



Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
SIRET n° 180 092 298 00033 – code APE : 8411Z

117 boulevard Marius Vivier Merle
69329 LYON CEDEX 03

Support technique :

. Téléphone : 0820 77 1234

. Foire Aux Questions (AGORA) :

https://aplis.atih.sante.fr/agora/ago_03.do?idTheme=62

. Télécopie : 04 37 91 33 66

. Courriel : support@atih.sante.fr



Manuel d'utilisation de MAGIC 4.2.x

SOMMAIRE

1- PRESENTATION GENERALE	3
2- DEMARRAGE DE MAGIC.....	3
3- LE « MODE LOCAL »	4
4- LE « MODE SERVEUR »	4
5- ARRET DE MAGIC	6
ANNEXES	7
FORMAT DU FICHIER VID-HOSP	8
<i>VID-HOSP V008 : Pour tous les champs à partir de 2012</i>	<i>8</i>
<i>VID-HOSP FMT5 : Pour tous les champs en 2011</i>	<i>12</i>
PROBLEMES CONNUS	22

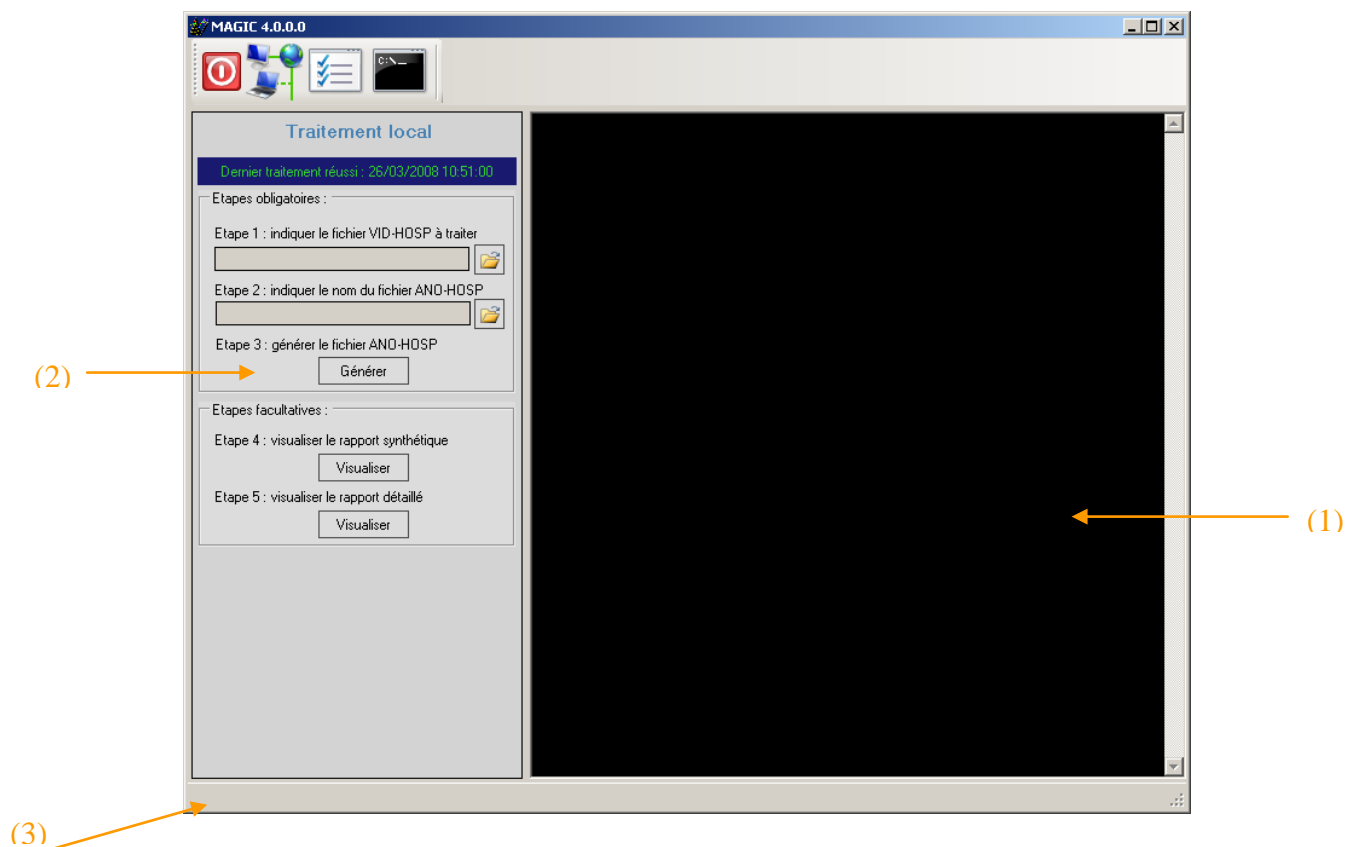
1- Présentation générale

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 :



La zone (1) est réservée exclusivement au « mode serveur », la zone (2) est consacrée au traitement local et la zone (3) indique le mode en cours.

3- Le « mode local »

Ce mode correspond à un fonctionnement classique dans lequel l'utilisateur soumet un fichier au format VID-HOSP (cf. formats acceptés en annexes) au logiciel qui lui retourne un fichier au format ANO-HOSP. Il ne peut fonctionner que sur la machine où est installé le logiciel.

Lorsque vous êtes dans ce mode, la zone (3) affiche « Mode serveur désactivé » et son icône (à côté de l'horloge dans la barre des tâches) est représenté par un feu de signalisation rouge comme suit :



Pour réaliser vos traitements, utilisez la zone (2) de l'interface, zone réservée aux traitements locaux.

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

- Etape 1 : Indiquer à l'aide du bouton associé le nom du fichier VID-HOSP à traiter.
