remboursement	8			3	83-90	O	6+2
Taux applicable à la prestation	3			3	91-93	O	
Montant remboursable par la caisse	8			3	94-101	O	6+2

ANO-HOSP pour V014 en 2022

Libellé	Taille	Début	Fin
Signature de version	8	1	8
Clé d'intégrité	8	9	16
N° format VID-HOSP (3 derniers caractères)	3	17	19
Code retour contrôle " n° immatriculation assuré "	1	20	20
Code retour contrôle " date de naissance "	1	21	21
Code retour contrôle " sexe "	1	22	22
Code retour contrôle " n° d'identification administratif de séjour "	1	23	23
Filler	17	24	40
N° d'identification administratif de séjour	20	41	60
Filler	17	61	77
N° FINESS e-PMSI	9	78	86
Code retour contrôle " code grand régime "	1	87	87
Code retour contrôle " Code gestion "	1	88	88
Code retour contrôle " code justification d'exonération du ticket modérateur "	1	89	89
Code retour contrôle " code de prise en charge du forfait journalier "	1	90	90
Code retour contrôle " nature d'assurance "	1	91	91
Code retour contrôle " type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire "	1	92	92
Code retour contrôle " séjour facturable à l'assurance maladie "	1	93	93
Code retour contrôle " motif de la non facturation à l'assurance maladie "	1	94	94
Code retour contrôle " facturation du 18 euro "	1	95	95
Code retour contrôle " nombre de venues de la facture "	1	96	96

Code retour contrôle " montant à facturer au titre du ticket modérateur "	1	97	97
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du forfait journalier "	1	98	98
Code retour contrôle " montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes ")	1	99	99
Code retour contrôle " montant lié à la majoration au parcours de soin "	1	100	100
Code retour contrôle " montant base remboursement "	1	101	101
Code retour contrôle " taux de remboursement "	1	102	102
Code retour contrôle " Patient bénéficiaire de la CMU "	1	103	103
Code retour contrôle " N° administratif de séjour de la mère "	1	104	104
Code retour contrôle " Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère "	1	105	105
Code retour contrôle " Hospitalisation pour prélèvement d'organe "	1	106	106
Code retour contrôle " Date de l'hospitalisation "	1	107	107
Code retour contrôle " Montant total du séjour remboursable pour l'AMC "	1	108	108
Code retour contrôle " Code participation assuré "	1	109	109
Code retour contrôle " N° d'entrée "	1	110	110
Code retour contrôle " Rang de naissance "	1	111	111
Code retour contrôle " Rang du bénéficiaire "	1	112	112
Code retour contrôle " N° caisse gestionnaire "	1	113	113
Code retour contrôle " N° centre gestionnaire "	1	114	114
Code retour contrôle " Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents "	1	115	115
Code retour contrôle " Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun "	1	116	116
Code retour contrôle " N° d'organisme complémentaire "	1	117	117
Code retour contrôle " N° FINESS d'inscription e-PMSI "	1	118	118
Code retour contrôle " N° immatriculation individuel "	1	119	119
Code retour contrôle " Nature de la pièce justificative des droits "	1	120	120
Code retour contrôle " Prise en charge établie le "	1	121	121
Code retour contrôle " Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du. "	1	122	122
Code retour contrôle " Délivrée par "	1	123	123
Code retour contrôle " Régime de prestation de l'assuré "	1	124	124
Code retour contrôle " Top éclatement des flux par l'établissement "	1	125	125
Code retour contrôle " Date d'entrée "	1	126	126
Code retour contrôle " Date de sortie "	1	127	127
Code retour contrôle " Montant total du séjour facturé au patient "	1	128	128

Code retour contrôle " Rejet AMO "	1	129	129
Code retour contrôle " Date de facturation AMO "	1	130	130
Code retour contrôle " Date de facturation AMC "	1	131	131
Code retour contrôle " Date de facturation patient "	1	132	132
Code retour contrôle " Date de paiement AMO "	1	133	133
Code retour contrôle " Date de paiement AMC "	1	134	134
Code retour contrôle " Date de paiement patient "	1	135	135
Code retour contrôle " Statut FT AMO "	1	136	136
Code retour contrôle " Statut FT AMC "	1	137	137
Code retour contrôle " Statut FT patient "	1	138	138
Code retour contrôle " Pays d'assurance social "	1	139	139
Code retour contrôle " Numéro d'identification permanent du patient (IPP) "	1	140	140
Code retour "identifiant national de santé"	1	141	141
Code retour "article 51"	1	142	142
Code grand régime	2	143	144
Code gestion	2	145	146
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	147	147
Code de prise en charge du forfait journalier	1	148	148
Nature d'assurance	2	149	150
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	151	152
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	153	153
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	154	154
Facturation du 18 euro	1	155	155
Nombre de venues de la facture	4	156	159
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	160	169
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	170	179
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	180	189
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	190	193
Montant base remboursement	10	194	203
Taux de remboursement	5	204	208
Patient bénéficiaire de la CMU	1	209	209
N° administratif de séjour de la mère	20	210	229
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	230	230
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	231	231
Date de l'hospitalisation	8	232	239
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	240	249
Date de naissance du bénéficiaire	8	250	257
Sexe du bénéficiaire	1	258	258
Code participation assuré	1	259	259

N° d'entrée	9	260	268
Rang de naissance	1	269	269
Rang du bénéficiaire	3	270	272
N° caisse gestionnaire	3	273	275
N° centre gestionnaire	4	276	279
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	280	280
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	281	289
N° d'organisme complémentaire	10	290	299
Nature de la pièce justificative des droits	1	300	300
Prise en charge établie le	8	301	308
Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	309	316
Délivrée par	3	317	319
Régime de prestation de l'assuré	3	320	322
Top éclatement des flux par l'établissement	1	323	323
Date d'entrée	8	324	331
Date de sortie	8	332	339
Montant total du séjour facturé au patient	8	340	347
Rejet AMO	1	348	348
Date de facturation AMO	8	349	356
Date de facturation AMC	8	357	364
Date de facturation patient	8	365	372
Date de paiement AMO	8	373	380
Date de paiement AMC	8	381	388
Date de paiement patient	8	389	396
Statut FT AMO	1	397	397
Statut FT AMC	1	398	398
Statut FT patient	1	399	399
Pays d'assurance social	3	400	402
Numéro d'identification permanent du patient (IPP)	20	403	422
ART51	1	423	423
Filler	50	424	473
Empreinte numérique	32	474	505
Zone chiffrée	1428	506	1933

