atih

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

DEFIS

Dispositif d'Elaboration des Factures Individuelles des Séjours

Table Des Matières

Table Des Matières 1

1 Historique des modifications du document 7

2 Avant-Propos 9

3 Préalable 9

4 Rappel des modalités actuelles de valorisation 10

5 Intégration de DEFIS dans le SIH de l'établissement 12

5.1 Schema d'integration 12

5.2 Contraintes techniques liees a l'installation de DEFIS 13

5.3 Contraintes organisationnelles liees a l'utilisation de DEFIS 14

6 Architecture de l'application DEFIS 15

6.1 Presentation generale 15

6.2 Modalites de communication avec les applications clientes 15

6.3 Description generale des interfaces 15

6.3.1 Données attendues en entrée 16

6.3.2 Données fournies en sortie 16

6.3.3 Règles de nommage des fichiers (cas des dossiers tampon) 16

6.3.4 Encapsulation XML (services WEB et tampon) 18

7 Cycle de vie d'une facture dans DEFIS 22

8 Interface n°1 : Les RSS-groupés 23

8.1 Presentation generale 23

8.2 Flux d'entree : 23

8.3 Format des donnees en entree : 23

8.3.1 Format RSS 121 effectif à partir du 1er mars 2022 23

8.3.2 Format RSS 120 effectif à partir du 1er mars 2020 27

8.3.3 Format RSS 119 effectif à partir du 1er mars 2019 31

8.4 Flux de sortie pour les services Web 36

8.5 Format des donnees en sortie pour le dossier tampon 36

8.6 Erreurs RSS 36

9 Interface n°2 : FICHCOMP Médicament 58

9.1 Presentation generale 58

9.2 Flux d'entree 58

9.3 Format des donnees en entree 58

9.4 Flux de sortie pour les services Web 59

9.5 Format des donnees en sortie pour le dossier tampon 59

9.6 Erreurs FICHCOMPMED 59

10 Interface n°3 : FICHCOMP DMI 61

10.1 Presentation generale 61

10.2 FLUX D'ENTREE 61
10.3 FORMAT DES DONNEES EN ENTREE 61
10.4 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 62
10.5 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON 62
10.6 ERREURS FICHCOMPDMI 63
11 Interface n°4 : FICHCOMP PIE 64
11.1 PRESENTATION GENERALE 64
11.2 FLUX D'ENTREE 64
11.3 FORMAT DES DONNEES EN ENTREE 64
11.4 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 64
11.5 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON 65
11.6 ERREURS FICHCOMPPIE 65
12 Interface n°5 : FICHCOMP DIP 66
12.1 PRESENTATION GENERALE 66
12.2 FLUX D'ENTREE 66
12.3 FORMAT DES DONNEES EN ENTREE 66
12.4 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 66
12.5 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON 67
12.6 ERREURS FICHCOMPDIP 67
13 Interface n°6 : FICHCOMP PO 68
13.1 PRESENTATION GENERALE 68
13.2 FLUX D'ENTREE 68
13.3 FORMAT DES DONNEES EN ENTREE : 68
13.4 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 68
13.5 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON: 69
13.6 ERREURS FICHCOMPPO 69
14 Interface n°7 : VIDHOSP FIDES 70
14.1 PRESENTATION GENERALE 70
14.2 FLUX D'ENTREE 70
14.3 FORMAT DES DONNEES EN ENTREE 71
14.3.1 Format V014 (à partir de 2021) : 71
14.3.2 Format V013 (à partir de 2019) : 76
14.4 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 83
14.5 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON 83
14.6 ERREURS VIDHOSP 83
15 Interface N°8 : La production des factures en norme B2 90
15.1 PRESENTATION GENERALE 90
15.1 INFORMATION DE VALORISATION DU FICHIER « FACT_SYNTH.TXT » 95
15.2 ERREURS B2REQUEST 99
16 Interfaces 9 et 10 : 102

17 Interface N°11 : Flux NOEMIE 103
17.1 PRESENTATION GENERALE 103
17.1.1 Paiement de la facture 103
17.1.2 Rejet de la facture 103
17.2 FLUX D'ENTREE 104
17.3 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 104
17.4 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON 104
17.5 ERREURS NOEMIE 105
18 Interface N°12 : Flux d'interrogation sur l'état de la facture 106
18.1 PRESENTATION GENERALE 106
18.2 FLUX D'ENTREE 106
18.3 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 106
18.4 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON 106
18.5 ERREURS CONCERNANT L'ETAT DE LA FACTURE 107
18.6 ERREURS STATEREQUEST 107
19 Interface N°13 : Flux de récupération de la liste des dossiers correspondant à un état 108
19.1 PRESENTATION GENERALE 108
19.2 FLUX D'ENTREE 108
19.3 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 108
19.4 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON 108
19.5 ERREURS FOLDERSTATEREQUEST 109
20 Interface N°14 : Flux de suppression totale ou partielle de dossiers 110
20.1 PRESENTATION GENERALE 110
20.2 METHODOLOGIE 110
20.3 FLUX D'ENTREE 110
20.4 DOSSIER ENTIER 111
20.4.1 Flux d'entrée 111
20.4.2 Exemples 111
20.5 FLUX RSS 111
20.5.1 Flux d'entrée 111
20.5.2 Exemples 112
20.6 FLUX VIDHOSP 112
20.6.1 Flux d'entrée 112
20.6.2 Exemples 112
20.7 FLUX FICHCOMPMED 113
20.7.1 Flux d'entrée 113
20.7.2 Exemples 113
20.8 FLUX FICHCOMPDMI 114
20.8.1 Flux d'entrée 114
20.8.2 Exemples 114
20.9 FLUX FICHCOMPPIE 115

20.9.1 Flux d'entrée 115
20.9.2 Exemples 116
20.10 FLUX FICHCOMPDIP 117
20.10.1 Flux d'entrée 117
20.10.2 Exemples 117
20.11 FLUX FICHCOMPPO 118
20.11.1 Flux d'entrée 118
20.11.2 Exemples 118
20.12 FLUX FICHCOMPMEDATU 119
20.12.1 Flux d'entrée 119
20.12.2 Exemples 120
20.13 FLUX FICHCOMPMEDTHROMBO 121
20.13.1 Flux d'entrée 121
20.13.2 Exemples 121
20.14 FLUX FICHCOMPIVG 122
20.14.1 Flux d'entrée 122
20.14.2 Exemples 122
20.15 FLUX FICHCOMPMAISONNAISSANCE 122
20.15.1 Flux d'entrée 122
20.15.2 Exemples 123
20.16 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 124
20.17 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON 124
20.18 ERREURS DELETIONREQUEST 124

21 Interface N°15 : Flux de validation de dossiers 126

21.1 PRESENTATION GENERALE 126
21.2 FLUX D'ENTREE 126
21.3 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 126
21.4 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON 126
21.5 ERREURS VALIDREQUEST 127
21.5.1 Erreurs de format du flux 127
21.5.2 Erreurs de validation 127

22 Interface N°16 : Flux de gestion des rejets 138

22.1 PRESENTATION GENERALE 138
22.2 FLUX D'ENTREE 138
22.3 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 138
22.4 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON 138
22.5 ERREURS MANAGEREJECT 139

23 Interface N°17 : Flux d'annulation des dossiers payés 140

23.1 FLUX D'ENTREE 140
23.2 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 140
23.3 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON 140
23.4 ERREURS CANCELPAIDREQUEST 141

24 Interface n°18 : FICHCOMP Médicament ATU 142
24.1 PRESENTATION GENERALE 142
24.2 FLUX D'ENTREE 142
24.3 FORMAT DES DONNEES EN ENTREE 142
24.4 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 142
24.5 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON 143
24.6 ERREURS FICHCOMPMEDATU 143
25 Interface n°19 : FICHCOMP Médicament Anti-Thrombotique 144
25.1 PRESENTATION GENERALE 144
25.2 FLUX D'ENTREE 144
25.3 FORMAT DES DONNEES EN ENTREE 144
25.4 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 144
25.5 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON 145
25.6 ERREURS FICHCOMPMEDTHROMBO 146
26 Interface n°20 : FICHCOMP IVG 147
26.1 PRESENTATION GENERALE 147
26.2 FLUX D'ENTREE 147
26.3 FORMAT DES DONNEES EN ENTREE 147
26.4 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 147
26.5 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON 148
26.6 ERREURS FICHCOMPIVG 148
27 Interface N°21 : Flux d'extraction E-PMSI 149
27.1 PRESENTATION GENERALE 149
27.2 FLUX D'ENTREE 149
27.3 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 149
27.4 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON 150
27.5 EXTRACTION DES DONNEES 150
27.6 ERREURS EXTRACTEPMSI 151
28 Interface N°22 : Flux NOEMIE ARL NEGATIF 152
28.1 PRESENTATION GENERALE 152
28.2 FLUX D'ENTREE 152
28.3 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 153
28.4 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON 153
28.5 ERREURS NOEMIEARLNEGATIF 153
29 Interface N°23 : Flux de dévalidation de dossiers 155
29.1 PRESENTATION GENERALE 155
29.2 FLUX D'ENTREE 155
29.3 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 155
29.4 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON 155
29.5 ERREURS DEVALIDREQUEST 156

30 Interface n°24 : FICHCOMP Maison Naissance 157
30.1 PRESENTATION GENERALE 157
30.2 FLUX D'ENTREE 157
30.3 FORMAT DES DONNEES EN ENTREE : 157
30.4 FLUX DE SORTIE POUR LES SERVICES WEB 157
30.5 FORMAT DES DONNEES EN SORTIE POUR LE DOSSIER TAMPON: 157
30.6 ERREURS FICHCOMPMAISONNAISSANCE 158

1 Historique des modifications du document

Version	Modification
1.10.0.0	**Interface N°1 : Les RSS-groupés** Mise à jour de la description des formats RSS 121 **Interface N°7 : VIDHOSP FIDES** Mise à jour de la description des formats VIDHOSP V014
1.7.0.0	**Interface N°1 : Les RSS-groupés** Mise à jour de la description des formats RSS 119 **Interface N°7 : VIDHOSP FIDES** Mise à jour de la description des formats VIDHOSP V013 **Interface N°24 : Flux FICHCOMPMAISONNAISSANCE** Ajout du flux FICHCOMPMAISONNAISSANCE **Annexe - Référentiel des codes d'erreurs** Ajout du code erreur « A101 » pour le flux VIDHOSP Ajout des codes erreur « V372 » pour le flux VALIDREQUEST
1.6.4.0	**Interface N°7 : VIDHOSP FIDES** Mise à jour de la description des formats VIDHOSP V012 **Annexe - Référentiel des codes d'erreurs** Ajout des codes erreur « A088 », « A089 », « A090 », « A091 », « A092 », « A093 » , « A094 », « A095 », « A096 », « A097 », « A098 » et « A099 » pour le flux VIDHOSP Ajout des codes erreur « V361 », « V362 », « V363 », « V364 », « V365 », « V366 », « V367 », « V368 », « V369 », « V370 », « V371 » et « V372 » pour le flux VALIDREQUEST
1.6.2.0	**Interface N°1 : Les RSS-groupés** Mise à jour de la description des formats RSS 118 **Interface N°7 : VIDHOSP FIDES** Mise à jour de la description des formats VIDHOSP V011 **Annexe - Référentiel des codes d'erreurs** Ajout des codes erreur « A085 », « A086 » et « A087 » pour le flux VIDHOSP Ajout des codes erreur « V358 », « V359 » et « V360 » pour le flux VALIDREQUEST **Interface N°20 : Flux FICHCOMPIVG** Ajout du flux FICHCOMPIVG Suppression du flux FICHCOMPPIP Suppression du flux FICHCOMPORP **Interface N°14 : Flux de suppression totale ou partielle de dossiers**

	Ajout de la suppression du flux FICHCOMPIGV Suppression du Flux de suppression FICHCOMPPIP Suppression du Flux de suppression FICHCOMPORP **Annexe - Référentiel des codes d'erreurs** Ajout du code erreur « W001 » à « W010 » pour le flux FICHCOMPIVG Suppression des codes erreur « B001 » à « B005 » pour le flux FICHCOMPPIP Suppression des codes erreur « R001 » à « R005 » pour le flux FICHCOMPORP
1.6.0.0	**Interface n°24 : Flux de dévalidation** Création du flux. **Cycle de vie d'une facture dans DEFIS** Ajout du flux DEVALIDREQUEST Modification du changement d'état pour le flux CANCELPAIDREQUEST **Annexe - Référentiel des codes d'erreurs** Ajout des codes erreur « Z001 » à « Z003 » pour le flux DEVALIDREQUEST
1.5.1.0	**Interface n°2 : FICHCOMP Médicament** Intégration des codes UCD sur 13 caractères.
1.5.0.0	**Cycle de vie d'une facture dans DEFIS** Le flux NOEMIEARLNEGATIF : passage à l'état « En cours » au lieu de « Validé » **Interface N°7 : VIDHOSP FIDES** Mise à jour de la description des formats VIDHOSP V010 **Annexe - Référentiel des codes d'erreurs** Ajour des codes erreur « UNCM » et « FING » pour le flux B2REQUEST Ajout des codes erreur « A082 », « A083 » et « A084 » pour le flux VIDHOSP Ajout des codes erreur de « C175 » à « C178 » et de « C184 » à « C186 » pour le flux RSS

2 Avant-Propos

Ce document a pour vocation la description des interfaces nécessaires au fonctionnement de l'application DEFIS.

Compte tenu de la très grande hétérogénéité des systèmes d'informations et des architectures des établissements de santé, il se limite uniquement à la description de ces interfaces. Les établissements utilisant ce dispositif devront s'organiser avec les éditeurs mettant en œuvre les fonctions habituelles de leur système d'information (GAM, GEF, Gestion Médicale, Gestion de la pharmacie, Facturation) pour gérer l'intégration de DEFIS dans le SIH.

Des éléments complémentaires seront disponibles dans la documentation d'installation et d'utilisation de DEFIS. Ces deux documents seront réalisés au cours des réunions qui auront lieu avec les établissements et les éditeurs expérimentateurs de FIDES pour la partie séjour.

Ce document n'a pas vocation à expliquer comment doivent être produites les informations qui le sont aujourd'hui par les établissements (VIDHOSP, RSS-Groupés, …). Il est présenté de manière à ce que les éditeurs, qui aujourd'hui préparent les fichiers nécessaires à la valorisation, ou sont en charge de la télétransmission des factures, puissent se préparer à la facturation individuelle.

3 Préalable

DEFIS concerne uniquement la valorisation de la part AMO sur les séjours d'hospitalisation : il transforme la gestion de la valorisation des séjours aboutissant à l'élaboration des arrêtés versement à travers le système GENRSA/ePMSI/MAT2A en un système de facturation propre à l'établissement. Pour cela le module GENRSA doit évoluer afin de permettre la gestion de la facturation au jour le jour. Il devra, en outre, intégrer le module de valorisation aujourd'hui réalisé sur la plateforme ePMSI par MAT2A et produire en sortie des lots de factures en norme B2, prêts pour la télétransmission.

Pour ce faire, DEFIS devra être intégré dans le système d'information hospitalier de l'établissement de façon à pouvoir communiquer avec l'ensemble des applications impliquées dans le processus.

Selon les établissements, un ou plusieurs éditeurs pourront être concernés par les échanges avec DEFIS.

4 Rappel des modalités actuelles de valorisation

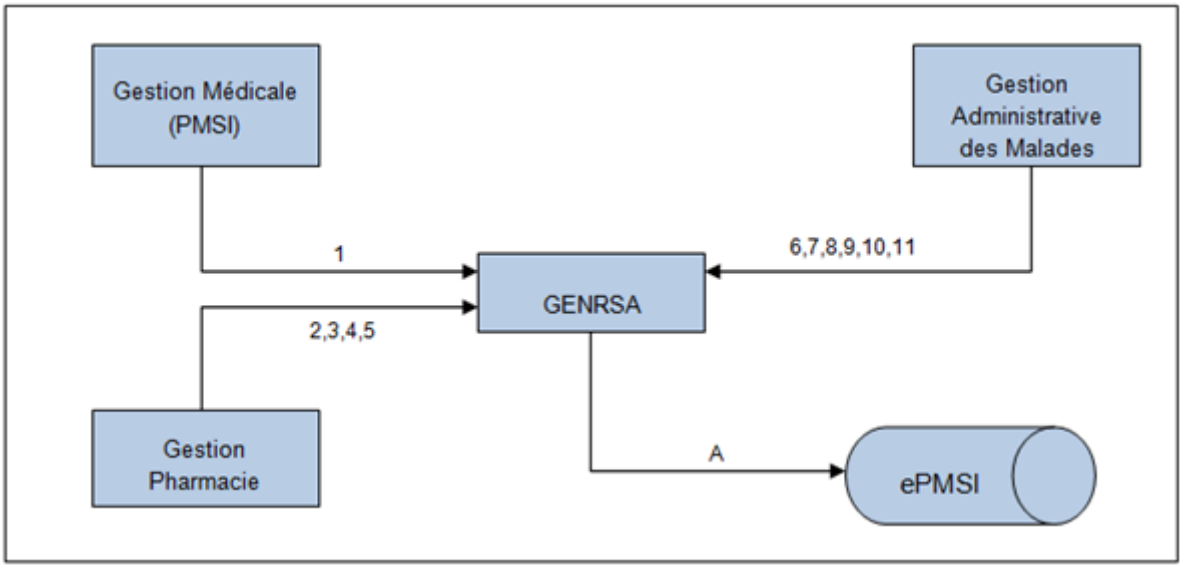
Aujourd'hui la valorisation des séjours s'effectue par le biais de la télétransmission des données PMSI sur la plateforme ePMSI. Nous nous limiterons dans la description présentée ici aux données que doit fournir l'établissement au logiciel GENRSA qui sont ensuite transmises à la plateforme ePMSI.

Données à fournir en entrée de GENRSA :

- Le fichier ANOHOSP : il s'agit du fichier VIDHOSP anonymisé par le logiciel MAGIC (anonymisation du NIR de l'ouvrant droit). Ce fichier contient les informations qui permettent de connaître la situation de l'assuré, son taux de remboursement ainsi que la facturation patient qui a été réalisée pour chaque séjour.
- Le fichier de RSS groupés : Ce sont les informations médicales qui permettent de déterminer le GHS ainsi que l'ensemble des suppléments rattachés au séjour.
- Les fichiers FICHCOMP : Ils sont au nombre de 9.
    - Le fichier médicaments : qui fournit par séjour la consommation de médicaments appartenant à la liste en sus (Code de la sécurité sociale article L162-22-7) ainsi que les montants payés par l'établissement.
    - Le fichier des DMI : qui fournit par séjour les DMI posés, ainsi que les montants payés par l'établissement.
    - Le fichier des Prestations inter-établissement : Il s'agit d'un fichier qui permet de signaler des suppléments au séjour facturés par un établissement tiers dans lequel le patient a été transféré pour une période inférieure à 2 jours.
    - Le fichier des alternatives à la dialyse en centre : Il s'agit du fichier qui permet d'indiquer les suppléments DIP réalisés au bénéfice du patient.
    - Le fichier des prélèvements d'organes
    - Le fichier médicaments ATU.
    - Le fichier Médicaments anti-thrombotiques
    - Le fichier des IVG
- Les données d'autorisation d'Unité Médicale (UM) : afin de permettre une valorisation des suppléments, l'établissement doit fournir une table comportant le numéro d'UM ainsi que le type de cette unité (Réanimation, Soins Intensifs, Surveillance Continue, …) ainsi que la date de début d'autorisation.

En sortie GENRSA produit un fichier de RSA, un fichier ANO (issu du rapprochement des fichiers ANOHOSP et RSA) ainsi que des fichiers FICHCOMPA (FICHCOMP anonymisés) qui permettent à la plateforme ePMSI de réaliser la valorisation des séjours par l'intermédiaire de l'application MAT2A.

Ci-dessous, un schéma qui synthétise les échanges de fichiers :



1. *RSS-Groupés*
2. *FICHCOMP Médicaments*
3. *FICHCOMP Médicaments ATU*
4. *FICHCOMP Médicaments Anti-Thrombotiques*
5. *FICHCOMP DMI*
6. *FICHCOMP PIE*
7. *FICHCOMP DIP*
8. *FICHCOMP PO*
9. *FICHCOMP IVG*
10. *ANOHOSP*
11. *Données d'autorisation d'Unité Médicale (UM)*

A. *Liaison extérieure vers ePMSI : transmission des données PMSI réglementaires (RSA, ANO, FICHCOMPA)*

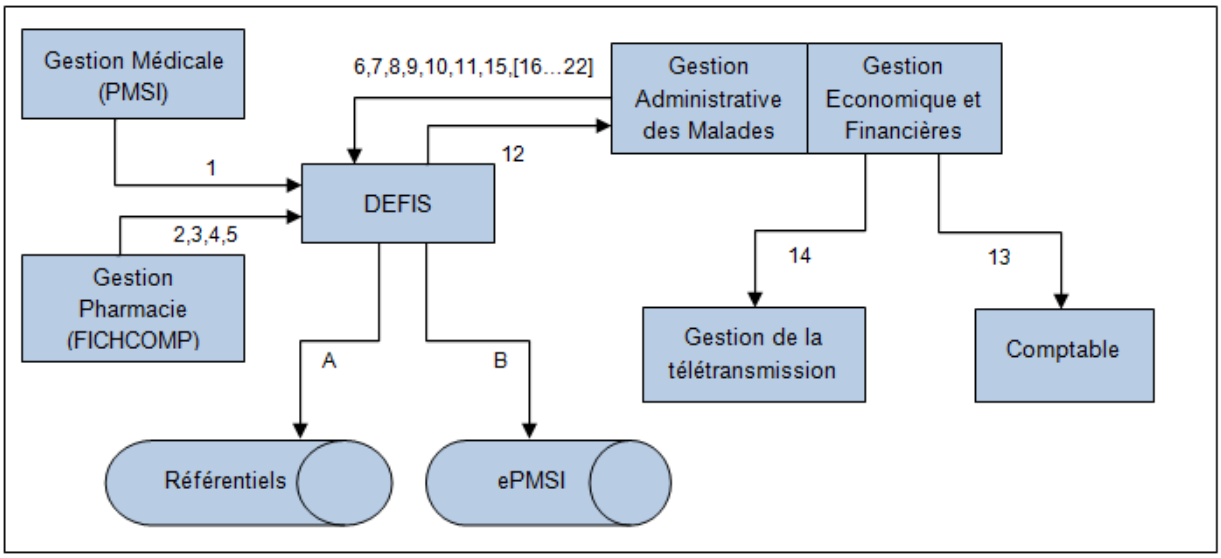
Pour plus d'information sur les modalités de valorisations, vous pouvez vous référer à l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale (NOR : SJSH0801209A).

5 Intégration de DEFIS dans le SIH de l'établissement

5.1 Schéma d'intégration

Le schéma, ci-dessous, présente les relations de DEFIS avec le SIH de l'établissement. Il s'agit évidemment d'une vue volontairement simplifiée du SIH et ne présentant que les grandes fonctions interagissant avec DEFIS. Les principales fonctions du SIH sont désignées par les termes génériques explicités ci-dessous. Les flux d'informations seront dénommés par le nom des fichiers qui sont actuellement produits dans le cadre du PMSI (cf plus haut) ou dans le circuit de facturation CNAM.

- La Gestion Médicale : Il s'agit ici du système applicatif permettant de gérer les dossiers médicaux et du PMSI dont l'output qui nous intéresse ici est le fichier de RSS-groupés.
- La Gestion de la Pharmacie : Il s'agit du système applicatif dont l'output qui nous intéresse ici est la fourniture des fichiers FICHCOMP de médicaments, de médicaments ATU, de médicaments anti-thrombotiques et de DMI.
- La Gestion Administratives des Malades et la Gestion Economique et Financière : Il s'agit des systèmes qui vont de l'identification des malades à la réalisation de la facturation patient/OC actuelle. C'est le plus souvent l'un des deux qui fournit le fichier VIDHOSP. Cela ne peut se faire aujourd'hui, compte tenu des informations à fournir, qu'après avoir déterminé l'ensemble des éléments de la facture patient. C'est également vers ce système que sera redirigé le flux retour NOEMIE comportant les informations sur la liquidation des factures. Ces informations retour seront nécessaires à DEFIS pour assurer une gestion correcte de la facturation. C'est également dans ce système que sont produits les titres de recette qui seront transmis au comptable de l'établissement. Afin de permettre une cohérence entre la facturation et les titres de recettes DEFIS fournira les éléments du titre de recette correspondant aux factures.
- La télétransmission à l'Assurance Maladie : Il s'agit ici de l'application qui intègre le système de télétransmission des factures en norme B2 à l'Assurance Maladie. Ce module n'est pas intégré à DEFIS. Il devra être installé et opérationnel dans l'établissement.



Les flux numérotés correspondent aux données suivantes :

1. *RSS-Groupés*
2. *FICHCOMP Médicament*
3. *FICHCOMP Médicaments ATU*
4. *FICHCOMP Médicaments Anti-Thrombotiques*
5. *FICHCOMP DMI*
6. *FICHCOMP PIE*
7. *FICHCOMP DIP*
8. *FICHCOMP PO*
9. *FICHCOMP IVG*
10. *VIDHOSP FIDES*
11. *Production Fichiers de factures Norme B2*
12. *Titre de recette (EPS)*
13. *Fichiers de factures Norme B2 prêts à l'envoi*
14. *Flux NOEMIE*
15. *Interrogation sur l'état de la facture*
16. *Liste des dossiers correspondant à un état*
17. *Suppression totale ou partielle de dossiers*
18. *Validation de dossiers*
19. *Gestion des rejets*
20. *Annulation de dossiers payés*
21. *Extraction*
22. *Flux NOEMIEARLNEGATIF*

Les flux alphabétiques correspondent aux liaisons extérieures nécessaires à DEFIS

A. Liaison vers le serveur de référentiels (tarifs, autorisation …)
B. Liaisons vers ePMSI : transmission des données PMSI réglementaires.

Dans la suite, chacun de ces flux sera considéré comme une interface entre DEFIS et l'application en charge de la production du flux décrit ci-dessus.

5.2 Contraintes techniques liées à l'installation de DEFIS

L'installation de l'application DEFIS devra être faite sous la responsabilité du service informatique de l'établissement seul à même de pouvoir réaliser le paramétrage complet de l'application.

Il faudra veiller à ce que l'application DEFIS soit installée dans le réseau de l'établissement de manière à être accessible par l'ensemble des applications clientes. Les modalités d'accessibilité sont différentes selon les modalités de communications :

- répertoires partagés dans le cas de zones tampons.
- ouverture de flux entre les serveurs dans le cas de services web

Pour cela, il est nécessaire de faire le bilan avec les fournisseurs d'applications clientes des modalités de communications avec DEFIS.

Il faudra demander aux éditeurs concernés par le fonctionnement de DEFIS de fournir clairement les éléments nécessaires à son paramétrage.

DEFIS intègrera également un serveur HTTP qui devra être accessible de l'Intranet de l'établissement. Il intègrera une gestion des utilisateurs avec attribution de rôle.

DEFIS devra pouvoir accéder à des serveurs de référentiels sur l'INTERNET. Ces serveurs seront dûment identifiés afin de permettre une sécurisation des accès par DEFIS.

L'ensemble de ces éléments sera détaillé dans la documentation d'installation de l'application.

5.3 Contraintes organisationnelles liées à l'utilisation de DEFIS

Afin de permettre l'élaboration des factures, DEFIS a besoin d'avoir un top signalant que la facture est complète. En effet, la facture comporte des éléments obligatoires (informations patients -VIDHOSP-, informations médicales -RSS-groupés-), mais elle comporte également des éléments facultatifs (Médicament ou DMI en sus, …).

Il est donc nécessaire que l'établissement désigne une ou plusieurs personnes jouant le rôle de « valideur de factures ». Ces utilisateurs particuliers auront la responsabilité d'indiquer à DEFIS la complétude de la facture avant son émission. Cette action se réalisera sur un serveur WEB intégré à DEFIS, après identification de l'utilisateur et vérification de son habilitation.

DEFIS intègrera des aides permettant de faciliter cette tâche de validation.

En ce qui concerne les établissements publics et afin que la facturation puisse se réaliser de manière sécurisée (sur le plan comptable), il est nécessaire qu'il y ait une concordance parfaite entre le titre de recette et la facture qui sera télétransmise. Pour cela il est nécessaire que DEFIS fournisse les éléments constitutifs du titre de recettes afin que le système GAM-GEF de l'établissement puisse le préparer et le transmettre au comptable.

Une fois les fichiers en norme B2 récupérés par le logiciel de facturation, il devra réaliser la télétransmission selon les modalités prévues (Annexe 17 de la norme B2 Juin 2005 – Addenda D).

Le valideur aura également la responsabilité de saisir le paramétrage des unités médicales de l'établissement. Il devra fournir pour chacune d'elle, le numéro de FINESS géographique ainsi que leur « type » associée avec les dates de début et de fin d'autorisation.

6 Architecture de l'application DEFIS

6.1 Présentation générale

L'application DEFIS fonctionne en mode serveur complet. Aucune intervention manuelle sur le serveur lui-même ne sera nécessaire dans le cadre de la production des factures. DEFIS intègrera un serveur HTPP, qui gèrera les interactions avec les utilisateurs [cf. Guide d'installation].

Ce chapitre présente les deux modalités techniques qui seront mises en œuvre par DEFIS pour ce qui est de la gestion des interfaces avec les applications clientes.

Dans la description de chacune des interfaces les modalités techniques utilisables seront précisées.

6.2 Modalités de communication avec les applications clientes

Deux modalités de communications avec les applications clientes seront proposées dans DEFIS.

- un système de répertoire tampon : les fichiers échangés sont placés dans un répertoire prédéfini. Cette solution, malgré sa ressemblance avec le fonctionnement actuel (au lieu de saisir les noms de fichiers dans une interface, ils sont copiés dans un répertoire prédéfini), ne signifie pas qu'aucune modification n'est nécessaire dans les applications clientes. En effet, la production des factures devra être journalière et il faudra donc mettre en place une forme d'automatisation dans la production des données alimentant le système ainsi que dans la récupération des problèmes rencontrés.
- Les Services Web : permettent la communication et l'échange de données entre applications et systèmes hétérogènes dans des environnements distribués. Un service Web propose des méthodes (fonctions) qui permettent de réaliser des traitements. Le type de service Web employé sera le modèle SOAP.

6.3 Description générale des interfaces

Chaque interface correspond ici à un échange d'informations entre l'application DEFIS et l'application cliente.

Les deux modalités techniques n'ont pas le même niveau d'exigence en termes de présentation, mais afin de ne pas alourdir le texte, la présentation suivante sera utilisée :

- Présentation générale de l'interface
- Description des données attendues en entrée
- Description des données fournies en sortie
- Encapsulation des données dans le cas du service WEB
- Méthodes mises en place dans le cas du service WEB

Il faut noter que dans tous les cas, lors de l'intégration d'un flux en entrée dans DEFIS, un flux en sortie permettant de s'assurer de la bonne intégration de l'ensemble des informations sera fourni.

A noter, également, que l'utilisation du XML permet, dans le cas des services Web, de retourner une information plus structurée et plus riche.

6.3.1 Données attendues en entrée

Pour la totalité des interfaces gérées par DEFIS, les données attendues en entrée seront le plus proche possible des flux existants lorsqu'il s'agit d'un flux existant (par exemple : RSS-Groupés).

Des adaptations seront nécessaires pour permettre de renseigner correctement la norme.

6.3.2 Données fournies en sortie

Chaque envoi de données réalisé vers l'application DEFIS, quelle que soit la modalité, fait l'objet d'un accusé réception (également appelé « réponse »). Dans le cas d'utilisation de dossiers tampon il s'agira de fichiers ayant des règles de nommage prédéfinies. Dans le cas des services Web il s'agira des données transmises en retour de l'appel des méthodes.

Ces accusés de réception auront toujours le même format. C'est un format variable dont les variables seront les suivantes :

- Une zone d'identification d'enregistrement,
- Un nombre de codes d'erreurs (ou d'informations),
- Liste des codes d'erreurs (ou d'informations).

Il est possible de transmettre le contenu d'un flux de manière « encapsulée » (dans du XML). Dans ce cas l'accusé de réception renvoyé suite à l'intégration de ce flux est lui aussi au format XML et doit être analysé de façon plus poussée. L'avantage de cette méthode réside dans le fait que les informations retournées sont beaucoup plus complètes qu'une simple liste de codes.

