

F.A.Q DEFIS

Version 6.1

Foire aux questions (FAQ) sur l'intégration de DEFIS dans le système d'information hospitalier

Document à destination des éditeurs de logiciels hospitaliers de facturation des séjours

L'objectif de ce document est d'apporter des réponses aux principales questions posées par les éditeurs de logiciel de facturation des séjours hospitaliers relevant du cahier des charges sur l'intégration de DEFIS.

Les questions sont adressées à l'adresse e-mail suivante : defis@atih.sante.fr.



Table Des Matières

Table Des Matières	2
1. DOSSIERS A INTEGRER DANS DEFIS	3
2. DOSSIERS FACTURABLES PAR DEFIS	4
3. REMPLISSAGE DE VIDHOSP	5
3.1 QUESTIONS / REPONSES	5
3.2 VIDHOSP A LA LOUPE	6
4. REMPLISSAGE DU RSS	10
5. FLUX DE FACTURATION	11
5.1 NUMEROTATION DES TITRES ET DES LOTS B2	11
5.2 PERIODE COMPLEMENTAIRE ET DOSSIER A CHEVAL SUR 2 EXERCICES	11
5.3 FACTURE UNIQUE AMO / CMUC	12
5.4 MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES MO ET DMI	12
5.5 REGLES DE CALCUL SUR LA PARTIE TM SUR LA BASE DU TJP	13
5.6 FACTURATION DES IVG	13
5.7 FACTURATION DES AME ET SOINS URGENTS	13
5.8 FLUX NOEMIE EN ENTREES DE DEFIS	14
5.9 FLUX DE FACTURES EN SORTIE DE DEFIS	14
5.10 TRANSFERT > 48H	15
5.11 FLUX NOEMIE (ARL NEGATIF) EN ENTREES DE DEFIS	15
6. FLUX MEDICO-ADMINISTRATIF	17
6.1 FONCTIONNEMENT DE DEFIS	17
6.2 SOLUTION EN MODE « REPERTOIRES TAMPONS » (FICHIERS PLATS)	19
6.3 QUESTIONS GENERALES	19

1. DOSSIERS A INTEGRER DANS DEFIS

Question	Réponse
<p>Doit-on continuer à produire dans DEFIS les fichiers VID-HOSP correspondant aux dossiers non facturables à l'AMO et les envoyer aux ARS ?</p>	<p>Oui, il faut continuer à produire ces fichiers. En effet, les données intégrées dans DEFIS ont deux finalités :</p> <p>Production factures B2 : dossiers facturables à l'AMO uniquement</p> <p>Transmission à l'ATIH pour suivi de l'activité : tous les dossiers sont transmis. Les ARS ont accès à ces informations.</p>
<p>Est-ce que tous les séjours MCO suivant doivent être envoyés à Défis ?</p> <p>conventions internationales</p> <p>soins urgents</p> <p>patients payants</p> <p>IVG anonymes</p> <p>AME</p> <p>Patient hospitalisé dans un autre établissement</p>	<p>Oui, tous ces séjours doivent être envoyés à DEFIS.</p>
<p>Aujourd'hui, il n'y a pas de télétransmission pour les régimes 15 et 17 (les sénateurs et expatriés), doit-on envoyer ces dossiers à Défis ? Défis produira-t-il des factures B2 ?</p>	<p>Oui, vous devez envoyer ces dossiers à DEFIS.</p> <p>DEFIS produira une facture si la variable « Séjour facturable à l'assurance maladie » du fichier VIDHOSP est positionnée à vrai, non si elle ne l'est pas.</p> <p>Les dossiers seront validés uniquement s'ils réunissent les condition suivantes :</p> <p>Différent des forfaits Dialyse (D11, D12....)</p> <p>Différent des forfaits Innovation (I01 et I02)</p> <p>GHS différent GHS Esthétique</p> <p>Date de sortie postérieure à la date de bascule</p> <p>Dossiers ayant un régime accroché</p>

2. DOSSIERS FACTURABLES PAR DEFIS

Question	Réponse
<p>Dans quels cas Défis produit des factures ?</p>	<p>DEFIS produit des factures pour tous les séjours dont la variable « Séjour facturable à l'assurance maladie » du fichier VIDHOSP est positionnée à vrai (valeur 1).</p> <p>Sauf pour les dossiers suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - forfaits Dialyse (D11, D12....) - forfaits Innovation (I01 et I02) - GHS différent GHS Esthétique - Dossiers ayant un régime non accroché. (régime différents de 01 ou 02). <p>Ces dossiers sont facturable à l'assurance maladie mais non généré en B2 par DEFIS.</p> <p>Ces dossiers seront valirisés pas la plateforme e-PMSI.</p>
<p>Un dossier à l'état « validé » dans DEFIS peut-il être modifié ou supprimé ?</p>	<p>NON, le dossier lorsqu'il est à l'état « validé » ne peut être modifié ou supprimé, le dossier est « verrouillé ».</p> <p>La « dévalidation » d'un dossier (le dossier revient à l'état « en cours ») est possible uniquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'il y a rejet d'une facture par la CPAM, si vous annulez la facture dans DEFIS via le flux « MANAGERJECT = A » alors le dossier correspondant à cette facture revient à l'état « en cours ». - Lorsqu'il y a des erreurs de référentiel sur un dossier à la génération du fichier B2, le dossier est déverrouillé automatiquement et il revient à l'état « en cours » .
<p>Un dossier à l'état « facturé » dans DEFIS peut-il être modifié ou supprimé ?</p>	<p>NON, le dossier lorsqu'il est à l'état « facturé » ne peut être modifié ou supprimé, le dossier est « verrouillé ».</p> <p>La « défacturation » d'un dossier (le dossier revient à l'état « validé ») est possible uniquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lorsque le lot transmis revient en ARL Négatif. - S'il y a rejet d'une facture par la CPAM, si vous confirmez la facture dans DEFIS via le flux « MANAGEREJECT = C » alors le dossier correspondant à cette facture revient à l'état « validé ».