6.3- VID-HOSP V013 : Pour tous les champs à partir de 2019 au 2022

Nom	Taille	Début	Fin	Type de la norme (B2 *)	Position dans la norme	Obligatoire	Consignes
N° immatriculation assuré	13	1	13	2	déc-24	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge.
Clé du N° immatriculation	2	14	15	2	25-26	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge.. Clé à contrôler après la saisie annexe 5
Code Grand Régime	2	16	17	2	49-50	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. Voir codification annexe 2
Code gestion	2	18	19			O	Reporter l'information figurant dans la zone « régime obligatoire » de la carte vitale
Date de naissance du bénéficiaire	8	20	27	2	96-101	O	Indiquer ici la date de naissance du bénéficiaire. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Sexe du bénéficiaire	1	28	28			O	
N° administratif de séjour	20	29	48			O	
N° format VID-HOSP	4	49	52			O	V013
N° FINESS d'inscription e-PMSI	9	53	61			O	
N° immatriculation individuel = INS	13	62	74	2S	50-62	F	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Clé du N° immatriculation individuel	2	75	76	2S	63-64	F	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Justification d'exonération ou de modulation du ticket modérateur	1	77	77	2	79	O	Précise et justifie l'exonération ou la modulation du ticket modérateur appliqué aux soins facturés. Cf. codification annexe 9. Cette justification vaut pour la totalité de la facture, sauf indication contraire au niveau de la ligne dans le type 3 (position 64) ou le Type 4 (position 54) en Norme CP.
Code de prise en charge du forfait journalier	1	78	78	3	70	F	
Nature d'assurance	2	79	80	2	77-78	O	10 : maladie / 13 : maladie régime local Alsace-Moselle / 30 : maternité / 41 : accident du travail / 90 : prévention maladie
Type de contrat	2	81	82	2	117-118	F	Indiquer le type de contrat codification fournie par la caisse. 85 : sortants du dispositif CMUC (géré par un organisme obligatoire) 87 : sortants du dispositif CMUC (géré par un organisme complémentaire) 88 : aide à la mutualisation (panier de biens = panier CMUC) 89 : bénéficiaire de la CMU complémentaire (en cours), quel que soit le gestionnaire
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	83	83			O	
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	84	84			N	
Facturation du 18 €	1	85	85			O	Participation forfaitaire de 18€ en cas de réalisation d'actes coûteux au cours de la prise en charge
Nombre de venues de la facture	4	86	89			O	
Montant à facturer au titre du TM	10	90	99			O	

Montant à facturer au titre du FJ	10	100	109			O	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMO (i.e. hors prestations annexes)	10	110	119			O	
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	120	123			O	
Montant base remboursement	10	124	133			O	
Taux de remboursement	5	134	138			O	
Patient bénéficiaire de la CMU	1	139	139			F	0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
N° administratif de séjour de la mère	20	140	159			F	A renseigner pour tous les nouveau-nés dont la mère est hospitalisée dans l'établissement
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	160	160			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	161	161			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Date de l'hospitalisation	8	162	169	2	80-85	O	Date du début de l'hospitalisation quel que soit l'établissement (en cas de transfert par exemple). ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	170	179			O	Dans le cas d'un séjour normal, il doit correspondre au montant du reste à charge patient hors prestations annexes. Il doit être renseigné même si le patient n'a pas d'assurance complémentaire.
Code participation assuré	1	180	180	3	117	F	
N° d'entrée	9	181	189	2	40-48	O	N° attribué par l'établissement
Rang de naissance	1	190	190	2	102	F	
Rang du bénéficiaire	3	191	193	2	27-29	F	Valeur 000 pour le régime général. A prendre sur l'attestation de droits ou la prise en charge pour autres régimes si présent
N° caisse gestionnaire	3	194	196	2	51-53	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. Voir codification annexe 3
N° centre gestionnaire	4	197	200	2	54-57	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. Pour le RSI : cadrage du numéro de centre à gauche, le 4ème caractère doit être renseigné par un 0 en position 57
Filler	30	201	230			F	Réservé pour usage futur ;
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	231	231				1 pour oui laisser à vide sinon
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	232	240	2	86-94	F	L'organisme obligatoire peut selon conventions régler directement la part de l'organisme complémentaire à l'établissement ou à l'assuré ou transmettre l'image de son décompte à l'organisme complémentaire. Lorsque l'établissement pratique un tiers payant sur la part complémentaire, il doit obligatoirement positionner le n° de l'organisme complémentaire, cadré à droite, et complété par des zéros à gauche, ou le top mutualiste «M » en position 128, la zone étant complétée par des blancs.

N° d'organisme complémentaire	10	241	250	2	119-128	F	L'organisme obligatoire peut selon conventions régler directement la part de l'organisme complémentaire à l'établissement ou à l'assuré ou transmettre l'image de son décompte à l'organisme complémentaire. Lorsque l'établissement pratique un tiers payant sur la part complémentaire, il doit obligatoirement positionner le n° de l'organisme complémentaire , cadré à droite, et complété par des zéros à gauche, ou le top mutualiste «M» en position 128, la zone étant complétée par des blancs.
Nature de la pièce justificative des droits	1	251	251	2	58	O	Voir codification en annexe 8 - JUSTIFICATION DES DROITS AMO
Prise en charge établie le	8	252	259	2	59-64	F	Obligatoire si l'établissement a indiqué qu'il possède une prise en charge. Indiquer la date de prise en charge par l'organisme d'Assurance maladie. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	260	267	2	65-70	F	Obligatoire si l'établissement a indiqué que l'assuré a présenté une attestation de droits, une carte Vitale ou une prise en charge. Indiquer la date de validité de cette attestation. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Délivrée par	3	268	270	2	71-73	F	Code de l'organisme ayant délivré l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. (A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge)
Régime de prestation de l'assuré	3	271	273	2	74-76	F	A reprendre sur la prise en charge ou laisser à 000. Cette information est obligatoire, en cas de présence de types 2B/2C, pour les bénéficiaires relevant de la subsistance « F212 », au sens du décret du 22.12.1967 (ex : bénéficiaires hospitalisés MECS, ...)
Top éclatement des flux par l'établissement	1	274	274	2	95	F	Valeur « F » : éclatement du flux à la source par l'établissement. La part AMC est transmise sur une facture distincte (hors CMU uniquement). A blanc : Pas d'éclatement à la source.
Date d'entrée	8	275	282	2	103-108	O	Date d'entrée de l'hospitalisé dans l'établissement qui présente la facture (ou date de début de facturation). ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Date de sortie	8	283	290	2	109-114	O	Indiquer la date de sortie réelle si tel est le cas, ou la date limite de facturation s'il s'agit d'une facturation partielle. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Montant total du séjour facturé au patient	8	291	298			N	Indicateur Simphonie Montant facturé au titre de la part patient
Rejet AMO	1	299	299			O	Indicateur Simphonie Nombre de fois où FT AMO a été rejetée (0 à 9)
Date de facturation AMO	8	300	307			N	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT AMO
Date de facturation AMC	8	308	315			N	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT AMC
Date de facturation patient	8	316	323			N	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT patient
Date de paiement AMO	8	324	331			N	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMO est payée en totalité (statut S16)