6.3.3 Règles de nommage des fichiers (cas des dossiers tampon)

Nom du flux en entrée ou sortie :

[typeflux].[direction].[AAAAMMJJhhmmss].[NNNN].[ext]

Avec :

[tyepflux] : Indique le type du flux. Valeurs possibles :

- RSS
- VIDHOSP
- FICHCOMPMED
- FICHCOMPPIE
- FICHCOMPDMI
- FICHCOMPPO
- FICHCOMPDIP
- FICHCOMPMEDATU
- FICHCOMPMEDTHROMBO
- FICHCOMPIVG
- NOEMIE
- STATEREQUEST
- FOLDERSTATEREQUEST
- DELETIONREQUEST
- VALIDREQUEST
- MANAGEREJECT
- CANCELPAIDREQUEST
- EXTRACTEPMSI
- NOEMIEARLNEGATIF

- FACTEPS
- FACTESPIC
- DEVALIDREQUEST

[direction] : « IN/OUT » (IN pour les flux en entrée, OUT pour FACTEPS et FACTESPIC puisqu'il s'agit de flux générés par DEFIS)

[AAAAMMJJhhmmss] : Date heure de génération du fichier flux, afin que les flux apparaissent dans l'ordre de création lorsque ils sont affichés dans l'explorateur

[NNNN] : un numéro séquentiel de flux.

[ext] : Extension de fichier : ".xml" pour un flux encapsulé dans du xml, ".dat" pour un flux brut ou « zip » pour FACTEPS ET FACTESPIC.

Exemple de nom de fichier flux en entrée : RSS.IN.20101103172537.0000.dat

Nom du flux « accusé de réception » :

[typeflux].[direction].[AAAAMMJJhhmmss].[NNNN].[IDR].arl.[ext]

Avec :

[typeflux] : Indique le type du flux. Valeurs possibles :

- RSS
- VIDHOSP
- FICHCOMPMED
- FICHCOMPPIE
- FICHCOMPDMI
- FICHCOMPDIP
- FICHCOMPPO
- FICHCOMPMEDATU
- FICHCOMPMEDTHROMBO
- FICHCOMPIVG
- NOEMIE
- STATEREQUEST
- FOLDERSTATEREQUEST
- DELETIONREQUEST
- VALIDREQUEST
- DEVALIDREQUEST
- MANAGEREJECT
- CANCELPAIDREQUEST
- EXTRACTEPMSI
- NOEMIEARLNEGATIF

[direction] : égale à « OUT »

[AAAAMMJJhhmmss] : Date heure de génération du fichier flux, afin que les flux apparaissent dans l'ordre de création lorsque ils sont affichés dans l'explorateur

[NNNN] : un numéro séquentiel de flux.

[IDR] : égale au numéro d'identifiant du flux dans la base de données (la lettre R signifiant Réception). Egale à zéro si l'intégration n'a pas pû s'effectuer.

[ext] : Extension de fichier : ".xml" pour un arl correspondant à un flux encapsulé dans du xml, ou ".dat" pour un flux brut

Exemple de nom de fichier flux de type accuséde réception : RSS.OUT.20101103172537.0090.343.arl.dat

6.3.4 Encapsulation XML (services WEB et tampon)

L'encapsulation XML place le contenu du flux brut dans un tags <![CDATA[...]]>. La structure générale de ce type de fichier XML sera donc la suivante :

<defistream>	Début du flux
<streamtype>RSS</streamtype>	Type du flux : cf tableau
<content>	Début contenu de flux
<![CDATA[	Début balise données XML
…	Contenu du flux : lignes de texte séparées par des retours chariot
]]>	Fin balise données XML
</content>	Fin contenu de flux
</defistream>	Fin du flux

Les accusés de réception auront la forme suivante :

<defistream>	Début du flux
<streamtype></streamtype>	Type du flux : cf tableau
<integration>	Début des infos d'intégration
<streamid></streamid>	Id du flux en base si l'intégration s'est déroulée correctement, vide sinon
<begining></begining>	Date heure de début d'intégration, format AAAAMMJJhhmmss
<duration></duration>	Temps d'intégration en secondes, le séparateur décimal est le point
<errorsmessagescount></errorsmessagescount>	Nombre de messages d'erreur : un message d'erreur annule l'intégration du flux
<warningsmessagescount></warningsmessagescount>	Nombre de messages d'avertissement : un message d'avertissement annule l'intégration de la ligne de flux
<infosmessagescount></infosmessagescount>	Nombre de messages d'information : pas d'incidence sur l'intégration (peut représenter un résultat en sortie, par exemple l'état d'un dossier)
<integratedrowscount></integratedrowscount>	Nombre de lignes intégrées

<rejectedrowscount></rejectedrowscount>	Nombre de lignes rejetées
<totalrowscount></totalrowscount>	Nombre total de lignes dans le flux
<integrationresultcode></**integrationresultcode**>	Code du résultat d'intégration : KO ou OK
<integrationresultmessage></integrationresultmessage>	Message du résultat de l'intégration
<integrationmessages>	Début des messages d'intégration
<rowreference>	Début de référence à une ligne, répété pour chaque ligne du flux ayant généré des messages
<rowindex></rowindex>	Index (base zéro) de la ligne dans le flux
<rowidentification>	Identification de la ligne (texte à longueur fixe)
<![CDATA[…]]>	
</rowidentification>	Fin identification de la ligne
<message>	Début d'un message : répété pour chaque message
<messagetype></messagetype>	ERROR, WARNING ou INFORMATION
<secondaryindex></secondaryindex>	Index secondaire (base zéro) indiquant par exemple le n° de zone DMT pour le flux VIDHOSP. Le plus souvant vide
<code1></code1>	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonne « code 1 »
<code2></code2>	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonne « code 2 »
<messagetext></messagetext>	Message en toute lettre
</message>	Fin d'un message
</rowreference>	Fin de référence à une ligne de flux
</integrationmessages>	Fin des messages d'intégration
</integration>	Fin des infos d'intégration
</defistream>	Fin du flux

Le Service Web DEFIS propose trois méthodes :

- **IntegrateStream(*typeflux*, *contenuflux*)** : intégration des flux (flux 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17)
    - *typeflux (string)* : type du flux
    - *contenuflux (string)* : contenu du flux brut (suite de lignes de RSS par exemple)
    - *retour (string)* : l'accusé de réception à analyser

- **IntegrateEncapsulatedStream(*contenufluxencapsulé*)** : intégration des flux (flux 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17)
    - *contenufluxencapsulé (string)* : contenu du flux encapsulé dans du XML (décrit plus haut)
    - *retour (string)* : l'accusé de réception à analyser (au format XML cette fois)
- **ReadNews(*datedebut, datefin*)** : renvoie une liste de news. L'ATIH utilise les news afin de communiquer avec les établissements de santé. Ces news sont aussi affichées sur la page web de DEFIS.
    - *datedebut (string) : borne basse ou vide (format 'JJ/MM/AAAA')*
    - *datefin (string) : borne haute ou vide (format 'JJ/MM/AAAA')*
    - *retour (string) : une liste de news. Format CSV sans entête avec les champs :*

      datenouvelle;codenouvelle;titrenouvelle;codenouvelle

En pratique, l'appel à la méthode d'intégration de flux brut consiste à renseigner correctement les informations :

- streamtype : type de flux
- content: contenu du flux (cf format des enregistrements pour chacun des flux)

Le tableau suivant donne, pour chaque flux, les valeurs de streamtype :

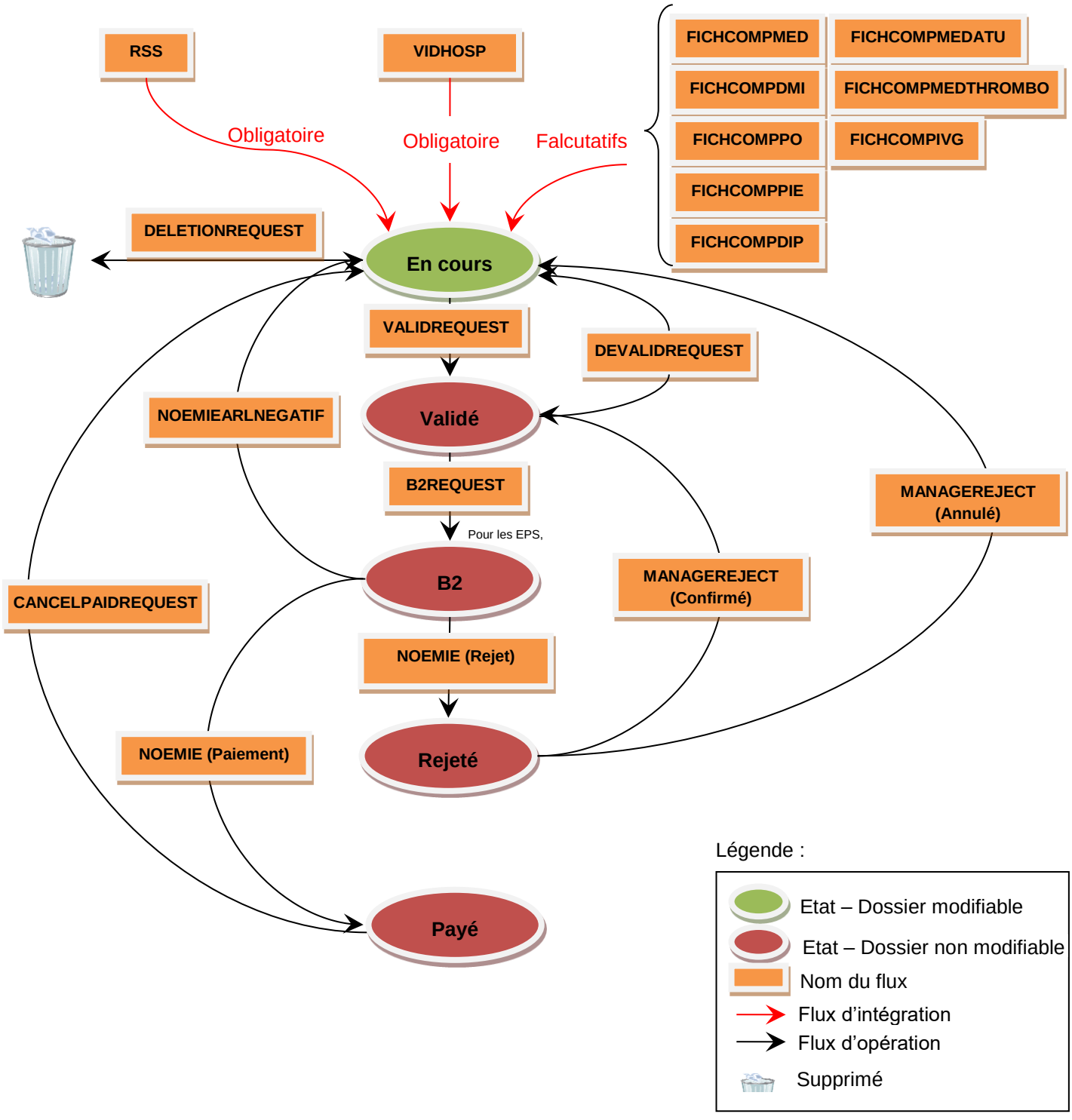
Type de flux	Mnémonique	streamtype
RSS-Groupés	RSS	RSS
AccuséRéceptionLogique RSS-Groupés	ARL-RSS	RSS
FICHCOMP Médicament	MED	FICHCOMPMED
AccuséRéception Logique FICHCOMP Médicament	ARL-MED	FICHCOMPMED
FICHCOMP DMI	DMI	FICHCOMPDMI
AccuséRéception Logique FICHCOMP DMI	ARL-DMI	FICHCOMPDMI
FICHCOMP PIE	PIE	FICHCOMPPIE
AccuséRéception Logique FICHCOMP PIE	ARL-PIE	FICHCOMPPIE
FICHCOMP DIP	PO	FICHCOMPPO
AccuséRéception Logique FICHCOMP PO	ARL-PO	FICHCOMPPO
FICHCOMP PO	DIP	FICHCOMPDIP
AccuséRéception Logique FICHCOMP DIP	ARL-DIP	FICHCOMPDIP
FICHCOMP Médicament ATU	MEDATU	FICHCOMPMEDATU
AccuséRéception Logique FICHCOMP Médicament ATU	ARL-MEDATU	FICHCOMPMEDATU
FICHCOMP Médicament Anti-Thrombotique	MEDTHROMBO	FICHCOMPMEDTHROMBO
AccuséRéception Logique FICHCOMP Médicament Anti-Thrombotique	ARL-MEDTHROMBO	FICHCOMPMEDTHROMBO
FICHCOMP IVG	IVG	FICHCOMPIVG

AccuséRéception Logique FICHCOMP IVG	ARL-IVG	FICHCOMPIVG
VIDHOSP –DEFIS	VID	VIDHOSP
AccuséRéception Logique VID-HOSP DEFIS	ARL-VID	VIDHOSP
NOEMIE	NOEMIE	NOEMIE
AccuséRéception Logique NOEMIE	ARL-NOEMIE	NOEMIE
Zip contenant fichiers B2+Infos titres recettes + résumés factures	PACK-B2	B2

Comparaison des deux modalités :

	Répertoire tampon	**Service Web**
Identification des flux	Convention de nommage des fichiers	Indication du type de flux dans l'appel de méthode du service (cf. streamtype dans le XML)
Fréquence d'intégration	Le répertoire est surveillé afin de détecter la création de nouveaux fichiers flux (format de nommage)	A la demande : par appel à la méthode IntegrateStream ou bien à IntegrateEncapsulatedStream
Fréquence de production des factures B2	Par intégration d'un flux particulier B2REQUEST	Par intégration d'un flux particulier B2REQUEST
Format des flux échangés	Fichiers texte « brut » Fichiers « encapsulés XML »	Contenu de flux texte « brut » Contenu de flux « encapsulés XML »
Volumes échangés	Jusqu'à 2147483647 octets	Jusqu'à 2147483647 octets

7 Cycle de vie d'une facture dans DEFIS



8 Interface n°1 : Les RSS-groupés

8.1 Présentation générale

L'objet ici, comme indiqué plus haut, n'est pas de décrire les éléments de la production du recueil PMSI, mais de décrire les interactions nécessaires à mettre en place entre l'applicatif qui fournit les fichiers de RSS-groupés dans l'établissements et DEFIS.

Il s'agit d'un flux d'alimentation. L'application de gestion médicale PMSI devra fournir à DEFIS un flux de RSS-Groupés, ayant le même format que celui qui est mis en entrée de GENRSA.

Comme indiqué plus haut chaque envoi fait l'objet de la fourniture d'un flux en retour servant d'accusé réception ainsi que de bilan d'intégration des données.

Dans le cadre de la production de factures au fil de l'eau, les données au format RSS-groupés ne peuvent plus être fournies mensuellement, ni de manière cumulative depuis le 1er janvier, comme c'est le cas actuellement.

Notons que DEFIS intégrera une fonction groupage (tout comme GENRSA) et donc fournira les codes retour facultatifs produits par la fonction groupage pour chaque séjour.

Si un séjour est envoyé plusieurs fois, cela sera considéré comme un annule/remplace des informations déjà intégrées avec production d'un signalement dans le flux retour. Cette possibilité est ouverte jusqu'à ce que la facture soit validée. A partir de ce moment tout renvoi de données entraîne un rejet motivé du RSS-Groupé.

8.2 Flux d'entrée :

Balise	Contenu
streamtype	RSS
content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme ***RSS.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat***

8.3 Format des données en entrée :

8.3.1 Format RSS 121 effectif à partir du 1er mars 2022

Libellé		Taille	Début	Fin	Obligatoire[1]	Type[2]	Cadrage/Remplissage[3]	Remarques
Groupage : version de la classification		2	1	2	O	N	Droite/Zéro	
Groupage : n° de GHM	N° CMD	2	3	4	O	N	Droite/Zéro	
	N° GHM	4	5	8	O	A	NA/NA	
Filler		1	9	9	F	A	NA/NA	
N° de version du format de RSS		3	10	12	O	A	NA/NA	120
Groupage : code retour		3	13	15	O	N	Droite/Zéro	

Numéro FINESS		9	16	24	O	A	NA/NA	
Version du format du RUM		3	25	27	O	N	NA/NA	020
N° de RSS	(Equivalent de HOSP-PMSI)	20	28	47	O	A	Gauche/Espace	
N° Administratif local de séjour		20	48	67	O	A	Gauche/Espace	
N° de RUM		10	68	77	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance		8	78	85	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe		1	86	86	O	N	NA/NA	1 : homme, 2 : femme
Numéro de l'unité médicale		4	87	90	O	A	Gauche/Espace	
Type d'autorisation du lit dédié		2	91	92	F	N	Droite/Zéro	
Date d'entrée dans l'unité médicale		8	93	100	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée dans l'unité médicale		1	101	101	O	N	NA/NA	
Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)		1	102	102	F	N	NA/NA	
Date de sortie de l'unité médicale		8	103	110	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie de l'unité médicale		1	111	111	O	N	NA/NA	
Destination (si mode de sortie est mutation, transfert ou domicile)		1	112	112	F	N	NA/NA	
Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)		5	113	117	O	N	Droite/Zéro	
Poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale (en grammes)		4	118	121	F	N	Droite/Zéro	
Age gestationnel		2	122	123	F	N	Droite/Zéro	
Date des dernières règles		8	124	131	F	N	NA/NA	JJMMAAAA
Nombre de séances		2	132	133	F	N	Droite/Zéro	
Nombre de diagnostics associés (nDA) dans ce RUM		2	134	135	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM		2	136	137	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM		3	138	140	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal (DP)		8	141	148	O	A	Gauche/Espace	
Diagnostic relié (DR)		8	149	156	F	A	Gauche/Espace	
IGS 2		3	157	159	F	N	Droite/Zéro	
Confirmation du codage du RSS		1	160	160	F	N	NA/NA	cf. note 1
Type de machine en radiothérapie		1	161	161	F	N	NA/NA	cf. note 2
Type de dosimétrie		1	162	162	F	N	NA/NA	cf. note 3
Numéro d'innovation		15	163	177	F	A	Gauche/Espace	

Conversion hospitalisation complète	1	178	178	F	N	NA/NA	1 : conversion après prise en charge en HP 2 : Pas de conversion
Prise en charge RAAC	1	179	179	F	N	NA/NA	1 : prise en charge RAAC 2 : pas de prise en charge RAAC RAAC : récupération améliorée après chirurgie
Contexte patient/Surveillance particulière	1	180	180	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non, blanc: non renseigné
Administration d'un produit de la RH	1	181	181	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non, blanc: non renseigné
Rescrit tarifaire	1	182	182	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non, blanc: non renseigné
Catégorie du nombre d'interventions totales	1	183	183	F	A	NA/NA	A : < à 3 interventions B : égale à 3 interventions C : > à 3 interventions blanc : non renseigné
Non Programmé (NP)	1	184	184	F	A	NA/NA	1: oui, 2: non , blanc = non renseigné
Filler	6	185	189	F	A	NA/Espace	Changement de taille
Zone réservée	3	190	192	F	N	NA/Espace	
DA n° 1	8	193	200	F	A	Gauche/Espace	
.....	*8			F	A	…	

DA n° nDA		8			F	A	Gauche/Espace	
DAD n° 1		8			F	A	Gauche/Espace	
.....		*8			F	...		
DAD n° nDAD		8			F	A	Gauche/Espace	
Zone d'acte n° 1	Date de réalisation	8			F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	Code CCAM sur 7 caractères
	Extention PMSI	3			F	A	NA/NA	Extension sur 3 caractères commençant par '-' suivi de 2 chiffres
	Phase	1			O	N	NA/NA	
	Activité	1			O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/NA	
	Association non prévue	1			F	A	NA/NA	
	Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	
...		*29	...	...	...	...	...	
Zone d'acte n° nZa	Date de réalisation	8			F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	Code CCAM sur 7 caractères
	Extention PMSI	3			F	A	NA/NA	Extension sur 3 caractères commençant par '-' suivi de 2 chiffres
	Phase	1			O	N	NA/NA	
	Activité	1			O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	

	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/NA	
	Association non prévue	1			F	A	NA/NA	
	Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	

[1] O : obligatoire F : facultatif (la variable peut être laissée à vide)

[2] A : alphanumérique (pas de distinction entre majuscules et minuscules), N : numérique

[3] NA signifie "non applicable"

Note 1 : La fonction groupage suspecte parfois des anomalies de codage pour lesquelles le contenu du RSS doit être modifié ou confirmé.

Cette zone permet la confirmation. Elle doit être faite dans le dernier RUM. Ces anomalies portent soit sur une durée de séjour trop courte soit sur un accouchement classé en dehors de la CMD14.

Note 2 :

1 : machine dédiée de type "Tomographie" ou "Novalis" ou "Cyberknife" ou "Protonthérapie"

2 : machine équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame et de système d'enregistrement et de contrôle et d'un module de repositionnement du malade à distance

3 : machine équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame et de système d'enregistrement et de contrôle sans module de repositionnement du malade à distance

4 : machine non équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame ou de système d'enregistrement et de contrôle

Note 3 :

1 : dosimétrie de RCMI

2 : tridimensionnelle avec HDV sur volume cible et organe à risque

3 : tridimensionnelle sans HDV sur volume cible et organe à risque

4 : autre type de dosimétrie

8.3.2 Format RSS 120 effectif à partir du 1er mars 2020

Libellé		Taille	Début	Fin	Obligatoire[1]	Type[2]	Cadrage/Remplissage[3]	Remarques
Groupage : version de la classification		2	1	2	O	N	Droite/Zéro	
Groupage : n° de GHM	N° CMD	2	3	4	O	N	Droite/Zéro	
	N° GHM	4	5	8	O	A	NA/NA	

Filler		1	9	9	F	A	NA/NA	
N° de version du format de RSS		3	10	12	O	A	NA/NA	120
Groupage : code retour		3	13	15	O	N	Droite/Zéro	
Numéro FINESS		9	16	24	O	A	NA/NA	
Version du format du RUM		3	25	27	O	N	NA/NA	020
N° de RSS	(Equivalent de HOSP-PMSI)	20	28	47	O	A	Gauche/Espace	
N° Administratif local de séjour		20	48	67	O	A	Gauche/Espace	
N° de RUM		10	68	77	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance		8	78	85	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe		1	86	86	O	N	NA/NA	1 : homme, 2 : femme
Numéro de l'unité médicale		4	87	90	O	A	Gauche/Espace	
Type d'autorisation du lit dédié		2	91	92	F	N	Droite/Zéro	
Date d'entrée dans l'unité médicale		8	93	100	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée dans l'unité médicale		1	101	101	O	N	NA/NA	
Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)		1	102	102	F	N	NA/NA	
Date de sortie de l'unité médicale		8	103	110	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie de l'unité médicale		1	111	111	O	N	NA/NA	
Destination (si mode de sortie est mutation, transfert ou domicile)		1	112	112	F	N	NA/NA	
Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)		5	113	117	O	N	Droite/Zéro	
Poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale (en grammes)		4	118	121	F	N	Droite/Zéro	
Age gestationnel		2	122	123	F	N	Droite/Zéro	
Date des dernières règles		8	124	131	F	N	NA/NA	JJMMAAAA
Nombre de séances		2	132	133	F	N	Droite/Zéro	
Nombre de diagnostics associés (nDA) dans ce RUM		2	134	135	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM		2	136	137	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM		3	138	140	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal (DP)		8	141	148	O	A	Gauche/Espace	
Diagnostic relié (DR)		8	149	156	F	A	Gauche/Espace	
IGS 2		3	157	159	F	N	Droite/Zéro	
Confirmation du codage du RSS		1	160	160	F	N	NA/NA	cf. note 1
Type de machine en radiothérapie		1	161	161	F	N	NA/NA	cf. note 2

Type de dosimétrie	1	162	162	F	N	NA/NA	cf. note 3
Numéro d'innovation	15	163	177	F	A	Gauche/Espace	
Conversion hospitalisation complète	1	178	178	F	N	NA/NA	1 : conversion après prise en charge en HP 2 : Pas de conversion
Prise en charge RAAC	1	179	179	F	N	NA/NA	1 : prise en charge RAAC 2 : pas de prise en charge RAAC RAAC : récupération améliorée après chirurgie
Contexte patient/Surveillance particulière	1	180	180	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non, blanc: non renseigné
Administration d'un produit de la RH	1	181	181	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non, blanc: non renseigné
Rescrit tarifaire	1	182	182	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non, blanc: non renseigné
Catégorie du nombre d'interventions totales	1	183	183	F	A	NA/NA	A : < à 3 interventions B : égale à 3 interventions C : > à 3 interventions blanc : non renseigné
Filler	6	184	189	F	A	NA/Espace	Changement de taille
Zone réservée	3	190	192	F	N	NA/Espace	
DA n° 1	8	193	200	F	A	Gauche/Espace	
.....	*8			F	A	…	
DA n° nDA	8			F	A	Gauche/Espace	

DAD n° 1		8			F	A	Gauche/Espace	
.....		*8			F	...		
DAD n° nDAD		8			F	A	Gauche/Espace	
Zone d'acte n° 1	Date de réalisation	8			F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	Code CCAM sur 7 caractères
	Extention PMSI	3			F	A	NA/NA	Extension sur 3 caractères commençant par '-' suivi de 2 chiffres
	Phase	1			O	N	NA/NA	
	Activité	1			O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/NA	
	Association non prévue	1			F	A	NA/NA	
	Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	
...		*29	...	...	...	...	...	
Zone d'acte n° nZa	Date de réalisation	8			F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	Code CCAM sur 7 caractères
	Extention PMSI	3			F	A	NA/NA	Extension sur 3 caractères commençant par '-' suivi de 2 chiffres
	Phase	1			O	N	NA/NA	
	Activité	1			O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/NA	

	Association non prévue	1			F	A	NA/NA	
	Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	

[1] O : obligatoire F : facultatif (la variable peut être laissée à vide)

[2] A : alphanumérique (pas de distinction entre majuscules et minuscules), N : numérique

[3] NA signifie "non applicable"

Note 1 : La fonction groupage suspecte parfois des anomalies de codage pour lesquelles le contenu du RSS doit être modifié ou confirmé.

Cette zone permet la confirmation. Elle doit être faite dans le dernier RUM. Ces anomalies portent soit sur une durée de séjour trop courte soit sur un accouchement classé en dehors de la CMD14.

Note 2 :

1 : machine dédiée de type "Tomographie" ou "Novalis" ou "Cyberknife" ou "Protonthérapie"

2 : machine équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame et de système d'enregistrement et de contrôle et d'un module de repositionnement du malade à distance

3 : machine équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame et de système d'enregistrement et de contrôle sans module de repositionnement du malade à distance

4 : machine non équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame ou de système d'enregistrement et de contrôle

Note 3 :

1 : dosimétrie de RCMI

2 : tridimensionnelle avec HDV sur volume cible et organe à risque

3 : tridimensionnelle sans HDV sur volume cible et organe à risque

4 : autre type de dosimétrie

8.3.3 Format RSS 119 effectif à partir du 1er mars 2019

Libellé		Taille	Début	Fin	Obligatoire[1]	Type[2]	Cadrage/Remplissage[3]	Remarques
Groupage : version de la classification		2	1	2	O	N	Droite/Zéro	
Groupage : n° de GHM	N° CMD	2	3	4	O	N	Droite/Zéro	
	N° GHM	4	5	8	O	A	NA/NA	

Filler		1	9	9	F	A	NA/NA	
N° de version du format de RSS		3	10	12	O	A	NA/NA	119
Groupage : code retour		3	13	15	O	N	Droite/Zéro	
Numéro FINESS		9	16	24	O	A	NA/NA	
Version du format du RUM		3	25	27	O	N	NA/NA	019
N° de RSS	(Equivalent de HOSP-PMSI)	20	28	47	O	A	Gauche/Espace	
N° Administratif local de séjour		20	48	67	O	A	Gauche/Espace	
N° de RUM		10	68	77	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance		8	78	85	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe		1	86	86	O	N	NA/NA	1 : homme, 2 : femme
Numéro de l'unité médicale		4	87	90	O	A	Gauche/Espace	
Type d'autorisation du lit dédié		2	91	92	F	N	Droite/Zéro	
Date d'entrée dans l'unité médicale		8	93	100	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée dans l'unité médicale		1	101	101	O	N	NA/NA	
Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)		1	102	102	F	N	NA/NA	
Date de sortie de l'unité médicale		8	103	110	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie de l'unité médicale		1	111	111	O	N	NA/NA	
Destination (si mode de sortie est mutation, transfert ou domicile)		1	112	112	F	N	NA/NA	
Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)		5	113	117	O	N	Droite/Zéro	
Poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale (en grammes)		4	118	121	F	N	Droite/Zéro	
Age gestationnel		2	122	123	F	N	Droite/Zéro	
Date des dernières règles		8	124	131	F	N	NA/NA	JJMMAAAA
Nombre de séances		2	132	133	F	N	Droite/Zéro	
Nombre de diagnostics associés (nDA) dans ce RUM		2	134	135	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM		2	136	137	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM		3	138	140	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal (DP)		8	141	148	O	A	Gauche/Espace	
Diagnostic relié (DR)		8	149	156	F	A	Gauche/Espace	
IGS 2		3	157	159	F	N	Droite/Zéro	
Confirmation du codage du RSS		1	160	160	F	N	NA/NA	cf. note 1
Type de machine en radiothérapie		1	161	161	F	N	NA/NA	cf. note 2

Type de dosimétrie		1	162	162	F	N	NA/NA	cf. note 3
Numéro d'innovation		15	163	177	F	A	Gauche/Espace	
Conversion hospitalisation complète		1	178	178	F	N	NA/NA	1 : conversion après prise en charge en HP 2 : Pas de conversion
Prise en charge RAAC		1	179	179	F	N	NA/NA	1 : prise en charge RAAC 2 : pas de prise en charge RAAC RAAC : récupération améliorée après chirurgie
Filler		10	180	189	F	A	NA/Espace	
Zone réservée		3	190	192	F	N	NA/Espace	
DA n° 1		8	193	200	F	A	Gauche/Espace	
.....		*8			F	A	...	
DA n° nDA		8			F	A	Gauche/Espace	
DAD n° 1		8			F	A	Gauche/Espace	
.....		*8			F	...		
DAD n° nDAD		8			F	A	Gauche/Espace	
Zone d'acte n° 1	Date de réalisation	8			F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	Code CCAM sur 7 caractères
	Extention PMSI	3			F	A	NA/NA	Extension sur 3 caractères commençant par '-' suivi de 2 chiffres
	Phase	1			O	N	NA/NA	
	Activité	1			O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	

	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/NA	
	Association non prévue	1			F	A	NA/NA	
	Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	
…		*29	…	…	…	…	…	
Zone d'acte n° nZa	Date de réalisation	8			F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	Code CCAM sur 7 caractères
	Extention PMSI	3			F	A	NA/NA	Extension sur 3 caractères commençant par '-' suivi de 2 chiffres
	Phase	1			O	N	NA/NA	
	Activité	1			O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/NA	
	Association non prévue	1			F	A	NA/NA	
	Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	

[1] O : obligatoire F : facultatif (la variable peut être laissée à vide)

[2] A : alphanumérique (pas de distinction entre majuscules et minuscules), N : numérique

[3] NA signifie "non applicable"

Note 1 : La fonction groupage suspecte parfois des anomalies de codage pour lesquelles le contenu du RSS doit être modifié ou confirmé.

Cette zone permet la confirmation. Elle doit être faite dans le dernier RUM. Ces anomalies portent soit sur une durée de séjour trop courte soit sur un accouchement classé en dehors de la CMD14.

Note 2 :

1 : machine dédiée de type "Tomographie" ou "Novalis" ou "Cyberknife" ou "Protonthérapie"

2 : machine équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame et de système d'enregistrement et de contrôle et d'un module de repositionnement du malade à distance

3 : machine équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame et de système d'enregistrement et de contrôle sans module de repositionnement du malade à distance

4 : machine non équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame ou de système d'enregistrement et de contrôle

Note 3 :

1 : dosimétrie de RCMI

2 : tridimensionnelle avec HDV sur volume cible et organe à risque

3 : tridimensionnelle sans HDV sur volume cible et organe à risque

4 : autre type de dosimétrie

8.4 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	RSS
Rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *RSS.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat*

8.5 Format des données en sortie pour le dossier tampon

Nom	Déb	Fin	Taille	Commentaires
N° de RSS	1	20	20	
N° Administratif de séjour	21	40	20	
Nombre de codes d'erreurs (Ne)	41	42	2	
Code erreur n°1	43	46	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »
…				
Code erreur de format ou cohérence n°Ne			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »

8.6 Erreurs RSS

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	RSER		**ERREUR LE TRAITEMENT DES FICHIERS RSS**
ERROR	C010		**RSS MULTIUNITÉ AVEC NUMÉRO DE RSS INCONSTANT** Le tableau de RUM passé à la fonction groupage doit être cohérent : chaque RUM du RSS doit comporter le même numéro. Dans le vecteur d'erreurs, ce code se rapporte au RUM qui, le premier dans l'ordre de lecture, présente un numéro de RSS différent du précédent.
ERROR	C011		**NUMÉRO DE RSS ABSENT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le numéro de RSS est à blanc.
INFO	C013		**DATE DE NAISSANCE ABSENTE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM comportant une date de naissance à blanc.
INFO	C014		**DATE DE NAISSANCE NON NUMÉRIQUE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la date de naissance comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.