3. REMPLISSAGE DE VIDHOSP

3.1 Questions / Réponses

Dans le fichier VIDHOSP en entrée de DEFIS :

Question	Réponse
Faut-il envoyer toutes les DMT/MT quelle que soit la couverture du patient ?	Oui, cela permet à DEFIS de remplir et de transmettre les informations sur les TJC (ex : Type 3 B2)
« Hospitalisation d'un nouveau-né près de la mère » : Cet indicateur doit-il être renseigné dans le dossier de la mère ou de l'enfant ? S'agit-il du cas d'un enfant hospitalisé car il a des ennuis de santé (et qui fera l'objet d'une facture individuelle) ou bien le cas d'un enfant qui reste au chevet de sa mère à la maternité (cas normal) ?	Lorsque le nouveau-né reste auprès de la mère nous conseillons de créer un VIDHOSP unique, donc à renseigner dans le dossier de la mère. C'est le cas d'un nouveau-né qui reste au chevet de sa mère à la maternité (cas normal). Si le nouveau-né est transféré dans un autre service du même établissement il n'y a pas de cumul possible avec la mère donc gérer 2 factures distinctes.
« Hospitalisation pour prélèvement d'organe » : S'agit-il du cas des donneurs vivants ou bien du cas d'un prélèvement sur personne décédée ?	C'est le cas d'un prélèvement sur personne décédée en dehors de l'établissement et admise pour la réalisation du prélèvement Ces informations doivent être remplies pour tous les dossiers
Gestion changement de caisse en cours de séjour : Dans la mesure où l'on ne facture qu'à la sortie du patient et avec un GHS, comment gérer le changement de caisse gestionnaire en cours de séjour dans VIDHOSP (pos 146-148 et 149-152) Quelle caisse gestionnaire doit-on envoyer à DEFIS ? Même problématique mais moindre avec changement organisme complémentaire VIDHOSP	L'examen des droits de l'assuré est effectué en début de séjour (régime applicable, complémentaire CMU, exonération du ticket modérateur).
Comment faire pour regrouper sur une même facture la part AMO et CMUC ? Comment doit-on remplir VIDHOSP pour facturer ce type de dossier ?	Positionner « Top éclatement des flux par l'établissement » à blanc et renseigner dans la zone « DMT » les informations de prise en charge du TJC
Suppression abusive de la valeur 9 (autres	La valeur « 9 » est de nouveau autorisé pour la zone

situations) pour la zone « Motif de non facturation à l'assurance maladie »	« Motif de non facturation à l'assurance maladie »
Quant renseigner la partie DMT ?	<p>La partie DMT permet de renseigner les prestations TJC dans la facture B2.</p> <p>Elle doit être renseignée pour tous les dossiers dont le taux de prise en charge n'est pas à 100%.</p> <p>Il peut y avoir plusieurs DMT (donc TJC) sur une même facture.</p> <p>Les chevauchement entre la date_fin du TJC précédent et la date_début du TJC suivant ne sont pas acceptés.</p> <p>« date de debut » = date d'entrée dans l'UM et « date de fin » = date de sortie de l'UM ou (date de fin GHS) -1</p> <p>Le TJC n'est pas facturable le dernier jour du GHS, et ce, quel que soit le mode de sortie.</p> <p>La partie DMT n'est pas à compléter pour les forfaits IVG et prélèvement d'organe (PO).</p>

3.2 VIDHOSP à la loupe

DEFIS accepte les 2 types de VIDHOSP « restreint » et « complet ».

Le VIDHOSP restreint correspond aux 176 premiers caractères (représenté dans le tableau ci-dessous par les champs en jaune).

NOM du champ VIDHOSP	Consignes de remplissage
N° immatriculation assuré	Immatriculation de l'assuré est à récupérer sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. XXXXXXXXXXXXX = pas d'information ou anonyme (dans ce cas non facturable à la CPAM donc cas non validable dans DEFIS)
Clé du N° immatriculation	A récupérer sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge.. Clé à contrôler après la saisie (cf annexe 5 de la norme B2)
Code Grand Régime	A récupérer sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. (Cf annexe 2 norme B2) XX = pas d'information ou anonyme (dans ce cas non facturable à la CPAM donc cas non validable dans DEFIS)
Code gestion	Reporter l'information figurant dans la zone « régime obligatoire » de la carte vitale
Date de naissance du bénéficiaire	Indiquer ici la date de naissance du bénéficiaire. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA XXXXXXXX = pas d'information ou anonyme (dans ce cas non facturable à la CPAM donc cas non validable dans DEFIS)