Date de paiement AMC	8	332	339			N	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMC est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement patient	8	340	347			N	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT patient est payée en totalité (statut S16)
Statut FT AMO	1	348	348			O	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Statut FT AMC	1	349	349			O	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Statut FT patient	1	350	350			O	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Pays d'assurance social	3	351	353			O	Code INSEE à 5 chiffres, sans les deux premiers chiffres 99. Pour renseigner cette donnée, il est important de prendre en compte le contexte assurantiel du patient (et non son pays d'origine). Par exemple, un patient français peut avoir une assurance étrangère (anglaise, américaine ou autre...). De même, un patient américain peut avoir une assurance anglaise ou autre. Le code pays à renseigner est bien le code pays de l'assurance du patient. » Mettre 000 ou laisser à blanc quand l'information n'est pas disponible.
Numéro d'identification permanent du patient (IPP)	20	354	373			O	
Complément au numéro de titre de recette	6	374	379	2S	42-47	F	Obligatoire pour le receveur des hôpitaux publics. Complément au numéro de titre de recette (position 30-38 du type 2 CP).
Top déclaration de médecin traitant	1	380	380	2S	71	F	Valeur « O » si le bénéficiaire a déclaré un médecin traitant. Valeur « N » si le bénéficiaire n'a pas déclaré de médecin traitant. A blanc dans les autres situations.
Nom du médecin traitant ou du praticien qui a orienté le patient	25	381	405	2S	72-96	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Prénom du médecin traitant ou du praticien qui a orienté le patient	15	406	420	2S	97-111	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Indicateur du parcours de soins	1	421	421	2S	121	F	Valeurs possibles dans le cadre du parcours de soins : Cf. annexe 25.
CMUC en gestion unique	1	422	422			F	0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information ou non applicable
Établissement de Transfert	14	423	436	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement destinataire en cas de transfert > 48h
Établissement de Retour	14	437	450	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement de transfert lorsque le patient revient dans l'établissement d'origine
Nombre de disciplines de prestations (N)	2	451	452			O	
DMT n°1: Discipline de prestations (ex DMT)	3			3	41-43	F	
Mode de traitement	2			3	39-40	F	

Date de début de séjour	8			3	44-49	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Date de fin de séjour	8			3	50-55	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Prix unitaire	7			3	76-82	O	5+2
Base de remboursement	8			3	83-90	O	6+2
Taux applicable à la prestation	3			3	91-93	O	
Montant remboursable par la caisse	8			3	94-101	O	6+2
...							
DMT n° N: Discipline de prestations (ex DMT)	3			3	41-43	F	
Mode de traitement	2			3	39-40	F	
Date de début de séjour	8			3	44-49	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Date de fin de séjour	8			3	50-55	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Prix unitaire	7			3	76-82	O	5+2
Base de remboursement	8			3	83-90	O	6+2
Taux applicable à la prestation	3			3	91-93	O	
Montant remboursable par la caisse	8			3	94-101	O	6+2

* Norme B2 Juin 2005 - Addenda D (cf. www.ameli.fr dans "Documentation technique>Norme B2>Cahiers des charges de la norme B2")

Etablissements expérimentateurs FIDES : toutes les variables doivent être renseignées selon les consignes de remplissage fournies

Etablissements non expérimentateurs : seules les variables sur fond bleu, jaune ou bleu gris doivent être renseignées.

Note : les éléments en bleu gris ont été ajoutés cette année dans la liste des variables obligatoires à renseigner pour tous les établissements.

ANO-HOSP pour V013 en 2020 au 2022

Libellé	Taille	Début	Fin
Signature de version	8	1	8
Clé d'intégrité	8	9	16
N° format VID-HOSP (3 derniers caractères)	3	17	19
Code retour contrôle " n° immatriculation assuré "	1	20	20
Code retour contrôle " date de naissance "	1	21	21
Code retour contrôle " sexe "	1	22	22
Code retour contrôle " n° d'identification administratif de séjour "	1	23	23
Filler	17	24	40
N° d'identification administratif de séjour	20	41	60
Filler	17	61	77
N° FINESS e-PMSI	9	78	86
Code retour contrôle " code grand régime "	1	87	87
Code retour contrôle " Code gestion "	1	88	88
Code retour contrôle " code justification d'exonération du ticket modérateur "	1	89	89
Code retour contrôle " code de prise en charge du forfait journalier "	1	90	90
Code retour contrôle " nature d'assurance "	1	91	91
Code retour contrôle " type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire "	1	92	92
Code retour contrôle " séjour facturable à l'assurance maladie "	1	93	93
Code retour contrôle " motif de la non facturation à l'assurance maladie "	1	94	94
Code retour contrôle " facturation du 18 euro "	1	95	95
Code retour contrôle " nombre de venues de la facture "	1	96	96
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du ticket modérateur "	1	97	97
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du forfait journalier "	1	98	98
Code retour contrôle " montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)"	1	99	99
Code retour contrôle " montant lié à la majoration au parcours de soin "	1	100	100
Code retour contrôle " montant base remboursement "	1	101	101
Code retour contrôle " taux de remboursement "	1	102	102
Code retour contrôle " Patient bénéficiaire de la CMU "	1	103	103
Code retour contrôle " N° administratif de séjour de la mère "	1	104	104
Code retour contrôle " Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère "	1	105	105
Code retour contrôle " Hospitalisation pour prélèvement d'organe "	1	106	106
Code retour contrôle " Date de l'hospitalisation "	1	107	107
Code retour contrôle " Montant total du séjour remboursable pour l'AMC "	1	108	108
Code retour contrôle " Code participation assuré "	1	109	109
Code retour contrôle " N° d'entrée "	1	110	110

