



AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

Pôle LETS
Service Architecture et Production
Informatique
117, Bd Marius Vivier Merle
69482 LYON Cedex 3
E-Mail : mailing-pmsi@atih.sante.fr
Tél. : +33 (04 37 91 33 10)



Manuel d'utilisation de MAGIC 4.5.x

SOMMAIRE

1- PRESENTATION GENERALE	3
2- DEMARRAGE DE MAGIC.....	3
3- LE « MODE LOCAL »	4
4- LE « MODE SERVEUR »	5
5- ARRET DE MAGIC	7
ANNEXES	8
FORMAT DU FICHIER VID-HOSP	9
<i>VID-HOSP V010 : Pour tous les champs à partir de 2015</i>	<i>9</i>
PROBLEMES CONNUS	22

1- Présentation générale

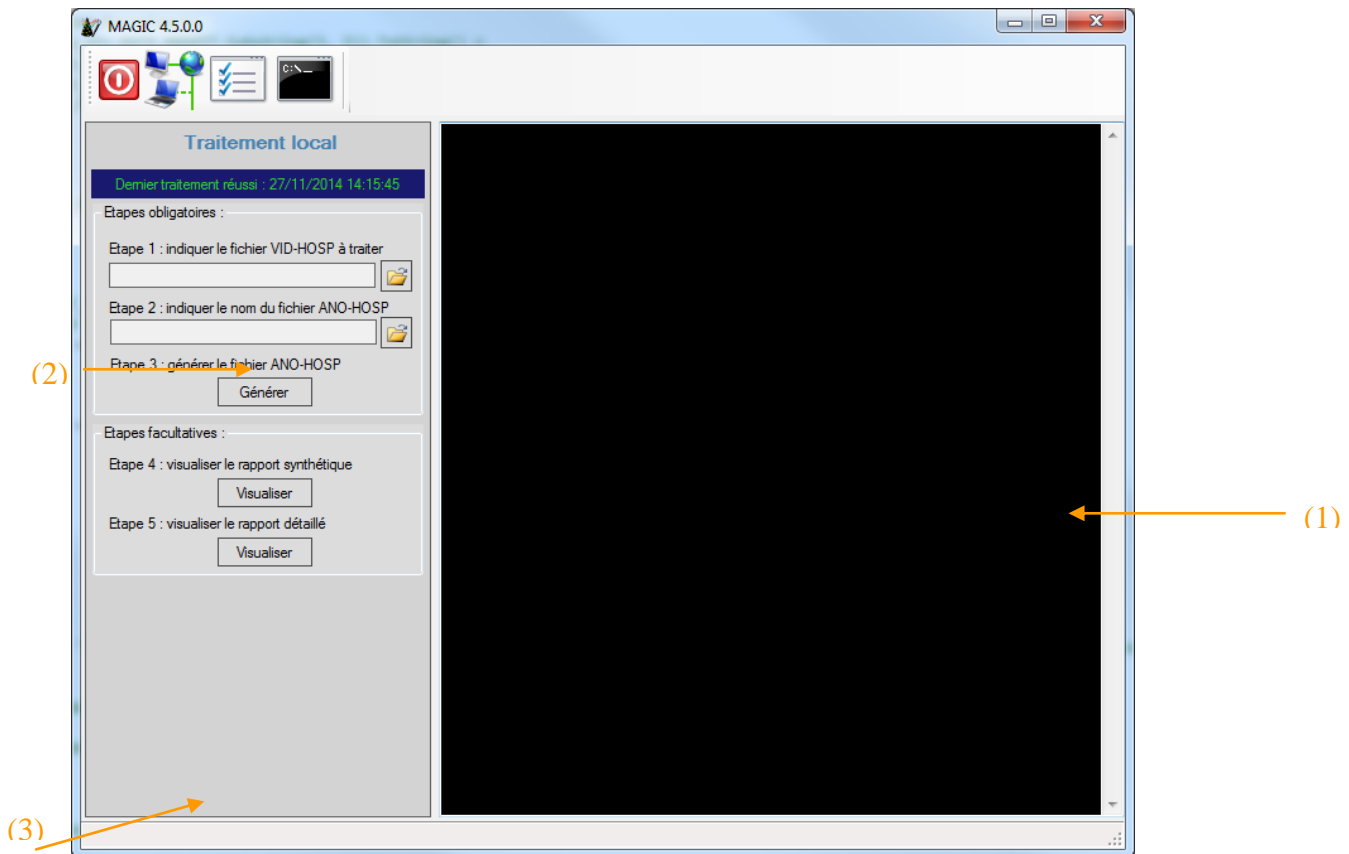
Le Module d'Anonymisation et de Gestion des Informations de Chaînage (MAGIC) représente le premier maillon dans la procédure de chaînage mise en place par la

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.

- (3) ~~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 :



← (2)

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.