Sexe du bénéficiaire	1 = M et 2 = F X = pas d'information ou anonyme (dans ce cas non facturable à la CPAM donc cas non validable dans DEFIS)
N° administratif de séjour	Identifiant de séjour unique sur 20 caractères Alphanumérique
N° format VID-HOSP	V010
Justification d'exonération ou de modulation du ticket modérateur	Précise et justifie l'exonération ou la modulation du ticket modérateur appliqué aux soins facturés. (Cf. annexe 9 norme B2) X = pas d'information (cas non facturable à la CPAM donc non validable dans DEFIS)
Code de prise en charge du forfait journalier	X = pas d'information (dans ce cas non facturable à la CPAM donc cas non validable dans DEFIS) A = à la charge du patient R = à la charge du régime obligatoire L = à la charge du régime Alsace Moselle (Cf annexe 16 norme B2)
Nature d'assurance	XX : pas d'information (dans ce cas non facturable à la CPAM donc cas non validable dans DEFIS) 10 : maladie 13 : maladie régime local Alsace-Moselle 30 : maternité 41 : accident du travail 90 : prévention maladie
Type de contrat	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 Sinon laisser vide
Séjour facturable à l'assurance maladie	0 : séjour non facturable à la CPAM (patients payants, AME, Migrants) dossiers non valorisables par DEFIS 1 : séjour facturable à la CPAM 2 : en attente de la réponse des CPAM concernant le taux de prise en charge du patient 3 : en attente de décision sur les droits du patients
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	Cette variable doit être renseignée lorsque la variable « séjour facturable à l'assurance maladie » est égale à 0 (séjour non facturable à l'assurance maladie) avec la valeur suivante : 1 : patient AME 2 : patient sous convention internationale 3 : patient payant 4 : patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgent 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 : autre situation Dans le cas où la variable « séjour facturable à l'assurance maladie » est égale à 1, laisser cette variable à blanc (caractère espace)
Facturation du 18 €	0 = Non facturation du forfait 18€ 1 = Oui facturation du forfait 18€
Nombre de venues de la facture	Cette information permet de traiter le cas où il y a plusieurs RSS mais une seule facture. Cette procédure est courante en hospitalisation de jour, chimio et dialyse.
Montant à facturer au titre du TM	Pour un assuré non exonéré il est égal au montant total du TJP affecté du taux de TM auquel est soustrait le montant total du forfait journalier (non

	<p>compris le forfait journalier de sortie).</p> <p>Pour un assuré exonéré il est toujours à 0</p>
Montant à facturer au titre du FJ	<p>Il est égal au montant total du forfait journalier y compris le forfait journalier de sortie. Ce montant est renseigné quelque soit le mode de prise en charge du forfait journalier.</p> <p>Il est évidemment égal à 0 dans le cas d'un séjour ambulatoire.</p>
Montant total du séjour remboursable pour l'AMO (ie hors prestations annexes)	<p>Pour un assuré non exonéré du ticket modérateur il est égal au montant total du GHS affecté du taux de remboursement auquel s'ajoute le montant total du forfait journalier non compris le forfait journalier de sortie (il s'agit du cas où l'assuré acquitte le ticket modérateur).</p> <p>Pour un assuré exonéré du TM il s'agit du montant total du GHS s'il n'est pas exonéré du forfait journalier, ou du montant total du GHS auquel s'ajoute le montant du forfait journalier s'il en est exonéré.</p>
Montant lié à la majoration au parcours de soins	A renseigner par la valeur 0 par défaut
Montant base remboursement	Correspond au tarif GHS multiplié par les coefficients MCO et prudentiels
Taux de remboursement	Taux applicable au dossier (cf annexe
Patient bénéficiaire de la CMU	<p>0 : Non</p> <p>1 : Oui</p> <p>Sinon laisser à vide si pas d'information</p>
N° administratif de séjour de la mère	A renseigner pour tous les nouveau-nés dont la mère est hospitalisée dans l'établissement même si facture à part
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	<p>1 = confirmer la présence d'un nouveau né auprès de la mère (facture unique mère-enfant)</p> <p>Sinon laisser à vide</p>
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	<p>1 = confirmation de l'hospitalisation pour le prélèvement d'organe</p> <p>Sinon laisser à vide</p>
Date de l'hospitalisation	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	<p>Dans le cas d'un séjour AME, il s'agit du montant total qui était facturé antérieurement à la réforme sans application des évolutions que la CNAM demandera sur le contenu de la norme B2.</p> <p>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.</p>
Code participation assuré	<p>Mettre « A » s'il y a participation assuré</p> <p>Sinon laisser à vide</p>
N° d'entrée	N° attribué par l'établissement
Rang de naissance	Valeur à récupérer sur la carte vitale
Rang du bénéficiaire	<p>Valeur 000 pour le régime général.</p> <p>A récupérer sur l'attestation de droits ou la prise en charge pour autres régimes si présent</p>
N° caisse gestionnaire	<p>A récupérer sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge.</p> <p>(Cf annexe 3 norme B2)</p>
N° centre gestionnaire	<p>A récupérer sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge.</p> <p>Pour le RSI : cadrage du numéro de centre à gauche, le 4ème caractère doit être renseigné par un 0 en position 57</p>
Nature de la pièce justificative des droits	Cf annexe 8 Norme B2 - JUSTIFICATION DES DROITS AMO
Prise en charge établie le	<p>Obligatoire si l'établissement a indiqué qu'il possède une prise en charge.</p> <p>Indiquer la date de prise en charge par l'organisme d'Assurance maladie. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA</p>

Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	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	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	A reprendre sur la prise en charge ou laisser à 000. Cette information est obligatoire, en cas de présence de types 2B/2C, pour les bénéficiaires relevant de la subsistance « F212 », au sens du décret du 22.12.1967 (ex : bénéficiaires hospitalisés MECS, ...)
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	Obligatoire en cas d'accident. Lorsque la Nature d'Assurance est AT (41) : indiquer le numéro de l'AT (pour le RG, AAMMJJ + code CRAM + clé à contrôler, voir annexe 5) ou la date de l'AT (AAMMJJ, cadrée à droite et complétée par 3 zéros). Lorsque la Nature d'Assurance est AS (10 ou 13): indiquer la date d'accident de droit commun (AAMMJJ, cadrée à droite et complétée par 3 zéros)
Top éclatement des flux par l'établissement	Eclatement du flux à la source par l'établissement = « F » La part AMC est transmise sur une facture distincte (hors CMU uniquement). Pas d'éclatement à la source = à blanc
Date d'entrée	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	Indiquer la date de sortie réelle du patient. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
N° d'organisme complémentaire	L'organisme obligatoire peut selon conventions régler directement la part de l'organisme complémentaire à l'établissement ou à l'assuré ou transmettre l'image de son décompte à l'organisme complémentaire. Lorsque l'établissement pratique un tiers payant sur la part complémentaire, il doit obligatoirement positionner le n° de l'organisme complémentaire , cadré à droite, et complété par des zéros à gauche, ou le top mutualiste «M » en position 128, la zone étant complétée par des blancs.
Complément au numéro de titre de recette	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	Valeur « O » si le bénéficiaire a déclaré un médecin traitant. Valeur « N » si le bénéficiaire n'a pas déclaré de médecin traitant. Sinon à blanc dans les autres situations.
Nom du médecin traitant ou du praticien qui a orienté le patient	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Prénom du médecin traitant ou du praticien qui a orienté le patient	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Indicateur du parcours de soins	Valeurs possibles dans le cadre du parcours de soins (Cf. annexe 25 norme B2)
CMUC en gestion unique	0 : Non pas de CMUC 1 : Oui patient bénéficiaire de la CMUC Sinon laisser à vide si pas d'information ou non applicable
Etablissement de Transfert	N° FINESS de l'établissement destinataire en cas de transfert > 48h
Etablissement de Retour	N° FINESS de l'établissement de transfert lorsque le patient revient dans

		l'établissement d'origine
Nombre de disciplines de prestations (N)		Indiquer le nombre total de DMT qui va suivre
DMT n°1	Discipline de prestations (ex DMT)	indiquer ici la discipline de la structure du lieu d'exécution de l'acte
	Mode de traitement	Indiquer ici le type de séjour (Cf. annexe 13 norme B2)
	Date de début de séjour	Date de début de séjour dans cette discipline ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Date de fin de séjour	Date de fin de séjour dans cette discipline ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Prix unitaire	Saisir le montant Prix unitaire TJP
	Base de remboursement	Saisir le montant (« Prix unitaire TJP x quantité » correspondant aux nombres de jours dans la discipline)
	Taux applicable à la prestation	A renseigner par la valeur 0 par défaut
	Montant remboursable par la caisse	A renseigner par la valeur 0 par défaut
...		
DMT n° N	Discipline de prestations (ex DMT)	indiquer ici la discipline de la structure du lieu d'exécution de l'acte
	Mode de traitement	A renseigner par la valeur 0 par défaut
	Date de début de séjour	Date de début de séjour dans cette discipline ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Date de fin de séjour	Date de fin de séjour dans cette discipline ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Prix unitaire	Saisir le montant Prix unitaire TJP
	Base de remboursement	Saisir le montant (« Prix unitaire TJP x quantité » correspondant aux nombres de jours dans la discipline)
	Taux applicable à la prestation	A renseigner par la valeur 0 par défaut
	Montant remboursable par la caisse	A renseigner par la valeur 0 par défaut

4. REMPLISSAGE DU RSS

Question	Réponse
<p>Les fichiers RSS et FICHCOMP comportent une rubrique N°FINESS alors que VIDHOSP ne l'a pas. Quel numéro FINESS doit-on mettre dans ces rubriques? le numéro FINESS de l'établissement géographique ou le numéro FINESS de l'entité juridique ?</p> <p>S'il s'agit du numéro juridique, comment va faire Défis pour générer le FINESS géographique dans les factures B2 ?</p>	<p>Le numéro FINESS à mettre dans les fichiers RSS et FICHCOMP est le même qu'actuellement pour les flux mensuels : c'est le numéro FINESS d'inscription e-PMSI.</p> <p>C'est-à-dire Finess Juridique pour les établissements public et Finess Géographique pour les établissement ESPIC.</p> <p>Pour générer le FINESS géographique dans les factures B2, DEFIS utilise les informations du fichier</p>

	d'autorisation d'unités médicales (celui associant une unité médicale au numéro FINESS géographique qui lui est rattachée). L'interface actuelle de DEFIS permet soit d'importer ce fichier d'autorisation d'UM, soit de saisir au clavier les numéros d'unités médicales et de leur attacher un numéro FINESS géographique dans une liste proposée.
La règle de constitution du RSS est-elle la même quelle que soit sa situation des établissements (FIDES ou Hors-FIDES) ?	Oui, la règle de constitution des RSS est la même que l'on soit en FIDES-séjour ou Hors-FIDES séjour.

5. FLUX DE FACTURATION

5.1 Numérotation des titres et des lots B2

Question	Réponse
DEFIS va-t-il numéroté les Titres ?	Oui
Est-il prévu un paramétrage spécifique dans DEFIS pour gérer la numérotation et sur quel principe ? Tranche de numérotation spécifique ? Gestion du double exercice sur une période complémentaire ? Notion exercice en cours. Lorsque l'exercice N sera clôturé, comment DEFIS saura t-il numéroté les dossiers de l'exercice N sur les tranches de numérotation de N+1 ? Exemple : Courant janvier 2011, tant que 2010 n'est pas clôturé les dossiers 2010 continuent à être facturés et les pièces numérotées sur 2010. En principe, courant janvier 2011, l'établissement procède à la clôture comptable de 2010. Toutes les factures des dossiers portant sur des séjours (idem pour les ACE) de 2010 seront numérotées et imputées sur 2011	Oui

5.2 Période complémentaire et dossier à cheval sur 2 exercices

Rappel M21 : Pendant la période complémentaire, l'établissement de santé peut-être amené à facturer sur 2 exercices.