- Etape 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).
- Etape 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 :

- Etape 4 : Le rapport synthétique de traitement : nombre d'erreur par variable (Etape 4)
- Etape 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- Le « mode serveur »


AVERTISSEMENT : si vous ne souhaitez pas développer ou faire développer une solution intégrant MAGIC à votre SIH, vous pouvez faire l'impasse sur ce paragraphe. Son utilisation suppose, en effet, 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.

Lorsque vous êtes dans ce mode de fonctionnement, MAGIC se transforme en serveur : il peut répondre à des requêtes émises par des clients à travers le réseau (protocole TCP/IP). Le client soumet une chaîne au format VID-HOSP et MAGIC lui retourne l'enregistrement au format ANO-HOSP correspondant. Ce mode de fonctionnement présente plusieurs avantages.

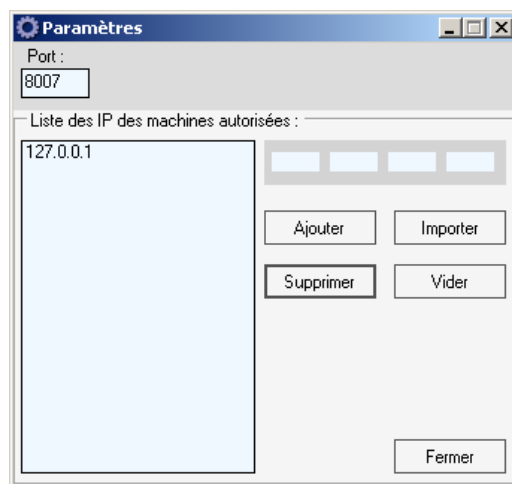
Tout d'abord, il permet une meilleure intégration au SIH existant de la fonction d'anonymisation et de gestion du chaînage. Vous aurez, par exemple, la possibilité de générer un enregistrement ANO-HOSP « à la volée » dans le logiciel utilisé pour l'admission d'un patient. Cette information pourra ainsi être servie de passerelle entre la

partie administrative (les admissions par exemple) et la partie médicale du SIH (PMSI notamment).

Un autre avantage apporté par ce mode de fonctionnement est la possibilité pour les clients de fonctionner sur un autre système d'exploitation que Windows (UNIX, MAC OS, ...). La communication avec MAGIC se faisant à l'aide d'une « socket » en utilisant le protocole TCP/IP pour la transmission des données.

