

## QUESTION REPONSES SUR LES MODIFICATIONS DE FORMAT

Questions	Réponses
<p>Fichier de RSS : Le numéro du RUM doit-il être unique par rapport au RSS dans lequel il figure? Autrement dit, est-ce qu'un numéro de RUM doit être unique en dehors du RSS (sans référence au numéro RSS) ?</p>	<p>Un n° de RUM doit seulement être unique par rapport au RSS dans lequel il figure</p>
<p>Fichier VID-HOSP : Dans le format du fichier VIDHOSP figurent deux zones avec un début à la position 51. Il s'agit des zone "Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire" et "Séjour facturable à l'assurance maladie". Est-ce qu'il s'agit d'un erreur?</p>	<p>Il s'agit effectivement d'une erreur qui sera corrigée dans la prochaine mise à jour.</p>
<p>Fichier VID-HOSP : Pourriez-vous m'indiquer un document qui décrit les valeurs que peuvent prendre les différentes zones des fichiers? Par exemple, quelles sont les valeurs possibles de la zone "Séjour facturable à l'assurance maladie"?</p>	<p>Pour les zones déjà existantes vous pouvez vous reporter à la circulaire de généralisation de la suppression du taux de conversion :</p>
<p>Fichier VID-HOSP Comment doit-être codée de la nouvelle zone [montant base de remboursement de la facture] du fichier vid-hosp format 2008 (secteur ex-DGF). Pouvez-vous m'indiquer la valeur que doit prendre cette zone dans les 2 cas suivants:</p> <p>Cas 1 Patient hospitalisé du 29/01/07 au 02/02/07 pris en charge à 80% tarif régime commun : 1097,00 tarif forfait journalier : 16,00 sortie définitive</p> <p>Dans le fichier vid-hosp actuel nous avons les 3 zones suivantes : montant ticket modérateur : 813,60    montant forfait journalier : 80,00</p>	<p>D'une manière générale le montant que l'on doit mettre correspond au montant sur lequel on va appliquer le taux de remboursement dans les 2 cas que vous citez il s'agit donc de :</p> <p>Cas 1 : montant base remboursement = 4388,00 Cas 2 : montant base remboursement = 7317,00</p>

<p>montant remboursable AMO : 3574,40 montant base remboursement : ???</p> <p>Cas 2 Patient hospitalisé du 23/02/07 au 26/02/07 pris en charge à 100% tarif régime commun : 2439,00 tarif forfait journalier : 16,00 sortie par transfert dans un autre établissement</p> <p>Dans le fichier vid-hosp actuel nous avons les 3 zones suivantes : montant ticket modérateur : 0,00    montant forfait journalier : 48,00 montant remboursable AMO : 7317,00 montant base remboursement : ???</p>	
<p>Fichier RSF-ACE : Il semble qu'il y ait une inversion dans la valeur de la zone type d'enregistrement entre l'enregistrement RSF ACE B et RSF ACE C. Pour l'enregistrement RSF ACE B la valeur de la zone type d'enregistrement est égale à C. Pour l'enregistrement RSF ACE C la valeur de la zone type d'enregistrement est égale à B.</p>	<p>Effectivement. Le format va être corrigé.</p>
<p>Fichier RSF-ACE : Pouvez-vous me préciser quels sont les forfaits de dialyse qu'on peut coder en ambulatoire ?</p>	<p>Il s'agit des forfaits D15 et D16.</p>
<p>Fichier RSF-ACE : Dans le format RSF-ACE il a été ajouté le numéro de facture Je me permets de vous rappeler que légalement, pour les établissements ex DG, pour la partie sécurité sociale, il n'y a toujours pas (pour 2008) émission de titre donc il ne peut y avoir de numéro de facture pour les actes envoyés sur ce fichier. Nous serons donc, en 2008, dans l'incapacité de fournir ce numéro : cette zone n'est-elle donc prévue qu'en avance de phase pour préparer la facturation directe ?</p> <p>Par ailleurs, nous avons constaté la disparition du numéro d'entrée (le numéro de facture ne peut le remplacer) et une refonte importante de la description du fichier, en particulier pour le RSF-ACE A (décalage de zones).</p>	<p>Ain d'éviter les incompréhensions, nous allons modifier la variable de référence dans le format. Il faudra donc lire [N° d'entrée] à la place de [N° de facture].</p>