<table>
<tr><td>INFO</td><td>C015</td><td></td><td>DATE DE NAISSANCE IMPROBABLE PAR RAPPORT À LA DATE D'ENTRÉE
La fonction groupage considère comme erroné un RUM dans deux situations distinctes :
- la date de naissance est postérieure à la date d'entrée ;
- la date naissance précède la date d'entrée de plus de 140 ans.</td></tr>
<tr><td>INFO</td><td>C016</td><td></td><td>CODE SEXE ABSENT
La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la zone sexe est à blanc.</td></tr>
<tr><td>INFO</td><td>C017</td><td></td><td>CODE SEXE ERRONÉ
La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la zone sexe contient une valeur différente de 1 (masculin) ou 2 (féminin).</td></tr>
<tr><td>INFO</td><td>C019</td><td></td><td>DATE D'ENTRÉE ABSENTE
La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée est à blanc.</td></tr>
<tr><td>INFO</td><td>C020</td><td></td><td>DATE D'ENTRÉE NON NUMÉRIQUE
La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces</td></tr>
<tr><td>INFO</td><td>C021</td><td></td><td>DATE D'ENTRÉE INCOHÉRENTE
La fonction groupage considère comme erroné un RUM comportant une date d'entrée non interprétable, comme 12001994 (mois=00).</td></tr>
<tr><td>INFO</td><td>C023</td><td></td><td>RSS MULTIUNITÉ : CHAÎNAGE DATE D'ENTRÉE - DATE DE SORTIE INCOHÉRENT
La fonction groupage considère comme erroné, dans un RSS multi-unité, un RUM dont la date d'entrée n'est pas égale à la date de sortie du RUM précédent. Ce contrôle est exécuté sur tous les RUM du RSS multi-unité, sauf le premier</td></tr>
<tr><td>INFO</td><td>C024</td><td></td><td>MODE D'ENTRÉE ABSENT
La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la zone mode d'entrée est à blanc.</td></tr>
<tr><td>INFO</td><td>C025</td><td></td><td>MODE D'ENTRÉE ERRONÉ OU PROVENANCE ERRONÉE
La fonction groupage considère comme erroné un RUM dans lequel la combinaison mode d'entrée-provenance n'est pas désignée par « Ok » dans le tableau ci-dessous.</td></tr>
<tr><td>INFO</td><td>C026</td><td></td><td>MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE POUR COMMENCER UN RSS
La fonction groupage considère comme erroné le RUM initial d'un RSS multi-unité, ou le RUM unique d'un RSS mono-unité si la combinaison mode d'entrée-provenance mentionnée n'est pas compatible avec une entrée directe dans le champ du PMSI. Cette erreur est également détectée dans le cas d'une prestation interétablissement, dont le RUM de l'établissement prestataire mentionne 0 alors que le mode de sortie mentionne autre chose que 0, ou l'inverse. Dans ce cas, l'erreur 35 sera également détectée.
<table>
<tr><th>Mode d'entrée</th><th>Provenance</th><th>Contrôle 25</th><th>Contrôle 26 1er RUM</th><th>Contrôle 27 RUM de suite</th></tr>
<tr><td>8</td><td>Espace</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>8</td><td>5</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>8</td><td>7</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><td>8</td><td>Autre</td><td>Erreur</td><td>Erreur</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>7</td><td>6</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>7</td><td>4</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>7</td><td>3</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>7</td><td>2</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>7</td><td>1</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>7</td><td>R</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Autre</td><td>Erreur</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>6</td><td>6</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>6</td><td>4</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>6</td><td>3</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>6</td><td>2</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>6</td><td>1</td><td>Ok</td><td>Erreur</td><td>Ok</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Autre</td><td>Erreur</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>0</td><td>4</td><td>Ok</td><td>Ok *</td><td>Ok *</td></tr>
<tr><td>0</td><td>3</td><td>Ok</td><td>Ok *</td><td>Ok *</td></tr>
<tr><td>0</td><td>2</td><td>Ok</td><td>Ok *</td><td>Ok *</td></tr>
<tr><td>0</td><td>1</td><td>Ok</td><td>Ok*</td><td>Ok*</td></tr>
<tr><td>0</td><td>R</td><td>Ok</td><td>Ok*</td><td>Ok*</td></tr>
<tr><td>0</td><td>Autre</td><td>Erreur</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Autre combinaison</td><td>Erreur</td><td></td><td></td></tr>
</table>
L'astérisque dans ce tableau signale les cas ou une erreur peut néanmoins être détectée si les deux extrémités du « séjour pour prestation » ou de la « suspension de séjour » ne concordent pas (l'un est codé 0 et pas l'autre).
</td></tr>
<tr><td>INFO</td><td>C027</td><td></td><td>RSS MULTIUNITÉ : MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE SUR UN RUM DE SUITE
La fonction groupage considère comme erroné, dans un RSS multi-unité, le second RUM ou un RUM suivant si la combinaison mode d'entrée-provenance n'est pas compatible avec une mutation à l'intérieur du champ du MCO. Dans le cas apparent d'une « suspension de séjour » pour prestation inter établissement donnant lieu à la production de deux RUM distincts dans l'établissement demandeur (unité médicale de retour différente de celle de départ), cette erreur est détectée si le mode d'entrée du deuxième RUM ne concorde pas avec le mode de sortie du RUM précédent (les deux ne sont pas codés 0). Dans ce second cas, l'erreur 49 sera également détectée pour le RUM précédent.</td></tr>
<tr><td>ERROR</td><td>C028</td><td></td><td>DATE DE SORTIE ABSENTE
La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la zone date de sortie est à blanc.</td></tr>
<tr><td>ERROR</td><td>C029</td><td></td><td>DATE DE SORTIE NON NUMÉRIQUE
La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la date de sortie comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.</td></tr>
<tr><td>ERROR</td><td>C030</td><td></td><td>DATE DE SORTIE INCOHÉRENTE
La fonction groupage considère comme erroné un RUM comportant une date de sortie non interprétable, comme par exemple 30021994 (30 février)</td></tr>
<tr><td>INFO</td><td>C032</td><td></td><td>RUM AVEC INCOHÉRENCE DATE DE SORTIE DATE D'ENTRÉE
La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée est postérieure à la date de sortie.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>INFO</td><td>C033</td><td></td><td>MODE DE SORTIE ABSENT
La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la zone mode de sortie est à blanc.</td></tr>
<tr><td>INFO</td><td>C034</td><td></td><td>MODE DE SORTIE ERRONÉ, OU DESTINATION ERRONÉE
La fonction groupage considère comme erroné un RUM dans lequel la combinaison mode de sortie-destination n'est pas désignée par « Ok » dans le tableau ci-dessous.</td></tr>
<tr><td>INFO</td><td>C035</td><td></td><td>MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR CLORE UN RSS
La fonction groupage considère comme erroné le RUM terminal d'un RSS multi-unité, ou le RUM unique d'un RSS mono-unité si la combinaison mode de sortie-destination mentionnée n'est pas compatible avec une sortie définitive du champ du PMSI. Elle signale aussi le RUM terminal d'un RSS apparemment réalisé à l'occasion d'une prestation interétablissement, mais dont une seule des extrémités est codée 0. Dans ce cas, l'erreur 26 est en outre détectée pour le RUM initial.</td></tr>
<tr><td>INFO</td><td>C036</td><td></td><td>NOMBRE DE SÉANCES NON NUMÉRIQUE
La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le nombre de séances comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.
<table>
<tr><th>Mode de sortie</th><th>Provenance</th><th>Contrôle 34</th><th>Contrôle 35
RUM final</th><th>Contrôle 49
RUM non final</th></tr>
<tr><td>9</td><td>Autre</td><td>Erreur</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>9</td><td>Espace</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>8</td><td>Espace</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>8</td><td>7</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>8</td><td>Autre</td><td>Erreur</td><td>Erreur</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>7</td><td>6</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>7</td><td>4</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>7</td><td>3</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>7</td><td>2</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>7</td><td>1</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>7</td><td>Autre</td><td>Erreur</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>6</td><td>6</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>6</td><td>4</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>6</td><td>3</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>6</td><td>2</td><td>Ok</td><td>Ok</td><td>Erreur</td></tr>
<tr><td>6</td><td>1</td><td>Ok</td><td>Erreur</td><td>Ok</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Autre</td><td>Erreur</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>0</td><td>4</td><td>Ok</td><td>Ok *</td><td>Ok *</td></tr>
<tr><td>0</td><td>3</td><td>Ok</td><td>Ok *</td><td>Ok *</td></tr>
<tr><td>0</td><td>2</td><td>Ok</td><td>Ok *</td><td>Ok *</td></tr>
<tr><td>0</td><td>1</td><td>Ok</td><td>Ok*</td><td>Ok*</td></tr>
<tr><td>0</td><td>Autre</td><td>Erreur</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Autre combinaison</td><td>Erreur</td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
</table>

			L'astérisque dans ce tableau signale les cas ou une erreur peut néanmoins être détectée si les deux extrémités du « séjour pour prestation » ou de la « suspension de séjour » ne concordent pas (l'un est codé 0 et pas l'autre).
INFO	C037		**RSS MULTIUNITÉ : PRÉSENCE DE SÉANCES SUR UN DES RUM** La fonction groupage considère comme erroné un RUM qui comporte une valeur non nulle de séance alors qu'il est compris dans un RSS multi-unité.
INFO	C039		**DATE DE NAISSANCE INCOHÉRENTE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM comportant une date de naissance non interprétable, comme par exemple 34011950 (34 janvier).
INFO	C040		**DIAGNOSTIC PRINCIPAL ABSENT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dans lequel la zone diagnostic principal est à blanc.
INFO	C041		**CODE DE DIAGNOSTIC PRINCIPAL NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le diagnostic principal ne respecte pas le format de la CIM-10 (une lettre, suivie de deux chiffres, puis un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis à nouveau un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis un chiffre ou un blanc).
INFO	C042		**CODE DE DIAGNOSTIC ASSOCIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont l'un des diagnostics associés est à blanc ou ne respecte pas le format CIM-10 dans un RUM (cf. code 41).
INFO	C043		**CODE D'ACTE NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CCAM** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont l'un des actes est à blanc ou ne respecte pas le format d'acte CCAM.
INFO	C045		**RSS MULTIUNITÉ : DATE DE NAISSANCE INCONSTANTE** Dans le vecteur d'erreurs, ce code se rapporte au RUM qui présente une valeur de la variable date de naissance différente de celle du RUM qui le précède.
INFO	C046		**RSS MULTIUNITÉ : CODE SEXE INCONSTANT** Dans le vecteur d'erreurs, ce code se rapporte au RUM qui présente une valeur de la variable sexe différente de celle du RUM qui le précède.
INFO	C049		**RSS MULTIUNITÉ : MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR UN RUM AUTRE QUE LE DERNIER** La fonction groupage considère comme erroné un RUM non terminal d'un RSS multi-unité si la combinaison mode de sortie-destination mentionnée n'est pas compatible avec une mutation à l'intérieur du champ du PMSI (voir tableau du contrôle n34 ci-dessus). Cette erreur signale également un séjour apparemment interrompu pour une prestation interétablissement, dont une extrémité est codée 0 et pas l'autre. Dans ce cas, l'erreur 27 sera mentionnée pour le RUM suivant.
INFO	C050		**DÉLAI DE SÉJOUR INCOMPATIBLE AVEC LE PRINCIPE ADMINISTRATIF DE PRESTATION INTERÉTABLISSEMENT** En cas de prestation interétablissement, cette erreur est détectée si la « suspension de séjour » du demandeur dure plus d'une journée, ou si la durée totale du séjour chez le prestataire dure plus d'une journée.

INFO	C051		**CODE DE DIAGNOSTIC RELIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le diagnostic relié ne respecte pas le format de la CIM-10 (une lettre, suivie de deux chiffres, puis un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis à nouveau un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis un chiffre ou un blanc).
INFO	C052		**NOMBRE DE RÉALISATIONS D'ACTES NON NUMÉRIQUE, OU ERRONÉ** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont l'un des champs d'acte contient un nombre nul de réalisations (ou est à blanc), ou un nombre comportant des caractères autres que des chiffres.
INFO	C053		**PROVENANCE ABSENTE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la zone provenance est à blanc alors que le mode d'entrée est 6 (mutation) ou 7 (transfert).
INFO	C054		**DESTINATION ABSENTE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la zone destination est à blanc alors que le mode de sortie est 6 (mutation) ou 7 (transfert).
ERROR	C055		**NOMBRE DE DA OU DE DAD ABSENT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la zone nombre de DA ou nombre de DAD est à blanc.
ERROR	C056		**NOMBRE DE DA OU DE DAD NON NUMÉRIQUE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont les zones nombre de diagnostics associés (DA) ou nombre de données associées documentaires comportent des caractères autres que des chiffres, ainsi que le RUM dont le nombre de DA excède 99.
ERROR	C057		**NOMBRE DE ZONES D'ACTES ABSENT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dans lequel le champ nombre de zones d'actes est à blanc.
ERROR	C058		**NOMBRE DE ZONES D'ACTES NON NUMÉRIQUE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dans lequel le champ nombre de zones d'actes comporte des caractères autres que des chiffres.
ERROR	C059		**FORMAT DE RUM INCONNU** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le format ne correspond pas aux spécifications de format général décrites en annexe ou bien lorsque la longueur totale de l'enregistrement est non conforme (différente de la valeur fournie par les formules données en annexe).
INFO	C062		**UNITÉ MÉDICALE NON RENSEIGNÉE** La fonction groupage signale un RUM dont la zone unité médicale est à blanc.
INFO	C064		**DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE D'ENTRÉE** La fonction groupage signale un RUM dont la date d'entrée est postérieure à la date de traitement par la fonction groupage, fournie par le système sur lequel elle s'exécute. Il peut s'agir d'une erreur de mise à jour de la date système.
INFO	C065		**DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE DE SORTIE**

			La fonction groupage signale un RUM dont la date de sortie est postérieure à la date de traitement par la fonction groupage, fournie par le système sur lequel elle s'exécute. Il peut s'agir d'une erreur de mise à jour de la date système.
INFO	C066		**NOMBRE DE SÉANCES : VALEUR INVRAISEMBLABLE** La fonction groupage signale un RUM dont le nombre de séances est négatif ou strictement supérieur à 31. Dans le premier cas, la fonction groupage considère que le nombre de séances est 0.
INFO	C067		**DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic principal n'existe pas dans la CIM-10.
INFO	C068		**DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic principal a été supprimé de la CIM-10. Depuis 1999, il arrive à l'OMS de supprimer des codes de la CIM.
INFO	C070		**DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont un ou plusieurs codes de diagnostics associés n'existent pas dans la CIM.
INFO	C071		**DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont un ou plusieurs codes de diagnostics associés n'existent plus dans la CIM.
INFO	C073		**ACTE N'AYANT JAMAIS EXISTE DANS LA CCAM** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le code d'un ou plusieurs actes n'existe pas et n'a jamais existé dans la Classification Commune des Actes Médicaux.
INFO	C076		**NUMÉRO FINESS DE FORMAT INCORRECT** La fonction groupage signale un RUM dont le numéro FINESS comporte des caractères autres que des chiffres (à l'exception de la Corse).
INFO	C077		**DATE D'ENTRÉE IMPROBABLE CAR TROP ANCIENNE** La fonction groupage signale un RUM dont la date d'entrée est antérieure au 1er janvier 1984. Pour les besoins du groupage elle est cependant conservée telle quelle.
INFO	C078		**DATE D'ENTREE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION D'UN ACTE CCAM** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée est supérieure à la date de fin d'effet d'un acte CCAM (pour plus d'information se reporter à la description de la table d'actes CCAM).
INFO	C079		**DATE DE SORTIE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION D'UN ACTE CCAM** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la date de sortie est inférieure à la date de début d'effet d'un acte CCAM (pour plus d'information se reporter à la description de la table d'actes CCAM).
INFO	C080		**CODE POSTAL NON RENSEIGNÉ** La fonction groupage signale un RUM dont la zone code postal comporte moins de 5 digits, une fois éliminés les blancs extrêmes.

INFO	C081		**CODE POSTAL NON NUMÉRIQUE** La fonction groupage signale un RUM dont la zone code postal comporte des caractères autres que des chiffres.
INFO	C082		**POIDS D'ENTREE NON NUMÉRIQUE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la zone poids d'entrée n'est pas à blanc et comporte des caractères autres que des chiffres. Cela ne concerne que le premier RUM d'un RSS.
INFO	C083		**ZONE RÉSERVÉE NON VIDE** La fonction groupage signale un RUM dont la zone réservée n'a pas été laissée à blanc.
INFO	C084		**DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE CAR RARE** La fonction groupage signale un RUM comportant un diagnostic principal invraisemblable
INFO	C085		**DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE** La fonction groupage signale un RUM comportant un diagnostic principal invraisemblable en raison de l'âge
INFO	C086		**DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ** La fonction groupage signale un RUM dont le diagnostic principal n'est pas compatible avec le sexe mentionné
INFO	C087		**DIAGNOSTIC PRINCIPAL IMPRECIS** La fonction groupage signale un RUM dont le diagnostic principal est imprécis
INFO	C088		**CODES Z A ÉVITER EN DP CAR N'EST HABITUELLEMENT PAS UN MOTIF D'HOSPITALISATION** La fonction groupage signale un RUM dont le diagnostic principal débute par la lettre « Z » et dont l'utilisation en DP n'est pas vraisemblable
INFO	C090		**DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMBLABLE CAR RARE** La fonction groupage signale un RUM comportant un diagnostic associé invraisemblable compte tenu de sa rareté
INFO	C091		**DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE** La fonction groupage signale un RUM comportant un diagnostic associé invraisemblable compte tenu de sa rareté
INFO	C092		**DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ** La fonction groupage signale un RUM dont un diagnostic associé n'est pas compatible avec le sexe mentionné
INFO	C093		**DIAGNOSTIC ASSOCIÉ IMPRECIS** La fonction groupage signale un RUM dont un diagnostic associé est imprécis
INFO	C094		**DIAGNOSTIC RELIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic relié n'existe pas dans la CIM-10.
INFO	C095		**DIAGNOSTIC RELIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM**

			La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic relié a été supprimé de la CIM-10.
INFO	C096		**DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMBLABLE CAR RARE** La fonction groupage signale un RUM comportant un diagnostic relié invraisemblable compte tenu de sa rareté
INFO	C097		**DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE** La fonction groupage signale un RUM comportant un diagnostic relié invraisemblable en raison de l'âge
INFO	C098		**DIAGNOSTIC RELIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ** La fonction groupage signale un RUM dont un diagnostic relié n'est pas compatible avec le sexe mentionné
INFO	C099		**DIAGNOSTIC RELIÉ IMPRÉCIS** La fonction groupage signale un RUM dont un diagnostic relié est imprécis
INFO	C100		**TYPE D'AUTORISATION D'UNITE MEDICALE NON ACCEPTEE** La fonction groupage signale un RUM avec un (ou plusieurs) type d'autorisation d'unité médicale non autorisé pour la période définie par la date de sortie du RSS. La fonction groupage vérifie chacun des types d'autorisations (différents de blanc ou 0) déclarés dans le fichier d'autorisation d'UM pour l'unité médicale de ce RUM.
INFO	C101		**TYPE D'AUTORISATION DE LIT DEDIE NON ACCEPTE** La fonction groupage signale un RUM dont le type d'autorisation de lit dédié est renseigné mais n'est pas autorisé.
INFO	C102		**DATE DE REALISATION DE L'ACTE CCAM INCOHERENTE** La fonction groupage signale un RUM dont la date de réalisation d'un ou plusieurs actes CCAM est renseignée mais possède l'une au moins des caractéristiques suivantes : - La date comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces - La date n'est pas interprétable (ex : 12002005) - La date est antérieure à la date d'entrée du RUM - La date est postérieure à la date de sortie du RUM.
INFO	C103		**CODE D'ACTIVITE D'UN ACTE CCAM NON RENSEIGNEE OU VALEUR ERRONEE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le code d'activité d'un ou plusieurs actes CCAM est à blanc ou est différent de ceux autorisés (1, 2, 3, 4 ou 5).
INFO	C110		**ACTIVITE 4 INEXISTANTE POUR UN ACTE CCAM** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont l'activité 4 d'un code d'un ou plusieurs actes n'existe pas dans la Classification Commune des Actes médicaux
INFO	C111		**CODE D'ACTIVITE AUTRE QUE 4 INEXISTANT POUR UN ACTE CCAM** La fonction groupage signale un RUM dont l'activité (autre que 4) d'un code d'un ou plusieurs actes n'existe pas dans la Classification Commune des Actes médicaux.
INFO	C112		**GESTE COMPLEMENTAIRE SANS ACTE PRINCIPAL** La fonction groupage signale un RUM ayant un geste complémentaire codé sans l'acte principal associé.
INFO	C113		**CODE INTERDIT EN DP CAR TRES IMPRECIS**

			La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le DP est considéré comme imprécis. Ils correspondent en effet toujours à une information dont l'imprécision n'est pas acceptable dans un établissement de santé et dont l'exactitude peut et doit être améliorée. Les interdire en DP est nécessaire en raison des difficultés qu'ils engendrent pour le classement en GHM.
INFO	C114		**CODE INTERDIT EN DP PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CAUSE EXTERNE DE MORBIDITE (V, W, X, Y)** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le DP est présent dans le chapitre XX de la CIM-10 (codes commençant par les lettres V, W, X et Y).
INFO	C115		**CODE INTERDIT EN DP PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATEGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE INTERDIT** Par « catégorie non vide » de la CIM-10 on désigne une catégorie (code à trois caractères) qui comporte des subdivisions à quatre caractères (sous-catégories) par exemple C25 Tumeur maligne du pancréas. Dans ce cas, l'emploi du code à trois caractères (C25 dans ce cas) est interdit, ce sont les codes C25.0 à C25.9 des sous-catégories qui doivent être utilisés. À l'inverse, on désignera par « catégorie vide » une catégorie dépourvue de subdivisions à quatre caractères, par exemple J46 État de mal asthmatique. Dans ce cas, c'est le code à trois caractères qui est employé. Par « codes pères » on désigne les codes de la CIM-10 bénéficiant d'extensions internationales créées par l'OMS ou nationales pour les besoins du PMSI. La fonction groupage considère comme erronés de tels codes inscrits en DP.
INFO	C116		**CODE INTERDIT EN DR CAR TRES IMPRECIS** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le DR est considéré comme imprécis. Ils correspondent en effet toujours à une information dont l'imprécision n'est pas acceptable dans un établissement de santé et dont l'exactitude peut et doit être améliorée. Les interdire en DR est nécessaire en raison des difficultés qu'ils engendrent pour le classement en GHM.
INFO	C117		**CODE INTERDIT EN DR PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CAUSE EXTERNE DE MORBIDITE (V, W, X, Y)** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le DR est présent dans le chapitre XX de la CIM-10 (codes commençant par les lettres V, W, X et Y).
INFO	C118		**CODE INTERDIT EN DR PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATEGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE INTERDIT** Par « catégorie non vide » de la CIM-10 on désigne une catégorie (code à trois caractères) qui comporte des subdivisions à quatre caractères (sous-catégories) par exemple C25 Tumeur maligne du pancréas. Dans ce cas, l'emploi du code à trois caractères (C25 dans ce cas) est interdit, ce sont les codes C25.0 à C25.9 des sous-catégories qui doivent être utilisés. À l'inverse, on désignera par « catégorie vide » une catégorie dépourvue de subdivisions à quatre caractères, par exemple J46 État de mal asthmatique. Dans ce cas, c'est le code à trois caractères qui est employé. Par « codes pères » on désigne les codes de la CIM-10 bénéficiant d'extensions internationales créées par l'OMS ou nationales pour les besoins du PMSI. La fonction groupage considère comme erronés de tels codes inscrits en DR.

INFO	C119		**CODE INTERDIT EN DA PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATEGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE INTERDIT** Par « catégorie non vide » de la CIM on désigne une catégorie (code à trois caractères) qui comporte des subdivisions à quatre caractères (sous-catégories) par exemple C25 Tumeur maligne du pancréas. Dans ce cas, l'emploi du code à trois caractères (C25 dans ce cas) est interdit, ce sont les codes C25.0 à C25.9 des sous-catégories qui doivent être utilisés. À l'inverse, on désignera par « catégorie vide » une catégorie dépourvue de subdivisions à quatre caractères, par exemple J46 État de mal asthmatique. Dans ce cas, c'est le code à trois caractères qui est employé. Par « codes pères » on désigne les codes de la CIM-10 bénéficiant d'extensions internationales créées par l'OMS ou nationales pour les besoins du PMSI. La fonction groupage considère comme erronés de tels codes inscrits en DA.
INFO	C120		**CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE MAIS ABSENTE** La fonction groupage considère comme erroné un RSS dans lequel le champ "Confirmation du codage du RSS" est différent de 1 alors que la confirmation est nécessaire. Celle-ci est obligatoire dès lors que l'une des situations suivantes est vraie : La durée totale de séjour est strictement inférieure à la borne propre à la racine du GHM (information donnée par la table RGHMINFO), la combinaison mode de sortie-destination du dernier RUM n'est pas '71' ni '9 ' ni '0'. si CMD est différente de la 14, et si la racine du GHM n'est pas dans la liste L1 (ci-dessous), et si dans le RSS il y a au moins un DA commençant par Z37 ou O80 ou O81 ou O82 ou O83 ou O84 ou si il y a au moins un acte d'accouchement Liste L1 : Toutes les CMD 12, 22, 25, 26, 27 ajoutées des GHM suivant : 01C09, 01C11, 01C12, 01C03, 01C04, 01C10, 01C05, 01C06, 01M24, 01M25, 01M13, 01M18, 01M19, 01K07, 01M30, 01M31, 07C09, 07C10, 07C11, 07C12, 07C13, 07C14 et 23Z02
INFO	C121		**CODE DE CONFIRMATION DU RSS INCORRECT** La fonction groupage signale un RUM dont le code de confirmation du codage du RSS est différent de blanc, 1 et 2.
INFO	C122		**CODE DE TYPE DE MACHINE DE RADIOTHÉRAPIE INCORRECT** La fonction groupage signale un RUM dont le code de type de machine de radiothérapie est différent de blanc, 1, 2,3 et 4.
INFO	C123		**CODE DE DOSIMÉTRIE INCORRECT** La fonction groupage signale un RUM dont le code de dosimétrie est différent de blanc,1,2,3 et 4.
INFO	C124		**CONFIRMATION DU RSS NON NECESSAIRE ET PRESENTE** La fonction groupage considère comme erroné un RSS dans lequel le champ "Confirmation du codage du RSS" est égal à 1 alors que la durée de séjour n'est pas « courte », et donc la confirmation n'est pas à faire.
INFO	C125		**AGE GESTATIONNEL NON NUMERIQUE**

			La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la zone age gestationnel n'est pas à blanc et comporte des caractères autres que des chiffres.
INFO	C126		**AGE GESTATIONNEL REQUIS ABSENT** La fonction groupage considère comme erroné un RSS dont l'âge gestationnel n'est renseigné correctement (c'est-à-dire pas à blanc, numérique et différent de zéro) sur aucun des RUM alors que l'on est dans un des deux cas suivants : la date d'entrée du 1er RUM est égale à la date de naissance présence d'au moins un acte d'accouchement ou d'un DA commençant par Z37
INFO	C127		**AGE GESTATIONNEL INCOHERENT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont l'age gestationnel est renseigné correctement (c'est-à-dire pas à blanc, numérique et différent de zéro), mais ne respectant pas l'ensemble des 2 règles suivantes : l'âge gestationnel doit toujours être <= 44 SA si l'age gestationnel est <22 SA et que l'âge en années est égal à zéro, alors le mode de sortie (du dernier RUM) doit être égal à 9
INFO	C128		**POIDS D'ENTREE SUR UN OU DEUX CARACTERES NON AUTORISE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la zone poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale indique une valeur en grammes <100 et >0. Cela ne concerne que le premier RUM en cas de RSS multi-RUM.
INFO	C129		**AGE GESTATIONNEL INCOHERENT PAR RAPPORT AU POIDS D'ENTREE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dans l'une au moins des situations suivantes (AG = age gestationnel, SA = semaine d'aménorrhée): - AG >= 37 SA et poids à l'entrée dans l'UM <1000g et DP différent de P95 (mort-nés) - AG <= 32 SA et poids à l'entrée dans l'UM >4000g - AG <= 28 SA et poids à l'entrée dans l'UM >2500g
INFO	C130		**DP EN O NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM avec un DP en O ou commençant par Z37 alors que l'age est <= 10 ans.
INFO	C131		**DR EN O NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM avec un DR en O ou commençant par Z37 alors que l'age est <= 10 ans.
INFO	C132		**DA EN O NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM avec au moins un DA en O ou commençant par Z37 alors que l'age est <= 10 ans.
INFO	C133		**DP EN P NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM avec un DP en P ou commençant par Z38 alors que l'age est >=2 ans
INFO	C134		**DR EN P NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM avec un DR en P ou commençant par Z38 alors que l'âge est >=2 ans.
INFO	C135		**DA EN P NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE**

			La fonction groupage considère comme erroné un RUM avec au moins un DA en P ou commençant par Z38 alors que l'age est >= 2 ans.
INFO	C136		**DP Z37 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE**
INFO	C137		**DR Z37 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE**
INFO	C138		**DA Z37 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE**
INFO	C139		**DP Z38 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE**
INFO	C140		**DR Z38 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE**
INFO	C141		**DA Z38 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE**
INFO	C142		**DATE DE REALISATION DE L'ACTE D'ACCOUCHEMENT NON RENSEIGNEE OU INCOHERENTE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la date de réalisation d'un ou plusieurs actes CCAM d'accouchement n'est pas renseignée ou possède l'une des caractéristiques suivantes : La date comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces La date n'est pas interprétable (ex : 12002005) La date est antérieure à la date d'entrée du rum La date est postérieure à la date de sortie du rum.
INFO	C143		**MODE DE SORTIE INCOHERENT PAR RAPPORT AU DP** La fonction groupage considère comme erroné un RUM avec un DP commençant par P95 alors que le mode de sortie est différent de 9
INFO	C145		**NOMBRE DE SEANCES A ZERO AVEC DP MOTIF DE SEANCES** La fonction groupage considère comme erroné un RUM remplissant toutes les conditions suivantes : Le DP est un motif de séances Le nombre de séances indiqué dans le RUM est zéro. La durée de séjour est 0 jour. Aucun acte ayant la caractéristique 44 :1 n'est présent.
INFO	C146		**NOMBRE DE SEANCES INCOHERENT PAR RAPPORT A LA DUREE DE SEJOUR** La fonction groupage signale un RUM remplissant toutes les conditions suivantes : Le DP est un motif de séances Le nombre de séances indiqué dans le RUM est >0. Le nombre de séances indiqué dans le RUM est > durée de séjour +1
INFO	C147		**DONNEES INCOMPATIBLES AVEC LE DP P95** La fonction groupage considère comme erroné un RUM avec un DP P95 et ne remplissant toutes les conditions suivantes : Durée de séjour =0 Mode de sortie=9 Mode d'entrée =8 Age en jours =0 Age en années=0 Poids et âge gestationnel renseignés.