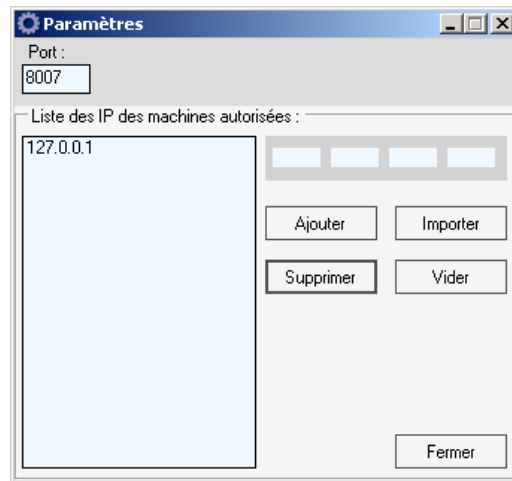
Lorsque vous êtes dans ce mode de fonctionnement, MAGIC se transforme en serveur : il peut répondre à des requêtes émises par des clients à travers le réseau (protocole TCP/IP). Le client soumet une chaîne au format VID-HOSP et MAGIC lui retourne l'enregistrement au format ANO-HOSP correspondant. Ce 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 V010 : Pour tous les champs à partir de 2015

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	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
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	V010
Justification d'exonération ou de modulation du ticket modérateur	1	53	53	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	54	54	3	70	F	

Nature d'assurance	2	55	56	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	57	58	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	59	59			O	
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	60	60			N	
Facturation du 18 €	1	61	61			O	
Nombre de venues de la facture	4	62	65			O	
Montant à facturer au titre du TM	10	66	75			O	
Montant à facturer au titre du FJ	10	76	85			O	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMO (i.e. hors prestations annexes)	10	86	95			O	
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	96	99			O	
Montant base remboursement	10	100	109			O	
Taux de remboursement	5	110	114			O	
Patient bénéficiaire de la CMU	1	115	115			F	0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
N° administratif de séjour de la mère	20	116	135			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	136	136			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	137	137			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Date de l'hospitalisation	8	138	145	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	146	155			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	156	156	3	117	F	
N° d'entrée	9	157	165	2	40-48	O	N° attribué par l'établissement
Rang de naissance	1	166	166	2	102	F	
Rang du bénéficiaire	3	167	169	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	170	172	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	173	176	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	9	177	185			F	Réservé pour usage futur
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des	1	186	186	1		F	

soins urgents							
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	187	195	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)
N° d'organisme complémentaire	10	196	205	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	206	206	2	58	O	Voir codification en annexe 8 - JUSTIFICATION DES DROITS AMO
Prise en charge établie	8	207	214	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	215	222	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	223	225	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	226	228	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	229	229	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	230	237	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	238	245	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
Complément au numéro de titre de recette	6	246	251	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	252	252	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	253	277	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	278	292	2S	97-111	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Indicateur du parcours de soins	1	293	293	2S	121	F	Valeurs possibles dans le cadre du parcours de soins : Cf. annexe 25.
CMUC en gestion unique	1	294	294			F	0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information ou non applicable

Établissement de Transfert	14	295	308	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement destinataire en cas de transfert > 48h
Établissement de Retour	14	309	322	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	323	324			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")

ANO-HOSP pour V010 en 2015

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 gestion "	1	62	62
Code retour contrôle " code justification d'exonération du ticket modérateur "	1	63	63
Code retour contrôle " code de prise en charge du forfait journalier "	1	64	64
Code retour contrôle " nature d'assurance "	1	65	65
Code retour contrôle " type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire "	1	66	66

Code retour contrôle " séjour facturable à l'assurance maladie "	1	67	67
Code retour contrôle " motif de la non facturation à l'assurance maladie "	1	68	68
Code retour contrôle " facturation du 18 euro "	1	69	69
Code retour contrôle " nombre de venues de la facture "	1	70	70
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du ticket modérateur"	1	71	71
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du forfait journalier "	1	72	72
Code retour contrôle " montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes ")	1	73	73
Code retour contrôle " montant lié à la majoration au parcours de soin "	1	74	74
Code retour contrôle " montant base remboursement "	1	75	75
Code retour contrôle " taux de remboursement "	1	76	76
Code retour contrôle " Patient bénéficiaire de la CMU "	1	77	77
Code retour contrôle " N° administratif de séjour de la mère "	1	78	78
Code retour contrôle " Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère "	1	79	79
Code retour contrôle " Hospitalisation pour prélèvement d'organe "	1	80	80
Code retour contrôle " Date de l'hospitalisation "	1	81	81
Code retour contrôle " Montant total du séjour remboursable pour l'AMC "	1	82	82
Code retour contrôle " Code participation assuré "	1	83	83
Code retour contrôle " N° d'entrée "	1	84	84
Code retour contrôle " Rang de naissance "	1	85	85
Code retour contrôle " Rang du bénéficiaire "	1	86	86
Code retour contrôle " N° caisse gestionnaire "	1	87	87
Code retour contrôle " N° centre gestionnaire "	1	88	88
Code retour contrôle " Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents "	1	89	89
Code retour contrôle " Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun"	1	90	90
Code retour contrôle " N° d'organisme complémentaire"	1	91	91
Code grand régime	2	92	93
Code gestion	2	94	95
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	96	96
Code de prise en charge du forfait journalier	1	97	97
Nature d'assurance	2	98	99
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	100	101
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	102	102
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	103	103
Facturation du 18 euro	1	104	104
Nombre de venues de la facture	4	105	108
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	109	118
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	119	128
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	129	138
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	139	142
Montant base remboursement	10	143	152
Taux de remboursement	5	153	157
Patient bénéficiaire de la CMU	1	158	158
N° administratif de séjour de la mère	20	159	178
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	179	179
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	180	180
Date de l'hospitalisation	8	181	188
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	189	198
Date de naissance du bénéficiaire	8	199	206
Sexe du bénéficiaire	1	207	207
Code participation assuré	1	208	208
N° d'entrée	9	209	217
Rang de naissance	1	218	218
Rang du bénéficiaire	3	219	221