<p>Avant d'entamer les modifications, finalement plus importantes que prévu, nous aimerions donc avoir confirmation de tout ceci et en particulier du fait que le numéro de facture ne sera pas obligatoire sur le RSF-ACE.</p>	
<p>Fichier FICHCOMP          Quel est le format du champ Date ?          Quel est le format du champ Montant ?  <b>Est-ce que le montant doit être TTC ou bien HT ?</b></p>	<p>Le format date est : JJMMAAAA          Le format des champs montants est : 7+3 (10 caractères dont 3 décimales sans séparateur) :          Exemple : 1001 euros sera codé : 0001001000  <b>Tous les montants doivent être déclarés en TTC (y compris dans FICHSUP).</b></p>
<p>Fichier FICHCOMP :          'NA' veut-il bien dire non applicable ?</p>	<p>Oui</p>
<p>Fichier FICHCOMP :          Concernant le fichier portant sur les prestations interhospitalières hors supplément réanimation, soins intensifs et continus, faudra-il vous donner la cotation NGAP et/ou CCAM et/ou GHS à partir des données de la facture émise par l'établissement réalisant la prestation ? Dans cas-là, il n'est pas sûr que la facture soit automatiquement disponible dans les délais imposés par la remontée mensuelle des données PMSI. Qu'en est-il si le prestataire est un cabinet libéral ?</p>	<p>Les seules prestations pouvant être saisie dans ce fichier concernent les suppléments cités. Il ne s'agit de prendre en compte des l'ensemble des prestations réalisées dans un autre établissement. Seules sont concernées celles qui ne sont pas couverte par le tarif du GHS et qui ne peuvent pas faire l'objet d'un codage en acte dans le RSS. <b>La liste des prestations indiquées dans le tableau accompagnant le format représente la liste exhaustive de prestations concernées.</b></p>
<p>Fichier UM :          Le changement ne concernerait que les établissements ex-DGF et porterait uniquement sur l'ajout du numéro de Finess géographique et ne serait à appliquer qu'à l'entrée du logiciel d'envoi GENRSA et non du groupeur Pouvez-vous me le confirmer ? En effet, on nous avait parlé de tarif de prestation par UM avec la notion de tarif unique et tarif moyen. Qu'en est-il ?</p>	<p>Les seules modifications apportées à se format concernent l'ajout du Finess géographique. Les autres variables (qui sont citées dans le texte d'accompagnement) ont été jugées finalement trop complexes à récupérer et donc éliminées du format définitif.          Ces modifications est obligatoire pour le fichier utilisé par GENRSA.          Pour la fonction groupage la fonction [CtrlFicUM] pourra utiliser les 2 formats : l'ancien et le nouveau.</p>
<p>J'aimerais savoir si une nouvelle fonction groupage sera mise en oeuvre pour traiter ce nouveau format et si oui quand ....</p>	<p>Oui.          Cependant elle doit intégrer également les évolutions liées à la campagne 2008. sa date de disponibilité prévisionnelle est pour la fin janvier.</p>