INFO	C148		**ACTE INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ** La fonction groupage signale un RUM ayant au moins un acte réservé aux patients dont le sexe est l'opposé de celui indiqué dans le RUM.
INFO	C149		**ACTE INCOMPATIBLE AVEC L'AGE INDIQUÉ** La fonction groupage considère comme erroné un RUM ayant au moins un acte réservé aux patients dont l'âge est < 29 jours, alors que le RUM indique un âge >=29 jours et un poids >=3000 g.
INFO	C150		**DP DE SEANCES NON AUTORISE DANS UN RSS MULTIUNITÉ** La fonction groupage considère comme erroné un RSS multi-unité groupé en séances (CMD 28).
INFO	C151		**CODE DE CONVERSION DU RSS INCORRECT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la valeur du champ « Conversion hospitalisation complète » est différente de blanc, 1 ou 2.
INFO	C152		**VARIABLE CONVERSION RENSEIGNEE A OUI ET UM DE TYPE HP** La fonction groupage signale un RUM avec la variable conversion égale à 1 alors que l'unité médicale est de type HP (hospitalisation partielle). Le « type » de l'unité médicale est défini dans le fichier d'autorisation médicale (ficum).
INFO	C153		**CONDITION DE CONVERSION PRESENTE ET VARIABLE MISE A NON** La fonction groupage signale un RSS multiRUM dont le 1er RUM est de type HP (avec durée de 0 j), et dont la valeur de la conversion dans le 2ème RUM est égal à 2 (la valeur 2 signifie : non, ce n'est pas une conversion HP en HC).
INFO	C154		**CONDITION DE CONVERSION POSSIBLE ET VARIABLE A VIDE** La fonction groupage signale un RSS multiRUM dont le 1er RUM est de type HP ou mixte (avec durée de 0 j), et dont la valeur de la conversion dans le 2ème RUM est égal à blanc (= vide).
INFO	C160		**DATE DE DERNIERES REGLES NON NUMERIQUE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la date des dernières règles comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.
INFO	C161		**DATE DE DERNIERES REGLES INCOHERENTE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM comportant une date des dernières règles non interprétable, comme par exemple 34012010 (34 janvier).
INFO	C162		**DATE DES DERNIERES REGLES REQUISE ABSENTE** La fonction groupage considère comme erroné un RSS dont la date des dernières règles n'est renseignée correctement sur aucun des RUM alors que l'on est dans un des 3 cas suivants : présence d'au moins un acte d'accouchement ou d'un DA commençant par Z37 séjour de la CMD 14 sauf les racines 14C04, 14M02
INFO	C163		**DATE DES DERNIERES REGLES INCONSTANTE** La fonction groupage considère comme erroné un RSS dont la date des dernières règles est renseignée plusieurs fois dans le RSS avec une valeur différente.
INFO	C164		**DATE DES DERNIERES REGLES INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ**

			La fonction groupage signale un RSS dont la date des dernières règles est renseignée alors que le sexe indiqué est 1 (masculin).
INFO	C165		**DATE DES DERNIERES REGLES POSTERIEURE A LA DATE D'ENTREE DU SEJOUR** La fonction groupage signale un RSS dont la date des dernières règles est strictement supérieure à la date d'entrée du séjour.
INFO	C166		**DATE DES DERNIERES REGLES TROP ANCIENNE PAR RAPPORT A LA DATE D'ENTREE DU SEJOUR** La fonction groupage signale un RSS dont la date des dernières règles est strictement antérieure à la date d'entrée du séjour moins 305 jours (10 mois).
INFO	C167		**ACTIVITE 1 OBLIGATOIRE POUR UN ACTE CCAM MAIS ABSENTE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM contenant un acte CCAM avec une activité différente de 1 sans que le même acte avec activité 1 soit déclaré au moins 1 fois. Néanmoins, il existe des actes pour lesquels la déclaration du même acte avec activité 1 n'est pas nécessaire (l'activité 1 est dite « fictive »). Ces actes sont ceux ayant la caractéristique 42 :6. Cas particulier : dans le cas ou un acte a la caractéristique 42 :6 mais que l'activité déclarée n'est pas valable pour cet acte, alors la fonction groupage considère qu'il faut l'activité 1 même si il a la caractéristique 42 :6.
INFO	C168		**POIDS D'ENTREE REQUIS PAR RAPPORT A L'AGE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale n'est pas renseigné ou nul alors que l'âge est < 29 jours.
INFO	C169		**IGS NON NUMERIQUE OU FORMAT INCORRECT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont l'IGS n'est pas à blanc et comporte des caractères autres que des chiffres
INFO	C170		**EXTENSION DOCUMENTAIRE OBLIGATOIRE POUR UN ACTE CCAM MAIS ABSENTE** La fonction groupage signale un RSS contenant au moins un acte dont l'extension documentaire doit être renseignée. En 2013, seuls l'extension documentaire des actes CCAM d'anesthésie (type d'activité = '4') est obligatoire.
INFO	C173		**EXTENSION DOCUMENTAIRE D'UN ACTE CCAM ERRONEE** La fonction groupage considère comme erroné un RSS contenant au moins un acte dont l'extension documentaire est renseignée mais dont la valeur n'est pas alphanumérique. Les valeur 'O','o','l' et 'i' ne sont pas acceptées non plus.
INFO	C174		**AGE GESTATIONNEL INCOHÉRENT PAR RAPPORT À LA PRÉSENCE D'UN ACTE D'ACCOUCHEMENT** La fonction groupage considère comme erroné un RSS contenant au moins un acte d'accouchement et dont l'âge gestationnel renseigné est strictement inférieur à 22 SA.
INFO	C175		**NOMBRE D'IVG ANTÉRIEURS : FORMAT INCORRECT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le nombre d'IVG est renseigné et contient au moins un caractère non numérique.
INFO	C176		**ANNÉE DE L'IVG PRÉCÉDENTE : FORMAT INCORRECT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont l'année de l'IVG précédente est renseignée et comporte des caractères autres que des chiffres.

INFO	C177		**ANNÉE DE L'IVG PRÉCÉDENTE INCOHÉRENTE PAR RAPPORT A LA DATE DE NAISSANCE** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont l'année de l'IVG précédente est renseignée et est inférieure à l'année de naissance.
INFO	C178		**NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES ANTÉRIEURES : FORMAT INCORRECT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le nombre de naissances vivantes antérieures est renseigné et comporte des caractères autres que des chiffres.
INFO	C179		**GHM 14Z08Z : ABSENCE D'ACTE CCAM INDIQUANT SI L'IVG EST MEDICAMENTEUSE OU INSTRUMENTALE** Un signalement est opéré par la fonction groupage des RSS groupés dans le GHM 14Z08Z sans au moins un acte CCAM indiquant si l'IVG est médicamenteuse ou instrumentale.
INFO	C180		**DIAGNOSTIC PRINCIPAL : CODE OMS RÉSERVÉ POUR USAGE URGENT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic principal n'est pas acceptable car il est réservé pour usage urgent.
INFO	C181		**DIAGNOSTIC RELIÉ : CODE OMS RÉSERVÉ POUR USAGE URGENT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic relié n'est pas acceptable car il est réservé pour usage urgent.
INFO	C182		**DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : CODE OMS RÉSERVÉ POUR USAGE URGENT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM contenant au moins un diagnostic associé non acceptable car réservé pour usage urgent.
INFO	C184		**CODE POSTAL NON RENSEIGNE** La fonction groupage signale un RUM dont la zone code postal comporte moins de 5 digits, une fois éliminés les blancs extrêmes.
INFO	C185		**ACTE CCAM : FORMAT INCORRECT DE L'EXTENSION ATIH** La fonction groupage considère comme erroné un RUM contenant au moins un acte avec une extension ATIH renseignée mais ne respectant pas le format convenu (premier caractère = tiret suivi de 2 chiffres). Pour rappel, cette extension s'inscrit dans le cadre de la CCAM descriptive.
INFO	C186		**ACTE CCAM : EXTENSION ATIH NON ACCEPTEE** La fonction groupage signale un RUM dont au moins un acte CCAM est renseigné avec une extension ATIH non acceptée (CCAM descriptive).
INFO	C187		**DR REQUIS ABSENT** La fonction groupage signale en erreur les résumés de séances de chimiothérapie sans diagnostic relié.
INFO	C188		**CODE RAAC INCORRECT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la valeur du champ « Prise en charge RAAC » est différente de blanc, 1 ou 2. Seule la valeur 1 signifie que le séjour est pris en charge en RAAC.
INFO	C190		**AGE INCOMPATIBLE AVEC LE MODE D'ENTRÉE N**

			La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le mode d'entrée est égal à N (naissance dans l'établissement) alors que l'âge en jour ou l'âge en année est différent de zéro.
INFO	C191		**MODE D'ENTRÉE N INCOMPATIBLE AVEC LE DP Z76.2** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont le mode d'entrée est égal à N (naissance dans l'établissement) alors que le DP (du 1er RUM) est l'un des suivants :Z76.2, Z38.1, Z38.4, Z38.7.
INFO	C192		**ACTE CCAM DONT L'EXTENSION ATIH EXISTE MAIS N'EST PAS RENSEIGNÉE** La fonction groupage signale un RUM dont au moins un acte CCAM est renseigné sans extension ATIH alors qu'il en existe une. Exemple : JQGA002[3blanc] ou JQGA002-00 au lieu de JQGA002-11
INFO	C193		**DATE D'ENTREE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION DE L'EXTENSION D'UN ACTE CCAM** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée est supérieure à la date de fin d'effet de l'extension d'un acte CCAM (pour plus d'information se reporter à la description de la table CCAMDESC).
INFO	C194		**DATE DE SORTIE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION DE L'EXTENSION D'UN ACTE CCAM** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la date de sortie est inférieure à la date de début d'effet de l'extension d'un acte CCAM (pour plus d'information se reporter à la description de la table CCAMDESC).
INFO	C195		**CODE CONTEXTE PATIENT SURVEILLANCE PARTICULIÈRE INCORRECT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la valeur du champ « Contexte patient / surveillance particulière » est différente de blanc, 1 ou 2.
INFO	C196		**CODE ADMINISTRATION D'UN PRODUIT DE LA RÉSERVE HOSPITALIÈRE INCORRECT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la valeur du champ « Administration d'un produit de la RH » est différente de blanc, 1 ou 2.
INFO	C197		**CODE RESCRIT TARIFAIRE INCORRECT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la valeur du champ « Rescrit tarifaire » est différente de blanc, 1 ou 2.
INFO	C198		**CODE CATÉGORIE DU NOMBRE D'INTERVENTIONS TOTALES INCORRECT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la valeur du champ « Catégorie du nombre d'interventions totales » est différente de blanc, A, B ou C.
INFO	C223		**CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE ET PRÉSENTE** La fonction groupage signale un RSS dont la confirmation de codage est nécessaire et est bien présente (le champ "Confirmation du codage du RSS" est bien égal à 1). Cette confirmation est obligatoire dès lors que l'une des situations suivantes est vraie : La durée totale de séjour est strictement inférieure à la borne propre à la racine du GHM (information donnée par la table RGHMINFO), et que la combinaison mode de sortie-destination du dernier RUM n'est pas '71' ni '9 '. A noter qu'à partir de la fonction

			groupage 12, les RSS en PIE (prestations inter-établissements) sont exempts de confirmation (mode d'entrée du premier RUM = 0 et mode de sortie du dernier RUM = 0) Naissance hors CMD 14 : si CMD est différente de la 14, et si la racine du GHM n'est pas dans la liste L* ci-dessous et si dans le RSS il y a au moins un DA commençant par Z37 ou O80 ou O81 ou O82 ou O83 ou O84 ou si il y a au moins un acte d'accouchement. *Liste L : Les CM 12, 22, 25, 26, 27 Les racines : 01C09, 01C11, 01C12, 01C03, 01C04, 01C10, 01C05, 01C06, 01M24, 01M25, 01M13, 01M18, 01M19, 01K07, 01M30, 01M31, 07C09, 07C10, 07C11, 07C12, 07C13, 07C14, 23Z02
ERROR	C230		**MAUVAISE LONGEUR DE LIGNE DE RSS**
ERROR	C231		**VERSION DE RUM OU DE RSS ABSENTE**
ERROR	C232		**VERSION DE RUM OU DE RSS NON GÉRÉE**
INFO	C233		**NUMERO D'UM NON AUTORISEE PAR RAPPORT AU PARAMETRAGE DES UM**
INFO	C241		**CODE CATÉGORIE DU NOMBRE D'INTERVENTIONS TOTALES ATTENDU MAIS NON RENSEIGNÉ** La fonction groupage signale un RSS de 0 nuit éligible à la gradation HdJ, dont la valeur du champ « Catégorie du nombre d'interventions totales » n'est pas renseignée alors que la valeur est attendue. Dans ce cas le séjour est groupé en GHM mais n'a pas de GHS (mis à 9999).
INFO	C242		**SEJOUR A FACTURER EN EXTERNE** La fonction groupage signale un RSS de 0 nuit éligible à la gradation HdJ, dont la valeur du champ « Catégorie du nombre d'interventions totales » est égale à A (= nombre d'interventions <3). Dans ce cas le séjour est groupé en GHM, mais n'a pas de GHS (mis à 9999).
ERROR	C251		**CODE INDICATEUR DE SÉJOUR NON PROGRAMMÉ INCORRECT** La fonction groupage considère comme erroné un RUM dont la valeur du champ « Non programmé » est différente de blanc, 1, ou 2.
INFO	C252		**INDICATEUR DE SÉJOUR NON PROGRAMMÉ ATTENDU MAIS NON RENSEIGNÉ** La fonction groupage signale un RSS dont la valeur du champ « Non programmé » n'est pas renseignée alors que la valeur est attendue. Cette valeur est attendu pour les patients dont l'âge est >=75 ans et dont le séjour n'est pas exclu du périmètre.
INFO	C253		**RSS MULTIUNITÉ : CODE INDICATEUR DE SÉJOUR NON PROGRAMMÉ INCONSTANT** La fonction groupage signale un RSS dont l'indicateur de séjour non programmé est renseigné plusieurs fois dans le RSS (= sur plusieurs RUM) avec une valeur différente.
ERROR	C300		**UN AUTRE DOSSIER MEDICALE A DEJA LE N°RSS**
ERROR	C301		**LA DATE DE NAISSANCE N'EST PAS UNE DATE VALIDE (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
INFO	I004		**TABLES ENDOMMAGÉES**

			À bien distinguer du code 08, l'erreur codée 04 ne devrait théoriquement pas survenir si les contrôles d'intégrité des tables sont effectués à chaque ouverture de celles-ci grâce aux checksums (applicable uniquement dans le cas d'utilisation des tables binaires).
INFO	I008		**CORRUPTION D'UNE TABLE** Les checksums dont sont truffées les tables binaires permettent dès leur ouverture d'en contrôler l'intégrité. La fonction groupage 12, après avoir détecté cette erreur, referme tous les fichiers de tables afin de pouvoir la détecter à nouveau au passage suivant.
INFO	I009		**TABLE INTROUVABLE** Dès sa première sollicitation, la fonction groupage tente d'ouvrir les tables dont elle a besoin. Si l'une d'elles n'est pas présente, elle retourne avec ce code. Notez que dans ce cas tous les fichiers de tables antérieurement ouverts sont refermés, afin que la même erreur soit détectée au passage suivant.
INFO	I500		**FICHIER D'AUTORISATIONS DES UNITÉS MÉDICALES NON TROUVÉ** Le fichier des autorisations d'unités médicales n'a pas pu être ouvert car il est introuvable. Son nom est celui passé en paramètre à la fonction groupage dans la variable « ficum » de la structure de type GRP_ENT (nouveauté 2013, avant le nom était figé, égal à ficum.txt).
INFO	I501		**FICHIER D'AUTORISATIONS DES UNITÉS MÉDICALES CORROMPU** Le fichier d'autorisations des unités médicales passé en paramètre à la fonction groupage possède une signature qui garantit son intégrité. La fonction groupage vérifie cette clé préalablement à l'ouverture de ce fichier.
INFO	I502		**DATE DE SORTIE DU RSS NON GÉRÉE PAR LES TABLES BINAIRES** Chaque table binaire possède en interne différentes sous-tables. Celles effectivement utilisées par la fonction groupage sont choisies en fonction de la date de sortie du RSS. Lorsque, pour une table binaire donnée, aucune sous-table ne correspond à cette date de sortie du RSS, la fonction groupage génère ce code erreur.
INFO	G002		**INCOMPATIBILITE SEXE DIAGNOSTIC PRINCIPAL** Cette situation est détectée dans les CMD 12, 13 et 14 : le diagnostic principal relève spécifiquement du sexe masculin, ou du sexe féminin, mais le RSS mentionne le sexe opposé.
INFO	G003		**DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOHÉRENT** Certains codes de diagnostics ne sont pas acceptables en diagnostic principal. Par exemple, l'arbre de la CMD 14 peut détecter une aberration de codage (une grossesse ectopique en DP avec résultat d'accouchement en DA; un code relatif à l'accouchement en DP sans Z37.- en DA). Ces erreurs aboutissent au même résultat
INFO	G004		**TABLES ENDOMMAGÉES OU ERREUR DANS LE PARCOURS DE L'ARBRE** Si vous obtenez cette erreur, merci de contacter l'ATIH.
INFO	G005		**DIAGNOSTIC PRINCIPAL : CODE INSUFFISAMMENT PRÉCIS POUR LA CLASSIFICATION DES GHM** Le diagnostic principal codé ne contient pas d'information suffisante pour la classification en GHM.
INFO	G006		**NOMBRE DE SEANCES > 0 ET DP N'EST PAS UN MOTIF DE SEANCES**

			Le DP n'est pas un motif de séances et le champ nombre de séances est supérieur ou égal à 1.
INFO	G007		**POIDS INCOMPATIBLE POUR UN NOUVEAU-NÉ** Le poids n'est pas mentionné dans le RSS, ou alors il est mentionné mais il n'entre pas dans les plages de poids compatibles pour un nouveau-né.
INFO	G080		**SÉJOUR AVEC ACTE OPERATOIRE MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL** Une liste d'actes a été créée dans la version 6 des GHM répertoriant des actes opératoires plutôt « légers », auparavant responsables d'un classement dans les groupes Actes sans relation avec le diagnostic principal. Elle permet à un RSS antérieurement classé dans ces groupes de l'être dans le groupe médical correspondant à son DP si tous les actes classants opératoires du RSS font partie de la liste « Actes reclassant les RSS dans un GHM médical ». Lorsque ce dispositif est activé, le code 80 est signalé afin de permettre ensuite la sélection rapide des dossiers que cet artifice permet de grouper dans un GHM avec actes classant non opératoires ou dans un GHM médical.
INFO	G200		**ERREUR TABLES : ACTE NON TROUVÉ** Les tables de la fonction groupage comportent une anomalie sur les listes d'actes. Merci de le signaler à l'ATIH.
INFO	G201		**ERREUR TABLES : DIAGNOSTIC NON AFFECTÉ À UNE RACINE MÉDICALE** Les tables de la fonction groupage comportent une anomalie sur les listes de diagnostics principaux conduisant dans une racine médicale. Merci de le signaler à l'ATIH.
INFO	G202		**ERREUR TABLES : AUTRE** Les tables de la fonction groupage comportent une anomalie portant sur des diagnostics conduisant dans une racine supprimée. Merci de le signaler à l'ATIH.
INFO	G203		**DIALYSE PÉRITONÉALE AVEC UNE DURÉE DE SÉJOUR DE 0 JOUR** La constitution d'un RSS d'une durée de 0 jour pour une séance de dialyse péritonéale n'est pas autorisée. La dialyse péritonéale en séance oriente dans un groupe erreur.
INFO	G204		**DP D'ACCOUCHEMENT HORS D'UN ÉTABLISSEMENT INCOMPATIBLE AVEC MENTION D'UN ACTE D'ACCOUCHEMENT** Dans le cadre d'un séjour où l'accouchement se déroule sur le trajet pour atteindre l'établissement de santé, la mention d'un acte d'accouchement dans le RSS avec un DP Z39.00 oriente le séjour en erreur.
INFO	G205		**DIAGNOSTIC D'ACCOUCHEMENT SANS ACTE D'ACCOUCHEMENT** Dans le cadre des séjours de la CMD 14, et hors cas des accouchements sur le trajet pour atteindre l'établissement de santé, la présence d'un diagnostic d'accouchement sans mention d'un acte d'accouchement oriente le séjour dans un groupe erreur.
INFO	G206		**ACTE D'ACCOUCHEMENT SANS DIAGNOSTIC D'ACCOUCHEMENT** Dans le cadre des séjours de la CMD 14, et hors cas des accouchements sur le trajet pour atteindre l'établissement de santé, la présence d'un acte d'accouchement sans mention d'un diagnostic d'accouchement oriente le séjour dans un groupe erreur.
INFO	G207		**ACTE D'AVORTEMENT SANS DIAGNOSTIC EN RAPPORT**

			Un séjour pour avortement doit comporter des diagnostics obligatoires en position de DP et de DA conformément au guide méthodologique de production et un acte d'avortement.
INFO	G208		**DIAGNOSTIC D'ENTRÉE D'ANTE PARTUM AVEC DIAGNOSTIC INDIQUANT LE POST PARTUM** L'association dans le même séjour de diagnostics spécifiques de l'ante partum avec des diagnostics spécifiques du post-partum conduit en erreur.
INFO	G209		**DIAGNOSTIC D'ENTRÉE DU POST PARTUM AVEC DIAGNOSTIC INDIQUANT L'ANTE PARTUM** L'association dans le même séjour de diagnostics spécifiques de l'ante partum avec des diagnostics spécifiques du post-partum conduit en erreur.
INFO	G210		**AUCUN DES DIAGNOSTICS NE PERMET DE GROUPER** Entrée dans la CMD 14, séjour sans accouchement sans aucun diagnostic permettant l'orientation dans une racine, par exemple des diagnostics non spécifiques de l'ante ou du post-partum.
INFO	G211		**DP DE LA PÉRIODE PÉRINATALE, INCOMPATIBLE AVEC L'ÂGE OU LE MODE D'ENTRÉE** Lorsque le DP est spécifique de la naissance mais que le séjour n'est pas classé dans la CM 15 en raison de son âge, de son poids et de son mode d'entrée, il est orienté en erreur.
INFO	G212		**DP DE PRÉPARATION À L'IRRADIATION AVEC UN NOMBRE DE SÉANCE À 0** Par convention, les séjours de préparation à l'irradiation doivent mentionner un nombre de séances supérieur ou égal à 1 conformément au guide méthodologique de production.
INFO	G213		**INCOMPATIBILITÉ POIDS À L'ENTRÉE DANS L'UNITÉ MÉDICALE ET ÂGE GESTATIONNEL** Le manuel contient une table des associations poids à l'entrée de l'unité médicale et âge gestationnel autorisées. Toute combinaison hors de ces bornes conduit le séjour en erreur.
INFO	G214		**MANQUE ACTE DE DIALYSE OU EXTENSIONS DES CODES DIAGNOSTICS** Dans les séances de dialyse ou d'entrainement à la dialyse, toute omission de l'acte ou du code étendu de la CIM-10 conduit le RSS-séance en erreur
INFO	G215		**MANQUE ACTE DE PRÉPARATION À L'IRRADIATION** Dans le RSP, toute omission de l'acte de préparation ou de reprise de préparation conduit le séjour en erreur.
INFO	G216		**MANQUE ACTE D'IRRADIATION** Dans les séances d'irradiation, toute omission d'un acte d'irradiation du chapitre 17 de la CCAM conduit le RSS-séance en erreur.
INFO	G222		**SEJOUR AVEC ACTE OPERATOIRE NON MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MEDICAL** A partir de la version 11 de la classification, les séjours avec un acte opératoire « non mineur » (c'est-à-dire ne faisant pas partie de la liste concernée par le code retour 80)

			sans relation avec le diagnostic principal du RSS ne sont plus orientés, comme c'était le cas jusqu'à la version 10, dans les groupes 90H02Z et 90H03Z. La fonction groupage oriente le séjour dans un GHM avec actes classant non opératoires ou dans un GHM médical. Elle renvoie alors le code 222 pour signaler les RSS concernés.
INFO	CM90		**LE RUM EST GROUPÉ EN CMD90**

9 Interface n°2 : FICHCOMP Médicament

9.1 Présentation générale

Il s'agit d'un flux d'alimentation qui concerne les médicaments de la liste en sus : L162-22-7.
La périodicité d'alimentation de DEFIS est définie par l'applicatif de gestion de la pharmacie.

Comme indiqué plus haut en réponse à ce flux, un flux « accusé réception » sera produit.

Le flux de sortie « accusé réception », outre les problèmes de format, signalera les séjours pour lesquels les données ont pu être intégrées et ceux pour lesquels les données administratives n'étaient pas présentes.

9.2 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	FICHCOMPMED
content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon de la forme *FICHCOMPMED.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat*

9.3 Format des données en entrée

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaires
N°FINESS	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	06
N°Administratif local de séjour	20	12	31	
Date d'administration	8	32	39	
Code UCD	15	40	54	
Nombre administré éventuellement fractionnaire (7+3)	10	55	64	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré (7+3)	10	65	74	7+3
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	75	75	1: oui, 2:Non
Filler	30	76	105	Réservé à un usage futur

9.4 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	FICHCOMPMED
rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *FICHCOMPMED.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat*

9.5 Format des données en sortie pour le dossier tampon

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
N° Administratif de séjour	1	20	20	
Date d'administration	21	28	8	
Code UCD	29	43	15	
Nombre de codes d'erreurs (Ne)	44	45	2	
Code d'erreur n°1	46	49	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »
…				
Code d'erreur n° Ne			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »

9.6 Erreurs FICHCOMPMED

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	D001		**La ligne de texte n'a pas la bonne longueur** La longueur de la ligne doit être égale à 105 caractères
ERROR	D002		**Le champ "date d'administration" ne contient pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	D003		**Le champ "nombre administré" ne contient pas une valeur numérique valide (7+3)** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9. Numérique avec 3 décimales)
ERROR	D004		**Le champ "montant" ne contient pas une valeur numérique valide (7+3)** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9. Numérique avec 3 décimales)
ERROR	D005		**Le code UCD est inconnu** Le code UCD est inconnu dans le référentiel des médicaments

ERROR	D006		**Le champ "type de prestation" doit être égale à "06"** Le type de prestation pour un FICHCOMP MED doit être « 06 »
INFO	D007		**Le champ "validation initiale" doit être égale à "1" (oui) ou "2" (non)** La validation initiale doit appartenir à la liste ci-dessous 1 – Oui 2 – Non
ERROR	D008		**Le champ "n°Administratif local de séjour" doit être renseigné** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9) ou vide
INFO	D009		**Le champ "finess" n'est pas renseigné** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9) ou vide
ERROR	D010		**Le code UCD est radié** Le code MED ATU est connu dans le référentiel des Médicaments anti-thrombotiques mais il a été radié

10 Interface n°3 : FICHCOMP DMI

10.1 Présentation générale

La périodicité d'alimentation de DEFIS est définie par l'applicatif de gestion de la pharmacie.

Certains contrôles ne pourront pas être faits au fil de l'eau. En particulier, DEFIS ne rejettera pas d'enregistrement si les éléments administratifs ou médicaux ne sont pas là. Il est effectivement possible que l'on ait les éléments concernant un médicament avant le RSS, ou les éléments de facturation administrative (taux de remboursement).

Ceci implique par contre, qu'un signalement devra être réalisé pour les DMI déclarés sur des identifiants séjours non récupérés par les flux principaux après un certain délai (30 jours par exemple).

Afin d'éviter ce type de problème, il faut que DEFIS ait intégré les informations administratives du patient le plus tôt possible.

Comme indiqué plus haut en réponse à ce flux, un flux « accusé réception » sera produit.

Le flux « accusé réception », outre les problèmes de format, signalera les séjours pour lesquels les données ont pu être intégrées et ceux pour lesquels les données administratives n'étaient pas présentes.

10.2 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	FICHCOMPDMI
content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *FICHCOMPDMI.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat*

10.3 Format des données en entrée

Libellé	Début	Fin	Taille	Commentaires
N° FINESS	1	9	9	
Type de prestation	10	11	2	02
N° Administratif de séjour	12	31	20	
Filler	32	41	10	
Date de pose	42	49	8	JJMMAAAA
Filler	50	57	8	
Code LPP	58	72	15	
Nombre posé	73	82	10	10+0
Prix d'achat multiplié par le nombre posé	83	92	10	7+3

10.4 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	FICHCOMPDMI
rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *FICHCOMPDMI.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat*

10.5 Format des données en sortie pour le dossier tampon

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
N° Administratif de séjour	1	20	20	
Date de pose	21	28	8	
Code LPP	29	43	15	
Nombre de codes d'erreurs (Ne)	44	45	2	
Code erreur de format ou cohérence n°1	46	49	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »
…				
Code erreur de format ou cohérence n°Ne			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »

10.6 Erreurs FICHCOMPDMI

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	Q001		**La ligne de texte n'a pas la bonne longueur** La longueur de la ligne doit être égale à 92 caractères
ERROR	Q002		**Le champ "date de pose" ne contient pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	Q003		**Le champ "nombre posé" ne contient pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	Q004		**Le champ "montant" ne contient pas une valeur numérique valide (7+3)** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9. Numérique avec 3 décimales)
ERROR	Q005		**Le code LPP est inconnu** Le code LPP est inconnu dans le référentiel des LPP
ERROR	Q006		**Le champ "type de prestation" doit être égale à "02"** Le type de prestation pour un FICHCOMP DMI doit être « 02 »
ERROR	Q007		**Le champ "n°Administratif local de séjour" doit être renseigné** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9) ou vide
INFO	Q008		**Le champ "finess" n'est pas renseigné** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9) ou vide

11 Interface n°4 : FICHCOMP PIE

11.1 Présentation générale

Ce flux est produit par le GEF, car c'est lui qui reçoit les factures des PIE.

Celles qui nous intéressent ici sont les factures de type prestation payable en sus du GHS réalisées en dehors de l'établissement. Par exemple, les suppléments SRC, SI ou REA.

11.2 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	FICHCOMPPIE
content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *FICHCOMPPIE.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat*

11.3 Format des données en entrée

Libellé	Début	Fin	Taille	Commentaires
N° FINESS	1	9	9	
Type de prestation	10	11	2	04
N° Administratif de séjour	12	31	20	
Filler	32	41	10	
Date de début de la prestation	42	49	8	JJMMAAAA
Date de fin de la prestation	50	57	8	JJMMAAAA
Code de la prestation	58	72	15	REA, SRA, SSC, SRC, STF, NN1, NN2, NN3
Nombre de suppléments payés	73	82	10	10+0
Filler	83	92	10	

11.4 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	FICHCOMPPIE
rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *FICHCOMPPIE.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat*

11.5 Format des données en sortie pour le dossier tampon

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
N° Administratif de séjour	1	20	20	
Date de début de la prestation	21	28	8	
Date de fin de la prestation	29	36	8	
Code de la prestation	37	51	15	
Nombre de codes d'erreurs (Ne)	52	53	2	
Code d'erreur n°1	54	57	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »
…				
Code d'erreur n°Ne			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »

11.6 Erreurs FICHCOMPPIE

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	E001		**La ligne de texte n'a pas la bonne longueur** La longueur de la ligne doit être égale à 92 caractères
ERROR	E002		**Le champ "date de début de prestation" ne contient pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	E003		**Le champ "date de fin de prestation" ne contient pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	E004		**La date de fin doit être supérieure ou égale à la date de début de prestation**
ERROR	E005		**Le champ "nombre de suppléments" ne contient pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	E006		**Le code de la prestation est inconnu** Le code PIE est inconnu dans le référentiel des Tarifs Forfait
ERROR	E007		**Le champ "type de prestation" doit être égale à "04"** Le type de prestation pour un FICHCOMP PIE doit être « 04 »
ERROR	E008		**Le champ "n°Administratif local de séjour" doit être renseigné** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9) ou vide
INFO	E009		**Le champ "finess" n'est pas renseigné** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9) ou vide

12 Interface n°5 : FICHCOMP DIP

12.1 Présentation générale

Ce flux peut être produit par le GEF ou par la gestion médicale des séjours. Il comporte les suppléments journaliers liés à la prise en charge des patients ayant une dialyse péritonéale en sus de leur hospitalisation.