Code retour contrôle " Rang de naissance "	1	111	111
Code retour contrôle " Rang du bénéficiaire "	1	112	112
Code retour contrôle " N° caisse gestionnaire "	1	113	113
Code retour contrôle " N° centre gestionnaire "	1	114	114
Code retour contrôle " Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents "	1	115	115
Code retour contrôle " Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun "	1	116	116
Code retour contrôle " N° d'organisme complémentaire "	1	117	117
Code retour contrôle " N° FINESS d'inscription e-PMSI "	1	118	118
Code retour contrôle " N° immatriculation individuel "	1	119	119
Code retour contrôle " Nature de la pièce justificative des droits "	1	120	120
Code retour contrôle " Prise en charge établie le "	1	121	121
Code retour contrôle " Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du. "	1	122	122
Code retour contrôle " Délivrée par "	1	123	123
Code retour contrôle " Régime de prestation de l'assuré "	1	124	124
Code retour contrôle " Top éclatement des flux par l'établissement "	1	125	125
Code retour contrôle " Date d'entrée "	1	126	126
Code retour contrôle " Date de sortie "	1	127	127
Code retour contrôle " Montant total du séjour facturé au patient "	1	128	128
Code retour contrôle " Rejet AMO "	1	129	129
Code retour contrôle " Date de facturation AMO "	1	130	130
Code retour contrôle " Date de facturation AMC "	1	131	131
Code retour contrôle " Date de facturation patient "	1	132	132
Code retour contrôle " Date de paiement AMO "	1	133	133
Code retour contrôle " Date de paiement AMC "	1	134	134
Code retour contrôle " Date de paiement patient "	1	135	135
Code retour contrôle " Statut FT AMO "	1	136	136
Code retour contrôle " Statut FT AMC "	1	137	137
Code retour contrôle " Statut FT patient "	1	138	138
Code retour contrôle " Pays d'assurance social "	1	139	139
Code retour contrôle " Numéro d'identification permanent du patient (IPP) "	1	140	140
Code grand régime	2	141	142
Code gestion	2	143	144
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	145	145
Code de prise en charge du forfait journalier	1	146	146
Nature d'assurance	2	147	148
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	149	150
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	151	151
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	152	152
Facturation du 18 euro	1	153	153
Nombre de venues de la facture	4	154	157
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	158	167
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	168	177

Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	178	187
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	188	191
Montant base remboursement	10	192	201
Taux de remboursement	5	202	206
Patient bénéficiaire de la CMU	1	207	207
N° administratif de séjour de la mère	20	208	227
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	228	228
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	229	229
Date de l'hospitalisation	8	230	237
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	238	247
Date de naissance du bénéficiaire	8	248	255
Sexe du bénéficiaire	1	256	256
Code participation assuré	1	257	257
N° d'entrée	9	258	266
Rang de naissance	1	267	267
Rang du bénéficiaire	3	268	270
N° caisse gestionnaire	3	271	273
N° centre gestionnaire	4	274	277
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	278	278
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	279	287
N° d'organisme complémentaire	10	288	297
Nature de la pièce justificative des droits	1	298	298
Prise en charge établie le	8	299	306
Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	307	314
Délivrée par	3	315	317
Régime de prestation de l'assuré	3	318	320
Top éclatement des flux par l'établissement	1	321	321
Date d'entrée	8	322	329
Date de sortie	8	330	337
Montant total du séjour facturé au patient	8	338	345
Rejet AMO	1	346	346
Date de facturation AMO	8	347	354
Date de facturation AMC	8	355	362
Date de facturation patient	8	363	370
Date de paiement AMO	8	371	378
Date de paiement AMC	8	379	386
Date de paiement patient	8	387	394
Statut FT AMO	1	395	395
Statut FT AMC	1	396	396
Statut FT patient	1	397	397
Pays d'assurance social	3	398	400
Numéro d'identification permanent du patient (IPP)	20	401	420
Filler	50	421	470

Empreinte numérique	32	471	502
Zone chiffrée	1300	503	1802

NOTE : les lignes « XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX » correspondent à des VID-HOSP de longueur incorrecte

REMARQUE :

- Le « N° de sécurité sociale » à renseigner est celui qui figure sur la **carte Vitale**. Il correspond au NIR de l'ouvrant droit (Numéro d'Inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques). A l'heure actuelle, l'ensemble des caisses (tout régime confondu) s'est conformé à cette règle. Pour plus d'information, veuillez consulter les articles R161-33-1 à R161-33-9 et R161-34 à R161-38 du « *Code de la Sécurité Sociale (Partie Réglementaire – Décrets en Conseil d'Etat)* ».

Détail des codes retour

« N° immatriculation assuré »

- 0 : RAS
- 1 : Format incorrect
- 2 : Utilisation de la valeur manquante (13 fois le caractère « X »)
- 3 : N° non conforme suite au contrôle de la clé

« Date de naissance »

- 0 : RAS
- 1 : Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA)
- 2 : Utilisation de la valeur manquante (8 fois le caractère « X »)

« Sexe »

- 0 : RAS
- 1 : Valeur non autorisée (1 : Masculin, 2 : Féminin)
- 2 : Utilisation de la valeur manquante (« X »)

« N° d'identification administratif de séjour »

- 0 : RAS
- 1 : Non renseigné (20 caractères espace)

« Code grand régime »

- 0 : RAS
- 1 : Code non autorisé (cf. codes de l'annexe 2 du cahier des charges norme B2 juin 2005 ou « XX » lorsque l'on ne dispose pas de l'information)

« Code Gestion »

- 0 : RAS
- 1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

GRAND REGIME	CODE GESTION
01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales	10 - Régime général, assurés cotisants et assimilés
01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales	11 - Régime général, assurés retraités
01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales	12 - Régime général, assurés non cotisant
01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales	13 - Invalides de guerre
01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales	18 - Adultes handicapés
01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales	23 - Fonctionnaires, ouvriers de l'Etat
01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales	24 - Agents EDF - GDF
01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales	25 - Etudiants
01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales	29 - Agents des collectivités locales
01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales	34 - Artistes auteurs
01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales	40 - Assurés volontaires Article L 244
01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales	65 - Détenus (sur la CAS, le code 65 est transformé en 11 et 12)