Avant d'activer le « mode serveur », vous devez le paramétrer. Pour ce faire, il faut cliquer sur le bouton .


Une fenêtre semblable à celle-ci est affichée :



Vous devez préciser le port d'écoute de MAGIC (8007 par défaut).


Renseignez également la liste des IP des machines autorisées à faire appel à MAGIC. Les tentatives de connexion en provenance d'une machine dont l'adresse IP ne figure pas dans cette liste échoueront. Pour ajouter, une nouvelle adresse à la liste, il suffira de la saisir dans la zone prévue à cet effet puis de cliquer sur le bouton [Ajouter]. Vous pouvez également importer un fichier texte dans lequel chaque ligne contient une adresse IP.

Pour enregistrer vos modifications, il suffit de cliquer sur le bouton [Fermer].

Vous pouvez désormais activer le « mode serveur », il suffit pour cela de cliquer sur le bouton . Lorsque le mode serveur est activé, la barre d'état indique « MAGIC à l'écoute sur le port ... ». De plus l'icône associée à l'application (à côté de l'horloge dans la barre des tâches) se change en feu de signalisation de couleur verte :



La « fenêtre console » (zone (1)) indique les opérations effectuées sur le serveur (demandes de connexion, déconnexions, ...).

Pour effacer son contenu, cliquer sur le bouton .

NOTE :


Lorsque vous utilisez ce mode, vous pouvez continuer à utiliser le « traitement local ».

5- Arrêt de MAGIC

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).

ANNEXES

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

VID-HOSP V008 : Pour tous les champs à partir de 2012

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. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Sexe du bénéficiaire	1	26	26			O	
N° administratif de séjour	20	27	46			O	
N° format VID-HOSP	4	47	50			O	V008
Justification d'exonération ou de modulation du ticket modérateur	1	51	51	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	52	52	3	70	F	
Nature d'assurance	2	53	54	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	55	56	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	57	57			O	

Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	58	58			N	
Facturation du 18 €	1	59	59			O	
Nombre de venues de la facture	4	60	63			O	
Montant à facturer au titre du TM	10	64	73			O	
Montant à facturer au titre du FJ	10	74	83			O	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMO (ie hors prestations annexes)	10	84	93			O	
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	94	97			O	
Montant base remboursement	10	98	107			O	
Taux de remboursement	5	108	112			O	
Patient bénéficiaire de la CMU	1	113	113			F	0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
N° administratif de séjour de la mère	20	114	133			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	134	134			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	135	135			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Date de l'hospitalisation	8	136	143	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	144	153			O	Dans le cas d'un séjour AME, il s'agit du montant total qui était facturé antérieurement à la réforme sans application des évolutions que la CNAM demandera sur le contenu de la norme B2. 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	154	154	3	117	F	
N° d'entrée	9	155	163	2	40-48	O	N° attribué par l'établissement
Rang de naissance	1	164	164	2	102	F	
Rang du bénéficiaire	3	165	167	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	168	170	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	171	174	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
Nature de la pièce justificative des droits	1	175	175	2	58	O	Voir codification en annexe 8 - JUSTIFICATION DES DROITS AMO
Prise en charge établie	8	176	183	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	184	191	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	192	194	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	195	197	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, ...)
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	198	206	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	207	207	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	208	215	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	216	223	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
N° d'organisme complémentaire	10	224	233	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.
Complément au numéro de titre de recette	6	234	239	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	240	240	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	241	265	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	266	280	2S	97-111	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Indicateur du parcours de soins	1	281	281	2S	121	F	Valeurs possibles dans le cadre du parcours de soins : Cf. annexe 25.
CMUC en gestion unique	1	282	282			F	0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information ou non applicable
Etablissement de Transfert	14	283	296	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement destinataire en cas de transfert > 48h
Etablissement de Retour	14	297	310	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	311	312			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	3		3	91-93	O	

	à la prestation						
	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 V008