12.2 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	FICHCOMPDIP
content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *FICHCOMPDIP.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat*

12.3 Format des données en entrée

Libellé	Début	Fin	Taille	Commentaires
N° FINESS	1	9	9	
Type de prestation	10	11	2	07
N° Administratif de séjour	12	31	20	
Filler	32	41	10	
Date de début de séjour	42	49	8	JJMMAAAA
Date de fin de séjour	50	57	8	JJMMAAAA
Code	58	72	15	DIP
Nombre de suppléments DIP	73	82	10	10+0
Filler	83	92	10	

12.4 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	FICHCOMPDIP
Rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *FICHCOMPDIP.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat*

12.5 Format des données en sortie pour le dossier tampon

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
N° Administratif de séjour	1	20	20	
Date de début de séjour	21	28	8	
Date de fin de séjour	29	36	8	
Nombre de codes d'erreurs (Ne)	37	38	2	
Code d'erreur n°1	39	42	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »
…				
Code d'erreur n°Ne			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »

12.6 Erreurs FICHCOMPDIP

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	P001		**La ligne de texte n'a pas la bonne longueur** La longueur de la ligne doit être égale à 92 caractères
ERROR	P002		**Le champ "date de début de séjour" ne contient pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	P003		**Le champ "date de fin de séjour" ne contient pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	P004		**La date de fin doit être supérieure ou égale à la date de début de séjour**
ERROR	P005		**Le champ "nombre de suppléments" ne contient pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9) ou valeur > 999
ERROR	P006		**La durée du séjour doit être supérieure ou égale au nombre de suppléments**
ERROR	P007		**Le code doit être égal à "DIP"** La valeur du code doit être « DIP » complété à gauche ou à droite par des caractères « espace »
ERROR	P008		**Le champ "type de prestation" doit être égale à "07"** Le type de prestation pour un FICHCOMP DIP doit être « 07 »
ERROR	P009		**Le champ "n°Administratif local de séjour" doit être renseigné** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9) ou vide
INFO	P010		**Le champ "finess" n'est pas renseigné** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9) ou vide

13 Interface n°6 : FICHCOMP PO

13.1 Présentation générale

Ce flux peut être produit par le GEF ou par la gestion médicale des séjours. Il comporte les informations sur les prélèvements d'organes.

13.2 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	FICHCOMPPO
Content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon de la forme *FICHCOMPPO.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat*

13.3 Format des données en entrée :

Libellé	Début	Fin	Taille	Commentaires
N° FINESS	1	9	9	
Type de prestation	10	11	2	03
N° Administratif de séjour	12	31	20	
Filler	32	41	10	
Date de réalisation	42	49	8	JJMMAAAA
Filler	50	57	8	
Code PO	58	72	15	PO1-PO9
Nombre de prélèvements	73	82	10	10+0 (=1)
Filler	83	92	10	

13.4 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	FICHCOMPPO
Rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *FICHCOMPPO.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat*

13.5 Format des données en sortie pour le dossier tampon:

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
N° Administratif de séjour	1	20	20	
Date de prélèvement	21	28	8	
Code PO	29	43	15	
Nombre de codes d'erreurs (Ne)	44	45	2	
Code d'erreur n°1	46	49	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »
…				
Code d'erreur n°Ne			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »

13.6 Erreurs FICHCOMPPO

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	O001		**La ligne de texte n'a pas la bonne longueur** La longueur de la ligne doit être égale à 92 caractères
ERROR	O002		**Le champ "date de réalisation du prélèvement" ne contient pas une date valide (DDMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	O003		**Le champ "nombre de prélèvements" ne contient pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	O004		**Le champ "nombre de prélèvements" doit être égal à 1**
ERROR	O005		**Le code PO est inconnu** Le code PO est inconnu dans le référentiel des prélèvement d'organes
ERROR	O006		**Le champ "type de prestation" doit être égale à "03"** Le type de prestation pour un FICHCOMP PO doit être « 03 »
ERROR	O007		**Le champ "n°Administratif local de séjour" doit être renseigné** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9) ou vide
INFO	O008		**Le champ "finess" n'est pas renseigné** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9) ou vide

14 Interface n°7 : VIDHOSP FIDES

14.1 Présentation générale

Il s'agit d'un flux d'alimentation. Il va être produit par un des éléments du système GAM/GEF, car c'est ce système qui est considéré comme fournissant le fichier VIDHOSP (même si en pratique dans certains établissements ce peut-être une autre application). Cependant les informations nécessaires à la production d'une Norme B2 complète ne sont disponibles qu'une fois la facturation patient/OC réalisée.

Ce flux est substantiellement différent du flux actuel, car le flux actuel n'était utilisé que pour avoir des informations nécessaires à la valorisation et non pas à la facturation individuelle.

Comme les autres flux, si un enregistrement est envoyé plusieurs fois, il sera considéré comme un annule/remplace des informations déjà intégrées avec production d'un signalement dans le flux retour. Cette possibilité est ouverte jusqu'à ce que la facture soit validée. A partir de ce moment tout renvoi de données entraîne un rejet motivé de l'enregistrement.

En réponse au flux d'alimentation, un flux « accusé réception » sera produit. Ce flux permettra l'identification des séjours sur la base du numéro administratif de séjour/ numéro d'entrée. Pour chaque enregistrement il proposera un ensemble de codes retour permettant à l'application appelante de connaître le motif de rejet éventuel.

Il faut noter que dans le cas d'un patient bénéficiant de la CMUC gérée par le régime général, il ne doit pas y avoir d'éclatement à la source. Le top éclatement à la source ne doit pas être positionné et les variables concernant la facturation en TJP doivent l'être. D'autre part la facturation patient ne devra pas être réalisée elle sera entièrement gérée par la télétransmission.

14.2 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	VIDHOSP
Content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *VIDHOSP.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat*

14.3 Format des données en entrée

2 formats en entrée sont acceptés V014 et V013.

14.3.1 Format V014 (à partir de 2021) :

Note : si le champ « Séjour facturable à l'assurance maladie » vaut 0, seuls les champs sur fond jaune sont requis (dans ce cas la longueur des enregistrements vaut 373)

Nom	Taille	Début	Fin	Type de la norme (B2 *)	Position dans la norme	Obligatoire	Consignes
N° immatriculation assuré	13	1	13	2	déc-24	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge.
Clé du N° immatriculation	2	14	15	2	25-26	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge.. Clé à contrôler après la saisie annexe 5
Code Grand Régime	2	16	17	2	49-50	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. Voir codification annexe 2
Code gestion	2	18	19			O	Reporter l'information figurant dans la zone « régime obligatoire » de la carte vitale
Date de naissance du bénéficiaire	8	20	27	2	96-101	O	Indiquer ici la date de naissance du bénéficiaire. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Sexe du bénéficiaire	1	28	28			O	
N° administratif de séjour	20	29	48			O	
N° format VID-HOSP	4	49	52			O	V014
N° FINESS d'inscription e-PMSI	9	53	61			O	
N° immatriculation individuel	13	62	74	2S	50-62	F	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Clé du N° immatriculation individuel	2	75	76	2S	63-64	F	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Justification d'exonération ou de modulation du ticket modérateur	1	77	77	2	79	O	Précise et justifie l'exonération ou la modulation du ticket modérateur appliqué aux soins facturés. Cf. codification annexe 9. Cette justification vaut pour la totalité de la facture, sauf indication contraire au niveau de la ligne dans le type 3 (position 64) ou le Type 4 (position 54) en Norme CP.
Code de prise en charge du forfait journalier	1	78	78	3	70	F	

Nature d'assurance	2	79	80	2	77-78	O	10 : maladie / 13 : maladie régime local Alsace-Moselle / 30 : maternité / 41 : accident du travail / 90 : prévention maladie
Type de contrat	2	81	82	2	117-118	F	Indiquer le type de contrat codification fournie par la caisse. 85 : sortants du dispositif CMUC (géré par un organisme obligatoire) 87 : sortants du dispositif CMUC (géré par un organisme complémentaire) 88 : aide à la mutualisation (panier de biens = panier CMUC) 89 : bénéficiaire de la CMU complémentaire (en cours), quel que soit le gestionnaire
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	83	83			O	
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	84	84			N	
Facturation du 18 €	1	85	85			O	Participation forfaitaire de 18€ en cas de réalisation d'actes coûteux au cours de la prise en charge
Nombre de venues de la facture	4	86	89			O	
Montant à facturer au titre du TM	10	90	99			O	
Montant à facturer au titre du FJ	10	100	109			O	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMO (i.e. hors prestations annexes)	10	110	119			O	
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	120	123			O	
Montant base remboursement	10	124	133			O	
Taux de remboursement	5	134	138			O	
Patient bénéficiaire de la CMU	1	139	139			F	0 : Non | 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
N° administratif de séjour de la mère	20	140	159			F	A renseigner pour tous les nouveau-nés dont la mère est hospitalisée dans l'établissement
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	160	160			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	161	161			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Date de l'hospitalisation	8	162	169	2	80-85	O	Date du début de l'hospitalisation quel que soit l'établissement (en cas de transfert par exemple). ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	170	179			O	Dans le cas d'un séjour normal, il doit correspondre au montant du reste à charge patient hors prestations annexes. Il doit être renseigné même si le patient n'a pas d'assurance complémentaire.

Code participation assuré	1	180	180	3	117	F	
N° d'entrée	9	181	189	2	40-48	O	N° attribué par l'établissement
Rang de naissance	1	190	190	2	102	F	
Rang du bénéficiaire	3	191	193	2	27-29	F	Valeur 000 pour le régime général. A prendre sur l'attestation de droits ou la prise en charge pour autres régimes si présent
N° caisse gestionnaire	3	194	196	2	51-53	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. Voir codification annexe 3
N° centre gestionnaire	4	197	200	2	54-57	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. Pour le RSI : cadrage du numéro de centre à gauche, le 4ème caractère doit être renseigné par un 0 en position 57
Filler	30	201	230			F	Réservé pour usage futur ;
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	231	231				1 pour oui laisser à vide sinon
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	232	240	2	86-94	F	L'organisme obligatoire peut selon conventions régler directement la part de l'organisme complémentaire à l'établissement ou à l'assuré ou transmettre l'image de son décompte à l'organisme complémentaire. Lorsque l'établissement pratique un tiers payant sur la part complémentaire, il doit obligatoirement positionner le n° de l'organisme complémentaire, cadré à droite, et complété par des zéros à gauche, ou le top mutualiste «M » en position 128, la zone étant complétée par des blancs.
N° d'organisme complémentaire	10	241	250	2	119-128	F	L'organisme obligatoire peut selon conventions régler directement la part de l'organisme complémentaire à l'établissement ou à l'assuré ou transmettre l'image de son décompte à l'organisme complémentaire. Lorsque l'établissement pratique un tiers payant sur la part complémentaire, il doit obligatoirement positionner le n° de l'organisme complémentaire, cadré à droite, et complété par des zéros à gauche, ou le top mutualiste «M » en position 128, la zone étant complétée par des blancs.
Nature de la pièce justificative des droits	1	251	251	2	58	O	Voir codification en annexe 8 - JUSTIFICATION DES DROITS AMO
Prise en charge établie le	8	252	259	2	59-64	F	Obligatoire si l'établissement a indiqué qu'il possède une prise en charge. Indiquer la date de prise en charge par l'organisme d'Assurance maladie.ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA

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

							3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Statut FT AMC	1	349	349			O	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Statut FT patient	1	350	350			O	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Pays d'assurance social	3	351	353			O	Code INSEE à 5 chiffres, sans les deux premiers chiffres 99. Pour renseigner cette donnée, il est important de prendre en compte le contexte assurantiel du patient (et non son pays d'origine).Par exemple, un patient français peut avoir une assurance étrangère (anglaise, américaine ou autre…). De même, un patient américain peut avoir une assurance anglaise ou autre. Le code pays à renseigner est bien le code pays de l'assurance du patient. » Mettre 000 ou laisser à blanc quand l'information n'est pas disponible.
Numéro d'identification permanent du patient (IPP)	20	354	373			O	Numéro d'identification permanente du patient
Identiifant national de santé (INS)	15	374	388			F	13+2
ART51	1	389	389			F	1 si séjour, actes ou consultations externes relevant d'expérimentatione article 51, vide sinon
Complément au numéro de titre de recette	6	390	395	2S	42-47	F	Obligatoire pour le receveur des hôpitaux publics. Complément au numéro de titre de recette (position 30-38 du type 2 CP).
Top déclaration de médecin traitant	1	396	396	2S	71	F	Valeur « O » si le bénéficiaire a déclaré un médecin traitant. Valeur « N » si le bénéficiaire n'a pas déclaré de médecin traitant. A blanc dans les autres situations.
Nom du médecin traitant ou du praticien qui a orienté le patient	25	397	421	2S	72-96	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Prénom du médecin traitant ou du praticien qui a orienté le patient	15	422	436	2S	97-111	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Indicateur du parcours de soins	1	437	437	2S	121	F	Valeurs possibles dans le cadre du parcours de soins : Cf. annexe 25.
CMUC en gestion unique	1	438	438			F	0 : Non | 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information ou non applicable
Établissement de Transfert	14	439	452	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement destinataire en cas de transfert > 48h

Établissement de Retour		14	453	466	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement de transfert lorsque le patient revient dans l'établissement d'origine
Nombre de disciplines de prestations (N)		2	467	468			O	
DMT n°1	Discipline de prestations (ex DMT)	3			3	41-43	F	
	Mode de traitement	2			3	39-40	F	
	Date de début de séjour	8			3	44-49	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Date de fin de séjour	8			3	50-55	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Prix unitaire	7			3	76-82	O	5+2
	Base de remboursement	8			3	83-90	O	6+2
	Taux applicable à la prestation	3			3	91-93	O	
	Montant remboursable par la caisse	8			3	94-101	O	6+2
…								
DMT n° N	Discipline de prestations (ex DMT)	3			3	41-43	F	
	Mode de traitement	2			3	39-40	F	
	Date de début de séjour	8			3	44-49	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Date de fin de séjour	8			3	50-55	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Prix unitaire	7			3	76-82	O	5+2
	Base de remboursement	8			3	83-90	O	6+2
	Taux applicable à la prestation	3			3	91-93	O	
	Montant remboursable par la caisse	8			3	94-101	O	6+2

14.3.2 Format V013 (à partir de 2019) :

Note : si le champ « Séjour facturable à l'assurance maladie » vaut 0, seuls les champs sur fond jaune sont requis (dans ce cas la longueur des enregistrements vaut 373)

Nom	Taille	Début	Fin	Type de la norme (B2 *)	Position dans la norme	Obligatoire	Consignes

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

Facturation du 18 €	1	85	85			O	Participation forfaitaire de 18€ en cas de réalisation d'actes coûteux au cours de la prise en charge
Nombre de venues de la facture	4	86	89			O	
Montant à facturer au titre du TM	10	90	99			O	
Montant à facturer au titre du FJ	10	100	109			O	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMO (i.e. hors prestations annexes)	10	110	119			O	
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	120	123			O	
Montant base remboursement	10	124	133			O	
Taux de remboursement	5	134	138			O	
Patient bénéficiaire de la CMU	1	139	139			F	0 : Non | 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
N° administratif de séjour de la mère	20	140	159			F	A renseigner pour tous les nouveau-nés dont la mère est hospitalisée dans l'établissement
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	160	160			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	161	161			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Date de l'hospitalisation	8	162	169	2	80-85	O	Date du début de l'hospitalisation quel que soit l'établissement (en cas de transfert par exemple). ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	170	179			O	Dans le cas d'un séjour normal, il doit correspondre au montant du reste à charge patient hors prestations annexes. Il doit être renseigné même si le patient n'a pas d'assurance complémentaire.
Code participation assuré	1	180	180	3	117	F	
N° d'entrée	9	181	189	2	40-48	O	N° attribué par l'établissement
Rang de naissance	1	190	190	2	102	F	
Rang du bénéficiaire	3	191	193	2	27-29	F	Valeur 000 pour le régime général. A prendre sur l'attestation de droits ou la prise en charge pour autres régimes si présent
N° caisse gestionnaire	3	194	196	2	51-53	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. Voir codification annexe 3
N° centre gestionnaire	4	197	200	2	54-57	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. Pour le RSI : cadrage du numéro de centre à gauche, le 4ème caractère doit être renseigné par un 0 en position 57
Filler	30	201	230			F	Réservé pour usage futur ;

Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	231	231				1 pour oui laisser à vide sinon
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	232	240	2	86-94	F	L'organisme obligatoire peut selon conventions régler directement la part de l'organisme complémentaire à l'établissement ou à l'assuré ou transmettre l'image de son décompte à l'organisme complémentaire. Lorsque l'établissement pratique un tiers payant sur la part complémentaire, il doit obligatoirement positionner le n° de l'organisme complémentaire, cadré à droite, et complété par des zéros à gauche, ou le top mutualiste «M » en position 128, la zone étant complétée par des blancs.
N° d'organisme complémentaire	10	241	250	2	119-128	F	L'organisme obligatoire peut selon conventions régler directement la part de l'organisme complémentaire à l'établissement ou à l'assuré ou transmettre l'image de son décompte à l'organisme complémentaire. Lorsque l'établissement pratique un tiers payant sur la part complémentaire, il doit obligatoirement positionner le n° de l'organisme complémentaire, cadré à droite, et complété par des zéros à gauche, ou le top mutualiste «M » en position 128, la zone étant complétée par des blancs.
Nature de la pièce justificative des droits	1	251	251	2	58	O	Voir codification en annexe 8 - JUSTIFICATION DES DROITS AMO
Prise en charge établie le	8	252	259	2	59-64	F	Obligatoire si l'établissement a indiqué qu'il possède une prise en charge. Indiquer la date de prise en charge par l'organisme d'Assurance maladie.ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	260	267	2	65-70	F	Obligatoire si l'établissement a indiqué que l'assuré a présenté une attestation de droits, une carte Vitale ou une prise en charge. Indiquer la date de validité de cette attestation. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Délivrée par	3	268	270	2	71-73	F	Code de l'organisme ayant délivré l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. (A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge)
Régime de prestation de l'assuré	3	271	273	2	74-76	F	A reprendre sur la prise en charge ou laisser à 000. Cette information est obligatoire, en cas de présence de types 2B/2C, pour les bénéficiaires relevant de la subsistance « F212 », au sens du décret du 22.12.1967 (ex : bénéficiaires hospitalisés MECS, …)
Top éclatement des flux par l'établissement	1	274	274	2	95	F	Valeur « F » : éclatement du flux à la source par l'établissement. La part AMC est transmise sur une facture distincte (hors CMU uniquement). A blanc : Pas d'éclatement à la source.

Date d'entrée	8	275	282	2	103-108	O	Date d'entrée de l'hospitalisé dans l'établissement qui présente la facture (ou date de début de facturation). ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Date de sortie	8	283	290	2	109-114	O	Indiquer la date de sortie réelle si tel est le cas, ou la date limite de facturation s'il s'agit d'une facturation partielle. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Montant total du séjour facturé au patient	8	291	298			N	Indicateur Simphonie Montant facturé au titre de la part patient
Rejet AMO	1	299	299			O	Indicateur Simphonie Nombre de fois où FT AMO a été rejetée (0 à 9)
Date de facturation AMO	8	300	307			N	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT AMO
Date de facturation AMC	8	308	315			N	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT AMC
Date de facturation patient	8	316	323			N	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT patient
Date de paiement AMO	8	324	331			N	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMO est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement AMC	8	332	339			N	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMC est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement patient	8	340	347			N	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT patient est payée en totalité (statut S16)
Statut FT AMO	1	348	348			O	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Statut FT AMC	1	349	349			O	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Statut FT patient	1	350	350			O	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Pays d'assurance social	3	351	353			O	Code INSEE à 5 chiffres, sans les deux premiers chiffres 99. Pour renseigner cette donnée, il est important de prendre en compte le contexte assurantiel du patient (et non son pays d'origine).Par exemple, un patient français peut avoir une assurance étrangère (anglaise, américaine ou autre…). De même, un patient américain peut avoir une assurance anglaise ou

								autre. Le code pays à renseigner est bien le code pays de l'assurance du patient. » Mettre 000 ou laisser à blanc quand l'information n'est pas disponible.
Numéro d'identification permanent du patient (IPP)		20	354	373			O	Numéro d'identification permanente du patient
Complément au numéro de titre de recette		6	374	379	2S	42-47	F	Obligatoire pour le receveur des hôpitaux publics. Complément au numéro de titre de recette (position 30-38 du type 2 CP).
Top déclaration de médecin traitant		1	380	380	2S	71	F	Valeur « O » si le bénéficiaire a déclaré un médecin traitant. Valeur « N » si le bénéficiaire n'a pas déclaré de médecin traitant. A blanc dans les autres situations.
Nom du médecin traitant ou du praticien qui a orienté le patient		25	381	405	2S	72-96	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Prénom du médecin traitant ou du praticien qui a orienté le patient		15	406	420	2S	97-111	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Indicateur du parcours de soins		1	421	421	2S	121	F	Valeurs possibles dans le cadre du parcours de soins : Cf. annexe 25.
CMUC en gestion unique		1	422	422			F	0 : Non | 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information ou non applicable
Établissement de Transfert		14	423	436	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement destinataire en cas de transfert > 48h
Établissement de Retour		14	437	450	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement de transfert lorsque le patient revient dans l'établissement d'origine
Nombre de disciplines de prestations (N)		2	451	452			O	
DMT n°1	Discipline de prestations (ex DMT)	3			3	41-43	F	
	Mode de traitement	2			3	39-40	F	
	Date de début de séjour	8			3	44-49	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Date de fin de séjour	8			3	50-55	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Prix unitaire	7			3	76-82	O	5+2
	Base de remboursement	8			3	83-90	O	6+2
	Taux applicable à la prestation	3			3	91-93	O	
	Montant remboursable par la caisse	8			3	94-101	O	6+2
…								
DMT n° N	Discipline de prestations (ex DMT)	3			3	41-43	F	

	Mode de traitement	2			3	39-40	F	
	Date de début de séjour	8			3	44-49	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Date de fin de séjour	8			3	50-55	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Prix unitaire	7			3	76-82	O	5+2
	Base de remboursement	8			3	83-90	O	6+2
	Taux applicable à la prestation	3			3	91-93	O	
	Montant remboursable par la caisse	8			3	94-101	O	6+2

14.4 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	VIDHOSP
rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *VIDHOSP.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat*

14.5 Format des données en sortie pour le dossier tampon

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
N° immatriculation assuré	1	13	13	
Clé du N° immatriculation	14	15	2	
Rang du bénéficiaire	16	18	3	
N° d'entrée	19	27	9	
Nombre de codes d'erreurs (Ne)	28	29	2	
Code d'erreur n°1	30	33	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »
…				
Code d'erreur n°Ne			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »

14.6 ERREURS VIDHOSP

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	A001		**Le code grand régime n'a pas une valeur alphanumérique valide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9)
ERROR	A002		**La date de naissance n'est pas une date valide (JJMMAAAA) et est différente de « XXXXXXXX »** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008) et différente de XXXXXXXX
ERROR	A003		**Le code sexe du patient n'a pas une valeur alphanumérique valide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9)
ERROR	A004		**Le numéro administratif de séjour n'est pas renseigné**

			Non renseigné (20 caractères espace)
ERROR	A005		**Le code justification d'exonération du ticket modérateur n'a pas une valeur alphanumérique valide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9)
ERROR	A006		**Le code prise en charge du forfait journalier n'a pas une valeur alphanumérique valide ou n'est pas vide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z, 0 à 9 et espace)
ERROR	A007		**Le code de nature de l'assurance n'a pas une valeur alphanumérique valide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9)
ERROR	A008		**Le code du type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire n'a pas une valeur alphanumérique valide ou n'est pas vide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9 et espace)
ERROR	A009		**Le code séjour facturable à l'assurance maladie n'est pas valide** Le code séjour facturable à l'assurance maladie doit appartenir à la liste ci-dessous 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
ERROR	A010		**Le code du motif de la non facturation à l'assurance maladie n'a pas une valeur alphanumérique valide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9)
ERROR	A011		**Le code du motif de facturation du 18€ n'a pas une valeur alphanumérique valide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9)
ERROR	A012		**Le nombre de venues de la facture n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	A013		**Le montant à facturer au titre du ticket modérateur n'a pas une valeur numérique valide (8+2)** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9. Numérique avec 2 décimales)
ERROR	A014		**Le montant à facturer au titre du forfait journalier n'a pas une valeur numérique valide (8+2)** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9. Numérique avec 2 décimales)
ERROR	A015		**Le montant total du séjour remboursable pour l'AMO n'a pas une valeur numérique valide (8+2)** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9. Numérique avec 2 décimales)
ERROR	A016		**Le montant lié à la majoration au parcours de soin n'a pas une valeur numérique valide (2+2)**

			Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9. Numérique avec 2 décimales)
ERROR	A017		**Le montant base remboursement n'a pas une valeur numérique valide (8+2)** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9. Numérique avec 2 décimales)
ERROR	A018		**Le taux de remboursement n'a pas une valeur numérique valide (1+4)** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9. Numérique avec 4 décimales)
ERROR	A019		**Le top CMU n'a pas une valeur alphanumérique valide ou n'est pas vide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z, 0 à 9 et espace)
ERROR	A020		**Le code participation de l'assuré n'a pas une valeur alphanumérique valide ou n'est pas vide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z, 0 à 9 et espace)
ERROR	A021		**Le top hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère n'a pas une valeur alphanumérique valide ou n'est pas vide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z, 0 à 9 et espace)
ERROR	A022		**Le top hospitalisation pour prélèvement d'organe n'a pas une valeur alphanumérique valide ou n'est pas vide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z, 0 à 9 et espace)
ERROR	A023		**Le numéro d'entrée n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	A024		**Le rang de naissance n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	A025		**Le rang du bénéficiaire n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	A026		**Le n° de caisse gestionnaire n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	A027		**Le n° centre gestionnaire n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	A028		**La nature de la pièce justificative n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	A029		**La date d'établissement de la prise en charge n'est pas une date valide (JJMMAAAA) ou n'est pas vide**

			Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008) ou n'est pas vide (8 caractères espaces)
ERROR	A030		**La date de validité de l'attestation de droits, carte Vitale ou PEC n'est pas une date valide (JJMMAAAA) ou n'est pas vide** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008) ou n'est pas vide (8 caractères espaces)
ERROR	A031		**L'origine de l'attestation de droits n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	A032		**Le code du régime de prestation de l'assuré n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	A033		**La date de début d'hospitalisation n'est pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	A034		**Le numéro ou la date d'accident n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	A035		**Le top éclatement des flux par l'établissement n'a pas une valeur alphanumérique valide ou n'est pas vide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z, 0 à 9 et espace)
ERROR	A036		**La date d'entrée n'est pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	A037		**La date de sortie n'est pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	A038		**Le complément au titre de recette n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	A039		**Le top déclaration de médecin traitant n'a pas une valeur alphanumérique valide ou n'est pas vide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z, 0 à 9 et espace)
ERROR	A040		**L'indicateur du parcours de soins n'a pas une valeur alphanumérique valide ou n'est pas vide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z, 0 à 9 et espace)
ERROR	A041		**Le nombre de DMT n'a pas une valeur numérique valide**

			Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	A042		**Le numéro d'immatriculation de l'assuré n'a pas une valeur alphanumérique valide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9)
ERROR	A043		**La clé du numéro d'immatriculation de l'assuré n'a pas une valeur alphanumérique valide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9)
ERROR	A044		**La longueur de la ligne VIDHOSP ne correspond pas à la longueur requise**
ERROR	A045		**Le montant total du séjour remboursable pour l'AMC n'a pas une valeur numérique valide (8+2)** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9. Numérique avec 2 décimales)
ERROR	A047		**Le format du fichier VIDHOSP est inconnu** Valeurs V008 et V009 autorisées
ERROR	A070		**Zone DMT : la discipline de prestations n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	A071		**Zone DMT : le mode de traitement n'a pas une valeur alphanumérique valide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9)
ERROR	A072		**Zone DMT : la date de début de séjour n'est pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	A073		**Zone DMT : la date de fin de séjour n'est pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	A074		**Zone DMT : le prix unitaire n'a pas une valeur numérique valide (5+2)** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9. Numérique avec 2 décimales)
ERROR	A075		**Zone DMT : la base de remboursement n'a pas une valeur numérique valide (6+2)** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9. Numérique avec 2 décimales)
ERROR	A076		**Zone DMT : le taux applicable à la prestation n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9)
ERROR	A077		**Zone DMT : le montant remboursable par la caisse n'a pas une valeur numérique valide (6+2)** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9. Numérique avec 2 décimales)

ERROR	A078		**La zone CMUC en gestion unique n'a pas une valeur alphanumérique valide ou n'est pas vide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z, 0 à 9 et espace)
ERROR	A079		**La zone établissement de transfert n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9)
ERROR	A080		**La zone établissement de retour n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9)
ERROR	A081		**Le code gestion n'a pas une valeur alphanumérique valide ou n'est pas vide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z, 0 à 9 et espace)
ERROR	A082		**La confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents n'a pas une valeur alphanumérique valide ou n'est pas vide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : 1 ou vide)
ERROR	A083		**Le code du numéro d'organisme complémentaire n'a pas une valeur alphanumérique valide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z, 0 à 9 et espace)
ERROR	A084		**La version du VIDHOSP n'est pas valide**
ERROR	A085		**Le numéro Finess d'inscription e-PMSI est incorrect** Le numéro FINESS doit comporter que des chiffres (à l'exception de la Corse).
ERROR	A086		**Le numéro d'immatriculation individuel n'a pas une valeur alphanumérique valide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9)
ERROR	A087		**La clé du numéro d'immatriculation individuel n'a pas une valeur alphanumérique valide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9)
ERROR	A088		**Le montant total du séjour facturé au patient n'a pas une valeur numérique valide (8+2)** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9. Numérique avec 2 décimales)
ERROR	A089		**Le rejet AMO n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	A090		**La date de facturation AMO n'est pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	A091		**La date de facturation AMC n'est pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	A092		**La date de facturation patient n'est pas une date valide (JJMMAAAA)**

			Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	A093		**La date de paiement AMO n'est pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	A094		**La date de paiement AMC n'est pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	A095		**La date de paiement patient n'est pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	A096		**Le staut FT AMO n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	A097		**Le staut FT AMC n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	A098		**Le staut FT patient n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	A099		**Le pays d'assurance social n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9 et espace)
ERROR	A101		**Le numéro d'identification permanent du patient (IPP) n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9 et espace)
ERROR	A101		**L'identiifant national de santé (INS) n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	A101		**Le champ ART51 n'a pas une valeur alphanumérique valide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : 1 ou vide)

15 Interface N°8 : La production des factures en norme B2

15.1 Présentation générale

La production des fichiers factures en norme B2 est une opération plus complexe que les précédentes.

Il ne s'agit pas ici d'automatiser une procédure existante, comme pour les fichiers de RSS-Groupés ou VIDHOSP, mais de développer une nouvelle fonctionnalité dans l'applicatif de gestion de la facturation (système GAM-GEF en général).

Dans le cadre de FIDES, les fichiers normes B2 doivent être constitués de la manière suivante :

Un fichier par Grand Régime / Centre informatique / Organisme destinataire délimité par des enregistrements T000 et T999

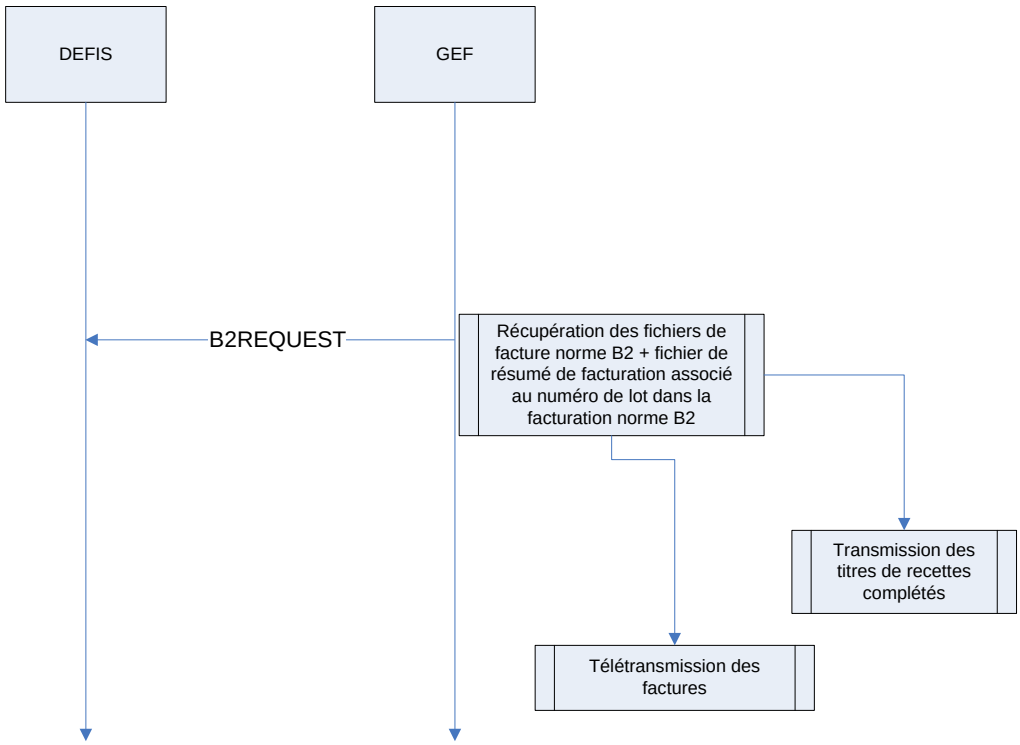
Ce fichier est constitué de lots délimités par des enregistrements T1 et T6 : Les critères de ruptures de lots applicables sont les suivants :

- par numéro FINESS géographique
- par numéro d'organisme destinataire
- par paquets de 999 factures

Compte tenu de la constitution des fichiers de lots de factures imposés par la norme, les factures pouvant être télétransmises chaque jour seront nécessairement dans plusieurs fichiers.