- Exercice en cours = année N
- Exercice suivant = année N+1

Un titre de recette, et par extension la facture auquel il se rapporte, ne peut être à cheval sur 2 exercices conformément à la M21.

Question	Réponse
Comment vont se présenter les factures DEFIS pour les dossiers à cheval sur 2 exercices (GHS forfaitaire, prestation EXH ...)	Point en cours de validation (Comité projet du 22 juin 2011)

5.3 Facture Unique AMO / CMUC

Question	Réponse
Rappel du cahier des charges sur la facturation des séjours à destination des éditeurs Version 02, page 21 : « 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. » : Quelle part facturation patient ? Ne s'agit' il pas plutôt de la part TM CMUC ?	Tout à fait

5.4 Modalités de prise en charge des MO et DMI

Question	Réponse
Confirmez-vous qu'il n'y aura pas de TM sur les MO et DMI ?	Oui

5.5 Règles de calcul sur la partie TM sur la base du TJP

Question	Réponse
Dans le cahier des charges sur la facturation des séjours à destination de l'ATIH et de l'AMO : la règle GHS-003 laisse supposer une modification de l'exonération du TM dans le cas d'un séjour > 30 jours dans le cas de 2 GHS consécutifs de plus de 30 jours. D'une manière plus générale, confirmez-vous que toutes les règles de facturation actuelles sur la partie TJP sont pérennes et maintenues ?	Oui

5.6 Facturation des IVG

Question	Réponse
Les IVG donnent lieu à des factures pro forma. Comment DEFIS pourrait traiter et facturer les IVG puisqu'ils ne peuvent donner lieu à de la B2 ?	Seules les IVG anonymes donnent lieu à des factures pro forma ; les autres IVG doivent produire des factures B2.

5.7 Facturation des AME et Soins Urgents

Question	Réponse
<p>Comment gérer les dossiers AME et Soins Urgents ?</p> <p>Avant FIDES-séjours, nous produisons nous même une facture B2 pour la part 20% TJP. Cette facture est traitée sans rejet à la caisse.</p> <p>E-PMSI ne peut pas valoriser la part TJP, pour la simple raison que dans le format VIDHOSP on ne transmet pas la partie DMT / MT (format « court ») et qu'il ne peut donc pas connaître le montant à valoriser.</p> <p>Après passage en FIDES, faut-il continuer à produire cette facture ? est-ce que le flux VIDHOSP produit par EXTRACTePMSI est au format « long », ce qui permettrait à e-PMSI de valoriser la part 20% TJP.</p>	<p><u>Dossiers AME</u> : Les dossiers AME sont valorisés via e-PMSI (pas de facture B2). Ces dossiers seront extraits via le flux EXTRACTEPMSEI et transmis sur e-PMSI pour être valorisés à 80% GHS et 20% TJP</p> <p>Effectivement avant FIDES-Séjours l'ATIH ne disposait pas, des données relatives aux montants de TJP facturés au titre des séjours des patients bénéficiaires de l'AME.</p> <p>Cependant depuis le 1er mars 2012, date à laquelle une variable supplémentaire a été créée dans VIDHOSP afin de recueillir le montant assurance maladie complémentaire (AMC) facturé pour chaque patient, qu'il bénéficie d'une prise en charge AME ou non.</p> <p>Pour les bénéficiaires de l'AME, cette variable additionnelle permet à l'ATIH de disposer des montants TJP et FJH correspondant aux séjours concernés.</p> <p><u>Dossiers Soins Urgents</u> : Les dossiers soins</p>

	urgents seront valorisés pour la part 80% GHS via e-PMSI, il ne pourra y avoir de facture B2 car ces dossiers ne peuvent être télétransmis à la CPAM
--	--

5.8 Flux NOEMIE en Entrées de DEFIS

Question	Réponse
<p>La description du flux décrit dans le cahier des charges correspond exactement au format des lignes NOEMIE du cahier des charges NOEMIE PS. Cela semblerait vouloir dire qu'après exploitation par les applications Administratives des retours NOEMIE (MAJ Base de Données applications Editeurs) il suffirait de mettre à disposition en l'état ces mêmes fichiers NOEMIE (archivage répertoire tampon, ou appel Webservice) à DEFIS et gérer, le cas échéant, les erreurs en sortie.</p> <p>Pouvez-vous confirmer ce fonctionnement et préciser les codes erreurs de l'interface NOEMIE ?</p> <p>Pouvez-vous confirmer qu'il n'y aura pas de paiement partiel et que les factures seront forcément payées en totalité. ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - C'est bien le mode de fonctionnement prévu. - Il n'y aura pas de paiement partiel.
pour un arl positif : il y a autant de bloc que de fichiers B2 générés ?	En cas de réception d'un ARL positif, il n'y a aucun traitement dans DEFIS.

5.9 Flux de factures en sortie de DEFIS

Question	Réponse
Pourra t'on exploiter directement les fichiers de factures B2, au moins en lecture car il avait été dit lors des précédentes réunions que les éditeurs n'auraient pas accès aux fichiers B2 ?	Oui mais en lecture seule : vous ne devez en aucun cas modifier / altérer les fichiers produits par DEFIS. Si on peut intégrer les factures dans le logiciel administratif-facturation directement à partir des fichiers B2, le fichier FACT_SYNT.TXT peut être très succinct, voir inutile.
Est-ce qu'il existe des cas où Defis ne peut pas générer une B2 pour un dossier qui est déjà au statut « Validé » ?	Oui, dans le cas d'une erreur de référentiel.

