

**Description des modifications de formats de fichiers en psychiatrie  
applicables à compter du 01/01/2011**

Format concernant les établissements sous DG uniquement

**VID-HOSP**

Seules les variables sur fond jaune et orange sont requises ; les autres variables peuvent être laissées à blanc (caractère espace). Cependant, les établissements mixtes (ayant également une activité MCO ou HAD) et participant à l'expérimentation FIDES, pour laquelle ces informations sont demandées, peuvent choisir de produire un format unique de VID-HOSP pour l'ensemble de l'établissement.

NOM	Taille	Début	Fin	Type de la norme (B2 *)	Position dans la norme	Obligatoire	Consignes
N° immatriculation assuré	13	1	13	2	12-24	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
Date de naissance du bénéficiaire	8	18	25	2	96-101	O	Indiquer ici la date de naissance du bénéficiaire. <b>ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA</b>
Sexe du bénéficiaire	1	26	26			O	
N° administratif de séjour	20	27	46			O	
Justification d'exonération ou de modulation du ticket modérateur	1	47	47	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	48	48	3	70	F	
Nature d'assurance	2	49	50	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	51	52	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	53	53			O	
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	54	54			N	
Facturation du 18 €	1	55	55			O	
Nombre de venues de la facture	4	56	59			O	
Montant à facturer au titre du TM	10	60	69			O	
Montant à facturer au titre du FJ	10	70	79			O	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMO (ie hors prestations annexes)	10	80	89			O	
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	90	93			O	
Montant base remboursement	10	94	103			O	
Taux de remboursement	5	104	108			O	
Patient bénéficiaire de la CMU	1	109	109			F	0 : Non   1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
N° administratif de séjour de la mère	20	110	129			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	130	130			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	131	131			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Code participation assuré	1	132	132	3	117	F	
N° d'entrée	9	133	141	2	40-48	O	N° attribué par l'établissement
Rang de naissance	1	142	142	2	102	F	
Rang du bénéficiaire	3	143	145	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	146	148	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	149	152	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 4 <sup>ème</sup> caractère doit être renseigné par un 0 en position 57
Nature de la pièce justificative des droits	1	153	153	2	58	O	Voir codification en annexe 8 - JUSTIFICATION DES DROITS AMO
Prise en charge établie le	8	154	161	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. <b>ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA</b>
Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	162	169	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. <b>ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA</b>
Délivrée par	3	170	172	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	173	175	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, ...)
Date de l'hospitalisation	8	176	183	2	80-85	O	Date du début de l'hospitalisation quel que soit l'établissement (en cas de transfert par exemple). <b>ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA</b>
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	184	192	2	86-94	F	Obligatoire en cas d'accident. Lorsque la Nature d'Assurance est AT (41) : indiquer le numéro de l'AT (pour le RG, AAMMJJ + code CRAM + clé à contrôler, voir annexe 5) ou la date de l'AT (AAMMJJ, cadrée à droite et complétée par 3 zéros). Lorsque la Nature d'Assurance est AS (10 ou 13): indiquer la date d'accident de droit commun (AAMMJJ, cadrée à droite et complétée par 3 zéros)

Top éclatement des flux par l'établissement	1	193	193	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	194	201	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	202	209	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. <b>ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA</b>
N° d'organisme complémentaire	10	210	219	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 <b>n° de l'organisme complémentaire</b> , cadré à droite, et complété par des zéros à gauche, ou le <b>top mutualiste «M »</b> en position 128, la zone étant complétée par des blancs.
Complément au numéro de titre de recette	6	220	225	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	226	226	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	227	251	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	252	266	2S	97-111	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Indicateur du parcours de soins	1	267	267	2S	121	F	Valeurs possibles dans le cadre du parcours de soins : Cf. annexe 25.
Nombre de disciplines de prestations (N)	2	268	269			O	
DMT n°1	3			3	41-43	F	Discipline de prestations (ex DMT)

	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
...								
	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	
DMT n° N	Montant remboursable par la caisse	8			3	94-101	O	6+2

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