Dans les EPS :

Dans les établissements publics, DEFIS fournit des éléments permettant l'élaboration des titres de recettes et la facture qui sera télétransmise. Pour ce faire, l'application GEF devra mettre en oeuvre le schéma suivant.



i. GEF transmet un flux B2REQUEST pour récupérer les factures en norme B2 prêtes à être télétransmises. En pratique, DEFIS attribue les numéros de titre de recette dans la base facturation. Puis il élabore les fichiers en norme B2 complets prêts à l'envoi ainsi qu'un fichier de résumés de factures. Il réalise également un fichier (F_FACTTITRE) contenant pour chaque facture, le numéro du titre ainsi que le positionnement dans les fichiers norme B2 (nom du fichier, date, n° de lot). L'ensemble de ces éléments sont transmis en un seul flux de sortie (ZIP contenant les fichiers de factures en norme B2, le fichier de résumés de factures et le fichier F_FACTTITRE).

ii. GEF : Récupération des fichiers définis plus haut. Les fichiers normes B2 sont prêts à la télétransmission, les éléments fournis dans le deuxième fichier permettent l'élaboration des titres de recettes qui peuvent être envoyés au comptable.

Dans les ESPIC :

Il n'y a pas de production de titre de recette. Le schéma d'échange sera le suivant :

i. GEF transmet un flux B2REQUEST pour récupérer les factures en norme B2 prêtes à être télétransmises. En pratique, DEFIS élabore les fichiers en norme B2 complets prêts à l'envoi ainsi qu'un fichier de résumés de factures.

Pour des soucis d'homogénéité, DEFIS réalise également le fichier F_FACTTITRE pour les ESPIC, contenant pour chaque facture, le numéro du titre fictif (constitué par le n° de facture étendu sur 15 caractères, en insérant des zéros devant) ainsi que le positionnement dans les fichiers norme B2 (nom du fichier, date, n° de lot).

L'ensemble de ces éléments sont transmis en un seul flux de sortie (ZIP contenant les fichiers de factures en norme B2, le fichier de résumés de factures et le fichier F_FACTTITRE).

ii. Récupération des fichiers définis plus haut. Les fichiers normes B2 sont prêts à la télétransmission.

Pour les EPS et ESPIC :

Flux d'entrée : aucun

Flux de sortie :

Balise	Contenu
streamtype	B2
Content	Il s'agit d'un ZIP : cf. ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *B2.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].ZIP*

Le ZIP contient les éléments suivants :

- Un ou plusieurs fichiers B2 (un fichier par Grand Régime / Centre informatique / Organisme destinataire) avec la convention de nommage suivante :

```
000000[code grand régime][code centre informatique][code organisme destinataire].[Identifiant du fichier].dat
```

Pour les formats cf. cahier des charges de la norme B2.

- Un fichier de résumé des factures (portant le nom « FACT_SYNTH.TXT ») ayant le format suivant :

NOM	déb	fin	Taille	Consignes
N° immatriculation assuré	1	13	13	
Clé du N° immatriculation	14	15	2	
Rang du bénéficiaire	16	18	3	

N° d'entrée	19	27	9	
N° de facture	28	36	9	
N° de titre de recettes	37	51	15	Pour les ESPIC, ce N° est fictif. Sa valeur est égale au N° de facture étendu sur 15 caractères, en insérant des zéros devant
Identifiant du fichier B2	52	57	6	
N° Administratif de séjour	58	77	20	
Informations de valorisation				Cf. Annexe « Informations de valorisation du fichier « FACT_SYNTH.TXT » Note : ces informations ne sont pas encore disponibles. Elles le seront prochainement.

Pour chaque enregistrement, le fichier « FACT_SYNTH.TXT » contient 51 caractères. Les informations concernant la valorisation seront ajoutées prochainement.

- Le fichier F_FACTTITRE (« F_FACTTITRE.TXT ») ayant le format suivant :

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
N° immatriculation assuré	1	13	13	
Clé du N° immatriculation	14	15	2	
Rang du bénéficiaire	16	18	3	
N° lot	19	21	3	
N° d'entrée	22	30	9	
N° de facture	31	39	9	
Date de génération de la facture	40	47	8	
N° titre de recettes	48	62	15	Pour les ESPIC, ce N° est fictif. Sa valeur est égale au N° de facture étendu sur 15 caractères, en insérant des zéros devant
Nom du fichier B2 dans lequel le titre apparaît	63	142	80	
Montant total de la facture	143	151	9	
Identifiant du fichier B2	152	157	6	
N° Administratif de séjour	158	177	20	

- L'accusé de réception indiquant les éventuels problèmes rencontrés lors de la génération B2

Concernant la partie « Nombre de factures par fichier B2 généré », le nom du fichier B2 est contenu entre les balises « fileinvoiceidentification » et le nombre de factures associé est contenu entre les balises « fileinvoicenumber ».

Il y a autant de bloc (décrit ci-dessous) que de fichiers B2 générés

Nom balise	Niveau	description
fileinvoicesummary	3	
fileinvoicedetail	4	
fileinvoiceidentification	5	
		Nom du fichier B2 généré
/fileinvoiceidentification	5	
fileinvoicenumber	5	
		Nombre de factures dans le fichier B2 associé
/fileinvoicenumber	5	
/fileinvoicedetail	4	
/fileinvoicesummary	3	

Voici un exemple de fichier ARL concernant la partie « Nombre de factures par fichier B2 généré » :

```
<defistream>
    <integration>
        <begining>20150318124030</begining>
        <duration>5.2375839</duration>
        <errorsmessagescount>0</errorsmessagescount>
        <fileinvoicesummary>
            <fileinvoicedetail>
                <fileinvoiceidentification>
                    <![CDATA[00000001000331.000113]]>
                </fileinvoiceidentification>
                <fileinvoicenumber>1</fileinvoicenumber>
            </fileinvoicedetail>
        </fileinvoicesummary>
        <infosmessagescount>0</infosmessagescount>
        //Total des dossiers intégrés
        <integratedrowscount>1</integratedrowscount>
        //Message d'intégration
        <integrationmessages/>
        //Code d'intégration: KO ou OK
        <integrationresultcode>OK</integrationresultcode>
        <integrationresultmessage>Le traitement du flux est un succès</integrationresultmessage>
        //Total des dossiers rejetés
```

```
                    <rejectedrowscount>0</rejectedrowscount>
                    <streamid>3083</streamid>
                    //Total des dossiers à générer
                    <totalrowscount>1</totalrowscount>
                    //Total des dossiers en warning (dévalidation)
                    <warningsmessagescount>0</warningsmessagescount>
                </integration>
                <streamtype>B2REQUEST</streamtype>
                <user>atihuser</user>
</defistream>
```

Note : le paramétrage de la fréquence d'appel dans l'application GEF (une fois par jour, toutes les semaines, …) permet de s'adapter au rythme de facturation de l'établissement.

Note : La génération de la norme B2 est commandée par l'intégration d'un flux de type « B2REQUEST » (ne contenant pas de données) dans DEFIS par répertoire tampon ou par web service. L'ARL renvoyé (uniquement en mode tampon) indique si la génération s'est déroulée correctement. Le chemin de génération des archives B2 est paramétré dans DEFIS.

15.1 Information de valorisation du fichier « FACT_SYNTH.TXT »

Les informations suivantes sont séparées par des points virgules dans le fichier fact_synth.txt.

FORMAT DES DONNEES VISUALISEES	
No_admin	Numéro administratif de séjour
date_ent	Date d'entrée du séjour (date d'entrée du premier RUM du séjour)
date_sor	Date de sortie du séjour (date de sortie du dernier RUM du séjour)
finess	Numéro FINESS de l'établissement
valo	=0 si le séjour n'est pas valorisé
	=1 si le séjour est valorisé
	=2 dans le cas d'un séjour non valorisé avec prélèvement d'organes. Dans ce cas, seuls les prélèvements d'organe sont valorisés pour le séjour.
ghs	Numéro du GHS
ponder	Nombre de séjours ou nombre de séances

coeftrans	Coefficient de transition
coefgeo	Coefficient géographique
taux2	Taux de remboursement
mnt_majo	Montant majoration du parcours de soin
mnt_18	Montant participation forfaitaire du 18 euros
mnt_fj2	Montant du forfait journalier
mnt_ghs_am	Valorisation AM GHS
sejxinf	Type de séjour inférieur à la borne extrême basse
nbexb	Nb journées EXB
mnt_exinf_am	Valorisation AM EXB
ghs50	Nb séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
mnt_ghs50_am	Valorisation AM des séjours avec réhospitalisation dans le même GHM
nbexh	Nombre de journées EXH
mnt_exh_am	Valorisation AM EXH
mnt_supphd_am	Valorisation AM suppléments pour hémodialyse hors séance
mnt_suppent1_am	Valorisation AM suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séance
mnt_suppent2_am	Valorisation AM suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séance
mnt_suppent3_am	Valorisation AM suppléments pour entraînements à l'hémodialyse hors séance
mnt_dip_am	Valorisation AM suppléments de dialyse DIP
supphd	Nb suppléments pour hémodialyse hors séance
suppent1	Nb suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séance
suppent2	Nb suppléments pour entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séance
suppent3	Nb suppléments pour entraînements à l'hémodialyse hors séance
nb_dip	Nb suppléments dialyse DIP
typorg	Type de prestation de prélèvement d'organe (type 1, 2, 3 ou 4)
typorg5	Prélèvement d'organe de type 5
typorg6	Prélèvement d'organe de type 6

typorg7	Prélèvement d'organe de type 7
typorg8	Prélèvement d'organe de type 8
typorg9	Prélèvement d'organe de type 9
mnt_po1_am	Valorisation AM PO1
mnt_po2_am	Valorisation AM PO2
mnt_po3_am	Valorisation AM PO3
mnt_po4_am	Valorisation AM PO4
mnt_po5_am	Valorisation AM PO5
mnt_po6_am	Valorisation AM PO6
mnt_po7_am	Valorisation AM PO7
mnt_po8_am	Valorisation AM PO8
mnt_po9_am	Valorisation AM PO8
nb_9610	Nombre d'actes menant dans le GHS 9610
mnt_9610	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9610
nb_9611	Nombre d'actes menant dans le GHS 9611
mnt_9611	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9611
nb_9612	Nombre d'actes menant dans le GHS 9612
mnt_9612	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9612
nb_9619	Nombre d'actes menant dans le GHS 9619
mnt_9619	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9619
nb_9620	Nombre d'actes menant dans le GHS 9620
mnt_9620	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9620
nb_9621	Nombre d'actes menant dans le GHS 9621
mnt_9621_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9621
nb_9622	Nombre d'actes menant dans le GHS 9622
mnt_9622_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9622
nb_9624	Nombre d'actes menant dans le GHS 9624
mnt_9624_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9624
nb_9625	Nombre d'actes menant dans le GHS 9625
mnt_9625_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9625

nb_9631	Nombre d'actes menant dans le GHS 9631
mnt_9631_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9631
nb_9632	Nombre d'actes menant dans le GHS 9632
mnt_9632_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9632
nb_9633	Nombre d'actes menant dans le GHS 9633
mnt_9633_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9633
nb_9615	Nombre d'actes menant dans le GHS 9615
mnt_9615_am	Valorisation AM actes menant dans le GHS 9615
nbjrea	Nb suppléments de réanimation
mnt_rea_am	Valorisation AM suppléments de réanimation
nbrep	Nb suppléments de réanimation pédiatrique
mnt_rep_am	Valorisation AM suppléments de réanimation pédiatrique
nb_stf2	Nb suppléments de soins intensifs
mnt_si_am	Valorisation AM suppléments soins intensifs
nb_src2	Nb suppléments de surveillance continue
mnt_sc_am	Valorisation AM suppléments de surveillance continue
nb_nn1	Nb suppléments de néonat sans SI
mnt_nn1_am	Valorisation AM suppléments de néonat sans SI
nb_nn2	Nb suppléments de néonat avec SI
mnt_nn2_am	Valorisation AM suppléments de néonat avec SI
nb_nn3	Nb suppléments de réanimation néonat
mnt_nn3_am	Valorisation AM suppléments de réanimation néonat
nbcaisson	Nb suppléments caisson hyperbare
mnt_caisson_am	Valorisation AM suppléments caisson hyperbare
mnt_mon	Valorisation accordée molécules onéreuses
mnt_dmi	Valorisation accordée DMI
mnt_ivg_am	Valorisation AM IVG (hors FJS)
mnt_ivgfjs_am	Valorisation AM FJS
mnt_tot_am	Valorisation totale AM du séjour.

	C'est la somme de : mnt_mon, mnt_dmi, mnt_ghs_am, mnt_exinf_am, mnt_ghs50_am, mnt_exh_am, mnt_supphd_am, mnt_suppent1_am, mnt_suppent2_am, mnt_suppent3_am, mnt_dip_am, mnt_po1_am, mnt_po2_am, mnt_po3_am, mnt_po4_am, mnt_po5_am, mnt_po6_am, mnt_po7_am, mnt_po8_am, mnt_po9_am, mnt_9610_am, mnt_9611_am, mnt_9612_am, mnt_9619_am, mnt_9620_am, mnt_9621_am, mnt_9622_am, mnt_9624_am, mnt_9625_am, mnt_9631_am, mnt_9632_am, mnt_9633_am, mnt_9615_am,mnt_rea_am, mnt_rep_am, mnt_si_am, mnt_sc_am, mnt_nn1_am, mnt_nn2_am, mnt_nn3_am, mnt_caisson_am, mnt_ivg_am, mnt_ivgfjs_am.

15.2 Erreurs B2REQUEST

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	UNUM		**Unité médicale non configurée (ou pas entièrement) dans le référentiel pour la période du séjour dans l'UM** Au moins une journée passée dans l'UM ne fait pas partie des périodes configurées pour cette UM dans le référentiel.
ERROR	UNLG		**LPP : code NGAP introuvable dans le référentiel pour la date de pose spécifiée** Aucun code NGAP n'a pas été trouvé dans le référentiel NGAP pour le code LPP à la date de pose
ERROR	MTLG		**LPP : plusieurs codes NGAP trouvés dans le référentiel pour la date de pose spécifiée** Plusieurs codes NGAP ont été trouvés dans le référentiel NGAP pour le code LPP à la date de pose
ERROR	UNTL		**LPP : tarif de responsabilité introuvable dans le référentiel pour la date de pose spécifiée** Aucun tarif n'a pas été trouvé dans le référentiel Tarifs LPP pour le code LPP à la date de pose
ERROR	MTTL		**LPP : plusieurs tarifs de responsabilité trouvés dans le référentiel pour la date de pose spécifiée** Plusieurs tarifs ont été trouvés dans le référentiel Tarifs LPP pour le code LPP à la date de pose
ERROR	UNTU		**UCD : tarif de responsabilité introuvable dans le référentiel pour la date de pose spécifiée** Aucun tarif n'a pas été trouvé dans le référentiel Tarifs UCD pour le code UCD à la date d'administration
ERROR	MTTU		**UCD : plusieurs tarifs de responsabilité trouvés dans le référentiel pour la date de pose spécifiée** Plusieurs tarifs ont été trouvés dans le référentiel Tarifs UCD pour le code UCD à la date d'administration

ERROR	UNCM		**Coefficient MCO introuvable dans le référentiel pour la période du séjour** Aucun coefficient MCO n'a été trouvé pour le finess géographique pour la date de sortie du dossier
ERROR	MTCM		**Plusieurs occurrences de coef MCO dans le référentiel pour la période du séjour** Plusieurs finess ont été trouvés dans le référentiel COEF MCO pour le finess géographique pour la date de sortie du dossier
ERROR	UNGH		**GHS introuvable dans le référentiel pour la période du séjour** Aucun code GHS n'a pas été trouvé dans le référentiel GHS pour le code GHS et pour la date de sortie du dossier
ERROR	MTGH		**Plusieurs occurrences du GHS dans le référentiel pour la période du séjour** Plusieurs codes GHS ont été trouvés dans le référentiel GHS pour le code GHS et pour la date de sortie du dossier
ERROR	CM90		Séjours groupés en erreur
ERROR	EMHO		**Le numéro d'hospitalisation du dossier n'est pas défini**
ERROR	B2ER		**Erreur de génération B2 (divers)**
ERROR	B2WR		**Avertissement de génération B2 (divers)**
ERROR	UNTR		**Les taux de remboursement acceptés sont 80, 90 et 100%**
ERROR	UNFA		**Référentiel MT/DMT introuvable** Aucun code DMT/MT n'a pas été trouvé dans le référentiel DMT/MT pour le code DMT/MT et pour la période
ERROR	MTFA		**Plusieurs référentiels MT/DMT ont été trouvés** Plusieurs codes DMT/MT ont été trouvés dans le référentiel DMT/MT pour le code DMT/MT et pour la période
ERROR	UNDT		**Référentiel DMT TJP introuvable** Aucun code DMT/MT n'a pas été trouvé dans le référentiel DMT/TJP pour le code DMT/MT
ERROR	MTDT		**Plusieurs référentiels DMT TJP ont été trouvés** Plusieurs codes DMT/MT ont été trouvés dans le référentiel DMT/ TJP pour le code DMT/MT
ERROR	UNTJ		**Référentiel TJP introuvable** Aucun code TJP n'a pas été trouvé dans le référentiel TJP pour le code TJP, pour le finess géographique et pour la période DMT
ERROR	MTTJ		**Plusieurs référentiels TJP ont été trouvés** Plusieurs codes TJP ont été trouvés dans le référentiel TJP pour le code TJP, pour le finess géographique et pour la période DMT
ERROR	PXTJ		**Le prix unitaire est incorrect pour DMT/MT pour la période** Le prix unitaire DMT/MT renseigné est différent de celui trouvé dans le référentiel TJP pour le code DMT/MT, pour le finess géographique et pour la période DMT

ERROR	UNPO		**Code PO introuvable dans le référentiel pour la période du séjour** Aucun tarif n'a pas été trouvé dans le référentiel Tarifs PO pour le code PO à la date de réalisation
ERROR	MTPO		**Plusieurs occurrences du code PO dans le référentiel pour la période du séjour** Plusieurs tarifs ont été trouvés dans le référentiel Tarifs PO pour le code PO à la date de réalisation
ERROR	UNSU		**Code supplément journalier introuvable dans le référentiel pour la période du séjour** Aucun tarif n'a pas été trouvé dans le référentiel Tarifs de suppléments journaliers pour le code acte à la date de sortie du dossier
ERROR	MTSU		**Plusieurs occurrences du code supplément journalier dans le référentiel pour la période du séjour** Aucun tarif n'a pas été trouvé dans le référentiel Tarifs de suppléments journaliers pour le code acte à la date de sortie du dossier
ERROR		B200	**Le code autorisation de l'UM n'est pas autorisé pour le FINESS**
ERROR	FDNG		**Forfait dialyse non pris en charge (supplément non pris en charge)**
ERROR	FING		**Forfait innovation non pris en charge**

16 Interfaces 9 et 10 :

Ne concernent pas directement DEFIS. Elles sont à mettre en œuvre par le système GEF entre les applications utilisées par le comptable (9) ou le module de télétransmission (10).

17 Interface N°11 : Flux NOEMIE

17.1 Présentation générale

L'intégration du flux NOEMIE par DEFIS permet à ce dernier de connaître la prise en compte de la facture par l'assurance maladie : facture liquidée ou rejetée.

2 types de fichiers NOEMIE peuvent être intégrés dans DEFIS par le FLUX « NOEMIE » :

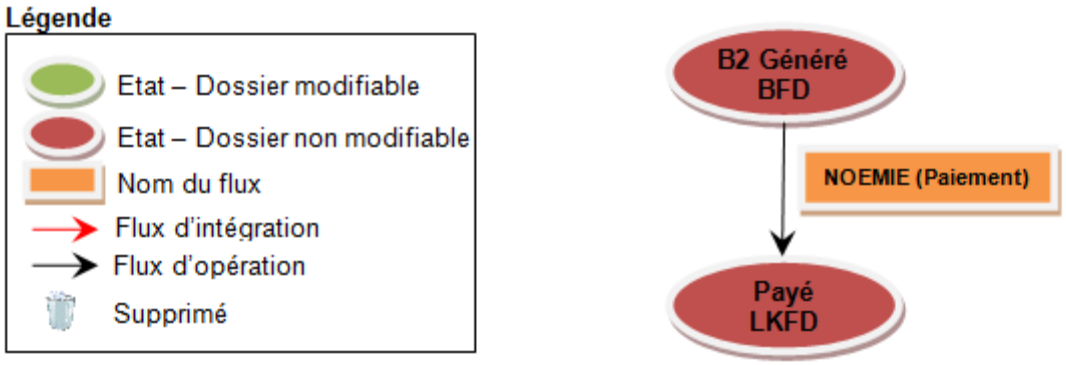
- Paiement de facture
- Rejet de facture

Il est à noter que l'ARL Noémie Négatif (référence « **930** ») n'est plus pris en compte par le flux « NOEMIE » mais par le flux « NOEMIEARLNEGATIF ».

17.1.1 Paiement de la facture

Le fichier a pour référence « **578** ».

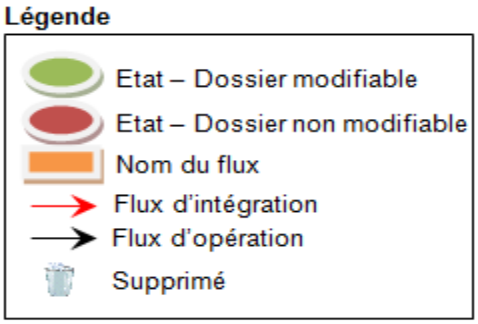
En cas de réception d'un fichier « **Paiement** », tous les dossiers correspondant aux factures dont le numéro de titre est contenu dans les lignes de type « **105** ») sont passés à l'état « **Payé** ».

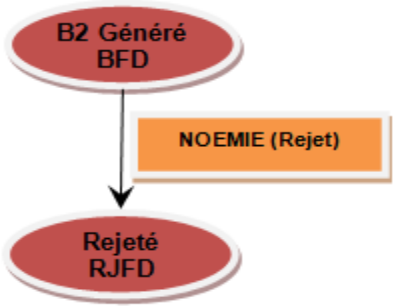


17.1.2 Rejet de la facture

Le fichier a pour référence « **908** ».

En cas de réception d'un fichier « **Rejet** », tous les dossiers correspondant aux factures dont le numéro de titre est contenu dans les lignes de type « **105** ») sont passés à l'état « **Rejeté** ».





17.2 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	NOEMIE
Content	Lignes au format NOEMIE (cf. cahier des charges norme NOEMIE PS)

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *NOEMIE.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat*

17.3 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	NOEMIE
Rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *NOEMIE.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat*

17.4 Format des données en sortie pour le dossier tampon

NOM	Déb	Fin	Taille	Commentaires
N° de titre de recette	1	15	15	
Type de l'ARL	16	18	3	
Nombre de codes d'erreurs (Ne)	19	20	2	
Code d'erreur n°1	21	24	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs et d'information», colonnes « code 1 » et « code 2 »
…				
Code d'erreur n°Ne			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs et d'information», colonnes « code 1 » et « code 2 »

17.5 Erreurs NOEMIE

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	NOER		**Erreur le traitement des fichiers NOEMIE**
ERROR	N001		**La ligne de texte n'a pas la bonne longueur** La longueur de la ligne doit être égale à 37 caractères pour une ligne de type « 105 » et de 97 caractères pour une ligne de tyep « 290 »
ERROR	N002		**Le champ "type de ligne" est invalide** Le type de ligne est différent de « 105 » et « 290 »
ERROR	N003		**Le champ "n° de titre de recette" n'est pas renseigné**
ERROR	N004		**Le numéro de titre est inconnu** Aucun dossier n'a été trouvé avec le N° de titre passé en paramètre
ERROR	N005		**Le dossier n'est pas à l'état 'B2 généré'** Pour payer ou rejeter la facture, le dossier doit être à l'état « B2 généré »

18 Interface N°12 : Flux d'interrogation sur l'état de la facture

18.1 Présentation générale

Ce flux permet d'interroger DEFIS sur l'état de la facture associée à un dossier.

18.2 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	STATEREQUEST
Content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *STATEREQUEST.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat*

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
N° Administratif de séjour	1	20	20	

18.3 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	STATEREQUEST
Rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *STATEREQUEST.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat*

18.4 Format des données en sortie pour le dossier tampon

NOM	Déb	Fin	Taille	Commentaires
N° Administratif de séjour	1	20	20	
Nombre de messages (NMsg)	21	22	2	
Code message n°1	23	26	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs et d'information», colonnes « code 1 » et « code 2 »
…				
Code message n°NMsg			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs et d'information», colonnes « code 1 » et « code 2 »

Exemple de code message : LKFD (« locked folder »). Autre exemple : UNFD (dossier inconnu).

18.5 Erreurs concernant l'état de la facture

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
INFO	PGFD	*(numhosp)*	**PROGRESS_FOLDER** Le dossier (identifié par le n° d'hosp) de la ligne de flux est dans l'état « en cours », il n'a pas encore été validé
INFO	VDFD	*(numhosp)*	**VALID_FOLDER** Le dossier (identifié par le n° d'hosp) de la ligne de flux est dans l'état « validé », il ne peut pas être modifié et sera inclus dans la prochaine demande de génération B2.
INFO	LKFD	*(numhosp)*	**LOCKED_FOLDER** Le dossier (identifié par le n° d'hosp) de la ligne de flux est dans l'état « verrouillé » et ne peut être modifié.
INFO	RJFD	*(numhosp)*	**REJECTED_FOLDER** Le dossier (identifié par le n° d'hosp) de la ligne de flux est dans l'état « rejeté ». Un flux de gestion de rejet est alors attendu.
INFO	CAFD	*(numhosp)*	**CANCELED_FOLDER** Le dossier (identifié par le n° d'hosp) de la ligne de flux est dans l'état « annulée ». Elle ne peut pas être modifiée.
INFO	B2FD	*(numhosp)*	**LOCKED_FOLDER** Le dossier (identifié par le n° d'hosp) de la ligne de flux est dans l'état « B2 Fourni » (validé, B2 généré) et ne peut être modifiée.

18.6 Erreurs STATEREQUEST

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	STER		**Erreur dans la recherche de l'état du dossier**
ERROR	S001		**Aucun état n'a été trouvé pour le dossier**

19 Interface N°13 : Flux de récupération de la liste des dossiers correspondant à un état

19.1 Présentation générale

L'utilisation de ce flux permet d'obtenir la liste des dossiers correspondant à l'état requêté dont la date de sortie est comprise entre 2 dates.

19.2 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	FOLDERSTATEREQUEST
Content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *FOLDERSTATEREQUEST.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat*

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
Etat	1	4	4	Identifiant de l'état
Date1	5	12	8	Date de début de période au format JJMMAAAA
Date2	13	20	8	Date de fin de période au format JJMMAAAA

19.3 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
Streamtype	FOLDERSTATEREQUEST
Rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *FOLDERSTATEREQUEST.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat*

19.4 Format des données en sortie pour le dossier tampon

NOM	Déb	Fin	Taille	Commentaires
Etat	1	4	4	
Date1	5	12	8	
Date2	13	20	8	
Nombre de N° Administratif de séjour (NMsg)	21	22	2	
N° Administratif de séjour n°1	23	42	20	
…				
N° Administratif de séjour n°NMsg			20	

19.5 Erreurs FOLDERSTATEREQUEST

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	FDER		**Erreur dans la recherche des dossiers pour un état**
ERROR	F001		**Les données d'entrée (état, date de début et date de fin) ne sont pas renseignées ou sont erronées** La longueur de la ligne doit être supérieure à 20 caractères
ERROR	F002		**La date de début est erronée** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008) ou n'est pas vide (8 caractères espaces)
ERROR	F003		**La date de fin est erronée** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008) ou n'est pas vide (8 caractères espaces)
INFO	F004		**Aucun dossier trouvé** Aucun dossier n'a été trouvé à l'état passé en paramètre entre la date de début et la date de fin

20 Interface N°14 : Flux de suppression totale ou partielle de dossiers

20.1 Présentation générale

Ce flux permet de supprimer totalement ou partiellement un dossier si celui-ci est à l'état « **En cours** ».

20.2 Méthodologie

Les types de flux pouvant être supprimés sont les suivants :

- RSS
- VIDHOSP
- FICHCOMPMED
- FICHCOMPDMI
- FICHCOMPPIE
- FICHCOMPPO
- FICHCOMPDIP
- FICHCOMPMEDATU
- FICHCOMPMEDTHROMBO
- FICHCOMPIVG
- FICHCOMPMaisonNaissance
- TOTALE (Suppression totale du dossier médical)

Les paragraphes, ci-dessous, indiquent, en fonction du type de flux à supprimer :

- La description des formats acceptés,
- Des exemples de ligne pour tous les cas de suppression

20.3 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	DELETIONREQUEST
Content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme ***DELETIONREQUEST.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat***

20.4 Dossier entier

20.4.1 Flux d'entrée

NOM	Présence	Début	Fin	Taille	Commentaires
Type de flux à supprimer	O	1	13	13	« TOTALE » complété à droite par des espaces
N° Administratif de séjour	O	14	33	20	
Code	F	34	48	15	Si présent alors 15 caractères zéro « 0 »
Date1	F	49	56	8	Si présent alors 8 caractères zéro « 0 »
Date2	F	57	64	8	Si présent alors 8 caractères zéro « 0 »

Les champs « Code », « Date1 » et « Date2 » sont facultatifs mais s'ils sont renseignés avec des « 0 », ils doivent l'être simultanément. Ces champs ne sont pas significatifs pour la suppression du TOTALE du dossier.

20.4.2 Exemples

Type de flux	N° Admin	CODE	DATE1	DATE2	Fonctionnalité
TOTALE	00000000000001201588	000000000000000	00000000	00000000	Supprime l'intégralité du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »
TOTALE	00000000000001201588				Supprime l'intégralité du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »

20.5 Flux RSS

20.5.1 Flux d'entrée

NOM	Présence	Début	Fin	Taille	Commentaires
Type de flux à supprimer	O	1	13	13	« RSS » complété à droite par des espaces
N° RSS	O	14	33	20	
Code	F	34	48	15	Si présent alors 15 caractères zéro « 0 »
Date1	F	49	56	8	Si présent alors 8 caractères zéro « 0 »
Date2	F	57	64	8	Si présent alors 8 caractères zéro « 0 »

Les champs « Code », « Date1 » et « Date2 » sont facultatifs mais s'ils sont renseignés avec des « 0 », ils doivent l'être simultanément. Ces champs ne sont pas significatifs pour la suppression du RSS du dossier.

20.5.2 Exemples

Type de flux	N° Admin	CODE	DATE1	DATE2	Fonctionnalité
RSS	00000000000000010856	000000000000000	00000000	00000000	Supprime le RSS du dossier ayant pour n° RSS « 00000000000000010856 »
RSS	00000000000000010856				Supprime le RSS du dossier ayant pour n° RSS « 00000000000000010856 »

20.6 Flux VIDHOSP

20.6.1 Flux d'entrée

NOM	Présence	Début	Fin	Taille	Commentaires
Type de flux à supprimer	O	1	13	13	« VIDHOSP » complété à droite par des espaces
N° Administratif de séjour	O	14	33	20	
Code	F	34	48	15	Si présent alors 15 caractères zéro « 0 »
Date1	F	49	56	8	Si présent alors 8 caractères zéro « 0 »
Date2	F	57	64	8	Si présent alors 8 caractères zéro « 0 »

Les champs « Code », « Date1 » et « Date2 » sont facultatifs mais s'ils sont renseignés avec des « 0 », ils doivent l'être simultanément. Ces champs ne sont pas significatifs pour la suppression du VIDHOSP du dossier.