5.10 Transfert > 48h

Question	Réponse
Transferts >48 h : existe-t-il une durée maximale au-delà de laquelle on peut considérer qu'il ne s'agit plus du même dossier et que l'on peut (doit) générer deux factures distinctes? Cette question concerne surtout le cas des ré-hospitalisations dans le même GHS.	Selon le guide de production du PMSI, il faut produire 2 séjours et par conséquent 2 factures (avec application du 50% en cas de réhospitalisation dans le même GHS)
Que contient l'ARL B2RESQUEST ?	L'ARL B2REQUEST est un compte rendu de la génération B2, il vous informe des dossiers qui n'ont pas été générés en B2 et vous donne l'erreur lié à chaque dossier.

5.11 Flux NOEMIE (ARL NEGATIF) en Entrées de DEFIS

Question	Réponse
<p>En général, nous constatons qu'il y a très peu d'ARL (-) et ceci se produit lorsqu'il y a un souci avec le format du fichier transmis.</p> <p>Mais, avec la FIDES-ACE, il y a eu des cas d'ARL (-) lorsque le code organisme n'était pas connu par la caisse (erreur fonctionnelle).</p> <p>Avec la FIDES-SEJOUR, peut-on avoir ce cas de figure : ARL (-) lorsque le code organisme est inconnu ou autres anomalies fonctionnelles.</p> <p>Cette anomalie est peut-être détectée à la transmission du VIDHOSP, à la validation du dossier ou lors de la demande de facturation.</p> <p>Je dirai que OUI mais pouvez-vous nous confirmer qu'aucune anomalie fonctionnelle ne sera véhiculée par l'ARL (-) ?</p> <p>En revanche, s'il y a un 'ARL (-) pour ce cas de figure alors il est nécessaire de retransmettre le flux VIDHOSP corrigé et le dossier ne peut pas revenir à l'état 'Validé'.</p> <p>Or, dans votre mail, vous dites que le dossier revient à l'état 'Validé' lorsque le lot transmis revient en ARL négatif.</p> <p>Avez-vous prévu ces cas ou les avez-vous traités</p>	<p>Dans DEFIS pour l'ARL NOEMIE 930 :</p> <p>L'intégration dans DEFIS d'un ARL Négatif permet de remettre tous les dossiers du lot concerné à l'état « validé », il faudra donc régénérer le flux B2 pour ces dossiers</p> <p>En cas de réception d'un ARL positif, il n'y a aucun traitement dans DEFIS.</p>

<p>différemment ?</p> <p>Pouvez-vous confirmer ce fonctionnement et préciser les codes erreurs de l'interface NOEMIE ?</p> <p>Pouvez-vous confirmer qu'il n'y aura pas de paiement partiel et que les factures seront forcément payées en totalité. ?</p>	
<p>quels sont les cas qui pourraient générer un arl négatif ?</p>	<p>Les différents cas de génération d'un ARL négatif et leurs contenus, ne relève pas de la compétence de l'ATIH mais plutôt de la CPAM, c'est le frontale de la CPU (La caisse de paiement unique) qui gère et envoie les ARL positifs ou négatifs (cf http://www.sesam-vitale.fr/web/industriels/facturation-b2 et http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CDC-NOEMIE-PS-MAJ_03-2011.pdf)</p>
<p>Comment vous procéder dans DEFIS pour associé l'ARL NOEMIE avec le bon fichier B2 ?</p>	<p>Dans DEFIS, l'association des ARL avec le fichier B2 se fait :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pour l'ARL NOEMIE 930 : En cas de réception d'un ARL négatif, vous devez constituer et intégrer le flux « NOEMIEARLNEGATIF ». Tous les dossiers correspondant aux factures contenues dans le lot paramétré dans le flux « NOEMIEARLNEGATIF » sont invalidés. En cas de réception d'un ARL positif il n'y a aucun traitement dans DEFIS. 2) Pour l'ARL NOEMIE 908 : via le « numéro de titre de recette + complément au numéro de titre de recette » », 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 ». 3) Pour l'ARL NOEMIE 578 : via le « numéro de titre de recette + complément au numéro de titre de recette » qui est présent dans le retour NOEMIE mais dans l'ordre suivant : Complément au numéro de titre (6 caractère) + numéro de titre de recette (9 caractères). 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 ».
<p>comment savoir quels sont les dossiers impactés par</p>	<p>En cas de réception d'un ARL négatif vous devez</p>

l'arl négatif ?	constituer et intégrer le flux « NOEMIEARLNEGATIF » (cf Interface n°23 dans le document « DEFIS - Description des Interfaces.pdf ») dans DEFIS, cela permettra la « défacturation » de tous les dossiers correspondant au lot rejeté.
-----------------	---