<p>A la lecture de vos documents, nous avons un doute quant aux transmissions des mois de janvier et février 2008 :  Peut-on transmettre en janvier 2008 et février 2008 les données des dossiers 2008 ou bien doit-on attendre le premier envoi au format 2008 (mars 2008) ?  Si oui, ce qui semble logique car sinon les premiers mois de 2008 ne concerneraient que le reliquat des dossiers 2007, qu'en est-il alors des ATU ?  Peut-on, dès l'envoi de janvier 2008 y faire figurer des ATU (à l'ancien format comme si c'était un acte) ?</p>	<p>En janvier et février 2008 vous devez envoyer les dossiers de 2008 suivant les mêmes modalités qu'en 2007.  Le seul programme habilité à récupérer de l'information 2007 non facturée est LAMDA.  Vous pouvez faire figurer dans les fichiers de RSF-ACE les prestations ATU, FFM et alternatives à la dialyse depuis le premier janvier mais elles ne seront pas valorisées via ce fichier.  Le fichier FICHSUP servira de support de facturation pour ces 2 mois.</p>
<p>Sur la présentation des modifications, il est indiqué pour le RSF-ACE : « il est également demandé de fournir les informations pour les patients bénéficiaires de l'AME ainsi que pour les migrants. ».  Confirmez vous cette « extension » du périmètre du fichier et par ailleurs cela concerne-t-il toutes les autres prestations ?  Cela avait été évoqué lors de la réunion de novembre et nous (les éditeurs) nous y étions opposés. C'est en tout cas en contradiction avec ce qui est dit dans l'annexe 1 de la circulaire 105 du 21 mars 2007.</p>	<p>Le RSF-ACE a une double finalité. Une finalité de facturation et une finalité de description de l'activité. S'agissant de sa finalité de description d'activité qui se doit d'être exhaustive il est normal qu'il soit demandé de fournir ces informations y compris pour les activités non facturées.  Pour ce qui est des séjours le problème est le même. Les RSS support de l'information concernant la description d'activité se doit d'être exhaustif, y compris pour des séjours non facturés à l'assurance maladie. Le fichier VID-HOSP devra indiquer qu'il s'agit d'un séjour non facturé.  Dans les deux cas vous devrez utiliser dans ce cas la variable séjour facturable à l'assurance maladie (fichier RSF-ACE pour l'externe et fichier VID-HOSP pour l'hospitalisation) pour indiquer que ce séjour n'est pas facturable à l'AM.</p>
<p>Fichier RSF-ACE / FICHSUP :  Pour Janvier et Février 2008, les ATU doivent être transmis via FICHSUP, pour le mois de Mars 2008 l'ATU doit être traité comme un acte et intégré dans les RSF. Pour la transmission de fin Avril (période cumulée Janvier à Mars) les ATU seront donc valorisés toujours dans FICHSUP pour Janvier et Février et via RAFAEL pour Mars ?  Il faudra donc continuer toute l'année d'inscrire dans FICHSUP les ATU de Janvier et Février ?</p>	<p>Le recueil FICHSUP sera toujours nécessaire jusqu'à la fin de l'année. Il est nécessaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour suivre l'évolution de l'exhaustivité du recueil dans les RSF-ACE des ATU, FFM et alternative à la dialyse.</li> <li>- Pour permettre de récupérer le dernier prix d'achat des molécules onéreuses et des DMI</li> <li>- Pour payer l'activité des 2 premiers mois (avant la mise en place des nouvelles modalités pour le RSF-ACE).</li> </ul> <p>Pour pouvoir répondre au troisième objectif, les variables recueillies devront totaliser l'activité mensuellement et non plus cumulativement depuis le début de l'année.  Un contrôle à la saisie sera réalisé pour éviter la saisie cumulative (total saisi ne doit pas être supérieur à 1,5 fois le total de la période précédente).</p>

<p>Fichier RUM :</p> <p>Le numéro de RSS change de taille : il passe de 7 à 20 Un numéro étant par définition numérique, en est il de même du numéro de RSS ? Quand vous dites qu'il passe à 20 caractères est il composé de chiffres ou de caractères alpha numérique ?</p> <p>Exemple :</p> <p>En janvier un dossier a un n° de RSS égal à 1234567 Quand il faudra le retransmettre à partir de mars 2008 que contiendra t il : 1234567 suivi de blancs ou 0000000000001234567</p>	<p>Il n'y a jamais eu de contrôle de format bloquant réalisé sur le numéro de RSS. On peut donc considérer qu'il était alphanumérique. Il n'y a jamais eu de consigne sur le cadrage non plus. Son passage sur 20 caractères ne change rien de ces deux points de vue. C'est le cas de tous les numéros utilisés dans le PMSI : n° de RSS, mais aussi, numéro administratif de séjour et numéro de RUM. <b>Cependant il faut veiller lorsque l'on a défini une règle au sein de l'établissement d'utiliser toujours la même pour tous les fichiers contenant la variable en question (exemple dans le chaînage des fichiers VIDHOSP – HOSPMSI et PMSI (RSS) ou dans le cas des fichiers FICHCOMP et du fichier de RSS)</b></p>
<p>Fichier RSF-ACE</p> <p>La zone spécialité de l'exécutant positions 44-45 de l'enregistrement de type C du fichier RSFACE doit être renseigné par rapport à une liste de codes, comme il est indiqué dans la zone remarques : "NOEMIE OC entité EXE-SPE annexe 17. De quelle normes s'agit il ? Sur le site de l'assurance maladie, il y a plusieurs versions de normes NOEMIE-OC ! de plus, les établissements publics hospitaliers se doivent ils d'utiliser une norme faite pour les complémentaires ? Je ne trouve pas d'annexe 17 dans ces normes.</p>	<p>Il ne s'agit pas d'utiliser la norme NOEMIE OC, mais d'avoir la liste des codes exécutant. Celle-ci n'étant pas détaillée dans la norme B2 alors que la variable existe, nous avons donné en référence un document où elle était publiée.</p>
<p>Fichier RSF-ACE</p> <p>Pour 2008, il est demandé de fournir les informations pour les patients bénéficiaires de l'AME ainsi que pour les migrants. Dans ces 2 cas la variable " séjour facturable à l'assurance maladie " sera renseignée à 0 --&gt; séjour non facturable à l'assurance maladie. L'AME est considérée comme un organisme complémentaire sur le fichier B2. Les montants correspondants sont mis dans les zones montants remboursables pour les OC. Le taux de remboursement est renseigné à zéro. Cette codification est en accord avec le top séjour non facturable à l'assurance maladie</p> <p>Par contre les migrants sont facturables à l'AMO (organisme principal). Les montants correspondants sont mis dans les zones montants facturables ou remboursables à l'AMO. Le taux de remboursement est renseigné selon le taux de prise en charge</p>	<p>Il y a une différence entre le codage des fichiers VIDHOSP et celui des fichiers RSF-ACE.</p> <p>Le format VIDHOSP, ne se basant pas sur la norme B2, nous avons proposé des modalités de codage propres à ce format.</p> <p>Le format des RSF-ACE, est directement issu de la norme B2 (il s'agit d'une transposition) il ne faut pas donc pas changer les modalités de codages utilisées dans la B2.</p> <p>Le tableau présenté dans la circulaire de mars 2006 pour le fichier VIDHOSP n'est donc pas applicable aux RSF-ACE.</p>