01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales	85 - Assurés personnels
01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales	86 - Assurés personnels volontaires invalidité parentale
01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales	87 - Assurés personnels RMI Revenu Minimum d'Insertion
01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales	89 - Assurés bénéficiaires de la CMU Couverture Maladie Universelle
01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales	90 - Praticiens et auxiliaires médicaux sauf biologistes
02 - Régime Agricole	A1 - Salariés agricoles - assurés obligatoires
02 - Régime Agricole	A2 - Exploitants agricoles - assurés obligatoires
02 - Régime Agricole	A3 - Salariés agricoles - assurés volontaires
02 - Régime Agricole	A4 - Exploitants agricoles - assurés volontaires
02 - Régime Agricole	A5 - Assurés personnels
02 - Régime Agricole	A6 - Couverture maladie universelle
03 - Régime Social des Indépendants	N1 - Assurance régime obligatoire
03 - Régime Social des Indépendants	N2 - Assurance gratuite
03 - Régime Social des Indépendants	N3 - Assurance des Biologistes
03 - Régime Social des Indépendants	N5 - Assurance Volontaire
03 - Régime Social des Indépendants	N6 - Assurance Migrants
04 - Caisses de prévoyance et de retraite de la SNCF	04 - SNCF
05 - Caisse de retraite du personnel de la RATP	51 - RATP Médical
05 - Caisse de retraite du personnel de la RATP	52 - RATP Accidents de travail
05 - Caisse de retraite du personnel de la RATP	53 - RATP Coordination
06 - Etablissement National des Invalides de la Marine ENIM	06 - Gens de Mer (ENIM)
07 - Caisse Autonome de Sécurité Sociale dans les Mines	07 - Régime minier
08 - Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale	08 - Militaires de carrière
09 - Caisse de Prévoyance Maladie de la Banque de France	09 - Banque de France
10 - Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de notaire	10 - Clercs et Employés de notaire
12 - Régime Spécial d'Assurance Maladie de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris	12 - Chambre du Commerce et de l'Industrie de Paris
14 - Fonds de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale	14 - Assemblée Nationale
16 - Caisse de Prévoyance du personnel du Port Autonome de Bordeaux	16 - Port autonome de Bordeaux
90 - Caisse d'assurance Vieillesse Invalidité et Maladie des Cultes	90 - Ministres des Cultes

« Code justification d'exonération du ticket modérateur »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. codes de l'annexe 9 du cahier des charges norme B2 juin 2005 ou « X » lorsque l'on ne dispose pas de l'information)

« Code de prise en charge du forfait journalier »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. codes de l'annexe 16 du cahier des charges norme B2 juin 2005 ou « X » lorsque l'on ne dispose pas de l'information)

« Nature d'assurance »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

Code	Libellé
XX	Pas d'information
10	Maladie
13	Maladie régime local Alsace-Moselle
30	Maternité
41	Accident du travail
90	Prévention maladie

« Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

Code	Libellé
2 espaces	Pas d'information
85	Sortants du dispositif CMUC (géré par un organisme obligatoire)
87	Sortants du dispositif CMUC (géré par un organisme complémentaire)
88	Aide à la mutualisation (panier de bien = panier CMUC)
89	Bénéficiaire de la CMU complémentaire (en cours), quel que soit le gestionnaire

« Séjour facturable à l'assurance maladie »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

Code	Libellé
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 euro »

0 : RAS

1 : Valeur non autorisée (0 : Non, 1 : Oui)

« Nombre de venues de la facture »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant à facturer au titre du ticket modérateur »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant à facturer au titre du forfait journalier »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

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

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant lié à la majoration au parcours de soin »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant base remboursement »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Taux de remboursement »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Motif de la non facturation à l'assurance maladie »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

Cette variable permet de préciser la variable « Séjour facturable à l'assurance maladie » lorsqu'elle vaut 0 (séjour non facturable à l'assurance maladie). Attention, elle doit être renseignée avec le caractère « espace » lorsque « Séjour facturable à l'assurance maladie » est différent de 0, dans le cas contraire on obtient le signalement « 1 : Code non autorisé ». Les valeurs autorisées sont listées dans le tableau ci-dessous :

Code	Libellé
1	Patient en AME
2	Patient sous convention internationale
3	Patient payant
4	Patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents (article L. 254-1 du CASF)
5	Patient hospitalisé dans un autre établissement
6	Acte ou consultation externe réalisé dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier
9	Autres situations
E	Ajout de la modalité E pour les séjours Article 51

« Patient bénéficiaire de la CMU »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (0 : Non | 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information)

« N° administratif de séjour de la mère »

0 ou 9 : RAS

1 : Non renseigné alors que « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère »=1

« Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (1 pour oui laisser à vide sinon)

« Hospitalisation pour prélèvement d'organe »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (1 pour oui laisser à vide sinon)

« Date de l'hospitalisation »

0 : RAS

1 : Format incorrect

2 : Utilisation de la valeur manquante (8 fois le caractère « X »)

3 : Non renseignée (8 caractères espace)

« Montant total du séjour remboursable pour l'AMC »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Code participation assuré »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. codes de l'annexe 9 du cahier des charges norme B2 juin 2005 ou laisser à vide si pas d'information)

« N° d'entrée »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Rang de naissance »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Rang du bénéficiaire »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« N° caisse gestionnaire »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« N° centre gestionnaire »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (1 pour « oui ». Laisser à vide sinon)

« Code Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun »

0 : RAS

1 : Valeur non alphanumérique

« Code N° d'organisme complémentaire »

0 : RAS

1 : Valeur non alphanumérique

« N° FINESS d'inscription e-PMSI »

0 : RAS

1 : Format incorrect

« N° immatriculation individuel »

0 : RAS

1 : Format incorrect

3 : N° non conforme suite au contrôle de la clé

« Nature de la pièce justificative des droits »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

Code	Libellé
0	L'assuré n'a présenté aucune pièce justificative.
1	L'assuré a présenté un bulletin de salaire, une attestation de droits, une prise en charge pour l'AME, une attestation de bénéficiaire CMU, etc
2	L'assuré a présenté son attestation d'ouverture de droits ou le partenaire a consulté le fichier par télématique
3	Prise en charge (cliniques et cures thermales)
4	L'assuré a présenté sa Carte VITALE

« **Prise en charge établie le** »

0 : RAS

1 : Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA)

« **Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du** »

0 : RAS

1 : Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA)

« **Délivrée par** »

0 : RAS

1 : Valeur non alphanumérique

« **Régime de prestation de l'assuré** »

0 : RAS

1 : Valeur non alphanumérique

« **Top éclatement des flux par l'établissement** »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

Code	Libellé
A blanc (1 espace)	Pas d'éclatement à la source
F	éclatement du flux à la source par l'établissement. La part AMC est transmise sur une facture distincte (hors CMU uniquement).