6. FLUX MEDICO-ADMINISTRATIF

6.1 Fonctionnement de DEFIS

Question	Réponse
<p>Lorsque DEFIS (à l'écoute) met à jour sa base de données à partir des informations médico-administrative reçues de différentes applications (avant la validation dans DEFIS), jusqu'où va cette intégration ? Si on fait un parallèle avec l'existant, va-t-elle jusqu'au groupage ? Ou une tentative de chaînage ? Ou jusqu'à la valorisation MAT2A ? En fait s'arrête-t-il juste avant l'émission de la facture ?</p>	<p>La phase d'intégration des flux se limite au contrôle de formats.</p>
<p>Les erreurs décrites en annexe sont-elles uniquement issues de cette intégration, c'est-à-dire avant l'émission des factures ?</p>	<p>Les erreurs décrites en annexe correspondent à la phase d'intégration des flux qui est la principale fonctionnalité de la version 0.1. Cette annexe sera enrichie au fur et à mesure des livraisons de nouvelles versions de DEFIS et tiendra compte des nouvelles fonctionnalités.</p>
<p>Comment les applications savent-elles que la validation DEFIS a eu lieu ? Il n'y a pas de description d'une interrogation possible de l'information « ETAT de la Facture » par les applications émettrices. Il semble cohérent de bloquer la « dé validation DIM » d'un séjour une fois que la facture est Validée dans DEFIS ou au moins d'alerter vivement l'utilisateur. En tout cas de mettre des niveaux de contrôle croissants dans les applications émettrices, entre un état de la facture à 0 « non validée » et un état à 4</p>	<p>La possibilité d'interroger DEFIS sur l'état de la facture via le flux STATEREQUEST (flux n°12) décrit dans la description des interfaces.</p>

« scellée ».	
Concernant l'état de la facture, est-il envisagé une fonction de « Dé Validation » de la facture tant que l'état de la facture est à 1 ?	Non lorsque la facture est à l'état « Validé » (VDFD) il n'est plus possible de la « Dé Valider »
Comment mettre à jour la base de référence DEFIS ?	La mise à jour des référentiels DEFIS devra se faire manuellement, si elle n'est pas paramétrée en automatique dans DEFIS via le menu « Paramètres\Référentiels\Mise à jour des référentiels\Mise à jour manuelle ».
La limite des messages en erreur correspond-il au chiffre saisi dans les paramètres généraux ?	Dans les paramètres généraux le « Nombre maximum de messages pour une intégration » est égale à la valeur « 250 » par défaut mais vous pouvez largement augmenter ce chiffre pour éviter un message d'erreur.
Est-il obligatoire de renseigner toutes les UM même celles-ci ?	Vous devez renseigner toutes les UM sans exception dans le référentiels d'UM y compris celles qui n'ont pas d'autorisation.
Comment exporter les UM ?	<p>Pour exporter les UM à partir de DEFIS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Arrêtez le service DEFIS 2) Allez dans le menu Paramètres\Référentiels\Unités médicales 3) Cliquez sur le bouton « Exporter » 4) Choisissez l'emplacement pour sauvegarder votre fichier 5) Donnez un nom à votre fichier puis « enregistrer » 6) Fichier à réimporter via le bouton « Importer » après création de votre nouvelle base de données.
Comment « purger » la base DEFIS ?	<p>Pour « purger » la base DEFIS, il est préférable de repartir d'une base vierge en ayant au préalable exporté les UM afin de ne pas les ressaisir.</p> <p>Pour créer une base vierge il faut créer un nouveau chemin avec un nouveau répertoire pour accueillir la nouvelle base PostgreSQL :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Arrêtez le service de DEFIS 2) Allez dans le menu Outils\Serveur de base de données\SGBD PostgreSQL 3) Cliquez sur le bouton  pour effacer le chemin existant 4) Cliquez sur le bouton  pour sélectionner un nouveau répertoire de base de donnée <div data-bbox="821 1686 1377 1865" style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>SGBD PostgreSQL</p> <p>Etat du serveur de base de données</p> <p>Chemin du système de gestion de bases de données de DEFIS (PostgreSQL)</p> <p><input type="text" value="C:\DEFIS\BD"/> ... !</p> <p><input type="button" value="Installer"/> <input type="button" value="Etat"/></p> </div> <ol style="list-style-type: none"> 5) Cliquez sur le bouton « Installer » pour installer une nouvelle base de donnée PostgreSQL 6) Réimporter votre fichier d'UM précédemment sauvegardé.

6.2 Solution en mode « Répertoires tampons » (fichiers plats)

Pour le flux médico-administratif des RSS groupés par exemple, on peut envisager un dépôt au fil de l'eau (qui est l'une des exigences formulées dans le cahier des charges des séjours à destination des éditeurs de logiciels de facturation hospitalière), c'est-à-dire au moment de la « Validation du RSS par le DIM ». Cet évènement « Valider DIM » peut être traité par lot de RSS ou unitairement pour un séjour (dans certaines organisations d'établissements, on code le séjour puis on le valide).

Dans le cas où l'on dépose un fichier plat par RSS groupé, on risque de générer un très grand nombre de fichiers dans le répertoire Tampon. La vérification de l'intégration des flux risque de ne pas être aisée pour les établissements. De plus dans ce cas, on peut avoir un risque d'engorgement dans le traitement de l'intégration des fichiers par DEFIS.