N° caisse gestionnaire	3	222	224
N° centre gestionnaire	4	225	228
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	229	229
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	230	238
N° d'organisme complémentaire	10	239	248

**NOTE : les lignes de la forme
« 68F69999XXXXXX_... » 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 spécifiques à V010

« 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 Gestion »

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

GRAND REGIME

- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales
- 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales

CODE GESTION

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

nationales locales	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). 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)

« 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

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	V008	N° immatriculation assuré	Format incorrect
NOUV_NIR_2	V008	N° immatriculation assuré	Utilisation de la valeur manquante
NOUV_NIR_3	V008	N° immatriculation assuré	N° non conforme suite au contrôle de la clé
NOUV_DATNAIS_1	V008	Date de naissance	Format incorrect
NOUV_DATNAIS_2	V008	Date de naissance	Utilisation de la valeur manquante
NOUV_SEXE_1	V008	Sexe	Valeur non autorisée
NOUV_SEXE_2	V008	Sexe	Utilisation de la valeur manquante
NOUV_NOADMSEJ_1	V008	N° d'identification administratif de séjour	Non renseigné
NOUV_GR_1	V008	Code grand régime	Code non autorisé
V010_CODE_GESTION_1	V009	Code gestion	Code non autorisé
NOUV_EXO_TM_1	V009	Code justification d'exonération du ticket modérateur	Code non autorisé
NOUV_PEC_FJ_1	V008	Code de prise en charge du forfait journalier	Code non autorisé
NOUV_NAT_ASSUR_1	V008	Nature d'assurance	Code non autorisé
NOUV_TYP_CONT_OC_1	V008	Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	Code non autorisé
NOUV_FACT_AM_1	V008	Séjour facturable à l'assurance maladie	Code non autorisé
NOUV_FACT_18E_1	V008	Facturation du 18 euro	Valeur non autorisée
NOUV_NB_VENUES_1	V008	Nombre de venues de la facture	Valeur non numérique
NOUV_MNT_TM_1	V008	Montant à facturer au titre du ticket modérateur	Valeur non numérique
NOUV_MNT_FJ_1	V008	Montant à facturer au titre du forfait journalier	Valeur non numérique
NOUV_MNT_REMB_AM_1	V008	Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie	Valeur non numérique
NOUV_MNT_MAJOR_PS_1	V008	Montant lié à la majoration au parcours de soin	Valeur non numérique
NOUV_MNT_BR_1	V008	Montant base remboursement	Valeur non numérique
NOUV_TAUX_REMB_1	V008	Taux de remboursement	Valeur non numérique
NOUV_MOT_NONFACT_AM_1	V008	Motif de la non facturation à l'assurance maladie	Code non autorisé
FMT5_PAT_BENEF_CMU_1	V008	Patient bénéficiaire de la CMU	Code non autorisé
FMT5_NOADMSEJ_MERE_1	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	V008	Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	Code non autorisé
FMT5_HOSP_PO_1	V008	Hospitalisation pour prélèvement d'organe	Code non autorisé
V010_DAT_HOSP_1	V009	Date de l'hospitalisation	Format incorrect
V010_DAT_HOSP_2	V009	Date de l'hospitalisation	Utilisation de la valeur manquante
V010_DAT_HOSP_3	V009	Date de l'hospitalisation	Non renseignée (8 caractères espace)
V010_MNT_TOT_REMB_AMC_1	V009	Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	Valeur non numérique
V010_CODE_PARTICIP_ASSURE_1	V009	Code participation assuré	Code non autorisé
V010_NUM_ENTREE_1	V009	N° d'entrée	Valeur non numérique
V010_RANG_NAISS_1	V009	Rang de naissance	Valeur non numérique
V010_RANG_BENEF_1	V009	Rang du bénéficiaire	Valeur non numérique

V010_NUM_CAISSE_GEST_1	V009	N° caisse gestionnaire	Valeur non numérique
V010_NUM_CENTRE_GEST_1	V009	N° centre gestionnaire	Valeur non numérique
V010_CONF_SOINS_URGENTS_1	V010	Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	Code non autorisé
V010_NUM_ACCIDENT_TRAV_1	V010	Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	Valeur non alphanumérique
V010_NUM_ORGANISME_COMP_1	V010	N° d'organisme complémentaire	Valeur non alphanumérique

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..