« **Date d'entrée** »

0 : RAS

1 : Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA)

« **Date de sortie** »

0 : RAS

1 : Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA)

« **Montant total du séjour facturé au patient** »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« **Rejet AMO** »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (Nombre de fois où FT AMO a été rejetée (0 à 9))

« **Date de facturation AMO** »

0 : RAS

1 : Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA)

« **Date de facturation AMC** »

0 : RAS

1 : Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA)

« **Date de facturation patient** »

0 : RAS

1 : Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA)

« **Date de paiement AMO** »

0 : RAS

1 : Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA)

« **Date de paiement AMC** »

0 : RAS
 1 : Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA)
« Date de paiement patient »
 0 : RAS
 1 : Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA)

« Statut FT AMO »

0 : RAS
 1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

Code	Libellé
0	avant FT validée (statut S2 à S5)
1	FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20)
2	FT en NiNi (statut S13)
3	FT payée (S15+S16+S17+S18)
9	sans objet

« Statut FT AMC »

0 : RAS
 1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

Code	Libellé
0	avant FT validée (statut S2 à S5)
1	FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20)
2	FT en NiNi (statut S13)
3	FT payée (S15+S16+S17+S18)
9	sans objet

« Statut FT patient »

0 : RAS
 1 : Code non autorisé (cf. tableau ci-dessous)

Code	Libellé
0	avant FT validée (statut S2 à S5)
1	FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20)
2	FT en NiNi (statut S13)
3	FT payée (S15+S16+S17+S18)
9	sans objet

« Pays d'assurance social »

0 : RAS
 1 : Code non autorisé (cf. les 2 fichiers de références codes pays
 ref_codes_pays_ISO.pdf et ref_codes_pays_INSEE.pdf)

« Numéro d'identification permanent du patient (IPP)

»
 0 : RAS
 1 : Non renseigné (20 caractères espace)

Note :

Le cahier des charges « norme B2 juin 2005 – addenda D » peut être téléchargé sur le site www.ameli.fr dans la section « Documentation technique ».

Contenu du rapport détaillé

Le fichier qui détaille les erreurs détectées par MAGIC, contient les enregistrements au format suivant :

Code d'erreur ; N° d'identification administratif de séjour

Ci-dessous la liste des codes d'erreur :

Code	Format	Variable	Libellé
ANO_ERR_FMT	Tous		Longueur enregistrement VID-HOSP incorrecte
CODE_GESTION_1	V013-V014	Code Gestion	Code non autorisé
CODE_PARTICIP_ASSURE_1	V013-V014	Code participation assuré	Code non autorisé
CONF_SOINS_URGENTS_1	V013-V014	Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	Code non autorisé
DATE_ENTREE_1	V013-V014	Date d'entrée	Format incorrect
DATE_SORTIE_1	V013-V014	Date de sortie	Format incorrect
DATNAIS_1	V013-V014	Date de naissance	Format incorrect
DATNAIS_2	V013-V014	Date de naissance	Utilisation de la valeur manquante
DAT_HOSP_1	V013-V014	Date de l'hospitalisation	Format incorrect
DAT_HOSP_2	V013-V014	Date de l'hospitalisation	Utilisation de la valeur manquante
DAT_HOSP_3	V013-V014	Date de l'hospitalisation	Non renseignée
DEBUT_VALID_PEC_1	V013-V014	Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du	Format incorrect
DELIVRE_PAR_1	V013-V014	Délivrée par	Valeur non alphanumérique
EXO_TM_1	V013-V014	Code justification d'exonération du ticket modérateur	Code non autorisé
FACT_18E_1	V013-V014	Facturation du 18 euro	Valeur non autorisée
FACT_AM_1	V013-V014	Séjour facturable à l'assurance maladie	Valeur non autorisée
FINESS_PMSI_1	V013-V014	N° FINESS d'inscription e-PMSI	Format incorrect
GR_1	V013-V014	Code grand régime	Code non autorisé
HOSP_NN_AUPRES_MERE_1	V013-V014	Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	Code non autorisé
HOSP_PO_1	V013-V014	Hospitalisation pour prélèvement d'organe	Code non autorisé
MNT_BR_1	V013-V014	Montant base remboursement	Valeur non numérique
MNT_FJ_1	V013-V014	Montant à facturer au titre du forfait journalier	Valeur non numérique
MNT_MAJOR_PS_1	V013-V014	Montant lié à la majoration au parcours de soin	Valeur non numérique
MNT_REMB_AM_1	V013-V014	Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie	Valeur non numérique
MNT_TM_1	V013-V014	Montant à facturer au titre du ticket modérateur	Valeur non numérique
MNT_TOT_REMB_AMC_1	V013-V014	Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	Valeur non numérique
MOT_NONFACT_A_M_1	V013-V014	Motif de la non facturation à l'assurance maladie	Code non autorisé
NAT_ASSUR_1	V013-V014	Nature d'assurance	Code non autorisé
NAT_PIECE_JUST_DROIT_1	V013-V014	Nature de la pièce justificative des droits	Code non autorisé
NB_VENUES_1	V013-V014	Nombre de venues de la facture	Valeur non numérique
NIR_1	V013-V014	N° immatriculation assuré	Format incorrect
NIR_2	V013-V014	N° immatriculation assuré	Utilisation de la valeur manquante
NIR_3	V013-V014	N° immatriculation assuré	N° non conforme suite au contrôle
NIR_BENEF_1	V013-V014	N° immatriculation individuel	Format incorrect
NIR_BENEF_3	V013-V014	N° immatriculation individuel	N° non conforme suite au contrôle