Question	Réponse
Les fichiers, une fois déposés, sont-ils modifiables par le logiciel émetteur ? C'est-à-dire peut-on ajouter des RSS groupés tant que le fichier .arl n'a pas été déposé par DEFIS par exemple ? Ce qui réduirait le nombre de fichiers à traiter.	Les fichiers ne doivent pas être modifiés
Où peut-on trouver le suivi des fichiers non intégrés dans DEFIS ? Sauf erreur, seule la visualisation des flux intégrés semble être disponible dans le logiciel. Quid des fichiers non intégrés, comment visualiser les erreurs autrement qu'en ouvrant chaque fichier arl ?	Les fichiers non intégrés demeurant dans le dossier tampon d'origine. Pour visualiser les erreurs d'intégration, il n'y a pas d'autre solution que de consulter chaque fichier .ARL.
En ce qui concerne le nommage des fichiers plats, le numéro séquentiel de flux [NNNN] doit être compris comme étant incrémenté quand deux fichiers sont générés dans la même seconde. Confirmez-vous cela ?	Oui
Pourquoi DEFIS est très long à l'intégration des flux ou à la validation des données ?	Pour avoir des performances DEFIS convenable il est fortement conseillé d'activer les options suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Archiver les accusés de réception dans ce répertoire (copie) - Déplacer les flux après intégration dans ce répertoire

6.3 Questions générales

Question	Réponse
----------	---------

<p>Le fichier HOSP-PMSI disparaît du circuit de production des fichiers PMSI. En effet, il est devenu inutile puisque le RSS groupé contient à la fois le RSS et le n° administratif. Confirmez-vous cela ?</p>	<p>Oui</p>
<p>Les FICHCOMP concernant les prélèvements d'organes et les DIP ne sont pas décrits. Comment ces activités seront-elles valorisées pour les établissements de santé ?</p>	<p>Le FICHCOMP DIP figure bien dans la description des interfaces (flux n°5). Les prélèvements d'organes (PO1 à PO9) font également l'objet d'une description dans la description des interfaces, FICHCOMP PO (flux n°6).</p>
<p>Si le site gère un RSS par séance (chimio, radiothérapie...) mais regroupe plusieurs séances sur un dossier administratif, cela entraînera-t-il un rejet de DEFIS ou cela sera-t-il valorisé comme c'est le cas aujourd'hui ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Actuellement GENRSA permet dans le cas des séances, d'avoir un numéro administratif de séjour avec plusieurs séances pour un même patient ● Dans le cas de FIDES cela sera possible sous les conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Utilisation du même numéro administratif de séjour jusqu'à la production de la facture ○ Ensuite il faut créer un autre numéro administratif de séjour pour chacun des envois suivants ○ L'envoi d'une nouvelle facture nécessite l'attribution d'un nouveau n° administratif ○ Dans le fichier RSS rajouter autant de code acte que de séances réalisées à des dates différentes.
<p>Dans le cahier des charges des règles de facturation des séjours à destination de l'AMO et de l'ATIH, le champ HAD entre dans le périmètre de l'expérimentation. Dans le document « Description des interfaces » les flux médico-administratifs concernant les RPSS ne sont pas décrits. Comment faut-il comprendre cela ? Le HAD sera-t-il impacté dans un second temps ?</p>	<p>Le champ HAD entre dans le périmètre de l'expérimentation mais ne sera pris en charge par DEFIS que dans un second temps.</p>
<p>Est-il possible de nous communiquer une limite de taille en octet plutôt qu'en nombre de lignes étant donné que pour chaque interface, la taille d'une ligne est différente suivant les flux transmis ?</p>	<p>Cette limite de capacité a évolué dans DEFIS, aujourd'hui la capacité de ligne est illimitée.</p>
<p>Je n'arrive pas à valider les dossiers qui donnent lieu à la valorisation d'un forfait dialyse D11, à la validation DEFIS renvoie une erreur. Doit-on l'entendre comme DEFIS ne traite pas ENCORE les forfaits dialyse ?</p> <p>Dans le cas contraire comment coder ces dossiers ?</p>	<p>Il est normal que vous ne puissiez pas valider des dossiers comportant un forfait dialyse (exemple D11) ou un dossier AME.</p> <p>Ces dossiers ne sont pas valorisable par le circuit FIDES, ils ne seront pas générés en B2 et télétransmis à la CPAM pour paiement.</p> <p>Ces dossiers seront saisis sous DEFIS et envoyés sur la plateforme e-PMSI via le flux « EXTRACTEPMSI » pour être payés par le circuit</p>

	MAT2A.
A quoi sert le flux CANCELPAIDREQUEST ?	Le flux CANCELPAIDREQUEST sert à annuler une facture payée afin de permettre la rectification des données destinées au PMSI, il n'est pas possible de valider ou de re-télétransmettre une facture B2 pour un dossier qui a déjà été réglé par la CPAM.
A quoi sert le flux EXTRACTEPMSI ?	<p>Le flux EXTRACTEPMSI, qui permet d'extraire les données DEFIS vers e-PMSI via GENRSA, il est décrit dans l'interface n°22 du document « Description des interfaces.pdf ».</p> <p>Ce flux permet de générer une extraction des données, facturables ou non à l'assurance maladie, intégrées dans DEFIS pour un mois et une année donnés.</p> <p>L'extraction des faites uniquement des dossiers ayant à minima un VIDHOSP et un RSS.</p>
Comment fonctionne la valorisation des dossiers dans DEFIS ?	<p>le fonctionnement des valorisations est le suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Les dossiers valorisables</u> par le circuit FIDES seront générés en B2 par DEFIS et télétransmis à la CPAM pour paiement. - <u>Les dossiers non valorisables</u> par le circuit FIDES (AME, Forfait dialyse, patients payants, régime non ouvert aujourd'hui...), ces dossiers ne seront pas générés en B2 et télétransmis à la CPAM pour paiement ; Ils seront tout de même saisis de manière complète (VIDHOSP + RSS obligatoire) dans DEFIS et envoyés par GENRSA sur la plateforme e-PMSI pour être payés par le circuit MAT2A.
Peut-on lancer DEFIS en mode service ou en tâche planifiée ?	La version 1.x actuelle ne permet pas le « mode service » mais à partir de la version 2.0 cela sera possible de lancer DEFIS en service.