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
N° anonyme	17	24	40
N° d'identification administratif de séjour	20	41	60
Code retour contrôle « code grand régime »	1	61	61
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	62	62
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	63	63
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	64	64
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	65	65
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	66	66
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	67	67
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	68	68
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	69	69
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	70	70
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	71	71
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) »	1	72	72
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	73	73
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	74	74
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	75	75
Code retour contrôle « Patient bénéficiaire de la CMU »	1	76	76
Code retour contrôle « N° administratif de séjour de la mère »	1	77	77
Code retour contrôle « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère »	1	78	78
Code retour contrôle « Hospitalisation pour prélèvement d'organe »	1	79	79
Code retour contrôle « Date de l'hospitalisation »	1	80	80
Code retour contrôle « Montant total du séjour remboursable pour l'AMC »	1	81	81
Code grand régime	2	82	83
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	84	84

Code de prise en charge du forfait journalier	1	85	85
Nature d'assurance	2	86	87
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	88	89
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	90	90
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	91	91
Facturation du 18 euro	1	92	92
Nombre de venues de la facture	4	93	96
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	97	106
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	107	116
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	117	126
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	127	130
Montant base remboursement	10	131	140
Taux de remboursement	5	141	145
Patient bénéficiaire de la CMU	1	146	146
N° administratif de séjour de la mère	20	147	166
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	167	167
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	168	168
Date de l'hospitalisation	8	169	176
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	177	186

NOTE : les lignes de la forme « 68F69999XXXXXX... » correspondent à des VID-HOSP de longueur incorrecte

Autres formats pris en charge par MAGIC :

VID-HOSP FMT5 : Pour tous les champs en 2011

NOM	Taille	Début	Fin	Type de la norme (B2 *)	Position dans la norme	Obligatoire /Facultatif	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. ATTENTION format différent de B2 JMMAAAA
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	Note 1
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	54	54			F	Note 2
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 4ème 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. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA

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. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
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). ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
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. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
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 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.
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	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")

Note 1 :

- 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

Note 2 : cette variable doit être renseignée lorsque la variable « Séjour facturable à l'assurance maladie » est égale à 0 (séjour non facturable à l'assurance maladie). Dans les autres cas, laisser cette variable à vide (caractère espace).

- 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

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) ».

ANO-HOSP pour FMT5

Libellé	Taille	Début	Fin
Signature de version	8	1	8
Clé d'intégrité	8	9	16
Code retour contrôle « n° immatriculation assuré »	1	17	17
Code retour contrôle « date de naissance »	1	18	18
Code retour contrôle « sexe »	1	19	19
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	20	20
N° anonyme	17	21	37
N° d'identification administratif de séjour	20	38	57
Code retour contrôle « code grand régime »	1	58	58
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	59	59
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	60	60
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	61	61
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	62	62
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	63	63
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	64	64
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	65	65
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	66	66
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	67	67
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	68	68
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) »	1	69	69
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	70	70
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	71	71
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	72	72
Code retour contrôle « Patient bénéficiaire de la CMU »	1	73	73
Code retour contrôle « N° administratif de séjour de la mère »	1	74	74
Code retour contrôle « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère »	1	75	75
Code retour contrôle « Hospitalisation pour prélèvement d'organe »	1	76	76
Code grand régime	2	77	78
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	79	79
Code de prise en charge du forfait journalier	1	80	80
Nature d'assurance	2	81	82
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	83	84
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	85	85
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	86	86
Facturation du 18 euro	1	87	87
Nombre de venues de la facture	4	88	91
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	92	101
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	102	111
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	112	121
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	122	125
Montant base remboursement	10	126	135

Taux de remboursement	5	136	140
Patient bénéficiaire de la CMU	1	141	141
N° administratif de séjour de la mère	20	142	161
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	162	162
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	163	163

NOTE : les lignes de la forme « 68F69999XXXXXXXXX_... » correspondent à des VID-HOSP de longueur incorrecte

Détail des codes retour communs à FMT5 et V008

« 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) ou incohérente (exemple : 35032008)
- 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 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). Elle doit être renseignée avec le caractère « espace » lorsque « Séjour facturable à l'assurance maladie » est différent de 0. Sinon, 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

« 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)

Détail des codes retour spécifiques à V008**« 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

Note :