NOADMSEJ_1	V013-V014	N° d'identification administratif de séjour	Non renseigné
NOADMSEJ_MERE_1	V013-V014	N° administratif de séjour de la mère	Non renseigné
NUM_ACCIDENT_T RAV_1	V013-V014	Code Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	Valeur non alphanumérique
NUM_CAISSE_GE ST_1	V013-V014	N° caisse gestionnaire	Valeur non numérique
NUM_CENTRE_GE ST_1	V013-V014	N° centre gestionnaire	Valeur non numérique
NUM_ENTREE_1	V013-V014	N° d'entrée	Valeur non numérique
NUM_ORGANISME COMP_1	V013-V014	Code N° d'organisme complémentaire	Valeur non alphanumérique
PAT_BENEF_CMU_1	V013-V014	Patient bénéficiaire de la CMU	Code non autorisé
PEC_ETAB_LE_1	V013-V014	Prise en charge établie le	Format incorrect
PEC_FJ_1	V013-V014	Code de prise en charge du forfait journalier	Code non autorisé
RANG_BENEF_1	V013-V014	Rang du bénéficiaire	Valeur non numérique
RANG_NAISS_1	V013-V014	Rang de naissance	Valeur non numérique
REGIM_PREST_AS SUR_1	V013-V014	Régime de prestation de l'assuré	Valeur non alphanumérique
SEXE_1	V013-V014	Sexe	Valeur non autorisée
SEXE_2	V013-V014	Sexe	Utilisation de la valeur manquante
TAUX_REMB_1	V013-V014	Taux de remboursement	Valeur non numérique
TOP_ECLAT_FLUX_1	V013-V014	Top éclatement des flux par l'établissement	Code non autorisé
TYP_CONT_OC_1	V013-V014	Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	Code non autorisé
MNT_TOT_SEJ_FA CT_1	V013-V014	Montant facturé au titre de la part patient	Valeur non numérique
REJET_AMO_1	V013-V014	Nombre de fois où FT AMO a été rejetée (0 à 9)	Valeur non autorisée (0 à 9)
DATE_FACT_AMO_1	V013-V014	Date de l'envoi de la FT AMO	Format incorrect
DATE_FACT_AMC_1	V013-V014	Date de l'envoi de la FT AMC	Format incorrect
DATE_FACT_PATI ENT_1	V013-V014	Date de l'envoi de la FT patient	Format incorrect
DATE_PAI_AMO_1	V013-V014	Date à laquelle la FT AMO est payée en totalité (statut S16)	Format incorrect
DATE_PAI_AMC_1	V013-V014	Date à laquelle la FT AMC est payée en totalité (statut S16)	Format incorrect
DATE_PAI_PATIENT_1	V013-V014	Date à laquelle la FT patient est payée en totalité (statut S16)	Format incorrect
STATUT_FT_AMO_1	V013-V014	Statut FT AMO	Valeur non autorisée (0,1,2,3 ou 9 : sans objet)
STATUT_FT_AMC_1	V013-V014	Statut FT AMC	Valeur non autorisée (0,1,2,3 ou 9 : sans objet)
STATUT_FT_PATIENT_1	V013-V014	Statut FT patient	Valeur non autorisée (0,1,2,3 ou 9 : sans objet)
PAYS_ASSUR_SOCIAL_1	V013-V014	Pays d'assurance social	Code pays non autorisé
NUM_IPP_1	V013-V014	Numéro d'identification permanent du patient (IPP)	Non renseigné
INS_1	V014	Identifiant national de santé (INS)	Format incorrect
INS_3	V014	Identifiant national de santé (INS)	N° non conforme suite au contrôle de la clé
ART51_1	V014	Article 51	Code non autorisé

6.4- VID-IPP I00B : Pour le champ PSY AMBU à partir de 2022

VID-IPP

Nom	Taille	Début	Fin	Type de la norme (B2*)	Position dans la norme	Obligation	Consignes
N° immatriculation assuré	13	1	13	2	déc-24	O	Idem VID-HOSP : A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge.
Clé du N° immatriculation	2	14	15	2	25-26	O	Idem VID-HOSP : A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. Clé à contrôler après la saisie annexe 5
Date de naissance du bénéficiaire	8	16	23	2	96-101	O	Idem VID-HOSP : Indiquer ici la date de naissance du bénéficiaire. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Sexe du bénéficiaire	1	24	24			O	
Filler	24	25	48				Espace
N° format	4	49	52			O	I00B
N° FINESS d'inscription e-PMSI	9	53	61			O	
N° immatriculation individuel	13	62	74	2S	50-62	F	Idem VID-HOSP : A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Clé du N° immatriculation individuel	2	75	76	2S	63-64	F	Idem VID-HOSP : A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2

Rang de naissance	1	77	77	2	102	F	Idem VID-HOSP
Rang du bénéficiaire	3	78	80	2	27-29	F	Idem VID-HOSP : Valeur 000 pour le régime général. A prendre sur l'attestation de droits ou la prise en charge pour autres régimes si présent
IPP	20	81	100			O	Ne doit pas être vide
Filler	20	101	120			F	Réservé pour usage futur ;
Identifiant national de santé (INS)	15	121	136			F	Le matricule INS est composé des 13 caractères du NIR et de la clé de contrôle (chiffres ou lettres)

ANO-IPP pour I00B en 2022

Nom	Taille	Début	Fin	Remarques
Singature Version	8	1	8	
Clé d'intégrité	8	9	16	
N° format VID-HOSP (3 derniers caractères)	3	17	19	00B
Code retour contrôle " n° immatriculation assuré "	1	20	20	
Code retour contrôle " date de naissance "	1	21	21	
Code retour contrôle " sexe "	1	22	22	
Code retour contrôle " Numéro d'identification permanent du patient (IPP) "	1	23	23	
Filler	17	24	40	
N° d'identification permanent du patient	20	41	60	
Filler	17	61	77	
N° FINESS e-PMSI	9	78	86	
Code retour contrôle " Rang de naissance "	1	87	87	
Code retour contrôle " Rang du bénéficiaire "	1	88	88	
Code retour contrôle "N° FINESS d'inscription e-PMSI"	1	89	89	
Code retour contrôle "N° immatriculation individuel"	1	90	90	
Code retour "identifiant national de santé"	1	91	91	
Date de naissance du bénéficiaire	8	92	99	
Sexe du bénéficiaire	1	100	100	
Rang de naissance	1	101	101	