<p>de la prestation par l'AMO.          Cette codification est en contradiction avec le top séjour non facturable à l'assurance maladie.</p> <p>Pouvez-vous me préciser si pour les migrants, ayant le top " non facturable à l'assurance maladie ", on garde la codification existante pour B2 ou bien si l'on doit mettre le taux = zéro et renseigner les montants remboursables pour les OC.</p>	
<p>Fichier RSF-ACE          Nous avons noté des évolutions entre les formats 2007 (circulaire du 21/03/07) et 2008 qui ne sont pas clairement recensées.          Pouvez-vous les confirmer ?          RSF-ACE-A          Le numéro d'entrée passe de la position 11-19 à la position 31-39          Le numéro de facture est supprimé, alors qu'il existait en position 43-51</p> <p>RSF-ACE-C et RSF-ACE-M          Le numéro du RSS est supprimé, alors qu'il existait en position 11-17</p>	<p>Ces modifications sont confirmées.</p> <p>Le numéro d'entrée prend la place du numéro de facture. Seul le numéro d'identification de la facture au sein de l'établissement est nécessaire.</p> <p>Le numéro de RSS, n'a pas lieu d'être compte-tenu du fait que les RSF-ACE ne sont pas couplés à un recueil médicalisé de type RSS.</p>
<p>FICHCOMP Médicaments et DMI selon le format de décembre 2007 :</p> <p>Pour le champ "Date de début" correspondant à la prestation médicament, de quelle(s) date(s) s'agit-il ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- date de début du traitement per os sur deux semaines ou dates de chaque prise/administration) ?</li> <li>- dates de début de chaque prise (ex. dates et heures de chacune des 4 perfusions de 10 minutes quotidiennes pendant dix jours) ?</li> <li>- date de début d'une chimiothérapie quotidienne (par exemple sur une semaine) ou dates de chaque administration quotidienne pour chaque UCD ?</li> </ul>	<p>Afin de simplifier la saisie des situations que vous indiquez, nous allons modifier le contenu du tableau donnant les consignes de remplissage des fichiers fichcomp. On pourra indiquer une date de fin, en fonction du mode de prescription de la molécule.</p> <p>Dans le cas d'une prescription unique la date de début sera égale à la date de fin.</p> <p><b>Des consignes complémentaires concernant le remplissage des dates seront intégrées au format dans la prochaine mise à jour.</b></p>
<p>Fichier de RSF :</p> <p>Les prestations ATU, FFM, et SE ne doivent pas être facturées et ne peuvent donc pas être intégrées aux factures des dossiers non pris en charge par l'assurance maladie. Cela pose donc problème pour 3 types de prise en charge : AME, migrants, payant 100%.</p> <p>D'autre part, un certain nombre de patients, surtout parmi les urgences, ne présentent pas leurs papiers ( carte vitale, justificatif d'ouverture des</p>	<p>Il n'y a pas d'autres solutions que d'intégrer dans les RSF l'ensemble des prestations y compris celle qui ne sont pas facturables au patient.</p> <p>Une information complémentaire sera donnée ici pour préciser les modalités de facturation des ATU et FFM et SE pour les patients migrants et les payants 100%.</p> <p>Pour les 2 cas que vous citez, le payeur n'étant pas l'assurance maladie vous devez coder la variable [Séjour facturable à l'AM] à 0 (séjour non facturable à</p>