Le cahier des charges « norme B2 juin 2005 » 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
NOUV_NIR_1	FMT5, V008	N° immatriculation assuré	Format incorrect
NOUV_NIR_2	FMT5, V008	N° immatriculation assuré	Utilisation de la valeur manquante
NOUV_NIR_3	FMT5, V008	N° immatriculation assuré	N° non conforme suite au contrôle de la clé
NOUV_DATNAIS_1	FMT5, V008	Date de naissance	Format incorrect
NOUV_DATNAIS_2	FMT5, V008	Date de naissance	Utilisation de la valeur manquante
NOUV_SEXE_1	FMT5, V008	Sexe	Valeur non autorisée
NOUV_SEXE_2	FMT5, V008	Sexe	Utilisation de la valeur manquante
NOUV_NOADMSEJ_1	FMT5, V008	N° d'identification administratif de séjour	Non renseigné
NOUV_GR_1	FMT5, V008	Code grand régime	Code non autorisé
NOUV_EXO_TM_1	FMT5, V008	Code justification d'exonération du ticket modérateur	Code non autorisé
NOUV_PEC_FJ_1	FMT5, V008	Code de prise en charge du forfait journalier	Code non autorisé
NOUV_NAT_ASSUR_1	FMT5, V008	Nature d'assurance	Code non autorisé
NOUV_TYP_CONT_OC_1	FMT5, V008	Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	Code non autorisé
NOUV_FACT_AM_1	FMT5, V008	Séjour facturable à l'assurance maladie	Code non autorisé
NOUV_FACT_18E_1	FMT5, V008	Facturation du 18 euro	Valeur non autorisé e
NOUV_NB_VENUES_1	FMT5, V008	Nombre de venues de la facture	Valeur non numérique
NOUV_MNT_TM_1	FMT5, V008	Montant à facturer au titre du ticket modérateur	Valeur non numérique
NOUV_MNT_FJ_1	FMT5, V008	Montant à facturer au titre du forfait journalier	Valeur non numérique
NOUV_MNT_REMB_AM_1	FMT5, V008	Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie	Valeur non numérique
NOUV_MNT_MAJOR_PS_1	FMT5, V008	Montant lié à la majoration au parcours de soin	Valeur non numérique
NOUV_MNT_BR_1	FMT5, V008	Montant base remboursement	Valeur non numérique
NOUV_TAUX_REMB_1	FMT5, V008	Taux de remboursement	Valeur non numérique
NOUV_MOT_NONFACT_AM_1	FMT5, V008	Motif de la non facturation à l'assurance maladie	Code non autorisé
FMT5_PAT_BENEF_CMU_1	FMT5, V008	Patient bénéficiaire de la CMU	Code non autorisé
FMT5_NOADMSEJ_MERE_1	FMT5, V008	N° administratif de séjour de la mère	Non renseigné alors que « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère »=1
FMT5_HOSP_NN_AUPRES_MERE_1	FMT5, V008	Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	Code non autorisé
FMT5_HOSP_PO_1	FMT5, V008	Hospitalisation pour prélèvement d'organe	Code non autorisé
V008_DAT_HOSP_1	V008	Date de l'hospitalisation	Format incorrect
V008_DAT_HOSP_2	V008	Date de l'hospitalisation	Utilisation de la valeur manquante
V008_DAT_HOSP_3	V008	Date de l'hospitalisation	Non renseignée (8 caractères espace)
V008_MNT_TOT_REMB_AMC_1	V008	Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	Valeur non numérique

Problèmes connus

▪ ERREUR FATALE : image absente

Le lecteur virtuel A n'a pas pu se créer. Pour régler le problème, il faut désactiver le lecteur pré-existant.

Pour se faire, il faut se connecter sous un compte administrateur et réaliser les opérations ci-dessous :

- Panneau de configuration - Système - Onglet [Matériel] - Bouton [Gestionnaire de périphériques] - Développer "Lecteurs de disquettes"
- Clic droit avec la souris - Choisir "Désactiver" - Confirmer l'opération en cliquant sur [Oui]

Redémarrez la machine et connectez-vous directement avec votre compte utilisateur, puis relancer MAGIC..