20.6.2 Exemples

Type de flux	N° Admin	CODE	DATE1	DATE2	Fonctionnalité
VIDHOSP	00000000000001201588	000000000000000	00000000	00000000	Supprime le VIDHOSP du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »
VIDHOSP	00000000000001201588				Supprime le RSS du dossier concernant le n° RSS « 00000000000001201588 »

20.7 Flux FICHCOMPMED

20.7.1 Flux d'entrée

NOM	Présence	Début	Fin	Taille	Commentaires
Type de flux à supprimer	O	1	13	13	« FICHCOMPMED » complété à droite par des espaces
N° Administratif de séjour	O	14	33	20	
Code	O	34	48	15	Code UCD 15 caractères zéro « 0 » si non significatif
Date1	O	49	56	8	Date d'administration (format JJMMAAAA) 8 caractères zéro « 0 » si non significatif
Date2	F	57	64	8	Si présent alors 8 caractères zéro « 0 »

Seul le champ « Date2 » est facultatif mais s'il est renseigné, il doit l'être avec des « 0 ». Ce champ n'est pas significatif pour la suppression d'un flux FICHCOMPMED

20.7.2 Exemples

Type de flux	N° Admin	CODE	DATE1	DATE2	Fonctionnalité
FICHCOMPMED	00000000000001201588	0000000000000	00000000	00000000	Supprime toutes les lignes de médicaments du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »
FICHCOMPMED	00000000000001201588	0000000000000	00000000		Supprime toutes les lignes de médicaments du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »
FICHCOMPMED	00000000000001201588	9342601	00000000	00000000	Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et au code UCD « 9342601 »
FICHCOMPMED	00000000000001201588	9342601	00000000		Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et au code UCD « 9342601 »
FICHCOMPMED	00000000000001201588	0000000000000	21102012	00000000	Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et à la date d'administration « 21/10/2012 »
FICHCOMPMED	00000000000001201588	0000000000000	21102012		Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et à la date d'administration « 21/10/2012 »

FICHCOMPMED	00000000000001201588	9342601	21102012	00000000	Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 », au code UCD « 9342601 » et à la date d'administration « 21/10/2012 »
FICHCOMPMED	00000000000001201588	9342601	21102012		Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 », au code UCD « 9342601 » et à la date d'administration « 21/10/2012 »

20.8 Flux FICHCOMPDMI

20.8.1 Flux d'entrée

NOM	Présence	Début	Fin	Taille	Commentaires
Type de flux à supprimer	O	1	13	13	« FICHCOMPDMI » complété à droite par des espaces
N° Administratif de séjour	O	14	33	20	
Code	O	34	48	15	Code LPP 15 caractères zéro « 0 » si non significatif
Date1	O	49	56	8	Date de pose (format JJMMAAAA) 8 caractères zéro « 0 » si non significatif
Date2	F	57	64	8	Si présent alors 8 caractères zéro « 0 »

Seul le champ « Date2 » est facultatif mais s'il est renseigné, il doit l'être avec des « 0 ». Ce champ n'est pas significatif pour la suppression d'un flux FICHCOMPDMI

20.8.2 Exemples

Type de flux	N° Admin	CODE	DATE1	DATE2	Fonctionnalité
FICHCOMPDMI	00000000000001201588	0000000000000000	00000000	00000000	Supprime toutes les lignes de médicaments du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »
FICHCOMPDMI	00000000000001201588	0000000000000000	00000000		Supprime toutes les lignes de médicaments du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »
FICHCOMPDMI	00000000000001201588	3183194	00000000	00000000	Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et au code LPP « 3183194 »

FICHCOMPDMI	00000000000001201588	3183194	00000000		Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et au code LPP « 3183194 »
FICHCOMPDMI	00000000000001201588	000000000000000	21102012	00000000	Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et à la date de pose « 21/10/2012 »
FICHCOMPDMI	00000000000001201588	000000000000000	21102012		Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et à la date de pose « 21/10/2012 »
FICHCOMPDMI	00000000000001201588	3183194	21102012	00000000	Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 », au code LPP « 3183194 » et à la date de pose « 21/10/2012 »
FICHCOMPDMI	00000000000001201588	3183194	21102012		Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 », au code LPP « 3183194 » et à la date de pose « 21/10/2012 »

20.9 Flux FICHCOMPPIE

20.9.1 Flux d'entrée

NOM	Présence	Début	Fin	Taille	Commentaires
Type de flux à supprimer	O	1	13	13	« FICHCOMPDMI » complété à droite par des espaces
N° Administratif de séjour	O	14	33	20	
Code	O	34	48	15	Code Prestation 15 caractères zéro « 0 » si non significatif
Date1	O	49	56	8	Date de début (format JJMMAAAA) 8 caractères zéro « 0 » si non significatif
Date2	O	57	64	8	Date de fin (format JJMMAAAA) 8 caractères zéro « 0 » si non significatif

20.9.2 Exemples

Type de flux	N° Admin	CODE	DATE1	DATE2	Fonctionnalité
FICHCOMPPIE	00000000000001201588	0000000000000000	00000000	00000000	Supprime toutes les lignes de PIE du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »
FICHCOMPPIE	00000000000001201588	REA	00000000	00000000	Supprime toutes les lignes de PIE du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 » et le code Prestation « REA »
FICHCOMPPIE	00000000000001201588	REA	00000000	21102012	Supprime toutes les lignes de PIE du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 », le code Prestation « REA » et la date de fin « 21/10/2012 »
FICHCOMPPIE	00000000000001201588	REA	20102012	00000000	Supprime toutes les lignes de PIE du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 », le code Prestation « REA » et la date de début « 20/10/2012 »
FICHCOMPPIE	00000000000001201588	REA	20102012	21102012	Supprime toutes les lignes de PIE du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 », le code Prestation « REA », la date de début « 20/10/2012 » et la date de fin « 21/10/2012 »
FICHCOMPPIE	00000000000001201588	0000000000000000	00000000	21102012	Supprime toutes les lignes de PIE du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 » et la date de fin « 21/10/2012 »
FICHCOMPPIE	00000000000001201588	0000000000000000	20102012	00000000	Supprime toutes les lignes de PIE du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 » et la date de début « 20/10/2012 »
FICHCOMPPIE	00000000000001201588	0000000000000000	20102012	21102012	Supprime toutes les lignes de PIE du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 », la date de début « 20/10/2012 » et la date de fin « 21/10/2012 »

20.10 Flux FICHCOMPDIP

20.10.1 Flux d'entrée

NOM	Présence	Début	Fin	Taille	Commentaires
Type de flux à supprimer	O	1	13	13	« FICHCOMPDIP » complété à droite par des espaces
N° Administratif de séjour	O	14	33	20	
Code	F	34	48	15	Si présent alors 15 caractères zéro « 0 »
Date1	O	49	56	8	Date de début (format JJMMAAAA) 8 caractères zéro « 0 » si non significatif
Date2	O	57	64	8	Date de fin (format JJMMAAAA) 8 caractères zéro « 0 » si non significatif

20.10.2 Exemples

Type de flux	N° Admin	CODE	DATE1	DATE2	Fonctionnalité
FICHCOMPDIP	00000000000001201588	000000000000000	00000000	00000000	Supprime toutes les lignes de DIP du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »
FICHCOMPDIP	00000000000001201588	000000000000000	00000000	21102012	Supprime toutes les lignes de DIP du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 » et la date de fin de séjour« 21/10/2012 »
FICHCOMPDIP	00000000000001201588	000000000000000	20102012	00000000	Supprime toutes les lignes de DIP du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 » et la date de début de séjour « 20/10/2012 »
FICHCOMPDIP	00000000000001201588	000000000000000	20102012	21102012	Supprime toutes les lignes de DIP du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 », la date de début de séjour « 20/10/2012 » et la date de fin de séjour « 21/10/2012 »

Type de flux	N° Admin	DATE1	DATE2	Fonctionnalité
FICHCOMPDIP	00000000000001201588	00000000	00000000	Supprime toutes les lignes de DIP du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »
FICHCOMPDIP	00000000000001201588	00000000	21102012	Supprime toutes les lignes de DIP du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 » et la date de fin de séjour« 21/10/2012 »

FICHCOMPDIP	00000000000001201588	20102012	00000000	Supprime toutes les lignes de DIP du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 » et la date de début de séjour « 20/10/2012 »
FICHCOMPDIP	00000000000001201588	20102012	21102012	Supprime toutes les lignes de DIP du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 », la date de début de séjour « 20/10/2012 » et la date de fin de séjour « 21/10/2012 »

20.11 Flux FICHCOMPPO

20.11.1 Flux d'entrée

NOM	Présence	Début	Fin	Taille	Commentaires
Type de flux à supprimer	O	1	13	13	« FICHCOMPPO » complété à droite par des espaces
N° Administratif de séjour	O	14	33	20	
Code	O	34	48	15	Code PO 15 caractères zéro « 0 » si non significatif
Date1	O	49	56	8	Date de prélèvement (format JJMMAAAA) 8 caractères zéro « 0 » si non significatif
Date2	F	57	64	8	Si présent alors 8 caractères zéro « 0 »

Seul le champ « Date2 » est facultatif mais s'il est renseigné, il doit l'être avec des « 0 ». Ce champ n'est pas significatif pour la suppression d'un flux FICHCOMPPO

20.11.2 Exemples

Type de flux	N° Admin	CODE	DATE1	DATE2	Fonctionnalité
FICHCOMPPO	00000000000001201588	000000000000000	00000000	00000000	Supprime toutes les lignes de médicaments du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »
FICHCOMPPO	00000000000001201588	000000000000000	00000000		Supprime toutes les lignes de médicaments du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »
FICHCOMPPO	00000000000001201588	PO4	00000000	00000000	Supprime les lignes de prélèvement d'organe du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et au code PO « PO4 »
FICHCOMPPO	00000000000001201588	PO4	00000000		Supprime les lignes de prélèvement d'organe du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et au code PO « PO4 »

FICHCOMPPO	00000000000001201588	000000000000000	21102012	00000000	Supprime les lignes de prélèvement d'organe du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et à la date de prélèvement « 21/10/2012 »
FICHCOMPPO	00000000000001201588	000000000000000	21102012		Supprime les lignes de prélèvement d'organe du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et à la date de prélèvement « 21/10/2012 »
FICHCOMPPO	00000000000001201588	PO4	21102012	00000000	Supprime les lignes de prélèvement d'organe du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 », au code PO « PO4 » et à la date de prélèvement « 21/10/2012 »
FICHCOMPPO	00000000000001201588	PO4	21102012		Supprime les lignes de prélèvement d'organe du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 », au code PO « PO4 » et à la date de prélèvement « 21/10/2012 »

20.12 Flux FICHCOMPMEDATU

20.12.1 Flux d'entrée

NOM	Présence	Début	Fin	Taille	Commentaires
Type de flux à supprimer	O	1	13	13	« FICHCOMPMEDA » complété à droite par des espaces
N° Administratif de séjour	O	14	33	20	
Code	O	34	48	15	Code UCD ATU 15 caractères zéro « 0 » si non significatif
Date1	O	49	56	8	Date d'administration (format JJMMAAAA) 8 caractères zéro « 0 » si non significatif
Date2	F	57	64	8	Si présent alors 8 caractères zéro « 0 »

Seul le champ « Date2 » est facultatif mais s'il est renseigné, il doit l'être avec des « 0 ». Ce champ n'est pas significatif pour la suppression d'un flux FICHCOMPMEDATU

20.12.2 Exemples

Type de flux	N° Admin	CODE	DATE1	DATE2	Fonctionnalité
FICHCOM PMEDA	00000000000001201588	0000000000000000	00000000	00000000	Supprime toutes les lignes de médicaments du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »
FICHCOM PMEDA	00000000000001201588	0000000000000000	00000000		Supprime toutes les lignes de médicaments du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »
FICHCOM PMEDA	00000000000001201588	9291111	00000000	00000000	Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et au code UCD ATU « 9291111 »
FICHCOM PMEDA	00000000000001201588	9291111	00000000		Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et au code UCD ATU « 9291111 »
FICHCOM PMEDA	00000000000001201588	0000000000000000	21102012	00000000	Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et à la date d'administration « 21/10/2012 »
FICHCOM PMEDA	00000000000001201588	0000000000000000	21102012		Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et à la date d'administration « 21/10/2012 »
FICHCOM PMEDA	00000000000001201588	9291111	21102012	00000000	Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 », au code UCD ATU « 9291111 » et à la date d'administration « 21/10/2012 »
FICHCOM PMEDA	00000000000001201588	9291111	21102012		Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 », au code UCD ATU « 9291111 » et à la date d'administration « 21/10/2012 »

20.13 Flux FICHCOMPMEDTHROMBO

20.13.1 Flux d'entrée

NOM	Présence	Début	Fin	Taille	Commentaires
Type de flux à supprimer	O	1	13	13	« FICHCOMPMEDT » complété à droite par des espaces
N° Administratif de séjour	O	14	33	20	
Code	O	34	48	15	Code UCD THROMBO 15 caractères zéro « 0 » si non significatif
Date1	O	49	56	8	Date d'administration (format JJMMAAAA) 8 caractères zéro « 0 » si non significatif
Date2	F	57	64	8	Si présent alors 8 caractères zéro « 0 »

Seul le champ « Date2 » est facultatif mais s'il est renseigné, il doit l'être avec des « 0 ». Ce champ n'est pas significatif pour la suppression d'un flux FICHCOMPMEDTHROMBO

20.13.2 Exemples

Type de flux	N° Admin	CODE	DATE1	DATE2	Fonctionnalité
FICHCOMPMEDT	00000000000001201588	000000000000000	00000000	00000000	Supprime toutes les lignes de médicaments du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »
FICHCOMPMEDT	00000000000001201588	000000000000000	00000000		Supprime toutes les lignes de médicaments du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »
FICHCOMPMEDT	00000000000001201588	9300040	00000000	00000000	Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et au code UCD THROMBO « 9300040 »
FICHCOMPMEDT	00000000000001201588	9300040	00000000		Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et au code UCD THROMBO « 9300040 »
FICHCOMPMEDT	00000000000001201588	000000000000000	21102012	00000000	Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et à la date d'administration « 21/10/2012 »
FICHCOMPMEDT	00000000000001201588	000000000000000	21102012		Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 » et à la date d'administration « 21/10/2012 »

FICHCOMPMEDT	00000000000001201588	9300040	21102012	00000000	Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 », au code UCD THROMBO « 9300040 » et à la date d'administration « 21/10/2012 »
FICHCOMPMEDT	00000000000001201588	9300040	21102012		Supprime les lignes de médicaments du dossier correspondant au n° Administratif « 00000000000001201588 », au code UCD THROMBO « 9300040 » et à la date d'administration « 21/10/2012 »

20.14 Flux FICHCOMPIVG

20.14.1 Flux d'entrée

NOM	Présence	Début	Fin	Taille	Commentaires
Type de flux à supprimer	O	1	13	13	« FICHCOMPIVG » complété à droite par des espaces
N° Administratif de séjour	O	14	33	20	
Date1	F	34	41	8	Si présent alors 8 caractères zéro « 0 »
Date2	F	42	49	8	Si présent alors 8 caractères zéro « 0 »

Seuls les champs « Date1 » et « Date2 » sont facultatifs mais s'ils sont renseignés, ils doivent l'être avec des « 0 ». Ces champs ne sont pas significatifs pour la suppression d'un flux FICHCOMPIVG

20.14.2 Exemples

Type de flux	N° Admin	DATE1	DATE2	Fonctionnalité
FICHCOMPIVG	00000000000001201588	00000000	00000000	Supprime la ligne IVG du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »
FICHCOMPIVG	00000000000001201588	00000000		Supprime la ligne IVG du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »
FICHCOMPIVG	00000000000001201588			Supprime la ligne IVG du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »

20.15 Flux FICHCOMPMAISONNAISSANCE

20.15.1 Flux d'entrée

NOM	Présence	Début	Fin	Taille	Commentaires
Type de flux à supprimer	O	1	13	13	« FICHCOMPMAISN»

N° Administratif de séjour	O	14	33	20	

20.15.2 Exemples

Type de flux	N° Admin	Fonctionnalité
FICHCOMPMAISN	00000000000001201588	Supprime la ligne Mainsonnaissance du dossier concernant le n° Administratif « 00000000000001201588 »

20.16 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	DELETIONREQUEST
Rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *DELETIONREQUEST.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat*

20.17 Format des données en sortie pour le dossier tampon

NOM	Déb	Fin	Taille	Commentaires
Type de flux à supprimer	1	13	13	TOTALE,RSS, FICHCOMPMED FICHCOMPDMI, etc…
N° Administratif de séjour	14	33	20	
Code	34	48	15	Code UCD, DMI etc…
Date1	49	56	8	
Date2	57	64	8	
Nombre de messages (NMsg)	21	22	2	
Code message n°1	23	26	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs et d'information», colonnes « **code 1 » et « code 2 »**
…				
Code message n°NMsg			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs et d'information», colonnes « **code 1 » et « code 2 »**

Exemple de code retour possible :

- UNFD (dossier inconnu)

20.18 Erreurs DELETIONREQUEST

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	DLER		**Erreur dans la suppression du dossier**
ERROR	T001		**Les données d'entrée ne sont pas renseignées ou sont erronées** La longueur de la ligne doit être supérieure à 12 caractères
ERROR	T002		**Le type de flux est erroné** Le type de flux doit appartenir à la iste ci-dessous TOTALE RSS

			VIDHOSP FICHCOMPMED FICHCOMPMEDA FICHCOMPMEDT FICHCOMPIVG FICHCOMPDMI FICHCOMPPIE FICHCOMPPO FICHCOMPDIP
ERROR	T003		**La date 1 est erronée** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008) ou n'est pas vide (8 caractères espaces)
ERROR	T004		**La date 2 est erronée** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008) ou n'est pas vide (8 caractères espaces)
INFO	T005		**Le dossier n'est pas à l'état 'En cours'** Pour supprimer tout ou partie du dossier, celui-ci doit être à l'état « En cours »
INFO	T006		**Le dossier n'a pas été supprimé : élément(s) du dossier non trouvé(s)** 1 ou plusieurs éléments du dossier n'ont pas été trouvés en base

21 Interface N°15 : Flux de validation de dossiers

21.1 Présentation générale

Ce flux permet de valider un dossier.

21.2 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	VALIDREQUEST
content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *VALIDREQUEST.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat*

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
N° Administratif de séjour	1	20	20	

21.3 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	VALIDREQUEST
rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *VALIDREQUEST.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat*

21.4 Format des données en sortie pour le dossier tampon

NOM	Déb	Fin	Taille	Commentaires
N° Administratif de séjour	1	20	20	
Nombre de messages (NMsg)	21	22	2	
Code message n°1	23	26	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs et d'information», colonnes « code 1 » et « code 2 »
…				
Code message n°NMsg			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs et d'information», colonnes « code 1 » et « code 2 »

21.5 Erreurs VALIDREQUEST

21.5.1 Erreurs de format du flux

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	FRMT		**Erreur de format dans le flux**
ERROR	V001		**Le numéro d'hospitalisation du dossier à valider est requis**
ERROR	V002		**Le numéro d'hospitalisation du dossier comporte des caractères invalides**

21.5.2 Erreurs de validation

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	VDER		**Erreur dans la validation du dossier**
ERROR	V001		**Le dossier est inconnu dans la base**
ERROR	V002		**Le dossier n'a pas d'information de séjours associée (rss)** Aucun RSS n'a été trouvé en base pour le dossier
ERROR	V003		**Le dossier n'a pas d'information patient associée (vidhosp)** Aucun VIDHOSP n'a été trouvé en base pour le dossier
ERROR	V004		**Le dossier n'est pas à l'état 'En cours'** Pour valider un dossier, celui-ci doit être à l'état « En cours »
ERROR	V005		**Le dossier n'est pas valorisable** Le dossier n'est pas facturable à l'assurance maladie, la facture concernant ce dossier ne sera pas payée par FIDES.
ERROR	V006		**Le dossier comporte des lignes FICHCOMPMED en dehors de la période du séjour** La date d'administration n'est pas comprise entre la date d'entrée et la date de sortie
ERROR	V007		**Le dossier comporte des lignes FICHCOMPDMI en dehors de la période du séjour** La date de pose n'est pas comprise entre la date d'entrée et la date de sortie
ERROR	V008		**Le dossier comporte des lignes FICHCOMPPO en dehors de la période du séjour** La date de réalisation n'est pas comprise entre la date d'entrée et la date de sortie
ERROR	V009		**Le dossier comporte des lignes FICHCOMPPIE en dehors de la période du séjour** La période de prestation doit être incluse dans la période du séjour
ERROR	V010		**Le dossier comporte des lignes FICHCOMPDIP en dehors de la période du séjour** La période de séjour de dialyse péritonéale doit être incluse dans la période du séjour
ERROR	V011		**La date d'établissement de la prise en charge est obligatoire si une prise en charge a été indiquée**

			Si le code de prise en charge est renseigné alors la date d'établissement de prise en charge ne doit pas être vide (caractères espace) ou doit être différent de « 000000 »
ERROR	V012		La date de validité de l'attestation de droits, de la carte Vitale ou de prise en charge est obligatoire si l'assuré a présenté cette attestation
ERROR	V013		**Le numéro accident du travail ou date d'accident du droit commun est obligatoire si la nature d'assurance est AT** Pour une nature d'assurance égale à « 41 », le numéro accident du travail ou date d'accident du droit commun ne doit pas être vide (caractères espace) ou doit être différent de « 000000000 »
ERROR	V014		**Le rang de naissance est obligatoire pour le régime général** Pour le code grand régime « 01- Régime général », le rang de naissance ne doit pas être vide (caractères espace), doit être numérique (caractères autorisés : 1 à 9) et doit être > 0
ERROR	V015		**Le dossier n'a pas de finess associé**
ERROR	V016		**Le dossier n'a pas de numéro d'organisme destinataire** Le numéro d'organisme destinataire ne doit pas être vide (caractères espace)
ERROR	V017		**Le dossier n'a pas de type de destinataire** Le type de destinataire ne doit pas être vide (caractères espace)
ERROR	V018		**Le dossier est lié à des enfants qui n'ont pas été trouvés**
ERROR	V019		**Numéro d'établissement de retour non spécifié mais obligatoire avec la nature de sortie** Le numéro d'établissement de retour doit être renseigné ou différent de « 00000000000000 » si la nature de sortie est « R »
ERROR	V020		**Numéro d'établissement de transfert non spécifié mais obligatoire avec la nature de sortie** Le numéro d'établissement de transfert doit être renseigné ou différent de « 00000000000000 » si la nature de sortie est « T »
ERROR	V021		**Les taux de remboursement acceptés sont 80%, 90% ou 100%**
ERROR	V022		**Le dossier correspondant à un enfant n'appartient pas à la CMD 15**
ERROR	V023		**Le dossier est lié à un ou des enfants dont les dossiers n'ont pas été validés**
ERROR	V024		**Le dossier correspondant à la mère n'appartient pas à la CMD 14**
ERROR	V025		**La période du séjour (RSS) en dehors de la période du séjour (VIDHOSP)**
ERROR	V026		**La période du séjour (VIDHOSP - DMT) pour MT/DMT en dehors de la période du séjour (VIDHOSP)**
ERROR	V027		**Le dossier a une nature d'assurance à '30' (maternité), il doit avoir un code prise en charge à 'R' (à la charge du régime obligatoire)**
ERROR	V028		**Le nombre de séances du RSS est différent du nombre d'actes de séances de dialyse du RSS**

ERROR	V031		**La date d'hospitalisation doit être inférieure ou égale à la date d'entrée (VIDHOSP)**
ERROR	V032		**Le régime n'est pas autorisé pour la télétransmission** La facture concernant le dossier ne sera pas payée par FIDES car le code grand régime renseigné n'est pas autorisé
ERROR	V033		**La validation n'est pas autorisée car la date de sortie est inférieure à la date de bascule** L'établissement n'est autorisé à valider des dossiers dont la date de sortie est strictement inférieure à la date de bascule FIDES
ERROR	V034		**La validation n'est pas autorisée car le vidhosp est restreint et le séjour est facturable à l'AM** Le dossier ne peut être validé car il est facturable et le vidhosp est restreint
ERROR	V035		**Problème de cohérence des RSS du dossier. Vérifier s'il s'agit d'une maternité avec des dates de naissance cohérentes**
ERROR	V100		**Il ne correspond aucun tarif de responsabilité UCD (UCD périmé)** Aucun tarif n'a pas été trouvé dans le référentiel Tarifs UCD pour le code UCD à la date d'administration
ERROR	V101		**Il correspond plusieurs tarifs de responsabilité UCD** Plusieurs tarifs ont été trouvés dans le référentiel Tarifs UCD pour le code UCD à la date d'administration
ERROR	V102		**Il ne correspond aucun tarif de responsabilité LPP (LPP périmé)** Aucun tarif n'a pas été trouvé dans le référentiel Tarifs LPP pour le code LPP à la date de pose
ERROR	V103		**Il correspond plusieurs tarifs de responsabilité LPP** Plusieurs tarifs ont été trouvés dans le référentiel Tarifs LPP pour le code LPP à la date de pose
ERROR	V104		**Le code LPP ne correspond à aucun code NGAP** Aucun code NGAP n'a pas été trouvé dans le référentiel NGAP pour le code LPP à la date de pose
ERROR	V105		**Le code LPP correspond à plusieurs codes NGAP** Plusieurs codes NGAP ont été trouvés dans le référentiel NGAP pour le code LPP à la date de pose
ERROR	V106		**L'unité médicale n'a pas été trouvée dans le référentiel** Aucune autorisation n'a pas été trouvée dans le référentiel UM pour l'UM et pour la période
ERROR	V107		**L'unité médicale correspond à plusieurs lignes du référentiel** Plusieurs autorisations ont été trouvées dans le référentiel UM pour l'UM et pour la période
ERROR	V108		**Le finess correspond à plusieurs coefficients MCO pour la date de sortie** Plusieurs finess ont été trouvés dans le référentiel COEF MCO pour le finess géographique pour la date de sortie du dossier

ERROR	V109		**Le GHS n'a pas été trouvé dans le référentiel pour la date de sortie** Aucun code GHS n'a pas été trouvé dans le référentiel GHS pour le code GHS et pour la date de sortie du dossier
ERROR	V110		**Le GHS correspond à plusieurs lignes du référentiel pour la date de sortie** Plusieurs codes GHS ont été trouvés dans le référentiel GHS pour le code GHS et pour la date de sortie du dossier
ERROR	V111		**Aucun référentiel DMT/TJP n'a été trouvé** Aucun code DMT/MT n'a pas été trouvé dans le référentiel DMT/TJP pour le code DMT/MT et pour le finess géographique
ERROR	V112		**Aucun référentiel TJP n'a été trouvé** Aucun code TJP n'a pas été trouvé dans le référentiel TJP pour le code TJP, pour le finess géographique et pour la période DMT
ERROR	V113		**Plusieurs référentiels TJP ont été trouvés** Plusieurs codes TJP ont été trouvés dans le référentiel TJP pour le code TJP, pour le finess géographique et pour la période DMT
ERROR	V114		**Le prix unitaire est incorrect** Le prix unitaire DMT/MT renseigné est différent de celui trouvé dans le référentiel TJP pour le code DMT/MT, pour le finess géographique et pour la période DMT
ERROR	V115		**Il ne correspond aucun tarif de prélèvement d'organe pour le code PO pour la date de réalisation** Aucun tarif n'a pas été trouvé dans le référentiel Tarifs PO pour le code PO à la date de réalisation
ERROR	V116		**Il correspond plusieurs tarifs de prélèvement d'organe pour le code PO pour la date de réalisation** Plusieurs tarifs ont été trouvés dans le référentiel Tarifs PO pour le code PO à la date de réalisation
ERROR	V117		**Il ne correspond aucun tarif de suppléments journaliers pour l'acte pour la date de sortie** Aucun tarif n'a pas été trouvé dans le référentiel Tarifs de suppléments journaliers pour le code acte à la date de sortie du dossier
ERROR	V118		**Il correspond plusieurs tarifs de suppléments journaliers pour l'acte pour la date de sortie** Plusieurs tarifs ont été trouvés dans le référentiel Tarifs de suppléments journaliers pour le code acte à la date de sortie du dossier
ERROR	V200		**Le code autorisation de l'UM n'est pas autorisé pour le finess**
ERROR	V301		**Le numéro d'immatriculation de l'assuré n'est pas valide** Format incorrect et valeur différente de « XXXXXXXXXXXX »
ERROR	V302		**La clé du numéro d'immatriculation de l'assuré n'est pas valide** N° non conforme suite au contrôle de la clé
ERROR	V303		**Le code grand régime n'est pas valide**

			Le code régime doit appartenir à la liste ci-dessous ou doit être égale à « XX » 01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales 02 - Régime Agricole 03 - Régime Social des Indépendants 04 - Caisses de prévoyance et de retraite de la SNCF 05 - Caisse de retraite du personnel de la RATP 06 - Etablissement National des Invalides de la Marine ENIM 07 - Caisse Autonome de Sécurité Sociale dans les Mines 08 - Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale 09 - Caisse de Prévoyance Maladie de la Banque de France 10 - Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de notaire 12 - Régime Spécial d'Assurance Maladie de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris 14 - Fonds de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale 15 - Caisses Autonomes de Sécurité Sociale du Sénat 16 - Caisse de Prévoyance du personnel du Port Autonome de Bordeaux 80 - Ministère des anciens combattants 90 - Caisse d'assurance Vieillesse Invalidité et Maladie des Cultes 91 - Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN) 92 - Mutuelle Générale (MG) 93 - Mutuelle Générale de la Police (MGP) 94 - Fédération fonctionnaire (SLI) 95 - Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH) 96 - Mutuelle de la Marine 99 - Autres mutuelles
ERROR	V304		**Le code gestion n'est pas valide** Le code gestion doit être renseigné (2 caractères espace)
ERROR	V305		**La date de naissance n'est pas une date valide (JJMMAAAA) et est différente de « XXXXXXXX »** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008) et différente de XXXXXXXX
ERROR	V306		**Le code sexe du patient n'est pas valide** Le code régime doit appartenir à la liste ci-dessous ou doit être égale à « X » 1 - Masculin 2 - Féminin
ERROR	V307		**Le code justification d'exonération du ticket modérateur n'est pas valide** Le code justification d'exonération du ticket modérateur doit appartenir à la liste ci-dessous ou doit être égale à « X » : 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 ou C
ERROR	V308		**Le code prise en charge du forfait journalier n'est pas valide** Le code prise en charge du forfait journalier doit appartenir à la liste ci-dessous ou doit être égale à « X » : A, R, L ou espace

ERROR	V309		**Le code de nature de l'assurance n'est pas valide** Le code de nature de l'assurance doit appartenir à la liste ci-dessous ou doit être égale à « XX » 10 – Maladie 13 - Maladie régime local Alsace-Moselle 30 – Maternité 41 - Accident du travail 90 - Prévention maladie
ERROR	V310		**Le code du type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire n'est pas valide** Le code du type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire doit appartenir à la liste ci-dessous 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 2 espaces – pas d'information
ERROR	V311		**Le code séjour facturable à l'assurance maladie n'est pas valide** Le code séjour facturable à l'assurance maladie doit appartenir à la liste ci-dessous 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
ERROR	V312		**Le code du motif de la non facturation à l'assurance maladie n'est pas valide** 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 ci-dessous : 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
ERROR	V313		**Le code du motif de facturation du 18€ n'est pas valide** Le code du motif de facturation du 18€ doit appartenir à la liste ci-dessous 0 – Non 1 – Oui

ERROR	V314		**Le nombre de venues de la facture n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V315		**Le montant à facturer au titre du ticket modérateur n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V316		**Le montant à facturer au titre du forfait journalier n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V317		**Le montant total du séjour remboursable pour l'AMO n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V318		**Le montant lié à la majoration au parcours de soin n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V319		**Le montant base remboursement n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V320		**Le code de « patient bénéficiaire de la CMU » n'est pas valide** Le code de « patient bénéficiaire de la CMU » doit appartenir à la liste ci-dessous 0 – Non 1 – Oui Espace – Pas d'information
ERROR	V321		**Le code de « hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère » n'est pas valide** Le code de « hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère » doit appartenir à la liste ci-dessous 1 – Oui Espace – Pas d'information
ERROR	V322		**Le code de « hospitalisation pour prélèvement d'organe » n'est pas valide** Le code de « hospitalisation pour prélèvement d'organe » doit appartenir à la liste ci-dessous 1 – Oui Espace – Pas d'information
ERROR	V323		**La date de début d'hospitalisation n'est pas valide** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	V324		**Le montant total du séjour remboursable pour l'AMC n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V325		**Le code participation de l'assuré n'est pas valide** Le code participation de l'assuré doit appartenir à la liste ci-dessous : A, R, L ou espace
ERROR	V326		**Le numéro d'entrée n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V327		**Le rang de naissance n'est pas valide**

			Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V328		**Le rang du bénéficiaire n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V329		**Le n° de caisse gestionnaire n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V330		**Le n° centre gestionnaire n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V331		**Le taux de remboursement n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V332		**La nature de la pièce justificative n'est pas valide** La nature de la pièce justificative doit appartenir à la liste ci-dessous 0 – L'assuré n'a présenté aucune pièce justificative 1 – L'assuré a présenté un bulletin de salaire, une attestation de droits, une prise en charge pour l'AME, une attestation de bénéficiaire CMU, etc 2 – L'assuré a présentation son attestation d'ouverture de droits ou le partenaire a consulté le fichier par télématique 3 – Prise en charge (cliniques et cures thermales) 4 – L'assuré a présenté sa carte vitale
ERROR	V333		**La date d'établissement de la prise en charge n'est pas valide** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008) ou n'est pas vide (8 caractères espaces)
ERROR	V334		**La date de validité de l'attestation de droits, carte Vitale ou PEC n'est pas valide** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008) ou n'est pas vide (8 caractères espaces)
ERROR	V335		**L'origine de l'attestation de droits n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V336		**Le code du régime de prestation de l'assuré n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V337		**Le numéro ou la date d'accident n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V338		**Le top éclatement des flux par l'établissement n'est pas valide** Le top éclatement des flux par l'établissement doit appartenir à la liste ci-dessous F – La prise en charge de la facture par le régime général est inférieure à 100% (présence d'une part complémentaire) Espace – La totalité de la facture est prise en charge par le régime (pas de part complémentaire sur la facture)
ERROR	V339		**La date d'entrée doit être supérieure ou égale à la date de début d'hospitalistation**
ERROR	V340		**La date d'entrée n'est pas valide**

			Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008) ou n'est pas vide (8 caractères espaces)
ERROR	V341		**La date de sortie n'est pas valide** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008) ou n'est pas vide (8 caractères espaces)
ERROR	V342		**Le complément au titre de recettes n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V343		**Le top déclaration de médecin traitant n'est pas valide** Le top déclaration de médecin traitant doit appartenir à la liste ci-dessous : O, N ou espace
ERROR	V344		**L'indicateur du parcours de soins n'est pas valide** L'indicateur du parcours de soins doit appartenir à la liste ci-dessous : O – La prescription a été établie dans le parcours de soin par un médecin correspondant P – la prescription a été établie dans une autre situation du parcours de soin S – La prescription a été établie hors parcours de soin T – La prescription a été établie par le médecin traitant espace
ERROR	V345		**La zone CMUC en gestion unique doit contenir 0, 1 ou être vide (si pas d'information ou non applicable)** La zone CMUC en gestion unique doit appartenir à la liste ci-dessous 0 – Non 1 – Oui Espace – Pas d'information
ERROR	V346		**La zone établissement de transfert n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V347		**La zone établissement de retour n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V348		**Zone DMT : la discipline de prestations n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V349		**Zone DMT : le mode de traitement n'est pas valide** Le mode de traitement doit appartenir à la liste ci-dessous 03 - Hospitalisation complete 04 - Hospitalisation de jour 05 - Hospitalisation de nuit 06 - Hospitalisation a domicile 07 - Soins externes 10 - Urgence 11 - Hebergement complet ou internat 12 - Hebergement de nuit 13 - Semi internat 14 - Externat

			15 - Placement en famille d'accueil 16 - Prestations a domicile ou en milieu ouvert 17 - Internat de semaine 19 - Traitement et cures ambulatoires 20 - Hospitalisation de semaine 21 - Accueil de jour 22 - Hospitalisation a temps partiel 23 - Chirurgie ou anesthesie ambulatoire 24 - Accueil et p.e.c. en service familial therapeutique 35 - Cures thermales 37 - Accueil en appartement therapeutique psychiatrique 38 - Accueil en centre de post-cure psychiatrique 39 - Accueil en centre de crise psychiatrique
ERROR	V350		**Zone DMT : la date de début de séjour n'est pas valide** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008) ou n'est pas vide (8 caractères espaces)
ERROR	V351		**Zone DMT : la date de fin de séjour n'est pas valide** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008) ou n'est pas vide (8 caractères espaces)
ERROR	V352		**Zone DMT : le prix unitaire n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V353		**Zone DMT : la base de remboursement n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V354		**Zone DMT : le taux applicable à la prestation n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V355		**Zone DMT : le montant remboursable par la caisse n'est pas valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V356		**La confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents n'est pas valide** Valeur 1 ou espace
ERROR	V357		**Le numéro d'organisme complémentaire n'est pas valide** 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.
ERROR	V358		**Le numéro Finess d'inscription e-PMSI n'est pas valide** Le numéro FINESS doit comporter que des chiffres (à l'exception de la Corse).
ERROR	V359		**Le numéro d'immatriculation individuel n'a pas une valeur valide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9)
ERROR	V360		**La clé du numéro d'immatriculation individuel n'a pas une valeur valide** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9)

ERROR	V361		**Le montant total du séjour facturé au patient n'a pas une valeur numérique valide (8+2)** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9. Numérique avec 2 décimales)
ERROR	V362		**Le rejet AMO n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V363		**La date de facturation AMO n'est pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	V364		**La date de facturation AMC n'est pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	V365		**La date de facturation patient n'est pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	V366		**La date de paiement AMO n'est pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	V367		**La date de paiement AMC n'est pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	V368		**La date de paiement patient n'est pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	V369		**Le staut FT AMO n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V370		**Le staut FT AMC n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V371		**Le staut FT patient n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	V372		**Le pays d'assurance social n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9 et espace)
ERROR	V373		**Le numéro d'identification permanent du patient (IPP) n'a pas une valeur numérique valide**

			Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9 et espace)
ERROR	FDNG		**Forfait dialyse non pris en charge**

22 Interface N°16 : Flux de gestion des rejets

22.1 Présentation générale

L'intégration du flux NOEMIE par DEFIS permet à ce dernier de connaître la prise en compte de la facture par l'assurance maladie : facture liquidée ou rejet notamment. Comme indiqué dans le schéma « Etat facture dans DEFIS », dans le premier cas, DEFIS n'autorise plus la modification ni la réémission de la facture. Il est possible d'annuler les factures payées avec le flux d'annulation de factures. Les factures rejetées doivent être annulées ou confirmées en utilisant ce flux.

22.2 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	MANAGEREJECT
Content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme ***MANAGEREJECT.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat***

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
N° Administratif de séjour	1	20	20	
Opération	21	21	1	Annuler=A/Confirmer=C

22.3 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	MANAGEREJECT
Rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme ***MANAGEREJECT.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat***

22.4 Format des données en sortie pour le dossier tampon

NOM	Déb	Fin	Taille	Commentaires
N° Administratif de séjour	1	20	20	
Opération	21	21	1	
Nombre de messages (NMsg)	22	23	2	
Code message n°1	24	27	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs et d'information», colonnes « code 1 » et « code 2 »

…				
Code message n°NMsg			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs et d'information», colonnes « code 1 » et « code 2 »

22.5 Erreurs MANAGEREJECT

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	MGER		**Erreur dans la gestion des rejets NOEMIE**
ERROR	M001		**Les données d'entrée (N° Administratif de séjour et Opération) ne sont pas renseignées ou sont erronées** La longueur de la ligne est différente de 21 caractères
ERROR	M002		**L'opération doit être 'A' (Annuler) ou 'C' (Confirmer)**
INFO	M003		**Le dossier n'est pas à l'état 'Rejeté'** Pour traiter la facture rejetée, le dossier doit être à l'état « Rejeté »

23 Interface N°17 : Flux d'annulation des dossiers payés

Ce flux permet d'annuler un dossier payé. L'état du dossier repasse à l'état « En cours ».

23.1 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	CANCELPAIDREQUEST
content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *CANCELPAIDREQUEST.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat*

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
N° Administratif de séjour	1	20	20	

23.2 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	CANCELPAIDREQUEST
rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *CANCELPAIDREQUEST.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat*

23.3 Format des données en sortie pour le dossier tampon

NOM	Déb	Fin	Taille	Commentaires
N° Administratif de séjour	1	20	20	
Nombre de messages (NMsg)	21	22	2	
Code message n°1	23	26	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs et d'information», colonnes « code 1 » et « code 2 »
…				
Code message n°NMsg			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs et d'information», colonnes « code 1 » et « code 2 »

23.4 Erreurs CANCELPAIDREQUEST

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	CDER		**Erreur dans l'annulation du dossier**
ERROR	Y001		**Le N° Administratif de séjour n'est pas renseigné ou est erroné** La longueur de la ligne est différente de 20 caractères
INFO	Y002		**Le dossier n'est pas à l'état 'Payé'** Pour annuler la facture payée, le dossier doit être à l'état « Payé »
ERROR	Y003		**Le dossier est inconnu dans la base** Aucun dossier n'a été trouvé avec le N° de dossier administratif passé en paramètre

24 Interface n°18 : FICHCOMP Médicament ATU

24.1 Présentation générale

Il s'agit d'un flux d'alimentation qui concerne les médicaments ATU de la liste en sus : L162-22-7.
La périodicité d'alimentation de DEFIS est définie par l'applicatif de gestion de la pharmacie.

Comme indiqué plus haut en réponse à ce flux, un flux « accusé réception » sera produit.

Le flux de sortie « accusé réception », outre les problèmes de format, signalera les séjours pour lesquels les données ont pu être intégrées et ceux pour lesquels les données administratives n'étaient pas présentes.

24.2 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	FICHCOMPMEDATU
content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon de la forme *FICHCOMPMEDATU.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat*

24.3 Format des données en entrée

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaires
N°FINESS	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	09
N°Administratif local de séjour	20	12	31	
Date d'administration	8	32	39	
Code UCD	15	40	54	
Nombre administré éventuellement fractionnaire (7+3)	10	55	64	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré (7+3)	10	65	74	7+3
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	75	75	1: oui, 2:Non
Filler	30	76	105	Réservé à un usage futur

24.4 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	FICHCOMPMEDATU
rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *FICHCOMPMEDATU.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat*

24.5 Format des données en sortie pour le dossier tampon

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
N° Administratif de séjour	1	20	20	
Date d'administration	21	28	8	
Code UCD	29	43	15	
Nombre de codes d'erreurs (Ne)	44	45	2	
Code d'erreur n°1	46	49	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »
…				
Code d'erreur n° Ne			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »

24.6 Erreurs FICHCOMPMEDATU

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	U001		**La ligne de texte n'a pas la bonne longueur** La longueur de la ligne doit être égale à 105 caractères
ERROR	U002		**Le champ "date d'administration" ne contient pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	U003		**Le champ "nombre administré" ne contient pas une valeur numérique valide (7+3)** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9. Numérique avec 3 décimales)
ERROR	U004		**Le champ "montant" ne contient pas une valeur numérique valide (7+3)** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9. Numérique avec 3 décimales)
ERROR	U005		**Le code MED ATU est inconnu** Le code MED ATU est inconnu dans le référentiel des Médicaments ATU
ERROR	U006		**Le champ "type de prestation" doit être égale à "09"** Le type de prestation pour un FICHCOMP MED ATU doit être « 09 »
INFO	U007		**Le champ "validation initiale" doit être égale à "1" (oui) ou "2" (non)** La validation initiale doit appartenir à la liste ci-dessous 1 – Oui 2 – Non
ERROR	U008		**Le champ "n°Administratif local de séjour" doit être renseigné** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9) ou vide
INFO	U009		**Le champ "finess" n'est pas renseigné** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9) ou vide
ERROR	U010		**Le code MED ATU est radié** Le code MED ATU est connu dans le référentiel des Médicaments anti-thrombotiques mais il a été radié

25 Interface n°19 : FICHCOMP Médicament Anti-Thrombotique

25.1 Présentation générale

Il s'agit d'un flux d'alimentation qui concerne les médicaments anti-thrombotiques de la liste en sus : L162-22-7.

La périodicité d'alimentation de DEFIS est définie par l'applicatif de gestion de la pharmacie.

Comme indiqué plus haut en réponse à ce flux, un flux « accusé réception » sera produit.

Le flux de sortie « accusé réception », outre les problèmes de format, signalera les séjours pour lesquels les données ont pu être intégrées et ceux pour lesquels les données administratives n'étaient pas présentes.

25.2 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	FICHCOMPMEDTHROMBO
content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon de la forme *FICHCOMPMEDTHROMBO.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat*

25.3 Format des données en entrée

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaires
N°FINESS	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	10
N°Administratif local de séjour	20	12	31	
Date d'administration	8	32	39	
Code UCD	15	40	54	
Nombre administré éventuellement fractionnaire (7+3)	10	55	64	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré (7+3)	10	65	74	7+3
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	75	75	1: oui, 2:Non
Filler	30	76	105	Réservé à un usage futur

25.4 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	FICHCOMPMEDTHROMBO
rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *FICHCOMPMEDTHROMBO.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat*

25.5 Format des données en sortie pour le dossier tampon

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
N° Administratif de séjour	1	20	20	
Date d'administration	21	28	8	
Code UCD	29	43	15	
Nombre de codes d'erreurs (Ne)	44	45	2	
Code d'erreur n°1	46	49	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »
…				
Code d'erreur n° Ne			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »

25.6 Erreurs FICHCOMPMEDTHROMBO

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	H001		**La ligne de texte n'a pas la bonne longueur** La longueur de la ligne doit être égale à 105 caractères
ERROR	H002		**Le champ "date d'administration" ne contient pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	H003		**Le champ "nombre administré" ne contient pas une valeur numérique valide (7+3)** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9. Numérique avec 3 décimales)
ERROR	H004		**Le champ "montant" ne contient pas une valeur numérique valide (7+3)** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9. Numérique avec 3 décimales)
ERROR	H005		**Le code MED Thrombo est inconnu** Le code MED Thrombo est inconnu dans le référentiel des Médicaments anti-thrombotiques
ERROR	H006		**Le champ "type de prestation" doit être égale à "10"** Le type de prestation pour un FICHCOMP MED THROMBO doit être « 10 »
INFO	H007		**Le champ "validation initiale" doit être égale à "1" (oui) ou "2" (non)** La validation initiale doit appartenir à la liste ci-dessous 1 – Oui 2 – Non
ERROR	H008		**Le champ "n°Administratif local de séjour" doit être renseigné** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9) ou vide
INFO	H009		**Le champ "finess" n'est pas renseigné** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9) ou vide
ERROR	H010		**Le code MED Thrombo est radié** Le code MED Thrombo est connu dans le référentiel des Médicaments anti-thrombotiques mais il a été radié

26 Interface n°20 : FICHCOMP IVG

26.1 Présentation générale

Il s'agit d'un nouveau flux d'alimentation qui concerne les IVG

Comme indiqué plus haut en réponse à ce flux, un flux « accusé réception » sera produit.

Le flux de sortie « accusé réception », outre les problèmes de format, signalera les séjours pour lesquels les données ont pu être intégrées et ceux pour lesquels les données administratives n'étaient pas présentes.

26.2 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	FICHCOMPIVG
content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon de la forme *FICHCOMPIVG.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat*

26.3 Format des données en entrée

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaires
N°FINESS	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	53
N°Administratif local de séjour	20	12	31	
Date d'entrée du séjour	8	32	39	
Date sortie du séjour	8	40	47	
Nombre IVG antérieures	2	48	49	
Année de l'IVG précédente	4	50	53	Format AAAA
Nombre de naissances vivantes antérieures	2	54	55	
Filler	30	56	85	

26.4 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	FICHCOMPIVG
rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *FICHCOMPIVG.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat*

26.5 Format des données en sortie pour le dossier tampon

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
N° Administratif de séjour	1	20	20	
Code	21	35	15	
Nombre de codes d'erreurs (Ne)	36	37	2	
Code d'erreur n°1	38	41	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »
…				
Code d'erreur n° Ne			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »

26.6 Erreurs FICHCOMPIVG

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	W001		**La ligne de texte n'a pas la bonne longueur** La longueur de la ligne doit être égale à 85 caractères
ERROR	W002		**Le champ "date de début de séjour" ne contient pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	W003		**Le champ "date de fin de séjour" ne contient pas une date valide (JJMMAAAA)** Format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
ERROR	W004		**La date de fin doit être supérieure ou égale à la date de début de séjour**
ERROR	W005		**Le champ "nombre de IVG antérieures" ne contient pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	W006		**Le champ "année de IVG précédente" ne contient pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	W007		**Le champ "nombre de naissances vivantes antérieures de IVG" ne contient pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	W008		**Le champ "type de prestation" doit être égale à "53"** Le type de prestation pour un FICHCOMP IVG doit être « 53 »
ERROR	W009		**Le champ "n°Administratif local de séjour" doit être renseigné** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9) ou vide
INFO	W010		**Le champ "finess" n'est pas renseigné** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9) ou vide

27 Interface N°21 : Flux d'extraction E-PMSI

27.1 Présentation générale

Le flux EXTRACTEPMSI permet de générer une extraction, dans un fichier zippé, des données intégrées dans DEFIS pour un mois et une année passés en paramètres.

Cette extraction pourra être intégrée dans le logiciel GENRSA dans le but d'envoyer ces données sur la plateforme e-PMSI pour paiement.

Les données d'un dossier sont extraites aux conditions suivantes :

- La date de sortie doit être comprise entre le 1er janvier de l'année A et le dernier jour du mois M de l'année A (M et A sont le mois et l'année passés en paramètre).
- Pour un dossier, au minimum un RSS et un VIDHOSP doivent être intégrés.

27.2 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	EXTRACTEPMSI
Content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme ***EXTRACTEPMSI.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat***

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
Mois de l'extraction	1	2	2	Sur 2 caractères. Complété à gauche par un « 0 »
Année de l'extraction	3	6	4	

27.3 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	EXTRACTEPMSI
Rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme ***EXTRACTEPMSI.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat***

27.4 Format des données en sortie pour le dossier tampon

NOM	Déb	Fin	Taille	Commentaires
Mois de l'extraction	1	2	2	
Année de l'extraction	3	6	4	
Nombre de messages (NMsg)	7	8	2	
Code message n°1	9	12	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs et d'information», colonnes « code 1 » et « code 2 »
…				
Code message n°NMsg			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs et d'information», colonnes « code 1 » et « code 2 »

27.5 Extraction des données

Nom du fichier d'extraction est de la forme *DEFIS.[FINESS][ANNEE DE L'EXTRACTION].[MOIS DE L'EXTRACTION].[DATE HEURE].zip*

Un fichier ANO-HOSP est créé à partir du VIDHOSP du dossier.

L'extraction contient les fichiers de données suivants :

Type de donnés	Nom du fichier	Commentaire
RSS	*[FINESS][ANNEE DE L'EXTRACTION].[MOIS DE L'EXTRACTION].RSS.TXT*	Obligatoire
ANO-HOSP	*[FINESS][ANNEE DE L'EXTRACTION].[MOIS DE L'EXTRACTION].ANOHOSP.TXT*	Obligatoire
FICHCOMPMED	*[FINESS][ANNEE DE L'EXTRACTION].[MOIS DE L'EXTRACTION].FICHCOMPMED.TXT*	Facultatif
FICHCOMPDMI	*[FINESS][ANNEE DE L'EXTRACTION].[MOIS DE L'EXTRACTION]. FICHCOMPDMI.TXT*	Facultatif
FICHCOMPPIE	*[FINESS][ANNEE DE L'EXTRACTION].[MOIS DE L'EXTRACTION]. FICHCOMPPIE.TXT*	Facultatif
FICHCOMPPO	*[FINESS][ANNEE DE L'EXTRACTION].[MOIS DE L'EXTRACTION]. FICHCOMPPO.TXT*	Facultatif
FICHCOMPDIP	*[FINESS][ANNEE DE L'EXTRACTION].[MOIS DE L'EXTRACTION]. FICHCOMPDIP.TXT*	Facultatif
FICHCOMPMEDATU	*[FINESS][ANNEE DE L'EXTRACTION].[MOIS DE L'EXTRACTION]. FICHCOMPMEDATU.TXT*	Facultatif
FICHCOMPMEDTHROMBO	*[FINESS][ANNEE DE L'EXTRACTION].[MOIS DE L'EXTRACTION]. FICHCOMPMEDTHROMBO.TXT*	Facultatif
FICHCOMPIVG	*[FINESS][ANNEE DE L'EXTRACTION].[MOIS DE L'EXTRACTION]. FICHCOMPIVG.TXT*	Facultatif
UM	*[FINESS][ANNEE DE L'EXTRACTION].[MOIS DE L'EXTRACTION].IUM.TXT*	Obligatoire

Signature	*Sign.ver*	Signature des fichiers de l'extraction

27.6 Erreurs EXTRACTEPMSI

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	EXER		**Erreur dans L'extraction des dossiers**
ERROR	X001		**La ligne de texte n'a pas la bonne longueur** La longueur de la ligne est différente de 6 caractères
ERROR	X002		**Le mois et l'année sont erronés** Le mois doit avoir une valeur 01, 02, 03, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11 ou 12 L'année doit avoir une valeur numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
INFO	X003		**Aucun dossier n'a été trouvé pour l'extraction EPMSI pour la période** Aucun dossier dont la date de sortie est comprise entre le 1er janvier AAAA et le dernier jour du mois MM AAA n'a été trouvé (MM représente le mois et AAAA représente l'année passés en paramètre)
ERROR	X004		**Aucune UM n'a été trouvée pour l'extraction EPMSI pour la période**

28 Interface N°22 : Flux NOEMIE ARL NEGATIF

28.1 Présentation générale

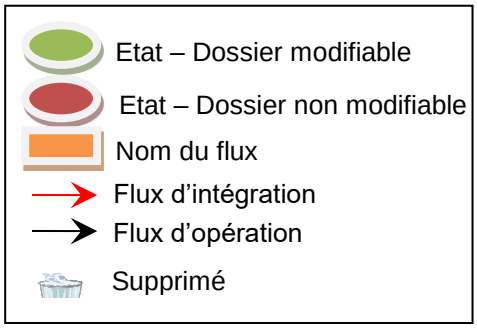
L'ARL NOEMIE confirme la bonne réception du fichier de la facture B2 par l'Assurance Maladie. Cet ARL est positif si les éléments de l'envoi sont conformes au cahier des charges. Il est négatif dans le cas contraire et il faudra alors ré-émettre votre fichier.

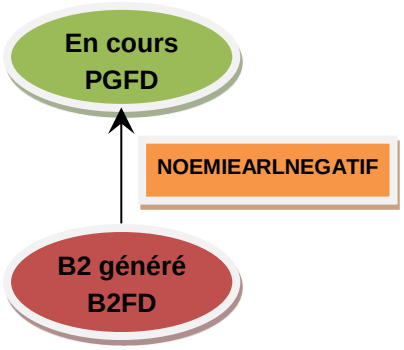
DEFIS ne prend plus en compte le fichier de référence « **930** ». Le flux NOEMIE ARL NEGATIF le remplace depuis la version 1.4.0.0.

L'intégration du flux NOEMIE ARL NEGATIF par DEFIS permet à ce dernier de prendre en compte cet ARL Négatif.

Les dossiers concernés par la facture B2 passent de l'état « B2 Généré » à « En cours ».

Légende :





La clé d'identification est la suivante :

- Code grand régime
- Identifiant du fichier B2
- N° de lot

L'identifiant du fichier B2 se trouve dans :

- Dans le fichier « F_FACTTITRE.TXT » : position 152 de taille 6
- Dans le fichier « FACT_SYNCH.TXT » : position 52 de taille 6

Le N° de lot se trouve dans :

- Le fichier « F_FACTTITRE.TXT » : position 19 de taille 3
- Le fichier B2 – ligne Type 1 : position 20 de taille 3

28.2 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	NOEMIEARLNEGATIF
Content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *NOEMIEARLNEGATIF.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat*

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
Code grand régime	1	2	2	
Identifiant du fichier B2	3	8	6	
N° Lot	9	11	3	

28.3 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	NOEMIEARLNEGATIF
Rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme ***NOEMIEARLNEGATIF.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat***

28.4 Format des données en sortie pour le dossier tampon

NOM	Déb	Fin	Taille	Commentaires
Code grand régime	1	2	2	
Identifiant du fichier B2	3	8	6	
N° Lot	9	11	3	
Nombre de codes d'erreurs (Ne)	12	13	2	
Code d'erreur n°1	14	17	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs et d'information», colonnes « code 1 » et « code 2 »
…				
Code d'erreur n°Ne			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs et d'information», colonnes « code 1 » et « code 2 »

28.5 Erreurs NOEMIEARLNEGATIF

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	NAER		**Erreur dans le traitement des fichiers ARL Négatifs NOEMIE**
ERROR	L001		**Les données d'entrée (code grand régime, identifiant du fichier B2 et le N° de lot) ne sont pas renseignées ou sont erronées** La longueur de la ligne est différente de 11 caractères
ERROR	L002		**Le code grand régime n'est pas valide** Le code régime doit appartenir à la liste ci-dessous

			01 - Régime général des salariés et Mutuelles nationales locales 02 - Régime Agricole 03 - Régime Social des Indépendants 04 - Caisses de prévoyance et de retraite de la SNCF 05 - Caisse de retraite du personnel de la RATP 06 - Etablissement National des Invalides de la Marine ENIM 07 - Caisse Autonome de Sécurité Sociale dans les Mines 08 - Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale 09 - Caisse de Prévoyance Maladie de la Banque de France 10 - Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de notaire 12 - Régime Spécial d'Assurance Maladie de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris 14 - Fonds de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale 15 - Caisses Autonomes de Sécurité Sociale du Sénat 16 - Caisse de Prévoyance du personnel du Port Autonome de Bordeaux 80 - Ministère des anciens combattants 90 - Caisse d'assurance Vieillesse Invalidité et Maladie des Cultes 91 - Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN) 92 - Mutuelle Générale (MG) 93 - Mutuelle Générale de la Police (MGP) 94 - Fédération fonctionnaire (SLI) 95 - Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH) 96 - Mutuelle de la Marine 99 - Autres mutuelles
INFO	L003		**L'identifiant du fichier B2 n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	L004		**Le N° de lot n'a pas une valeur numérique valide** Valeur non numérique (Caractères autorisés : 0 à 9)
ERROR	L005		**Aucun dossier ne correspond au triplet Code grand régime, Id Fichier B2 et N° de lot** Aucun dossier correspondant au triplet « Code grande régime », « identifiant du fichier B2 » et « N° lot » n'a été trouvé.
ERROR	L006		**Le dossier n'est pas à l'état 'B2 généré'** Le dossier doit être à l'état « B2 généré »

29 Interface N°23 : Flux de dévalidation de dossiers

29.1 Présentation générale

Ce flux permet de dévalider un dossier validé.

29.2 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	DEVALIDREQUEST
content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme ***DEVALIDREQUEST.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat***

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
N° Administratif de séjour	1	20	20	

29.3 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	DEVALIDREQUEST
rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme ***DEVALIDREQUEST.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat***

29.4 Format des données en sortie pour le dossier tampon

NOM	Déb	Fin	Taille	Commentaires
N° Administratif de séjour	1	20	20	
Nombre de messages (NMsg)	21	22	2	
Code message n°1	23	26	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs et d'information», colonnes « code 1 » et « code 2 »
…				
Code message n°NMsg			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs et d'information», colonnes « code 1 » et « code 2 »

29.5 Erreurs DEVALIDREQUEST

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	DVER		**Erreur dans la dévalidation de dossier**
ERROR	Z001		**Le N° Administratif de séjour n'est pas renseigné ou est erroné** La longueur de la ligne est différente de 20 caractères
ERROR	Z002		**Le dossier est inconnu dans la base** Aucun dossier n'a été trouvé avec le N° de dossier administratif passé en paramètre
ERROR	Z003		**Le dossier n'est pas à l'état 'Validé'** Pour dévalider un dossier validé, le dossier doit être à l'état « Validé »

30 Interface n°24 : FICHCOMP Maison Naissance

30.1 Présentation générale

Ce flux peut être produit par le GEF ou par la gestion médicale des séjours. Il comporte les informations sur les naissances dans les maisons de naissances.

30.2 Flux d'entrée

Balise	Contenu
streamtype	FICHCOMPMaisonNaissance
Content	Lignes au format des données en entrée, ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon de la forme *FICHCOMPMaisonNaissance.IN.[DATE HEURE A RENSEIGNER].[N° FLUX A RENSEIGNER].dat*

30.3 Format des données en entrée :

Libellé	Début	Fin	Taille	Commentaires
N° FINESS	1	9	9	
Type de prestation	10	11	2	13
N° Administratif de séjour	12	31	20	Celui de la mère ou du bébé

30.4 Flux de sortie pour les services Web

Balise	Contenu
streamtype	FICHCOMPMaisonNaissance
Rowidentification	En bleu dans le tableau ci-dessous

Nom du fichier lors de l'utilisation d'un dossier tampon : de la forme *FICHCOMPMaisonNaissance.OUT.[DATE HEURE].[N° FLUX].[IDR].arl.dat*

30.5 Format des données en sortie pour le dossier tampon:

Nom	Déb	Fin	Taille	Consignes
N° Administratif de séjour	1	20	20	
	21	28	8	
code	29	43	15	

Nombre de codes d'erreurs (Ne)	44	45	2	
Code d'erreur n°1	46	49	4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »
…				
Code d'erreur n°Ne			4	cf. Annexe « Référentiel des codes d'erreurs », colonnes « code 1 » et « code 2 »

30.6 Erreurs FICHCOMPMaisonNaissance

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	MN01		**La ligne de texte n'a pas la bonne longueur** La longueur de la ligne doit être égale à 20 caractères
ERROR	MN02		**Le champ "type de prestation" doit être égale à "13"** Le type de prestation pour un FICHCOMP MaisonNaissance doit être « 13 »
ERROR	MN03		**Le champ "n°Administratif local de séjour" doit être renseigné** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9) ou vide
INFO	MN04		**Le champ "finess" n'est pas renseigné** Valeur non alphanumérique (Caractères autorisés : A à Z et 0 à 9) ou vide

Annexe

Référentiel des codes d'erreurs

Erreurs générales

Type	Code 1	Code 2	Commentaires
ERROR	EXPT	(type de l'exception)	**EXCEPTION** Le type de la classe d'exception
ERROR	UNYE	(année)	**UNHANDLED_YEAR** L'année trouvée dans la date de la ligne de flux n'est pas gérée par cette version de DEFIS
ERROR / INFO	LKFD	(numhosp)	**LOCKED_FOLDER** Le dossier (identifié par le n° d'hosp) de la ligne de flux est verrouillé (validé, envoyé) et ne peut être modifié
ERROR	UKTN	(numtitre)	**UNKNOWN_TITLE_NUMBER** Le numéro de titre de recette est inconnu en base (flux noemie)
ERROR	UVFD	(numhosp)	**UNVALIDATE_FOLDER** Le dossier n'est pas validé (flux noemie)
ERROR	URFD	(numhosp)	**UNREJECTED_FOLDER** Le dossier n'est pas marqué comme ayant été rejeté (flux noemie)
ERROR	MRFD	(numhosp)	**MULTIPLE_RSS_FOLDER** Il ne peut pas correspondre plusieurs numéros de RSS à un dossier donné
ERROR	UNST		**UNHANDLED_STREAM_TYPE** Le type de flux indiqué dans la balise XML est inconnu

ERROR	DBAC	(type de l'exception)	**DATABASE_ACCESS** L'accès à la base de données a provoqué une erreur
ERROR	FIAC	(type de l'exception)	**FILE_ACCESS** L'accès au fichier flux a provoqué une erreur
ERROR	UNFD	(numhosp)	Le dossier (identifié par le n° hosp) est inconnu dans la base
ERROR	RIFL	-	**ROW_INSTANCIATION_FAILED** L'instanciation de la ligne de flux a échoué (ex : le type de RSS est inconnu)
ERROR	MMCR	(nombre de messages)	**MAX_MESSAGE_COUNT_REACHED** Le nombre de messages maximum a été atteint et l'intégration est annulée
ERROR	EMPT	-	**EMPTY_INTEGRATION** L'intégration n'a pas pu enregistrer la moindre ligne et est donc annulée
ERROR	ITCL	-	**INTEGRATION_CANCELED** L'intégration a été annulée manuellement
ERROR	FRMT	(Code de l'erreur de format)	**FORMAT**

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cahier_des_charges_MOCA_-_FIDES_Sejours_-_version_1-0.pdf