<p>droits..), sont payants 100% et ne sont donc pas sur le RSF.  Quelle solution préconisez-vous ?  La prise en compte de ces prestations par la déclaration sur le fichier FICHSUP ne pourrait-elle pas être prolongée pour tout l'exercice 2008.</p>	<p>l'AM).  Dans le deuxième cas vous pourrez si vous obtenez les informations corriger le RSF-ACE dans les envois suivants.</p>
<p>Fichier VIDHOSP :</p> <p>Si les valeurs des nouvelles zones « Grand régime » et « Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire » sont manquantes, doivent-elles être renseignées par des « X » ?</p>	<p>Les valeurs manquantes doivent être codées par « XX » pour le grand régime car il s'agit théoriquement d'une variable à remplissage obligatoire et par des ' ' pour le type de contrat car il s'agit d'une variable à remplissage facultatif.</p>
<p>Fichier de RSF  Soit un RSS ayant un N° d'entrée : X  Certains établissements (Ex OQN) peuvent dans certains cas produire pour ce RSS (accord avec les caisses)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une facture (N° xx)</li> <li>• et une facture complémentaire (N° yy)</li> </ul> <p>Soit deux factures pour un même RSS  Dans le RSF A il est demandé un N° de facture ou N° d'entrée (Pos 51 lg 9 Origine 2CP pos 30 : soit le N° de facture)  Dans les RSF B et C il est maintenant demandé un N° de facture</p> <p>Donc RSFB N°facture xx  RSFC N°facture xx  RSFB N°facture yy  RSFC N°facture yy</p> <p>Que doit on faire pour renseigner la zone N° de facture ou N° d'entrée du RSFA ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• indiquer X sur le RSFA ?</li> <li>• indiquer xx sur le RSFA</li> <li>• indiquer yy sur le RSFA</li> </ul>	<p>A chaque facture doit correspondre un RSF  Le numéro qui doit être indiqué dans le RSFA est le numéro de facture tel que précisé dans le format en référence à la norme B2  Nous allons supprimer le « ou » malencontreux dans la description du format.  Le numéro d'entrée est redondant avec le numéro de RSS.</p>
<p>Fichier FICHCOMP.</p> <p>Pour les molécules onéreuses, actuellement, la valorisation se fait de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- récupération du mois de sortie du patient sur le RSA</li> </ul>	<p>Il n'est pas nécessaire pour les établissements d'appliquer l'ensemble de ces règles si la pharmacie est capable de déterminer le montant correspondant à la prescription.</p>

<p>- application du prix moyen de la période correspondant au mois de sortie du patient récupéré dans FICHSUP, au nombre d'UCD de FICHCOMP pour obtenir le montant établissement. En l'absence de prix moyen dans FICHSUP pour l'UCD considéré, c'est le dernier prix moyen connu sur l'ensemble du FICHSUP qui est utilisé.</p> <p>Sachant que le prix moyen est égal au rapport entre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la somme des montants figurant sur les factures d'achat correspondant à l'UCD, pendant la période considérée, tenant compte des éventuelles remises</li> <li>et</li> <li>- la somme des occurrences de l'UCD sur ces mêmes factures y compris les éventuels médicaments obtenus gratuitement (hors essais thérapeutiques).</li> </ul> <p>Est-ce que les établissements doivent appliquer toutes ces règles de gestion pour obtenir le "montant payé" à renseigner dans FICHCOMP ?</p> <p>Si non, pouvez-vous préciser les règles à appliquer.</p> <p>Même question pour les DMI-Liste ?</p>	<p>Le prix le plus juste doit être privilégié, car c'est celui qu'il est nécessaire de fournir dans le cadre d'une facturation.</p> <p>Même réponse pour les DMI.</p>
<p>Fichier RSF. Quelle valeur peut prendre la variable rajoutée « type de contrat »</p>	<p>Il s'agit des valeurs prévues dans la norme B2 permettant le codage de la prise en charge de la CMUC. Pour plus d'information vous référer à la norme B2 juin 2005. Les valeurs autorisées sont les suivantes : 85, 87,88,89, 99</p>
<p>Fichier RSF-ACE. Comment coder les variables taux de remboursement, montant remboursé dans les cas des ATU et FFM, compte tenu du fait que ces prestations ne sont pas facturées au patient.</p>	<p>Vous pouvez coder pour ces deux prestations :</p> <p>Taux de remboursement = 100 Montant remboursé= Montant Base de remboursement en attendant une prise de décision sur la facturation de ces prestations aux patients.</p> <p>De toutes les manières c'est MAT2A qui appliquera automatiquement le taux de prise en charge de 94%.</p>