Rang du bénéficiaire	3	102	104	
Filler	20	105	124	
Empreinte numérique	32	125	156	
Zone chiffrée	1428	157	1584	

6.5- VID-IPP I00A : Pour le champ PSY AMBU à partir de 2020 au 2022

VID-IPP

Nom	Taille	Début	Fin	Type de la norme (B2 *)	Position dans la norme	Obligatoire	Consignes
N° immatriculation assuré	13	1	13	2	déc-24	O	Idem VID-HOSP : A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge.
Clé du N° immatriculation	2	14	15	2	25-26	O	Idem VID-HOSP : A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. Clé à contrôler après la saisie annexe 5
Date de naissance du bénéficiaire	8	16	23	2	96-101	O	Idem VID-HOSP : Indiquer ici la date de naissance du bénéficiaire. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Sexe du bénéficiaire	1	24	24			O	
Filler	24	25	48				Espace
N° format	4	49	52			O	I00A
N° FINESS d'inscription e-PMSI	9	53	61			O	
N° immatriculation individuel	13	62	74	25	50-62	F	Idem VID-HOSP : A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Clé du N° immatriculation individuel	2	75	76	25	63-64	F	Idem VID-HOSP : A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Rang de naissance	1	77	77	2	102	F	Idem VID-HOSP
Rang du bénéficiaire	3	78	80	2	27-29	F	Idem VID-HOSP : Valeur 000 pour le régime général. A prendre sur l'attestation de droits ou la prise en charge pour autres régimes si présent
IPP	20	81	100			O	Ne doit pas être vide
Filler	20	101	120			F	Réservé pour usage futur ;

ANO-IPP pour I00A en 2022

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
---------	--------	-------	-----	-----------

Signature de version	8	1	8	
Clé d'intégrité	8	9	16	
N° format VID-HOSP (3 derniers caractères)	3	17	19	00A
Code retour contrôle " n° immatriculation assuré "	1	20	20	
Code retour contrôle " date de naissance "	1	21	21	
Code retour contrôle " sexe "	1	22	22	
Code retour contrôle " Numéro d'identification permanent du patient (IPP) "	1	23	23	
Filler	17	24	40	
N° d'identification permanent du patient	20	41	60	
Filler	17	61	77	
N° FINESS e-PMSI	9	78	86	
Code retour contrôle " Rang de naissance "	1	87	87	
Code retour contrôle " Rang du bénéficiaire "	1	88	88	
Code retour contrôle "N° FINESS d'inscription e-PMSI"	1	89	89	
Code retour contrôle "N° immatriculation individuel"	1	90	90	
Date de naissance du bénéficiaire	8	91	98	
Sexe du bénéficiaire	1	99	99	
Rang de naissance	1	100	100	
Rang du bénéficiaire	3	101	103	
Filler	20	104	123	
Empreinte numérique	32	124	155	
Zone chiffrée	1300	156	1455	

NOTE : les lignes « XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX » correspondent à des VID-IPP de longueur incorrecte

REMARQUE :

- Le « N° de sécurité sociale » à renseigner est celui qui figure sur la **carte Vitale**. Il correspond au NIR de l'ouvrant droit (Numéro d'Inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques). A l'heure actuelle, l'ensemble des caisses (tout régime confondu) s'est conformé à cette règle. Pour plus d'information, veuillez consulter les articles R161-33-1 à R161-33-9 et R161-34 à R161-38 du « *Code de la Sécurité Sociale (Partie Réglementaire – Décrets en Conseil d'Etat)* ».

Détail des codes retour

« N° immatriculation assuré »

- 0 : RAS
- 1 : Format incorrect
- 2 : Utilisation de la valeur manquante (13 fois le caractère « X »)
- 3 : N° non conforme suite au contrôle de la clé

« Date de naissance »

- 0 : RAS
- 1 : Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA)
- 2 : Utilisation de la valeur manquante (8 fois le caractère « X »)

« Sexe »

- 0 : RAS
- 1 : Valeur non autorisée (1 : Masculin, 2 : Féminin)
- 2 : Utilisation de la valeur manquante (« X »)

« Rang de naissance »

- 0 : RAS
- 1 : Valeur non numérique

« Rang du bénéficiaire »

- 0 : RAS
- 1 : Valeur non numérique

« N° FINESS d'inscription e-PMSI »

- 0 : RAS
- 1 : Format incorrect

« N° immatriculation individuel »

- 0 : RAS
- 1 : Format incorrect
- 3 : N° non conforme suite au contrôle de la clé

« Numéro d'identification permanent du patient (IPP)

»

- 0 : RAS
- 1 : Non renseigné (20 caractères espace)

Note :

Le cahier des charges « norme B2 juin 2005 – addenda D » peut être téléchargé sur le site www.ameli.fr dans la section « Documentation technique ».

Contenu du rapport détaillé

Le fichier qui détaille les erreurs détectées par MAGIC, contient les enregistrements au format suivant :

Code d'erreur ; N° d'identification administratif de séjour

Ci-dessous la liste des codes d'erreur :

Code	Format	Variable	Libellé
ANO_ERR_FMT	I00A et I00B		Longueur enregistrement VID-IPP incorrecte
DATNAIS_1	I00A et I00B	Date de naissance	Format incorrect
DATNAIS_2	I00A et I00B	Date de naissance	Utilisation de la valeur manquante
NIR_1	I00A et I00B	N° immatriculation assuré	Format incorrect
NIR_2	I00A et I00B	N° immatriculation assuré	Utilisation de la valeur manquante
NIR_3	I00A et I00B	N° immatriculation assuré	N° non conforme suite au contrôle
NIR_BENEF_1	I00A et I00B	N° immatriculation individuel	Format incorrect
NIR_BENEF_3	I00A et I00B	N° immatriculation individuel	N° non conforme suite au contrôle
RANG_BENEF_1	I00A et I00B	Rang du bénéficiaire	Valeur non numérique
RANG_NAISS_1	I00A et I00B	Rang de naissance	Valeur non numérique
SEXE_1	I00A et I00B	Sexe	Valeur non autorisée
SEXE_2	I00A et I00B	Sexe	Utilisation de la valeur manquante
NUM_IPP_1	I00A et I00B	Numéro d'identification permanent du patient (IPP)	Non renseigné
INS_1	I00B	Identifiant national de santé (INS)	Format incorrect
INS_3	I00B	Identifiant national de santé (INS)	N° non conforme suite au contrôle de la clé